

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE
VIH E ITS EN HOMBRES QUE
TIENEN SEXO CON HOMBRES
(HSH), MUJERES TRANS
FEMENINAS (MTF) Y
TRABAJADORAS/ES SEXUALES
(TS), EN SEIS PROVINCIAS DEL
ECUADOR: PICHINCHA, GUAYAS,
AZUAY, ESMERALDAS, EL ORO Y
MANABÍ 2021

INFORME FINAL

En Hombres que Tienen Sexo con Hombres

Mayo- noviembre 2021



UCUENCA



Equipo investigador:

David Acurio Páez

Andrés Sotomayor Paredes

Andrea Gómez Ayora

Investigación cualitativa

Zaida Betancourt Aragón

Emilia Acurio Vintimilla

Lorena Altamirano

Investigadores y supervisores de campo

Efraín Soria

Rosa Bravo Neira

Mabel García

Javier Moreira

Pilar Pallares

Rashel Erazo

Gestión Administrativa

Empresa Universitaria de Salud – EUS-EP – Universidad de Cuenca

Contenido

Equipo investigador:	3
Investigadores y supervisores de campo	3
Gestión Administrativa	3
1. ANTECEDENTES.....	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. MARCO CONCEPTUAL	7
Sobre la epidemia del VIH en el Ecuador y de su mayor impacto en las poblaciones clave.	7
Sobre las bases conceptuales y las evidencias y de la mayor vulnerabilidad de las poblaciones clave frente a la epidemia	8
Resumen de estudios previos de encuestas de vigilancia del comportamiento y prevalencia en Ecuador.....	10
Sobre la dinámica de interacción de las comunidades de HSH en sus espacios de socialización. .	11
Sobre los conceptos en torno a los estudios de vigilancia del comportamiento y prevalencia de VIH e ITS en HSH, MTF y TS.....	11
Sobre las experiencias de estudios de vigilancia del comportamiento y prevalencia de VIH e ITS en HSH, MTF y TS utilizando muestreo para poblaciones difíciles de alcanzar, tanto experiencias nacionales como internacionales.....	12
4. METODOLOGÍA.....	14
Objetivos.....	14
Específicos	14
Diseño del estudio.....	14
Definición de la población y cálculo del tamaño muestral.	15
Cálculo del tamaño muestral.	15
Procedimientos:.....	18
Recolección de Muestras de Sangre.....	19
Criterios de inclusión.	20
Criterios de exclusión.	20
Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	20
Criterios para el cálculo de objetos únicos a ser distribuidos.....	23
$N = B/m$	24
Mecanismos de operación de la metodología RDS en el presente estudio.....	25
Características del estudio cualitativo.....	25
Análisis y sistematización	26
Consideraciones éticas	26
5. INVESTIGACIÓN FORMATIVA.....	27
Conclusiones de la Investigación formativa	28

6.	TALLA POBLACIONAL Y REDES DE PARTICIPANTES.	29
	Resultado Talla Poblacional	29
	Diagrama de árbol de participantes de Hombres que tienen sexo con hombres porprovincia	30
7.	PREVALENCIA DE VIH E ITS EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRE	35
	Condiciones, sociales, económicas y culturales de la población HSH en las seisprovincias del estudio	35
	Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en seis provinciasdel Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí.....	41
	Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en la población HSH en en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí,	47
8.	INFORME DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA – INTERPRETANDO LOS PROCESOS RELACIONADOS CON LA PREVALENCIA DE VIH EITS	53
	Características del estudio cualitativo.....	53
	Categorías de análisis y ajuste de preguntas	53
	Movimientos constitutivos de sexualidad en Hombres que tienen sexo con hombres.....	55
	Sexualidad desinformada.....	58
	PrEP	60
	Discriminación y estigma:	61
	Discriminación en familia	61
	Discriminación en el sector educativo.....	61
	Discriminación entre poblaciones clave.	61
	Discriminación en espacios públicos	62
	Discriminación laboral	63
	Formas de autoexclusión	64
	Respuestas inmediatas a la discriminación:.....	65
	Tendencias en el uso del condón	66
	Otras formas de autocuidado	69
	Organización de la población clave	69
	Acceso a servicios:.....	71
	Mala calidad de atención y discriminación.....	71
	Dificultades de atención a personas viviendo con VIH.....	73
	Atención en tiempos de COVID.....	73
	Propuestas inmediatas para mejorar la atención	74
9.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
	RECOMENDACIONES.....	76
	BIBLIOGRAFÍA	78

1. ANTECEDENTES

En la actualidad, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, y el Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida, son los responsables de definir y priorizar acciones integrales de Prevención y atención del VIH en la población general, con énfasis en los grupos de atención prioritaria como embarazadas, adolescentes, personas privadas de la libertad, y en aquellos grupos de mayor exposición al riesgo de adquirir el VIH. Entre los grupos de enfoque se encuentran: los hombres que tienen sexo con otros hombres, personas trans y trabajadoras/es sexuales, para lo cual se ha coordinado las acciones necesarias para avanzar con la suscripción de la tercera subvención 2018-2019 ECU-H-MOH No. 1603, con el Fondo Mundial”.(Corporación Kimirina & Ministerio de Salud Pública, 2019)

Dentro de las actividades a desarrollarse en la subvención ECU-H-MOH No. 1603 por el Sub receptor (gestor administrativo), se encuentra la realización de los “Estudios de Prevalencia de VIH e ITS en Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transfemeninas y trabajadoras/es sexuales en el Ecuador durante el año 2019”; con la finalidad de monitorear la magnitud y la tendencia de la infección, así como comportamientos de riesgo de las tres poblaciones clave frente al VIH.

Luego de un proceso de selección definido por el Ministerio de Salud y Kimirina, se adjudicó a la propuesta hecha por la universidad de Cuenca la realización del estudio de prevalencia de VIH e ITS en hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transfemeninas y trabajadoras/es sexuales en el Ecuador durante el año 2019, el mismo que se ha definido se realizará en las provincias de Pichincha, Guayas, Esmeraldas, El Oro, Manabí y Azuay.

2. JUSTIFICACIÓN.

Después de dos años de la publicación del último estudio de prevalencia de VIH en poblaciones claves, realizado en las ciudades de Quito y Guayaquil y que hoy sirve de referencia para dimensionar la situación nacional, es necesario y urgente contar con una actualización de esta información, pero además es también importante ampliar el análisis a otras ciudades del país donde la prevalencia de la enfermedad también es importante. Hacer un estudio de prevalencia de VIH/Sida en hombres que tienen sexo con hombres, mujeres Trans y trabajadoras/es sexuales resulta relevante en términos de dimensionamiento de la situación actual y de sustento para la ejecución de la política pública y la planificación estratégica nacional.

Los resultados potenciales de un estudio de este tipo serán de enorme relevancia para que la institucionalidad pública cuente con sustento para el desarrollo de políticas, estrategias y programas que den respuesta efectiva a la población clave y población general del país y permitirá que las personas que viven con VIH/sida y las organizaciones de la sociedad civil tengan elementos suficientes para demandar la garantía de sus derechos.

Para la Universidad de Cuenca, el proyecto de investigación es enorme importancia pues permite generar bases para un trabajo sostenido de investigación/vinculación y docencia en el enfrentamiento de la problemática de las ITS y el VIH.

El diseño que propone la Universidad de Cuenca, incluye acciones de profundización de las percepciones de las personas de los grupos clave frente a la política pública y la discriminación, lo que abre camino a estudios de cuarta generación en epidemiología, es decir estudios que incorporan a los pares en el trabajo y la generación de propuestas, lo cual justifica el esfuerzo que se propone para la presente consultoría, que entre otras cosas permitirá sugerir ideas, recomendaciones o hipótesis para futuros estudios e intervenciones en salud.

3. MARCO CONCEPTUAL

Sobre la epidemia del VIH en el Ecuador y de su mayor impacto en las poblaciones clave.

- La epidemia del VIH/Sida sigue siendo uno de los principales problemas de la salud pública a nivel mundial. ONUSIDA para el 2020 registra que 37,7 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, de ellos 27,5 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral en 2020. Para este mismo año fallecieron 680 mil personas por enfermedades relacionadas con el Sida y 1,5 millones de personas contrajeron la infección (ONUSIDA, 2021).

Se establece que desde el 2000 las nuevas infecciones se han reducido en un 16%, por lo que se habla de una epidemia estacionaria; sin embargo, el 54% de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial corresponde a grupos clave de la población, y al 65 % de éstas poblaciones en América Latina. (ONUSIDA, 2019). Dicho informe afirma que en la actualidad el riesgo de contraer VIH es:

- 22 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres,
- 22 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas,
- 21 veces mayor para los/las trabajadores/as sexuales,
- 12 veces mayor para las personas transgénero (ONUSIDA 2019).

En América latina se estima que 1,9 millones de personas viven con VIH y 1,2 millones tienen acceso a tratamiento con antirretrovirales, con un promedio de 100.000 casos nuevos cada año. Países como Guyana y Surinam tiene las tasas de prevalencia más altas de la región (1,6% y 1,4 % respectivamente), mientras países como Nicaragua, Bolivia, Perú y Ecuador tienen tasas de prevalencia más bajas (0,3%) (ONUSIDA, 2019; (Ministerio de Salud Pública, 2018)

En el Ecuador desde la aparición de los primeros casos de VIH/Sida en el año 1984, para el 2020 el MSP refiere que 43726 personas viven con VIH, de ellas, 34.500 reciben tratamiento (cálculo de brechas MSP. 2021).

La prevalencia en la población general es de 0,3% (ONUSIDA, 2019; (Ministerio de Salud Pública, 2018). De los 4077 casos nuevos identificados en el año 2018, el 27,99 % se presentaron en la provincia del Guayas, seguido por Pichincha (21,54 %); El Oro (6,67%); Los Ríos (6,52%); Esmeraldas (6,01 %); Manabí (5,79 %) y Azuay con 5,57 %. En estas siete provincias se concentra el 80% de casos del año 2018 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

La epidemia en el país, es de tipo concentrada, es decir principalmente en grupos de población clave, que tiene un alto riesgo de infección por el VIH y frecuentemente están expuestos a discrimenes legales y sociales que incrementan su vulnerabilidad, incluyendo

las barreras de acceso a los servicios de prevención, tratamiento, y otros servicios sociales y de salud. Según los datos existentes la prevalencia en personas trans femeninas (MTF) es de 34,8 % en Quito y 20,7 % en Guayaquil, mientras que en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es de 16,5 % en Quito y 11,2 % en Guayaquil (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Para la atención de personas que viven con VIH (PVV), el Ecuador cuenta actualmente con 44 unidades de atención integral de VIH (UAI) de las cuales: MSP cuenta con 36 (81 %); IESS con 3 (6,8 %); ISSFA con 2 (4,5 %); ISSPOL con 2 (4,5 %), y la Junta de Beneficiencia de Guayaquil con con 1 (2,2 %). Las UAI se encuentran ubicadas en 20 provincias del país. (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Sobre las bases conceptuales y las evidencias y de la mayor vulnerabilidad de las poblaciones clave frente a la epidemia

Los estudios de VIH han tenido enfoques diversos y complementarios, que van desde la unicausalidad viral hasta la determinación social pasando por el de factores de riesgo. En este estudio reconocemos que, en una situación de salud, existe una determinación económica, social, cultura, que en medio de procesos complejos expresan las dinámicas históricas de la sociedad, así como las realidades presentes. Un hecho en constante movimiento que propicia cambios y construcciones en los sujetos sociales que construyen presentes-futuros de la mano de identidades que se van configurando.

La epidemia de VIH, en realidad debe ser reconocida como una Sindemia, es decir una condición en la que coexisten de manera sinérgica dos o más enfermedades o problemas de salud que interactúan entre sí, y que contribuyen, como resultado de su interacción, a un exceso de carga de la enfermedad/problemas de salud (Swinburn et al., 2019), confluyendo el creciente número de Personas Viviendo con VIH (PVV), con procesos incrementales de empobrecimiento, deterioro de la vida y discriminación social.

Desde la mirada de los derechos es claro reconocer la existencia de prácticas estigmatizadoras de los “grupos de riesgo” y la lucha por respeto e inclusión ha permitido la emergencia de sujetos sexuales que abrieron el debate de los derechos sexuales más allá de exclusiva realidad de las mujeres, y más allá de los derechos reproductivos bajo preceptos culturales naturalizados. Está revolución ha permitido profundizar el conocimiento del VIH; avanzar en terapias para pasar de una mirada de fatalidad del VIH a una de enfermedad crónica que demanda acceso a medicación antiretroviral gratuita en Ecuador.

Las personas que viven con VIH/Sida, llevan en sus hombros la carga simbólica de las normas religiosas, las precariedades de etnia y clase, de los prejuicios de una sexualidad heteronormada, la inequidad social y del carácter público de la vida privada. “Es que el estigma es un proceso social relacionado con las cuestiones de poder y control social a través de instancias políticas, económicas, sociales y culturales que se encargan de producir, reproducir y mantener la inequidad social”(Magis & De Luca, 2011, p. 123).

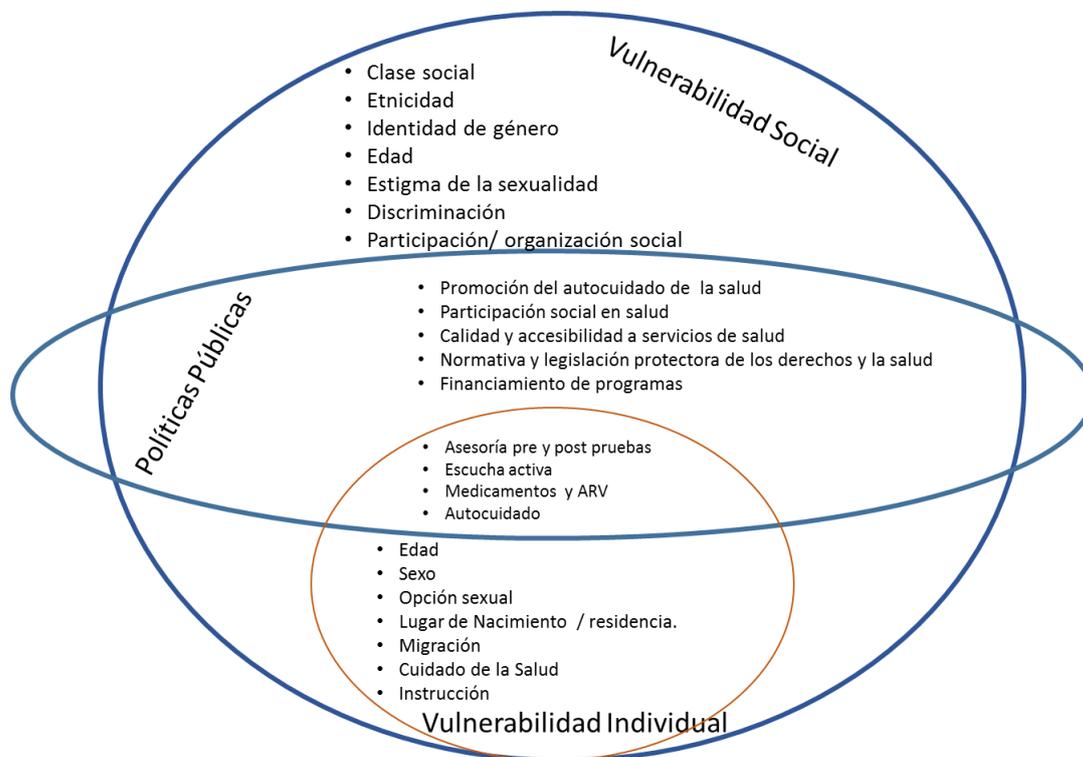
El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/Sida constituyen un “proceso de desvalorización” de las personas afectadas por el VIH/Sida y está relacionado fundamentalmente con las formas de transmisión como son las relaciones sexuales y el consumo de drogas intravenosas (Acosta et al., 2018).

De alguna manera la dialéctica de la prevención y la atención ha estado influida por esta

carga simbólica y ha sido construida en medio de contradicciones de las acciones locales con las políticas nacionales o globales y de la tensión entre las demandas de las organizaciones de la sociedad civil y las PVV para ubicar la prevención en acciones individuales pero también en responsabilidades colectivas, pues los programas de prevención están notoriamente moldeados por políticas económicas, concepción del Estado y protección de derechos en materia de salud y educación.

Paradójicamente el VIH ha permitido que se pueda visibilizar a jóvenes, LGBTQ, mujeres (amas de casa y trabajadoras/es sexuales), hombres adultos (HSH), niños y niñas, como sujetos de derechos sexuales (Salgado, 2008).

Desde el enfoque de determinación y propone entender los procesos de salud en tres dimensiones: social, individual y general, (expresada en las políticas públicas), un complejo proceso de determinación en el cual hay condiciones que pueden ser protectoras y/o destructoras de la salud en al menos tres ámbitos: El individual, el colectivo y el de las políticas públicas.



Elaboración Equipo consultor EUS -EP

El proceso de generación de vulnerabilidades y discriminación genera que “una de cada 5 personas seropositivas, tiendan a ocultarse y a solicitar asistencia sanitaria más tarde, por temor a ser estigmatizada o discriminada a causa del VIH, en los servicios de Salud. Las PVVs, que perciben altos niveles de estigma relacionado con el VIH, tiene 2.4 veces más probabilidades de retrasar la atención hasta que estar enfermos”(ONUSIDA, 2017) y que la mayor parte de la carga de enfermedad recaiga sobre los grupos sociales tradicionalmente excluidos por su condición de género.

Eso se confirma en la prevalencia de VIH y de ITS en poblaciones clave, particularmente en los hombres que tienen sexo con hombres en la cuales la prevalencia de la enfermedad

es superior al promedio de la población general como se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla 1
Prevalencias de VIH y otras ITS entre los HSH, por ciudad. Ecuador 2017.

	VIH	Herpes	Hepatitis B	Hepatitis C	Sífilis
Quito	16.5	89.1	0.5	0.8	6.6
I.C.	(11.0 – 21.9)	(83.2 - 95.1)	(0.0 – 1.40)	(0.0 - 2.2)	(3.6 – 10.1)
Guayaquil	11.2	89.2	0.0	0.0	8.4
I.C.	(6.6– 15.7)	(84.8 - 93.5)		(3.6 – 13.4)	

Fuente: Estudio de vigilancia del comportamiento y prevalencia del VIH y otras ITS en Hombres que tiene sexo con otros hombres y mujeres Trans en Quito Guayaquil 2017

Las políticas públicas constituyen un proceso de decisiones que engloban el qué hacer y los cómo de su implementación en la sociedad, en una compleja interrelación entre lo público y lo privado, es decir no son solo el conjunto de decisiones fundamentadas organizadas y ejecutadas con su correspondiente seguimiento de resultados, son mas bien el procesamiento de los conflictos de poder, en donde la actuación del Estado, de las instancias gubernamentales y el ejercicio ciudadano son consustanciales.

El enfoque de derechos asume que los derechos humanos son un sistema coherente de principios y reglas que demandan de los estados una efectiva incorporación y efectivización de servicios y garantías universales para la población expresadas en el diseño e implementación de las políticas estatales.

Reconociendo a las personas como sujetos de derechos y no como objetos de intervención, se apuesta por enfrentar las inequidades y la exclusión producto de sociedades que no respetan la diversidad existente al interior de las mismas. En el mundo de la vida sexual, esto se expresa en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, lo cual ha llegado a tener carácter de acuerdos y regulaciones internacionales.

Resumen de estudios previos de encuestas de vigilancia del comportamiento y prevalencia en Ecuador.

En el Ecuador se han realizado dos importantes estudios sobre la prevalencia de VIH en Hombres que tienen sexo con hombres, el primero lo ejecutó la Fundación Ecuatoriana Equidad en el 2011 y el último la fundación Kimirina en el 2017, ambos estudios limitados a Quito y Guayaquil.

El estudio de 2017 refiere una población relativamente joven (72,5% Quito y 82,4% Guayaquil) menores de 29 años. En Guayaquil participan mayor cantidad de menores de 19 años que en Quito (Kimirina 2017:25). Estos hallazgos coinciden con el trabajo de Equidad 2012 en donde también hay población juvenil importantemente y se muestran menores de 18 años en Quito (Equidad 2012:6)

Cabe destacar que el estudio de estigma y discriminación de Kimirina refiere en su estudio una composición poblacional HSH con un 85,6% de mestizos, 5,2% de población afroecuatoriana, 6,5% Blanca y 1,4 indígena (Kimirina 2018b:20).

Tanto en Quito como en Guayaquil más del 74% son solteros y 59,4% en Quito vive con su padre o madre y en Guayaquil ese porcentaje es 77,2%. Mientras que el 23,2% en Quito y 12,6% en Guayaquil viven solos (Kimirina 2017:25, 26)

Las participantes en Quito revelan como lugares para conseguir parejas ocasionales en primer lugar las páginas de internet (36,7%), luego a través de otras personas (el 28,4%), el bar o discoteca el 18,9% y el teléfono (17,7%) y el 13,9% en parques/en la calle, Mientras que en Guayaquil esos porcentajes varían, pues los parques/en la calle son el principal punto para conseguir pareja sexual (34,4%), luego el teléfono (15,2%), a través de otras personas (el 18,2%), las páginas de internet (14,4%), bares y discotecas el 7,7% (Kimirina 2017:40)

El 11,2% de los HSH que residen en Quito y el 28% de los que viven en Guayaquil han tenido como pareja sexual en los últimos 12 meses a una o más mujeres. Y el 9% en ambas ciudades a Mujeres Transfemeninas

Sobre la dinámica de interacción de las comunidades de HSH en sus espacios desocialización.

Para la comunidad LGBTIQ el camino de romper las barreras de exclusión ha tomado varios años y uno de sus hitos fundamentales fue la declaración de inconstitucionalidad del delito de homosexualidad por parte el Tribunal Constitucional el 27 de agosto de 1997, después de los cual las persecuciones policiales disminuyeron, y varios logros se han producido estos años —como la cedulación, la unión de hecho y recientemente el reconocimiento constitucional del matrimonio igualitario. Sin embargo, aún existe discriminación y exclusión, abusos en cárceles, desprecio, marginalidad.

Y una forma de evidenciar ese rechazo puede ser en el conocimiento de la orientación sexual y el nivel de aceptación de la población. En el caso de Ecuador, regularmente son los amigos quienes mayor porcentaje de conocimiento tienen de la orientación sexual (95%). mientras que los menores porcentajes se presenta en los los hijos/hijas con un 38%. Con respecto al nivel de aceptación, los amigos/as son quienes más conocen y aceptan totalmente su orientación sexual (89%). Quienes presentan mayores porcentajes de rechazo a las personas entrevistadas son los padres con un 13% (INEC, 2013)

Los procesos de inclusión social en general han estado liderados por organizaciones de la sociedad civil que defienden los derechos de la comunidad LGBTIQ, sin embargo la participación ciudadana activa que permite darle sentido al Sujeto social no es mayoritaria – al igual que en el conjunto de la sociedad ecuatoriana. En el estudio realizado por el INEC (2013) se evidencia que el 36,1% de las personas participan de forma activa en un grupo movimiento u organización social; de estas existe una mayor participación en grupos LGBTI (73,5%) y luego en otros grupos sociales y/o culturales (16,1%).

De las personas que no participan en grupos, movimientos u organizaciones sociales, el 47,0% señala que no le interesa; sin embargo un 12,4% manifiesta que es por temor a que se enteren de su orientación sexual, así como el 11,4% debido al rechazo, desprecio y odio de la sociedad. (INEC, 2013)

Sobre los conceptos en torno a los estudios de vigilancia del comportamiento y prevalencia de VIH e ITS en HSH, MTF y TS.

La vigilancia epidemiológica en Ecuador ha explorado distintos abordajes y métodos y bien puede reconocerse algunas generaciones de estudios; Una primera focalizada en casos de SIDA, infectados por VIH, con vigilancia serológica centinela. La segunda centrada en los estudios de comportamientos de riesgo en población general, una tercera

que busca el seguimiento a pacientes para evaluar la adherencia al tratamiento y una cuarta generación que busca a la vigilancia del estigma y discriminación.

Este estudio de prevalencia se enmarca en una generación de vigilancia en población clave, para entender desde el enfoque de derechos humanos y de género los conocimientos, comportamientos sociales y prevalencia de la enfermedad y por lo mismo parte de ubicar sus conceptos de estudio en los Principios de Yogyakarta que definen a la identidad de género como la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo, que podría o no involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de tratamientos médicos, quirúrgicos, hormonales o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida. También incluye otras expresiones del género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (Cervantes, 2018)

Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH): Hombres que tienen sexo con hombres, independientemente si tienen sexo o no con mujeres; o, si reciben dinero y/o regalos a cambio de sexo; o, tienen una identidad, personal o social, gay o bisexual; o, se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con otro hombre (ONUSIDA, 2018) y que residen o trabajan en las ciudades referidas para la consultoría

Mujeres Transfemeninas (MTF): Se refiere a personas cuyo sexo asignado al nacer fue considerado social y biológicamente como hombre o masculino mientras que su identidad de género es de mujer o femenina. Es decir, se percibe así misma como mujer, independientemente de haber iniciado o no un proceso de feminización del cuerpo.

Trabajadorxs Sexuales (TS): Mujeres adultas que ejercen el trabajo sexual y reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de forma periódica o esporádica.

Pareja estable: se refiere a un/a novio/a, esposa o compañero/a de vida, con quien tiene una relación estable y existe un vínculo sentimental.

Pareja ocasional o casual: es una pareja con quien ha tenido algún tipo de práctica sexual, a quien usted no considera pareja estable y con quien no ha habido pago de dinero

Sobre las experiencias de estudios de vigilancia del comportamiento y prevalencia de VIH e ITS en HSH, MTF y TS utilizando muestreo para poblaciones difíciles de alcanzar, tanto experiencias nacionales como internacionales

Durante los últimos 30 años se desarrollaron programas nacionales e internacionales de vigilancia de la salud insiéndose en la necesidad de evolucionar hacia una vigilancia de segunda generación, (con o sin pruebas serológicas) en la cual resulta fundamental el estudio de los conocimientos y comportamientos que permitan situar al individuo en su contexto que facilite explicar las características de exposición en grupo. A diferencia de los análisis de situación tradicional, los estudios de segunda generación pretenden facilitar un análisis más profundo de los aspectos sociales, económicos y culturales de la transmisión de VIH

La forma en que se comporta la epidemia ha exigido profundizar en el conocimiento de la situación en poblaciones expuestas a mayor riesgo como son los Hombres que tienen

sexo con hombres, lo cual ha exigido la utilización de alternativas a los sistemas habituales de selección de participantes ya que la mayoría de las veces, por lo procesos de estima y discriminación están ocultas o son de difícil acceso.

“Se dice que una población está oculta sino existe un marco de muestreo, sumado a que admitir ser parte de esa población sería potencialmente amenazante. El acceso a esas poblaciones es difícil ya que los métodos de muestreo de probabilidad provocan bajas tasas de respuesta y las mismas pueden llegar a adolecer de sesgos por simulación en la respuesta”(Magis & De Luca, 2011, p. 131).

Para la década de los 80 en la búsqueda de acercarse de mejor manera a la realidad se utilizó el muestreo por bola de nieve (SBS), (Biernacki y Warldorf, 1981), que fue presentado por primera vez por Leo Goodman, en 1961, como método de acercamiento a poblaciones ocultas, en el año 1985 se propuso el uso del muestreo través de informantes clave (Key Informant Sampling) (Edward Deaux y John Callaghan), en 1989, Watters y Biernacki formularon la metodología denominada muestreo a partir de mapas etnográficos (Targeted Sampling), buscando la identificación de grupos poblacionales ocultos directamente en el medio en el que se desenvuelven.

En la década de los noventa El muestreo de tiempo-lugar (TLS) (Karon, s.d.) o el muestreo basado en sedes (VBS)- (Muhib, Lin, Stueve, Miller, Ford, Johnson y cols., 1991, Huntsinger y Bricka, 2007) también fue ampliamente utilizado. Sin embargo, los resultados no han sido suficientemente satisfactorios ya que las estimaciones alcanzadas generan amplios intervalos de error o se obtienen datos muy sesgados respecto a la población (Morosini, 2011) (Mantecón, Montse, Dor Calafat*, Becoña, & Román, 2008) (Estrada & Vargas, 2010)

El muestro impulsado por el participante, en inglés Respondent Driven Sampling, RDS (Heckathorn, 1997) es un sistema de aproximación tipo cadena de referencia para obtener un tamaño muestral representativo de la población objeto, dado que el reclutamiento se expande a diferentes niveles de profundidad y dentro de redes sociales distintas. Ello permite que la muestra obtenida esté compuesta por un grupo poblacional heterogéneo y extenso (Estrada & Vargas, 2010), está basado en la teoría de cadena de probabilidad como en la teoría de redes parciales y de los procesos de Markov para la elaboración de un procedimiento matemático que intenta paliar los problemas derivados de la falta de representatividad que limitan la validez de los resultados obtenidos por medio de los muestreos no probabilísticos o intencionales (Abdul-Quader, Heckathorn, Sabin y Saidel, 2006).

Al momento es considerado el método de recolección de muestras más acertado y menos sesgado en poblaciones de difícil acceso (Johnston y Sabin, 2010), además de estar especialmente recomendado para estudios en la población HSH cuando otros métodos son difíciles de implementar (UNAIDS y WHO, 2011; Morosini, 2011).

Para el presente documento se ha revisado el informe final del estudio de “seroprevalencia de VIH/Sida y Sífilis, factores sociocomportamentales y estimación del tamaño de la población de hombres que tienen sexo con hombres en 6 regiones del Paraguay” del 2011 y la Aplicación de la estrategia de Muestreo Respondent Driven Sampling en el estudio de Población Trans en Uruguay de 2014. Además de los estudios mexicanos de vigilancia del 2006 y 2007.

Las mayores referencias para nuestro trabajo están en los estudios hechos en Ecuador como: Estudio de vigilancia de comportamientos y prevalencia de VIH Y otras infecciones de transmisión sexual en personas Trans en Quito en el año 2012. (Corporación Kimirina, 2012). El Mapeo de Lugares de encuentro de la población más expuesta al VIH. MAPLE/PEMAR – Ecuador (Acosta, 2015). Estudio de seguimiento del comportamiento y prevalencia del VIH y otras ITS en hombres que tienen sexo con hombres en las ciudades de Quito y Guayaquil – Ecuador, (Corporación Kimirina, 2017). El Índice de estigma y discriminación a población clave, en hombres que tienen sexo con hombres en los servicios de salud de 9 ciudades del Ecuador de 2018 (Acosta et al., 2018)

4. METODOLOGÍA.

Objetivos

General.

Establecer la prevalencia, de VIH e ITS (Herpes Simplex 2, Sífilis, Hepatitis B y C) y su relación con el estrato socio –económico, los conocimientos y comportamientos sexuales en población clave de HSH, MTF y TS, en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí.

Específicos

- a) Determinar la prevalencia de VIH en poblaciones HSH, MTF y TS en seis provincias del Ecuador con mayor concentración de personas que viven con VIH, durante el año 2021.
- b) Determinar la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, MTF y TS en seis provincias del Ecuador con mayor concentración de personas que viven con VIH, durante el año 2021.
- c) Identificar los comportamientos sexuales de riesgo asociados a la infección por VIH e ITS en poblaciones HSH, MTF y TS en seis provincias del Ecuador con mayor concentración de personas que viven con VIH, durante el año 2021.
- d) Describir los principales indicadores de conocimiento de ITS – VIH/Sida en poblaciones HSH, MTF y TS en seis provincias del Ecuador con mayor concentración de personas que viven con VIH, durante el año 2021.
- e) Estimar la Talla Poblacional de HSH, MTF y TS, usando el método propuesto por Respondent Driven Sample RDS).
- f) Analizar la relación entre la estratificación social, los conocimientos sobre VIH - ITS y los comportamientos sexuales, con la prevalencia de VIH e ITS en las seis provincias del estudio

Diseño del estudio

Para la ejecución de la investigación, se ejecutaron dos componentes: a) un estudio epidemiológico descriptivo de corte transversal de prevalencia seropositiva anónima a VIH, Sífilis, Herpes Simplex 2, Hepatitis B y C, acompañado de una encuesta socio demográfica, de conocimientos y comportamientos sexuales; y b) un estudio cualitativo participativo aplicado en cada ciudad capital provincial, a fin de profundizar sobre prácticas y conocimientos en salud sexual y estigma social.

Definición de la población y cálculo del tamaño muestral.

El universo estimado para el estudio está constituido por 94.000 personas, de las cuales 47.400 pertenecen al grupo HSH, 12.200 a las MTF y 34.400 TS, a partir de los datos de ONUSIDA para el 2019 (4). Según la información de ONUSIDA, la prevalencia de VIH en HSH es 16,5% y de MTF de 34,8% (4), y la prevalencia de VIH en TS es de 3,2% para el año 2012, que es el último reporte oficial, de nivel nacional de la Estrategia Nacional de VIH/Sida-ITS del Ministerio de Salud Pública (27). Los tamaños de las poblaciones claves utilizadas para el muestreo, corresponden al estudio de mapeo de lugares de encuentro de población más expuesta al VIH (15).

Al desconocer la población de los grupos de estudio (HSH, MTF y TS) en el Azuay, el cálculo se realizó mediante porcentajes ponderados de la prevalencia de las 11 ciudades, del estudio mencionado. Lo cual en la práctica generó una sobreestimación de la población MTF en el Azuay

Cálculo del tamaño muestral.

El tipo de muestreo realizado fue aleatorio estratificado por fijación proporcional (distribución realizada de acuerdo con el tamaño poblacional). Para el cálculo del tamaño de la muestra. La muestra se calculó con un efecto de diseño de 0.2; nivel de confianza el 95 %, nivel de significancia de 0.05 (probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando ésta es verdadera), una potencia estadística del 80 % (probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es realmente falsa), y un 5 % de pérdidas, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$n = D \frac{F}{I} \frac{Z_{1-\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} X \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}}{(P_1 - P_2)} \frac{1}{I} \quad 2$$

En donde:

- D = efecto de diseño, entendido como el grado de distorsión que sufren las varianzas debido al diseño muestral empleado, que permite valorar directamente los cambios que sufren los intervalos de confianza estimados, cuando el diseño muestral se aparta del caso aleatorio simple.
- P1 = proporción estimada en el momento de la primera encuesta.
- P2 = proporción objetivo en una fecha futura.
- P1-P2 = magnitud del cambio que se quiere detectar.
- p = (P1 + P2)/2: promedio de proporciones.
- Z_{1-α} = valor de Z, correspondiente al nivel de significación deseado.
- Z_{1-β} = valor de Z, correspondiente al nivel de potencia deseado.

Se debe indicar que la presente fórmula permite el cálculo del tamaño muestral para utilizarla en el diseño de proyectos de investigación con RDS (Muestras Dirigidas por Participantes), en donde no haya estudios previos en la población y, por tanto, se

desconozca la prevalencia de tal manera que se pueda atenuar los posibles sesgos por subestimación o sobreestimación de la prevalencia final encontrada. (23)

Los parámetros utilizados para el cálculo, en cada uno de los grupos de estudio, fueron los siguientes:

Parámetros	TS	HSH	MTF
D =	0,20	0,20	0,20
P1 =	0,032	0,17	0,35
P2 =	0,085	0,21	0,40
P1-P2 =	-0,053	-0,04	-0,05
p =	0,06	0,19	0,37
Z1- α =	1,96	1,96	1,96
Z1- β =	0,84	0,84	0,84
n por grupos =	357	873	774
n =	2004		
Pérdidas 5 % =	100		
n total =	2104		

De esta manera se obtuvo una muestra total de 2104 casos que fueron distribuidos de acuerdo con la siguiente tabla.

Tabla No 2. Cálculo de tamaño muestral

Grupo poblacional	Población estimada	Prevalencia %	Muestra	
			N.C. 95 %	n + pérdidas (5 %)
HSH	47400	16,5	873	917
MTF	12200	34,8	774	812
TS*	34400	3,2	357	375
Total	94000	54,5	2004	2104

*OMS-OPS 2012

Elaboración: Equipo consultor EUS - EP

La muestra obtenida para cada uno de los grupos se distribuyó porcentualmente, considerando la población de las seis provincias de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla No 3. Distribución de la muestra calculada por provincias

GRUPO POBLACIONAL	Pichincha			Guayas			El Oro			Manabí			Esmeraldas			Azuay			Total	
	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	Total n
HSH	9332	31,37	288	13416	45,10	413	3133	10,53	97	1081	3,63	33	481	1,62	15	2305	7,75	71	29748	917
MTF	818	13,53	110	2602	43,04	350	1387	22,94	186	500	8,27	67	145	2,40	19	593	9,81	80	6045	812
TS	5325	32,20	121	6525	39,46	148	2058	12,44	47	572	3,46	13	385	2,33	9	1673	10,11	38	16538	375
Total	15475		518	22543		911	6578		330	2153		113	1011		43	4570		188	52330	2104

Elaboración: Equipo consultor EUS – EP.

El estudio en términos efectivos alcanzó la participación de 1985 participantes de las seis provincias, no fue posible alcanzar la meta de MTF en la provincia del Azuay pese a que se extendió el plazo y se implementaron mecanismos de espacios seguros móviles, consideramos que la razón fue que el cálculo del universo sobre el cual se basó nuestro estudio sobredimensiona el universo de esta población en esta provincia. Cosa similar sucedió con la población trans de la ciudad de Quito. Por lo que en la población trans la muestra efectiva es de 710 participantes.

En el caso de la población HSH, el estudio tuvo dificultades para alcanzar la meta en la ciudad de Quito, las condiciones generadas por la Pandemia, permitieron que el método logro convocar a 198 personas. alcanzamos una muestra total de 836 participantes en todo el país.

A partir de los 2000 registros del estudio se hizo una construcción de la base de datos del estudio que reúne a su vez tres fuentes de datos: La encuesta, los resultados de laboratorio de las pruebas de Hepatitis B y C, Herpes Simple y Sífilis (el hospital aún tiene pendientes el reporte de algunas muestras) y el reporte de los resultados de las pruebas rápidas de 4ta y 3era generación para detección de VIH.

Imagen No1

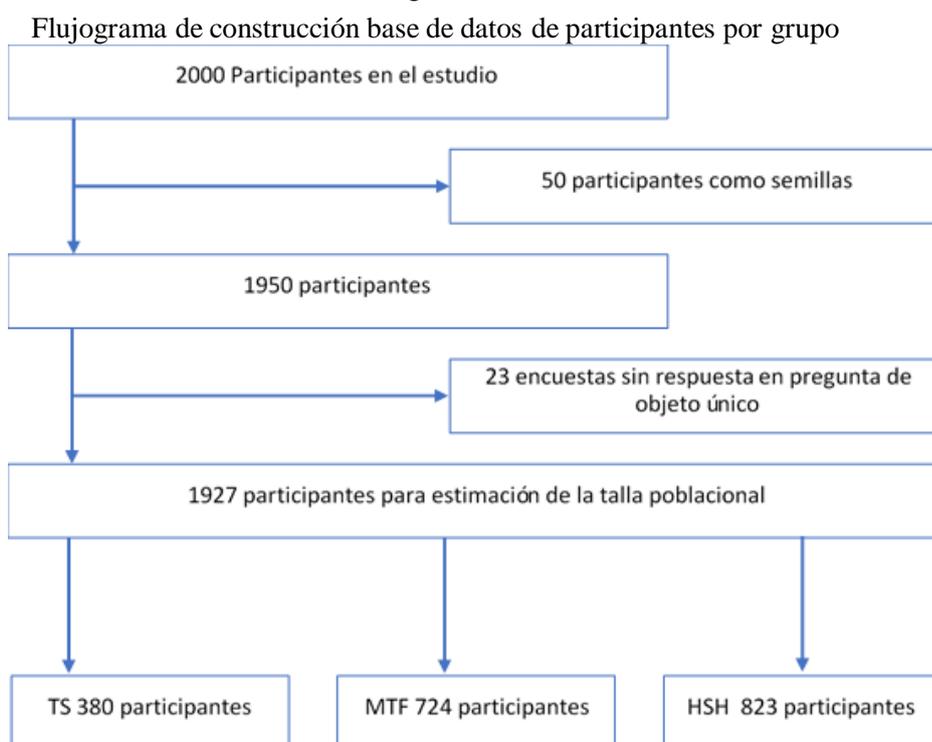
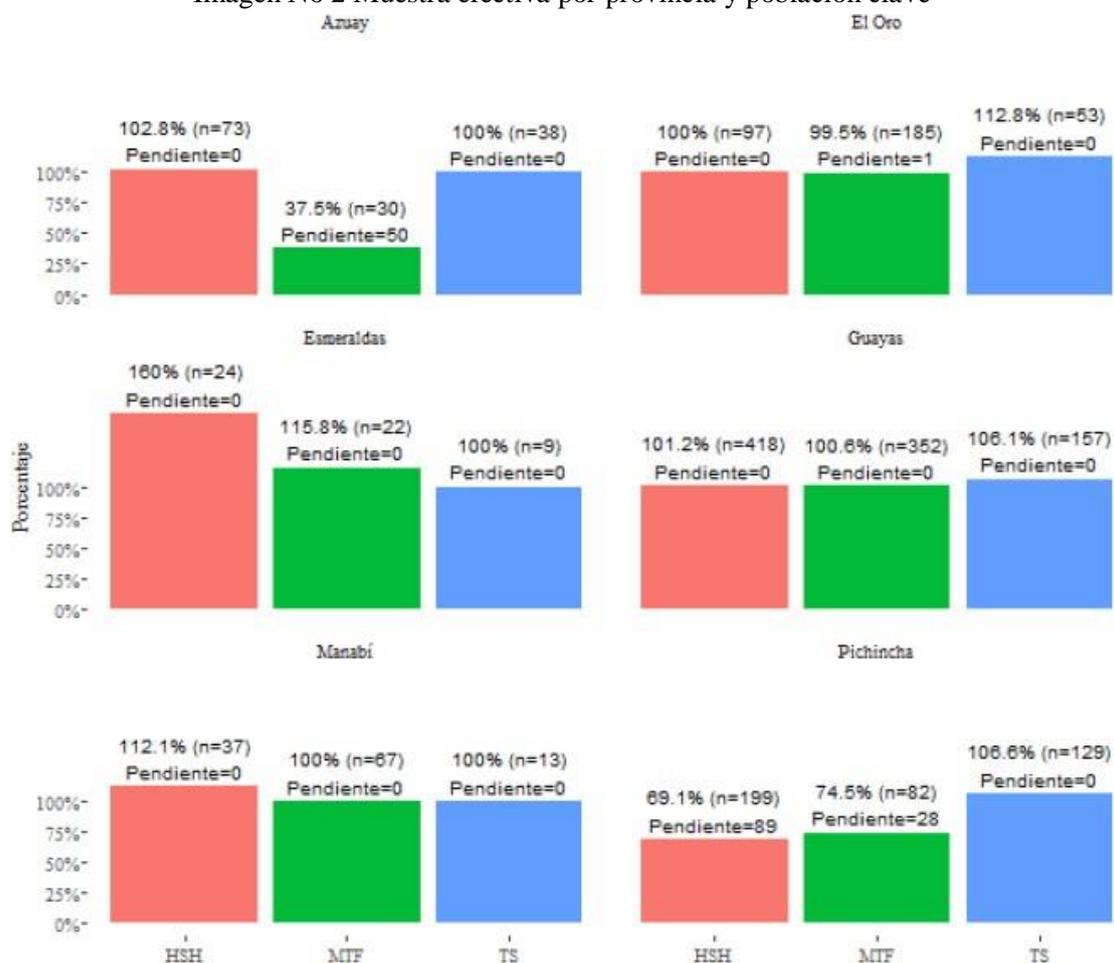


Tabla No 4. Descripción de la muestra efectiva

	Azuay		Esmeraldas		Guayas		Manabí		Pichincha		El Oro		Total n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
HSH	74	50,68	24	43,64	419	45,1	36	30,51	201	48,2	97	28,96	851
MTF	35	23,97	22	40	355	38,21	69	58,47	84	20,14	186	55,52	751
TS	37	25,34	9	16,36	155	16,68	13	11,02	132	31,65	52	15,52	398
Total	146		55		929		118		417		335		2000

Imagen No 2 Muestra efectiva por provincia y población clave



Procedimientos:

Para la consecución del primero y segundo objetivos específicos, relativos a la prevalencia de VIH e ITS en poblaciones HSH, MTF y TS, se realizó una valoración, utilizando una toma única por venopunción de la cual se obtuvo el material para tamizaje de VIH y Sífilis, y las pruebas de Herpes y Hepatitis B y C.

Para los objetivos 3 y 4 relativos a los comportamientos sexuales, a los indicadores de conocimiento de ITS – VIH/Sida y a sus condiciones socio económicas, se utilizó una

encuesta de auto llenado de fuente directa en computador, en los tres grupos poblacionales: HSH, MTF y TS en las provincias definidas para el estudio. Complementariamente se realizó un estudio cualitativo con grupos focales y entrevistas semi estructuradas, aplicadas en tiempos diferentes a los de la realización de las encuestas.

En términos del orden en que se realiza el procedimiento, hay que decir que los participantes se acercaron al “espacio seguro” definido en cada ciudad. Luego de firmar un consentimiento informado el participante contestó una encuesta de auto llenado con información importante de su vida personal y sobre conocimientos generales acerca del VIH/Sida e ITS.

Luego se brindó una asesoría pre prueba: es decir se le informo sobre la enfermedad, consecuencias, exámenes de laboratorio, opciones de los resultados y caminos a tomar con cada uno de ellos, se aclararon dudas y una vez concluida la asesoría se realizaron las tomas de muestra de su sangre en el mismo espacio seguro siguiendo los siguientes flujos que fueron diseñados específicamente para el estudio

Recolección de Muestras de Sangre

La muestra de sangre se obtuvo mediante punción venosa que se destinó a dos tubos de ensayo debidamente rotulados con el código del cupón de invitación del participante y su número de cédula. Todas las muestras fueron acompañadas del formulario de pedido de exámenes de ITS del MSP – HVCM. Con una parte de la muestra de sangre se realizó en ese mismo momento la/las pruebas de tamizaje para VIH (con reactivos entregados por el MSP). Primero se hizo la prueba de cuarta generación: cuando el resultado es no reactivo se informó como negativo para el VIH. si el resultado es reactivo: se realizó el test de tercera generación, si resulta reactivo, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos (28).

Se asumió como positivo para VIH y se canalizó para confirmación y tratamiento al centro de salud del MSP destinado para el efecto. El mismo procedimiento de derivación acompañada se hizo en caso de que el resultado de la prueba de cuarta generación fue reactivo y el de tercera generación no reactivo, se asume como diagnóstico indeterminado.

Para la realización de análisis de Sífilis, Herpes Virus y Hepatitis B y C, se utilizó la muestra de sangre que fue centrifugada para utilizar el suero – que posibilita el transporte y conservación adecuada de la muestra, que en primer momento fue conservado en refrigeración en el mismo lugar donde se tomó la muestra, para luego ser enviada al laboratorio del Hospital Vicente Corral Moscoso, se las transportó en un triple empaque que incluyó cooler, bolso de transporte de muestras de doble cobertura y tubo de ensayo

El Hospital Vicente Corral Moscoso generó un link de acceso restringido (con clave única) para revisar los resultados de las pruebas diagnósticas. Dicho acceso estuvo limitado al Investigador principal y a la Epidemióloga que conforman el equipo investigador y que con los resultados generaron un reporte diario que se entregó al responsable de la asesoría post prueba para que la misma sea entregada directa y confidencialmente al participante.

Espacios seguros para toma de muestra y procesamiento de muestras

Provincia	Ciudad	Espacio Seguro
Pichincha	Quito	Fundación Ecuatoriana Equidad
Guayas	Guayaquil	Fundación Alianza Igualitaria
Esmeraldas	Esmeraldas	CARE – oficinas de servicio comunitario
El Oro	Machala	Asociación Flor de Azalia - PLAPERTS
Manabí	Manta	Horizontes diversos
Azuay	Cuenca	Centro de Especialidades Médicas – CEM - U de Cuenca
Procesamiento de muestras a nivel nacional	Cuenca	Laboratorio del Hospital Vicente Corral Moscoso - MSP

Criterios de inclusión.

En los criterios de inclusión del estudio y para mantener posibilidad de comparación con estudios previos se plantea:

- Autodefinirse como Hombres que tienen sexo con Hombres, Mujeres Trans, Trabajadoras/es Sexuales
- Tener 15 o más años de edad.
- En el caso de personas de entre 15 y 18 años, contar con asentimiento informado firmado por la persona menor de edad y además el consentimiento informado del representante legal.
- Estar en capacidad de dar consentimiento.
- Residir o trabajar en la provincia participante del estudio.
- Dar voluntariamente el consentimiento informado.
- Contar con un cupón de RDS vigente (salvo las semillas).

Criterios de exclusión.

- No ser HSH, MTF, TS
- Tener menos de 15 años de edad.
- En el caso de personas de entre 15 y 18 años, NO contar con asentimiento informado firmado por la persona menor de edad y además no contar con el consentimiento informado firmado por representante legal.
- No residir o trabajar en la provincia participante del estudio.
- No otorgar voluntariamente el consentimiento informado.
- No contar con un cupón de RDS vigente.
- HSH, MTF o TS que poseen una condición mental o psiquiátrica que compromete su habilidad para firmar el consentimiento informado.
- HSH, MTF o TS privado de la libertad (PPL) (por necesidad de acudir al sitio de estudio).

Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos

El método utilizado para la recolección de datos personales fue el de las encuestas, mediante muestreo Dirigido por Participantes “Respondant Driven Sampling (RDS)” que es un sistema de aproximación tipo cadena de referencia para obtener la muestra representativa de poblaciones de difícil acceso, disminuyendo así el sesgo generado por

la carencia de aleatoriedad en la selección de los primeros individuos conocidos como *semillas*, que se basa en la teoría matemática de redes y se utiliza para establecer muestras probabilísticas y representativas de poblaciones de difícil acceso que carecen de un marco muestral pero que cuentan con la característica de conectividad social entre sus integrantes.

Para iniciar el proceso RDS se realizó una investigación formativa que supuso la realización de tres talleres en cada ciudad capital de provincia (uno para cada población clave) que permitió acercarse a la cotidianidad de las poblaciones y ubicar:

- Las semillas iniciales que fueron los primeros invitados que permitieron la construcción de la red muestral, cada uno de ellos permitió generar una cadena de contactos, pues las semillas inician el proceso invitando a tres de sus amistades a participar en el estudio mediante un cupón (numerado) de invitación hasta completar el tamaño de la muestra apropiado para el estudio (9) (23) o hasta saturar la red
- Los lugares de encuentro de la población clave en cada una de las capitales de provincia,
- Conocer las preferencias de horarios de atención de los espacios seguros.
- Conocer aspectos que posiblemente pueden ser una barrera para acceder a los espacios seguros
- Contar con una aproximación inicial a los contextos en los que se desenvuelven las poblaciones clave (constitución de sus identidades diversas, sexualidades y comportamientos en torno a la prevención del VIH).

Luego de la investigación formativa se planificó la entrega de un objeto único físico pero ante las complejas situaciones generadas por la Pandemia de COVID19 que forzó; a) restricciones de movilidad, aislamientos forzados c) cierre de bares, discotecas y prohibición de eventos públicos, la distribución de un objeto único en los puntos de encuentro de las personas de la población clave se hizo imposible por lo que se optó por repensar el mecanismo del objeto único y transitar al uso de redes sociales para generar la universalización

En base a la asesoría de expertos ONUSIDA y del Fondo Global y usando el manual del *libro azul* del CDC se mantuvo la propuesta de utilizar el *método del multiplicador* para el cálculo de la talla poblacional, pero en su variante *de multiplicador por evento*.

El Multiplicador por evento consiste en organizar una actividad para el grupo de población destinatario antes de realizar la encuesta. Cuando se capta y entrevista a los participantes de la encuesta, se les pregunta si participaron – en el caso de nuestro estudio, vieron - la actividad generada en un tiempo determinado.

Se utiliza el número total de participantes en la encuesta que vio la imagen y la proporción de ellos que fue captada para participar en la encuesta para calcular el tamaño del grupo siguiendo la fórmula conocida de $N = b/m$.

El objeto único virtual se convierte en la “actividad” generada y dirigida a la población específica. Para ello se mantuvieron las premisas de que los datos (visitas o respuestas a la imagen virtual): a) sean de individuos únicos (es decir, no se contabilizan el número de interacciones sino el número de personas, b) que ambas fuentes de datos utilicen la misma definición del grupo de población; c) que los datos disponibles de ambas fuentes se obtuvieron durante el mismo período de tiempo; y d) ambas fuentes de datos tienen la

misma área de captación (cobertura geográfica).

El objeto virtual diseñado fue una campaña con el nombre de “Sin excepción” que se limitó a una imagen generadora, llamativa, alusiva al tema que se investiga, que recogió un elemento común para toda la comunidad y que fue producto de la investigación formativa y para que se convierta en un evento específicamente dirigido a la población clave.

Imagen No3
Objeto Único Virtual - Campaña Sin Excepción



Diseño y difusión SOLVER para el estudio de prevalencia

Se subdividió su difusión en dos tiempos; El tiempo T1 que tenía como objetivo generar el interés amplio en población y luego un tiempo T2 que buscaba respuesta y activación específica de población clave:

En la ejecución del tiempo T1, lo que se buscaba es generar la audiencia en las tres poblaciones claves (HSH, MTF, TS), exclusivamente en las 6 ciudades del estudio, para que exista un mayor grado de probabilidad de que el objeto único sea reconocido por la audiencia objetivo en el tiempo T2. (Para lo cual se desarrolló 3 fuentes de información para alimentar el algoritmo de Audiencias de Facebook Business: a) Pixel de Rastreo, b) Web landing page, c) Experiencia Instantánea

Con la información recolectada en el tiempo T1 (que duró 8 días), Facebook Business obtuvo información para elaborar audiencias objetivo con base a los siguientes criterios:

Públicos Personalizados

- Pixel Activo en Landing Page, eventos en que participó en los últimos 30 días
- Interacciones en Experiencias Instantáneas en los últimos 30 días,

Públicos Similares

- Pixel Activo en Landing Page, eventos en los últimos 30 días, similitud al 7%
- Interacciones en Experiencia Instantánea, últimos 30 días, similitud al 7%

Para el tiempo T2, (que duró 8 días) se utilizaron las audiencias generadas en el tiempo T1 y se desarrollaron publicaciones con el objeto único virtual. Con el objetivo de llegar únicamente a las poblaciones claves y que reconozcan el mismo.

Para la generación de las audiencias utilizadas en el tiempo T2, se utiliza toda la información recolectada en el tiempo T1, de esta manera, se direcciona el objetivo único virtual únicamente a la población clave de las 6 ciudades de estudio

En la encuesta que se aplica en la investigación en cada una de las ciudades, se incluyó una pregunta en la que se consulta si han visto la imagen del objeto virtual. En base al porcentaje de respuestas positivas se construirá el acercamiento a la talla poblacional

Criterios para el cálculo de objetos únicos a ser distribuidos

Dadas las condiciones objetivas de la coyuntura de pandemia impidieron la entrega física del objeto único, debimos realizar una distribución de “objeto único virtual” – que fue una campaña llamada “Sin excepción”.

Considerando que la difusión en redes permite menor control de quienes reciben la imagen, se realizó un ajuste en el cálculo, mejorando la precisión estimada, con lo cual se amplió el número de personas a las que debemos alcanzar con la campaña: para ello se realizó el siguiente cálculo que sigue las definiciones de O.M.S, que estimó un mínimo de 50.286 personas a las que debía alcanzar la campaña.

Tabla No 6. Cálculo inicial del mínimo de objetos únicos a ser distribuidos *presencialmente*

Tamaño estimado de la población (dato previo 2017)	Precisión estimada (½ del ancho del IC como % de la estimación)	Tamaño de la muestra para la investigación	Efecto de diseño	Precisión sobre N (½ del ancho del IC)	Número de objetos a distribuir	Expectativa del número de objetos recapturados (en la encuesta)
47200	34,0%	917	2,00	±16048	3161	61
12200	34,0%	812	2,00	±4148	895	60
34400	34,0%	375	2,00	±11696	5155	56

Elaboración propia

Tabla No 7. Cálculo mínimo de imágenes únicos virtuales distribuidas

Tamaño estimado de la población (dato previo 2017)	Precisión estimada (½ del ancho del IC como % de la estimación)	Tamaño de la muestra para la investigación	Efecto de diseño	Precisión sobre N (½ del ancho del IC)	Número de objetos a distribuir	Expectativa del número de objetos recapturados (en la encuesta)
47200	20,0%	917	2,00	±9440	8109	158
12200	20,0%	812	2,00	±2440	2271	151

34400	20,0%	375	2,00	±6880	11610	127
-------	-------	-----	------	-------	--------------	-----

Elaboración propia

Con la campaña desarrollada durante 15 días previos al inicio del trabajo de campo se alcanzó una cobertura de 102.989 personas de la población clave distribuidas de la siguiente forma:

Tabla No 8. Alcance logrado en la distribución del objeto único virtual

Campaña	Pichincha	Guayas	El Oro	Manabí	Esmeraldas	Azuay	Total
<i>Sin excepción</i>							
Total Etapa 2	52187	12919	13320	1565	655	18122	98.768
HSH	4860	6864	497	541	260	1142	14.164
MFT	746	1139	77	95	59	199	2.315
TS	46581	4916	12746	929	336	16781	82.289

Elaboración propia – informe de resultados de difusión en Facebook de SOLVER

En base a los objetos únicos distribuidos se aplicará la fórmula de cálculo de talla poblacional basada en las directrices del bluebook de CDC/OMS (32) se usó el método del *multiplicador de evento* para la estimación de la talla poblacional de cada población clave, en este caso a partir de las encuestas, utilizando la siguiente fórmula.

$$N = B/m$$

Donde

N = estimación del tamaño total del grupo de población

B = número total de personas que recibió el “objeto único”

m = La proporción de personas que refirió haber recibido el “objeto único” (recaptura) del total personas que asistieron al “espacio seguro” donde se realiza encuesta y la flebotomía.

Los resultados de ese cálculo de talla poblacional serán presentados en el capítulo resultados del presente informe

Mecanismos de operación de la metodología RDS en el presente estudio

En términos generales la metodología RDS presenta dos clases de participantes: 1) las “semillas”, que son las/los participantes iniciales seleccionados por el equipo del estudio por su liderazgo conocido y su entusiasmo en relación al estudio; 2) las participantes nuevas enroladas por una invitación de participantes anteriores.

Las semillas recibieron 3 cupones codificados que ofician como invitación para entregar a tres pares a participar en el estudio. De esta manera, la cadena de reclutamiento inició con las semillas. Al participar en el estudio, los nuevos participantes recibieron de la misma forma 3 cupones cada uno, repitiendo así el ciclo para olas posteriores. La teoría de RDS postula que, con cadenas suficientemente largas, la composición de la muestra final es independiente de las características de las semillas con las que comenzó, equilibrio que se empieza a generar a partir de la cuarta o quinta ola. Podría en el transcurso de la investigación darse la necesidad de identificar nuevas “semillas” en caso de que no se genere la cantidad de olas necesarias.

Por cada conocido que participa y completa el estudio se otorgó una tarjeta de consumo en la cadena de supermercados La Favorita como incentivo secundario a la “semilla” (el incentivo no se entrega al momento de la aplicación de la encuesta y la toma de muestra sino a posteriori y en función de cuantas invitaciones se hagan efectivas y lleguen al espacio seguro) del mismo modo se procede con los participantes que logran completar sus contactos. El límite de tres cupones por participante se hace para asegurar que una amplia variedad de personas tengan una oportunidad de reclutar y para excluir luchas por derechos de reclutamiento (24).

Los cupones fueron codificados de tal manera que el participante original (semilla) sea identificable. Este sistema permitió dar seguimiento y establecer redes de cada semilla que serán presentadas en acápites posteriores de este estudio. Para la gestión y seguimiento de los cupones, cada responsable de provincia llevará el registro de gestión de cupones, propuesto por OMS para este tipo de estudios (32). Cada cupón tienen un código alfa numérico compuesto por una letra que representa la provincia: Ej. G (Guayas), un segundo literal correspondiente al grupo de población clave. Ej: GHSH /GMTF/GTS luego un número correspondiente al número de la semilla: GH.01, GH.02, GH.03, etc., luego un segundo que refiere a los primeros invitados por la semilla: Ej: GHSH.01.01 / GHSH.01.02 / GH.01.03 y luego sigue la misma lógica para cada ola: GHSH01.01.01 / GHSH01.01.02/ GHSH01.01.02 (tercera ola), GHSH01.01.01.01/ GH01.01.02/ GH01.01.03 (cuarta ola), GH01.01.01.01/ GH01.01.01.02 / GHSH01.01.01.03 (quinta ola). Por esa razón el cupón se numeró el momento en que de finalizar la encuesta y toma de muestra de sangre a cada participante en el estudio. El programa KObotoolbox permitió hacer seguimiento permanente y retroalimenta a responsables provinciales de la investigación.

Características del estudio cualitativo

Se realizó un estudio cualitativo con grupos focales en cada una de las ciudades capitales de provincia. Este estudio es distinto a la investigación formativa, y se lo realizó en reuniones de grupos focales conjuntos de las tres poblaciones clave en cada capital provincial. se ejecutaron en los meses en que se realizó el estudio cuantitativo, pero en momentos distintos a la toma de muestras.

Este componente cualitativo permite interpretar cómo se dan los procesos relacionados con la prevalencia de VIH en la población clave y por qué suceden de esa manera. Se trata de profundizar en las percepciones que la población clave tiene respecto a algunos elementos como; sexualidad; estigma y discriminación; trabajo sexual; organización y participación; prácticas protegidas y de riesgo para VIH e ITS; acceso a los servicios de salud y atención integral.

En el estudio cualitativo se tomaron los puntos de vista y se incorporan como un capítulo específico en el presente informe

Las personas consideradas serán algunas de los que llegaran a los talleres de la investigación formativa, y los participantes de las encuestas que llegaran al sitio seguro y que fueron invitados a los grupos focales. Los criterios de Inclusión fueron el ser mayor de 18 años, haber participado en algún momento del estudio, ser parte de la población clave.

Entrevistas individuales con HSH, MTF y TS que se considera informantes clave y algunos de ellos(as) se definirán en los grupos focales. Estos fueron personas que han participado en el estudio y que pertenecen a las poblaciones clave.

Análisis y sistematización

Elaboración y presentación de los datos

Una vez recolectados los datos, serán ingresados en una base diseñada para el efecto en el software KoBoToolbox, los mismos que fueron ingresados directamente por los participantes. Además, se construyó una base con los resultados de las pruebas rápidas de VIH que se registraron en formatos de Google Forms y otra base de datos de los resultados de las pruebas de Hepatitis ByC, Herpes Simple 2 y Sífilis. Luego fueron migrados al programa estadístico R para su análisis, tabulación y presentación mediante tablas y gráficos (de acuerdo al tipo de variables) y análisis estadístico.

En el análisis cualitativo se sintetizó los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas individuales para codificar su contenido a partir de encontrar relaciones significantes en el contenido de cada una de ellas; lo cual permitirá agrupaciones, comparaciones y triangulaciones entre las diferentes fuentes-actores; posibilitando un análisis descriptivo e interpretativo de los datos, esto es, se enfatizará en un análisis de contenido de las categorías indagadas. En los reportes no se utilizará ni nombres ni siglas de los participantes, para garantizar su privacidad y la confidencialidad del trabajo.

Consideraciones éticas

Para la ejecución del presente proyecto de investigación, se consideraron los principios actualizados de la Declaración de Helsinki, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (CIOMS), el artículo 207 y 208 de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, el Acuerdo Ministerial No. 0066 de 27 de febrero de 2008, en el que se expide el Reglamento para la aprobación, monitoreo, seguimiento, evaluación de los proyectos de investigación en salud que se relacionan con las áreas

atinentes al Ministerio de Salud Pública y por último el Acuerdo Ministerial No. 00004889 de 10 de junio de 2014 y las disposiciones del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y de los Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS) publicado en el registro oficial el 1 de julio de 2014.

Consentimiento informado: Con el fin de garantizar el derecho de voluntariedad, la participación en los diferentes momentos del proceso de investigación es voluntaria (ingreso de datos en las encuestas, toma de muestra de sangre, participación en grupos focales, entrevistas y asesoría) de tal manera que todas las personas expresaron su voluntad de participar en el estudio mediante la firma del formulario de consentimiento y asentimiento (en caso de ser requerido) informado.

5. INVESTIGACIÓN FORMATIVA

La investigación formativa, como ya se ha dicho constituye el primer momento del método RDS como punto de partida para explorar la cotidianidad de las poblaciones claves involucradas. En tal sentido, se definió la metodología para esta puerta de entrada que consistió básicamente en la realización de talleres por cada población clave (HSH, MTF y TS) en las seis ciudades capitales de provincia para conocer algunos elementos específicos de cada población (liderazgo reconocido y diverso, espacios de encuentro) y, garantizar el acceso de los diversos grupos a la investigación para cumplir la muestra definida; considerando sus dinámicas cotidianas, sus referencias y preferencias.

Se asumió la metodología de taller, para lograr un espacio que enfatiza en la percepción que tienen los participantes respecto a semillas, espacios de encuentro, espacios seguros, entre otros y permitirá establecer consensos, disensos, mayorías respecto a estos aspectos. La opción por un taller y no por un grupo focal se sustenta en que las preguntas son guías de orientación (que no se resuelven en orden o sólo sirven para escuchar y recibir la información) sino que permitan la reflexión grupal y sobre todo llegar a consensos, disensos o situar mayorías o minorías.

El objetivo de la investigación formativa fue el conocer en cada población clave (HSH, MTS, TS) y en las seis provincias, elementos específicos de la cotidianidad de las poblaciones para garantizar su acceso a la investigación de prevalencia de VIH e ITS y alcanzar la muestra definida en el protocolo y en medio de ello a) Ubicar y captar a lo/as entrevistadas/os iniciales, denominados semillas, b) Establecer y reafirmar espacios seguros, c) Identificar espacios de encuentro de la población clave por ciudad, d) Prever algunas dificultades en el acceso de la población clave para la toma de la muestra y en general en el trabajo de campo.

169 personas participaron en los talleres de las seis ciudades y de las tres poblaciones claves con una facilitación de al menos 4 personas con la co facilitación de 19 personas, algunos de los cuales forman parte del equipo nacional y local del estudio de prevalencia

Los talleres se organizaron en los posibles y potenciales sitios seguros, precisamente para indagar su percepción respecto a cómo se sentían en ellos, un resumen de las respuestas se muestra en la tabla siguiente.

Los informes locales propusieron una serie de nombres que se sugieren como semillas en cada ciudad y por población clave, constan también los números de celulares de contacto

(ver anexo 5). Algunas de las características valoradas para ser estrellas sociales fueron: confianza, integridad, respeto a las diversidades, y capacidad de convencimiento y en la mayoría de ciudades se encontró esa disponibilidad, que fue menor en Cuenca y Esmeraldas.

Los equipos locales pudieron trabajar y definir las semillas iniciales, que, en concordancia con el cálculo muestral, el equipo nacional de la investigación, definió un número por población y ciudad. (ver tabla 9). Cabe destacar que la definición se realiza considerando que máximo debe haber ocho semillas, pero ante todo se trata de no hacer redes alargadas, sino que muestren la diversidad más allá de la pertenencia a una sola organización.

Tabla No 9 Número de semillas sugeridas por ciudad y por población clave

	MTF	TS	HSH	Total
Quito	3	3	4	10
Guayaquil	4	3	6	13
Cuenca	2	2	2	6
Machala	2	3	2	7
Portoviejo	2	2	2	6
Esmeraldas	1	1	1	3
Total	14	14	17	45

Elaboración propia (el estudio identificó las personas específicas, cuyos nombres no se incluyen en este informe para guardar la confidencialidad)

Conclusiones de la Investigación formativa

Sobre el contexto, se puede afirmar que los grupos mostraron un permanente transitar en la diversidad sexual y en muchas ocasiones el trabajo sexual es un punto de encuentro para las tres poblaciones. En general existe un malestar por el encasillamiento ya sea por identidad de género u orientación sexual.

En ciudades como Quito y Guayaquil refieren mayor organización que en las otras ciudades. Las redes se construyen a partir de asociaciones diversas en todas las ciudades; no obstante, esta se teje en las ciudades pequeñas, incluso en clandestinidad, con tensiones y trascendiendo ciudades conventuales como Cuenca. La pobreza es un asunto que atraviesa a las poblaciones especialmente a trabajadoras sexuales y MTF, aunque estas últimas matizan con estudios e inserciones laborales. La exclusión económica fue más evidente en Machala, Portoviejo y Esmeraldas.

Las relaciones sexuales inseguras persisten tanto con parejas permanentes, como con clientes. Se agudiza el riesgo por la falta de costumbre del uso del condón, incluso llegando a pagar por no utilizarlo durante el encuentro sexual. La inseguridad se ve potenciada también por la desconfianza en el sistema de salud público, siendo considerado incluso como poco amigable.

Se puede reconocer además que hay espacios de encuentro conjuntos entre las tres poblaciones, las trabajadoras sexuales son las que más territorio ocupan, ya que sus puntos

de trabajo están distribuidos por varios sectores de las ciudades. Ocupando incluso espacios abiertos, y haciendo más difícil el contacto con esta población.

Existe una alta percepción de violencia en los ambientes, ligadas a la discriminación y al estigma y ambientes inseguros (robos, asaltos) que se agudizan más en la noche; permeado por una falsa moral que atraviesa la demanda del trabajo sexual.

Los diferentes talleres definieron semillas, y se puede afirmar que hay una disposición de participar. Se muestra también una importante red social de pares, incluso en las ciudades más pequeñas hay un tejido de red de contactos, no obstante, se sugiere hacer un seguimiento de las mismas.

El trabajo realizado permite la continuidad y la intencionalidad del componente cualitativo, que ha definido la realización de grupos focales en cada ciudad y con todas las poblaciones unidas, lo que permite algunas orientaciones y certezas que plantean la afinación de las preguntas que deben hacerse en la siguiente fase de la investigación cualitativa.

6. TALLA POBLACIONAL Y REDES DE PARTICIPANTES.

Resultado Talla Poblacional

En base a los objetos únicos difundidos y a la recaptura hecha con la encuesta se aplicó la fórmula de cálculo de talla poblacional, propuesta en las directrices de OMS para estudios bioconductuales en grupo de población con riesgo de VIH(32).

En la presente investigación es necesario recordar que los resultados son válidos para la población acumulada de las 6 provincias que son parte del estudio y que además su confiabilidad está basada en la difusión en redes sociales que puede llevar a que sectores que no acceden frecuentemente a las mismas tengan menos posibilidad de ver la imagen difundida.

Tabla No 10 Estimación esperada del tamaño de la población para 6 provincias del Ecuador - 2021

Población clave	Insumos				Resultados				
	Alcance de personas que interactuaron con objeto único virtual	Muestra efectiva	Número de respuestas positivas a pregunta de si vieron la imagen de objeto único virtual	Efecto de diseño de la muestra	Estimación de la talla poblacional	error estándar	Límite Inferior	límite Superior	Límites relativos
HSH	14164	823	212	2	54986	4584,4	46000	63971	±16,3%
MTF	2315	724	475	2	3529	127,2	3279	3778	±7,1%
TS	82289	380	157	2	199171	17212,5	165434	232907	±16,9%
		1927			257685				

Elaboración propia

Una limitación importante a considerar es que el alcance logrado a población de trabajadoras/es sexuales es significativamente alto, consideramos los investigadores que esto se debe a que en redes sociales es muy probable que buena parte de la población MTF se identificada como TS por el tipo de eventos virtuales a los que contacta y las

redes sociales que frecuenta.

Con esas consideraciones la tabla No10, identifica una talla estimada de 54.986 Hombres que tienen sexo con hombres. 3.529 mujeres trans y 199.171 Trabajadoras sexuales.

Diagrama de árbol de participantes de Hombres que tienen sexo con hombres porprovincia
Imagen No 4 Árbol de participantes HSH en la provincia del Azuay

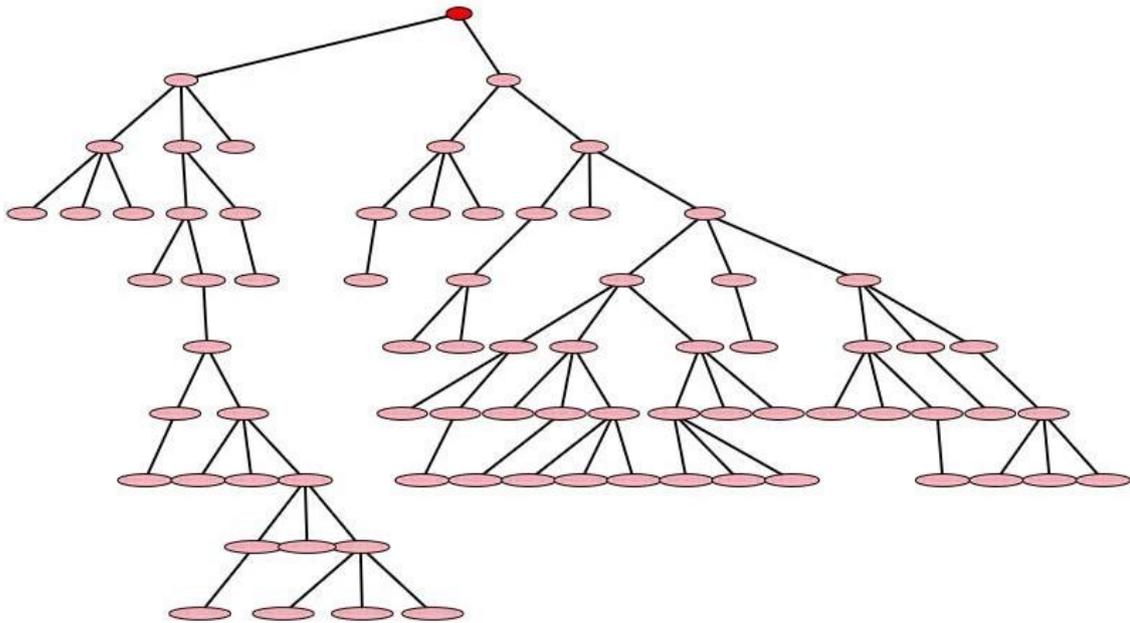
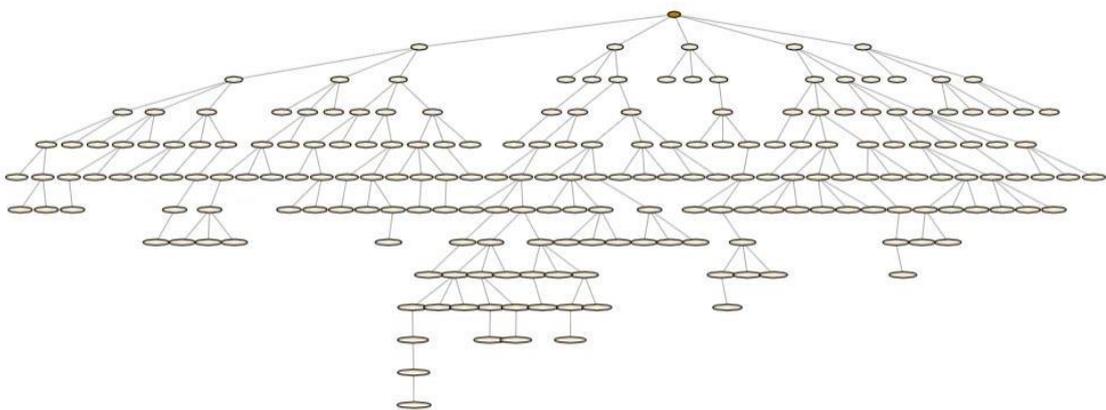
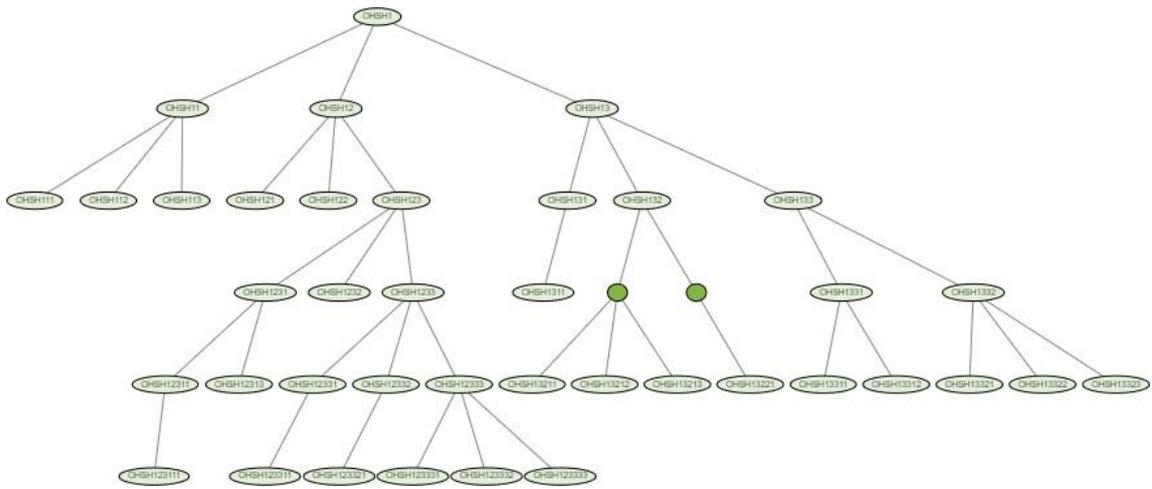


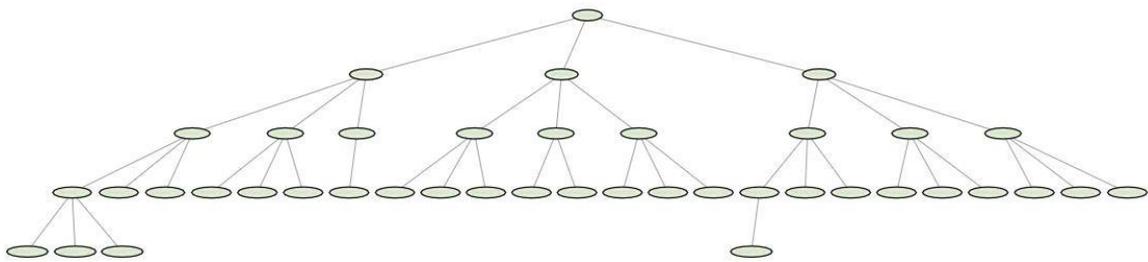
Imagen No 5 Árbol de participantes HSH en la provincia Pichincha



HSH 1



HSH 2



HSH 3

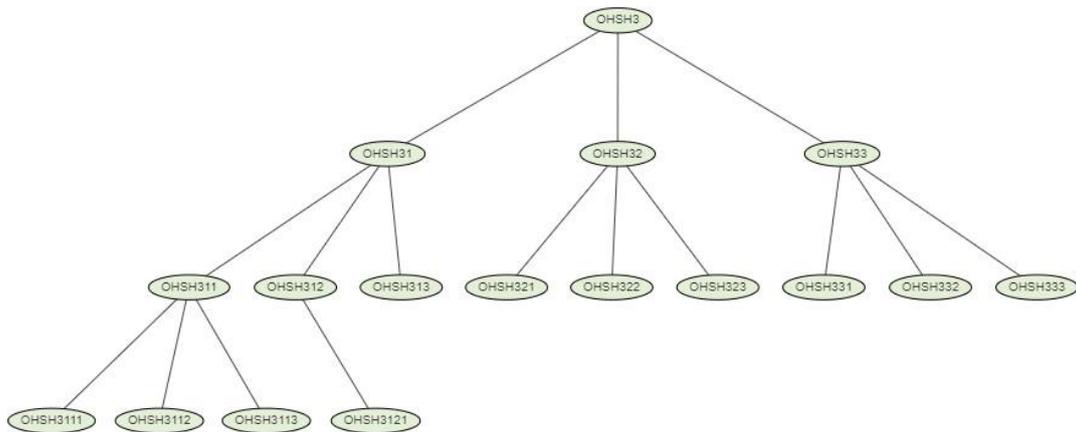


Imagen No 8 Árbol de participantes HSH en la provincia Esmeraldas

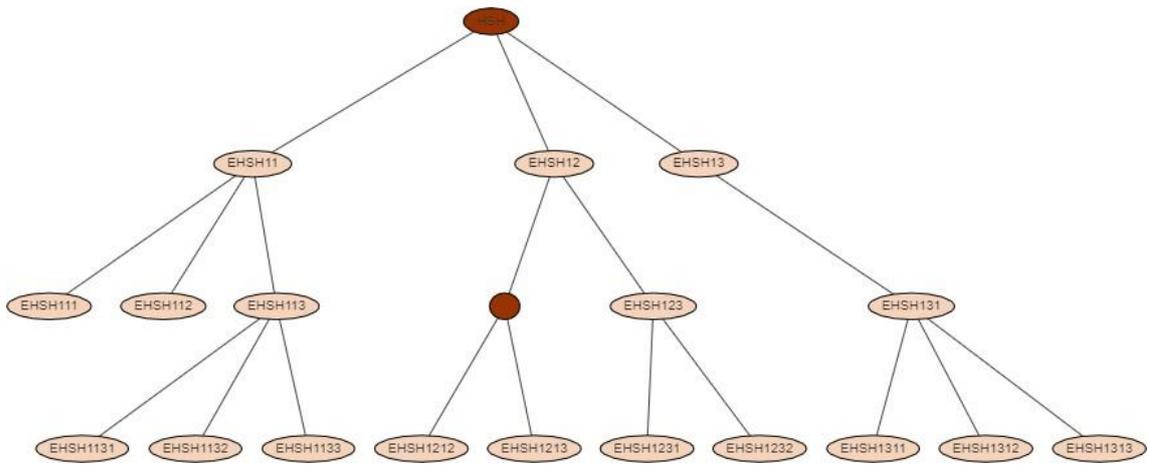
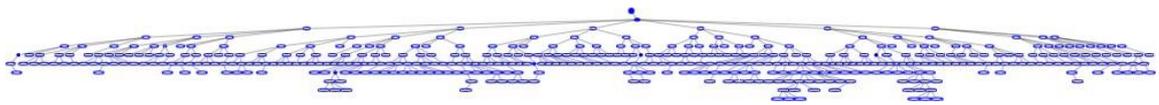
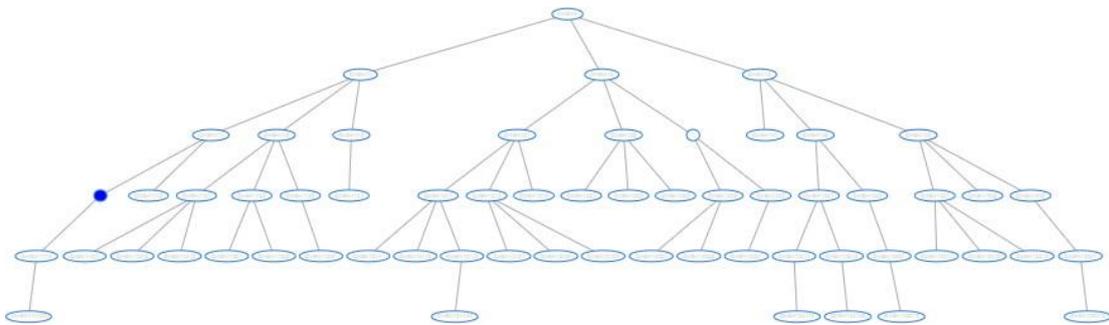


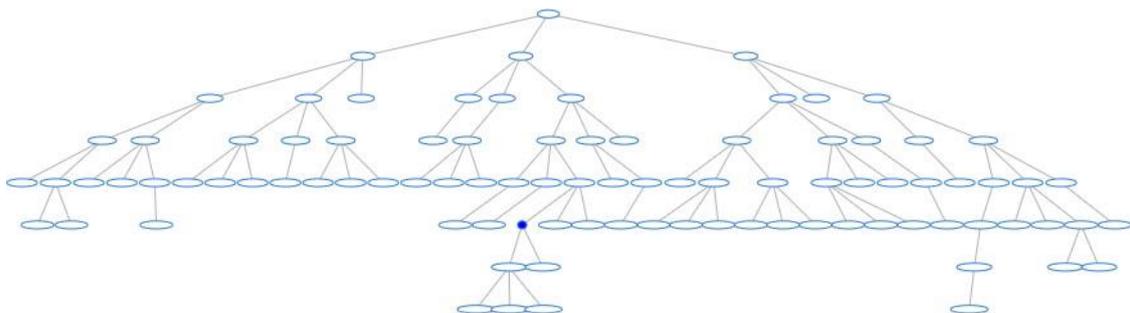
Imagen No 9 Árbol de participantes HSH en la provincia Guayas



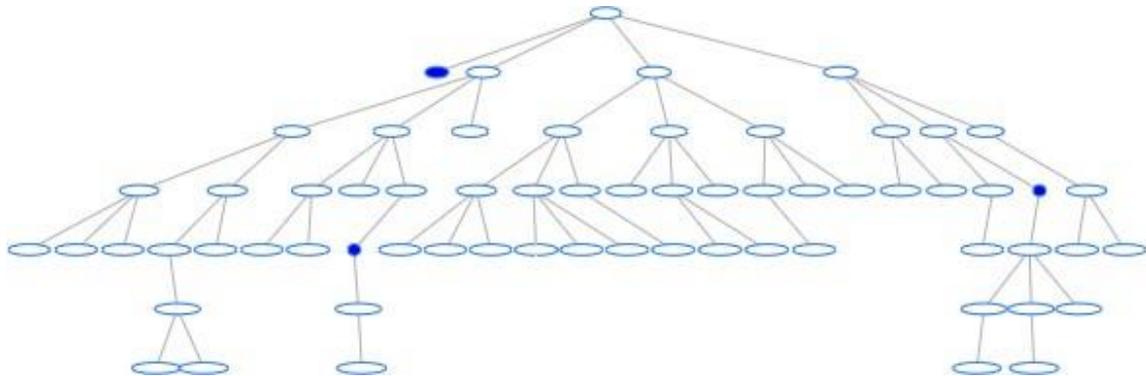
HSH 1



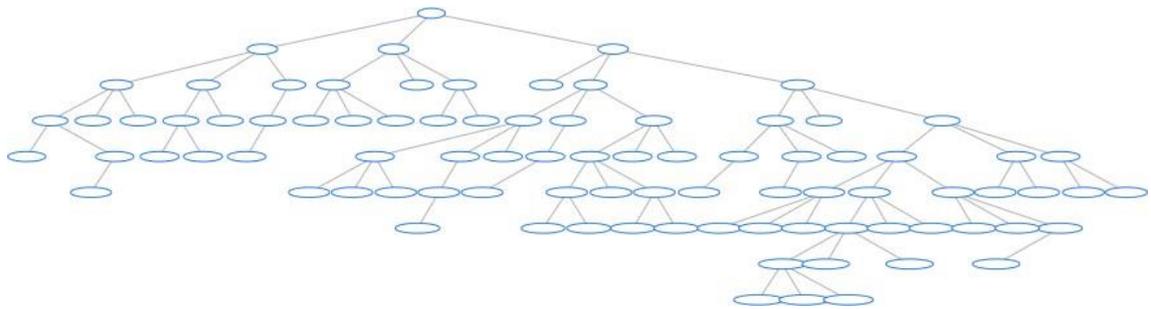
HSH 2



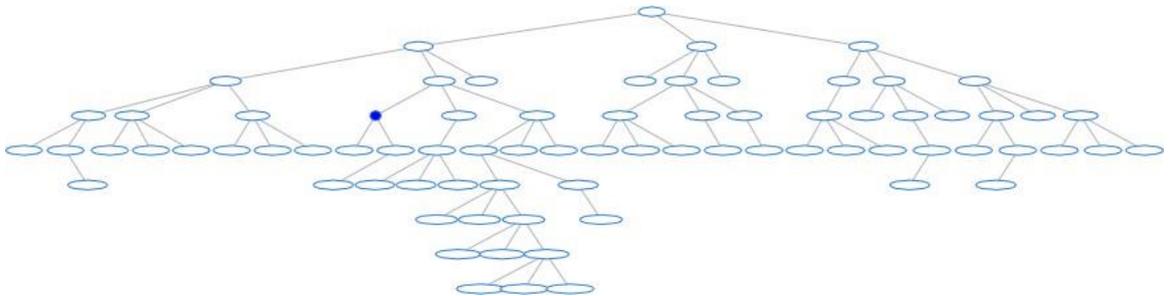
HSH 3



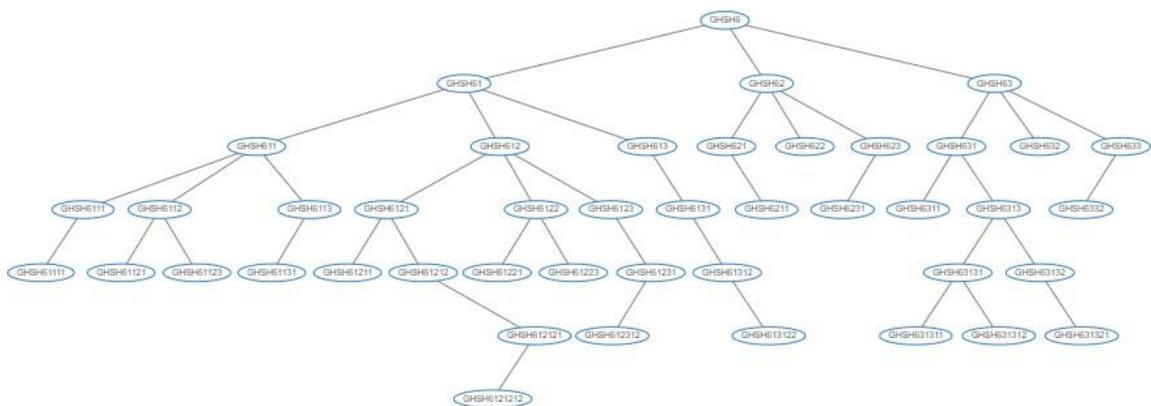
HSH 4



HSH 5



HSH 6



7. PREVALENCIA DE VIH E ITS EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRE

Condiciones, sociales, económicas y culturales de la población HSH en las seis provincias del estudio

Tabla No 11. Distribución de 851 hombres que tienen sexo con hombres según características socio demográficas en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí 2021

	Variable	Número	Porcentaje
Edad agrupada	De 15 a 19 años	76	9,02
	De 20 a 39 años	629	74,61
	De 40 a 64 años	132	15,66
	65 años y más	6	0,71
	No sabe/no responde	8	
Provincia de residencia	Guayas	419	49,24
	Pichincha	201	23,62
	El Oro	97	11,40
	Azuay	74	8,70
	Manabí	36	4,23
	Esmeraldas	24	2,82
País de nacimiento	Ecuador	681	80,78
	Otro	162	19,22
	No sabe/no responde	8	
Con qué género se identifica	Masculino	826	97,983
	Femenino	7	0,830
	Transexual	6	0,712
	Transgénero	4	0,474
	No sabe/no responde	8	
Orientación sexual	Homosexual	516	61,21
	Bisexual	215	25,50
	Heterosexual	112	13,29
	No sabe/no responde	8	
Estado civil	Soltero/a	672	79,72
	Unión libre con Hombre	57	6,76
	Unión libre con Mujer	38	4,51
	Separado/a - Divorciado/a	27	3,20
	Casado/a con Mujer	26	3,08
	Viudo/a	10	1,19
	Unión libre con persona Trans	8	0,95
	Casado/a con Hombre	5	0,59
No sabe/no responde	8		

Actualmente con quién vive	Sola/o	215	25,50
	Madre	210	24,91
	Otros familiares	173	20,52
	Pareja	130	15,42
	Otros no familiares	56	6,64
	Esposa/compañera	48	5,69
	Esposo/compañero	11	1,30
	No sabe/no responde	8	

Tabla No 12. Distribución de 851 Hombres que tienen sexo con hombres según por condiciones socioeconómicas en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí 2021

	Variable	Número	Porcentaje
Cómo se identifica según su cultura y costumbres	Mestizo/a	692	82,09
	Blanco/a	87	10,32
	Afroecuatoriano	42	4,98
	Montubio/a	12	1,42
	Indígena	5	0,59
	Otro	5	0,59
	No sabe/no responde	8	
Nivel educativo	Secundaria	487	57,77
	Universitaria	266	31,55
	Básica	56	6,64
	Postgrado	28	3,32
	Ninguno	6	0,71
	No sabe/no responde	8	
Estratificación del Nivel	A. Alto	36	4,29
	B. Medio alto	138	16,43
	C-. Medio bajo	302	35,95

Socioeconómico (Encuesta INEC)	C+. Medio típico	306	36,43
	D. Bajo	58	6,90
	No sabe/no responde	11	1,31
Generalmente de quién recibe atención de salud	MSP	657	77,94
	Seguridad Social	132	15,66
	Seguro médico privado	42	4,98
	Medicina pre-pagada	8	0,95
	FFAA, Policía	2	0,24
	Seguro campesino	2	0,24
	No sabe/no responde	8	
Durante el último año ha visitado algún servicio por asuntos de salud	Institución pública: hospital, centro, SCS, etc.	360	42,70
	No tuvo problema de salud	170	20,17
	Otro	93	11,03
	Seguridad Social	85	10,08
	No consultó	79	9,37
	Hospital o clínica privada	56	6,64
	No sabe/no responde	8	

Tabla No 13. Prácticas sexuales en 851 Hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí 2021

En sus relaciones sexuales anales con otro hombres	Ambos (versátil)	361	42,82
	Activo	333	39,50
	Pasivo	119	14,12
	No aplica	30	3,56
	No sabe/no responde	11	
Durante los últimos 12 meses ha tenido	Si	752	89,21
	No	91	10,79

sexo oral con otro hombre	No sabe/no responde	8	
Durante los últimos 12 meses ha tenido sexo anal con otro hombre	Si	754	89,44
	No	89	10,56
	No sabe/no responde	8	
Durante los últimos 12 meses ha tenido sexo con mujeres	No	595	69,92
	Si	248	29,14
	No sabe/no responde	8	
Durante los últimos 12 meses ha tenido sexo con mujeres Trans femeninas	No	680	80,66
	Si	163	19,34
	No sabe/no responde	8	
Con qué tipo de pareja tuvo esta última relación sexual anal con un hombre o persona Trans	Pareja ocasional o casual	471	56,07
	Pareja estable	326	38,81
	De la que recibió dinero o favores o intercambios para tener relaciones sexuales	25	2,98
	Pareja a la que le pagó dinero, con favores o intercambios para tener relaciones sexuales	18	2,14
	No sabe/no responde	11	

Tabla No 14 Uso de condón en la última relación sexual en Hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí 2021

La última vez que tuvo sexo anal o vaginal con su pareja mujer usaron condón	Si	145	58,94
	No	101	41,06

Tabla No 15 Motivos para no usar condón en hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí 2021

A la pareja no le gusta	No	172	69,92
	Si	74	30,08
La pareja no estaba de acuerdo	No	220	89,43
	Si	26	10,57
Creía que disminuiría el placer	No	220	89,43
	Si	26	10,57
Eran difíciles de conseguir	No	246	100,00
Estaba bajo los efectos del alcohol	No	232	94,31
	Si	14	5,69
Estaba bajo los efectos del alcohol	No	246	100,00
Estaba muy excitad	No	189	76,83
	Si	57	23,17
Creía que no era seguro	No	246	100,00
Creía que la pareja no	No	230	93,50

tenía VIH o ITS	Si	16	6,50
Confiaba en la fidelidad de su pareja	No	171	69,51
	Si	75	30,49
Eran caros	No	246	100,00
Se habían terminado	No	237	96,34
	Si	9	3,66
Motivo para no usar condón:	No	236	95,93
	Si	10	4,07
Sintió vergüenza de pedir uno	No	245	99,59
	Si	1	0,41
Le causa irritación	No	240	97,56
	Si	6	2,44
Nunca lo he pensado	No	205	83,33
	Si	41	16,67
La pareja estaba bajo los efectos del alcohol	No	236	95,93
	Si	10	4,07
La pareja estaba bajo los efectos de las drogas	No	245	99,59
	Si	1	0,41

Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí.

Tabla No 16.

Prevalencia de VIH e ITS en hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), Mujeres Trans Femeninas (MTF) y Trabajadoras/es Sexuales (TS), en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí 2021

	Total N=1956			HSH N=839			MTF N=751			TS N=398		
	Casos	% (IC 95%)	Perdidos	Casos	% (IC 95%)	Perdidos	Casos	% (IC 95%)	Perdidos	Casos	% (IC 95%)	Perdidos
Herpes simplex virus 2 (anticuerpos IgG)	1051	55.58 (53.3-57.83)	65	306	37.73 (34.4-41.18)	28	449	63.06 (59.38-66.6)	21	296	80.43 (75.93-84.29)	16
Hepatitis B antígeno superficie	11	0.58 (0.31-1.07)	65	4	0.49 (0.16-1.35)	28	6	0.84 (0.34-1.92)	21	1	0.27 (0.01-1.75)	16
Anticuerpos anti hepatitis C	4	0.21 (0.07-0.58)	65	1	0.12 (0.01-0.8)	28	1	0.14 (0.01-0.91)	21	2	0.54 (0.09-2.17)	16
Sífilis (anticuerpos totales)	460	24.33 (22.42-26.34)	65	154	18.99 (16.38-21.9)	28	235	33.01 (29.58-36.61)	21	71	19.29 (15.46-23.78)	16
VIH positivo (casos nuevos y casos con diagnóstico previo)	222	11.38 (10.03-12.9)	6	85	10.19 (8.26-12.5)	5	133	18.17 (15.48-21.2)	1	4	1.04 (0.33-2.83)	0

Imagen No 10. Prevalencia de VIH en Hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí 2021

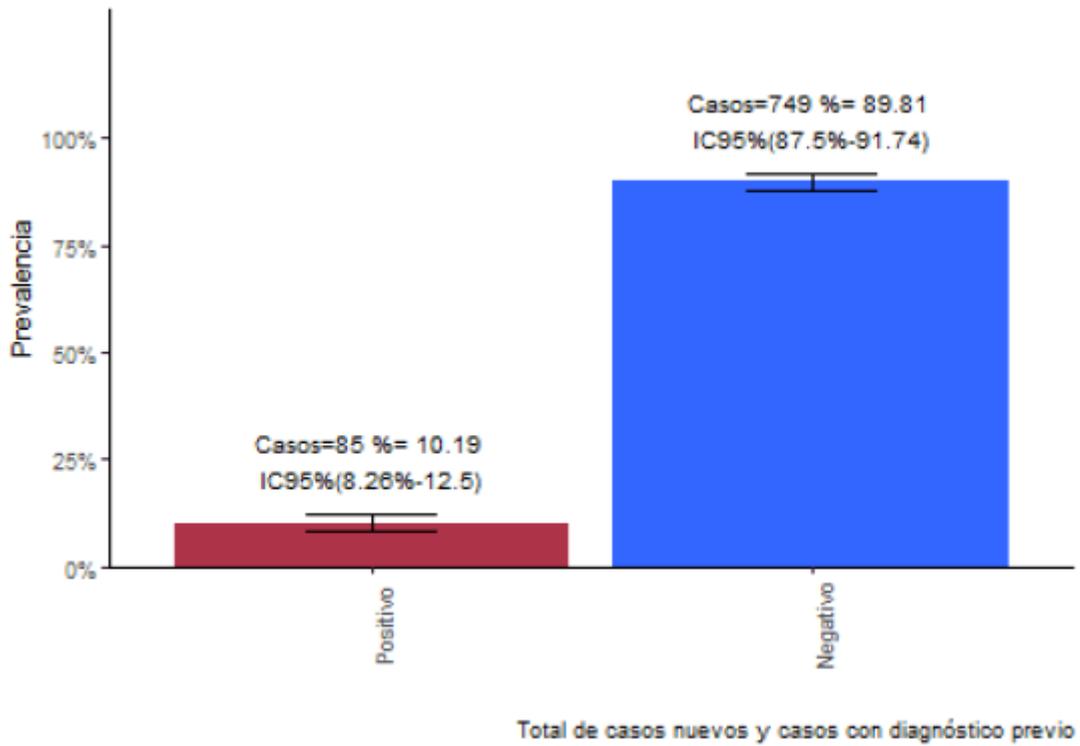


Imagen No 11. Prevalencia de VIH en Hombres que tienen sexo con hombres por provincia en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí 2021

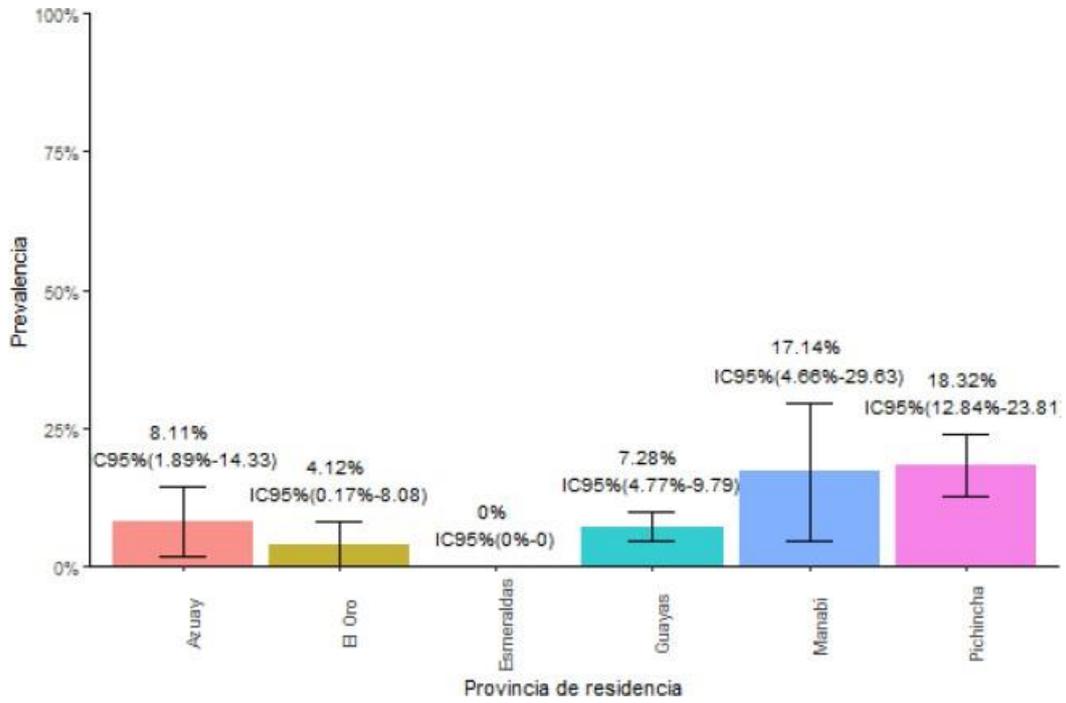


Imagen No 12. Prevalencia de VIH en Hombres que tienen sexo con hombres de seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí por acceso a servicios de salud - 2021

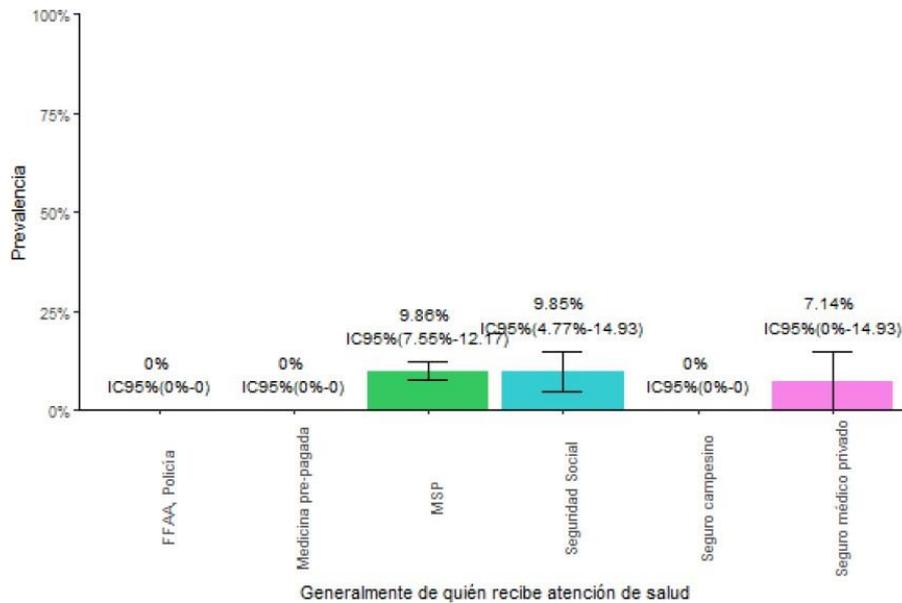


Imagen No 13. Prevalencia de VIH en Hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí, según la necesidad o no de ocultar su orientación sexual

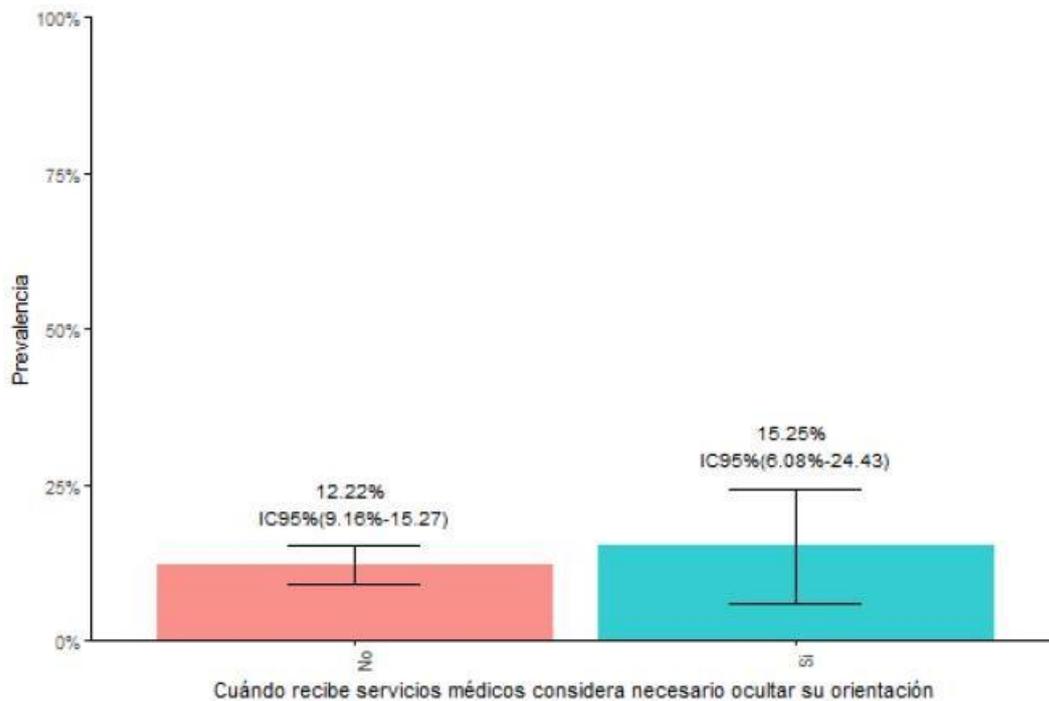


Imagen No 14. Prevalencia de VIH por grupos de edad en hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí, según grupo de edad

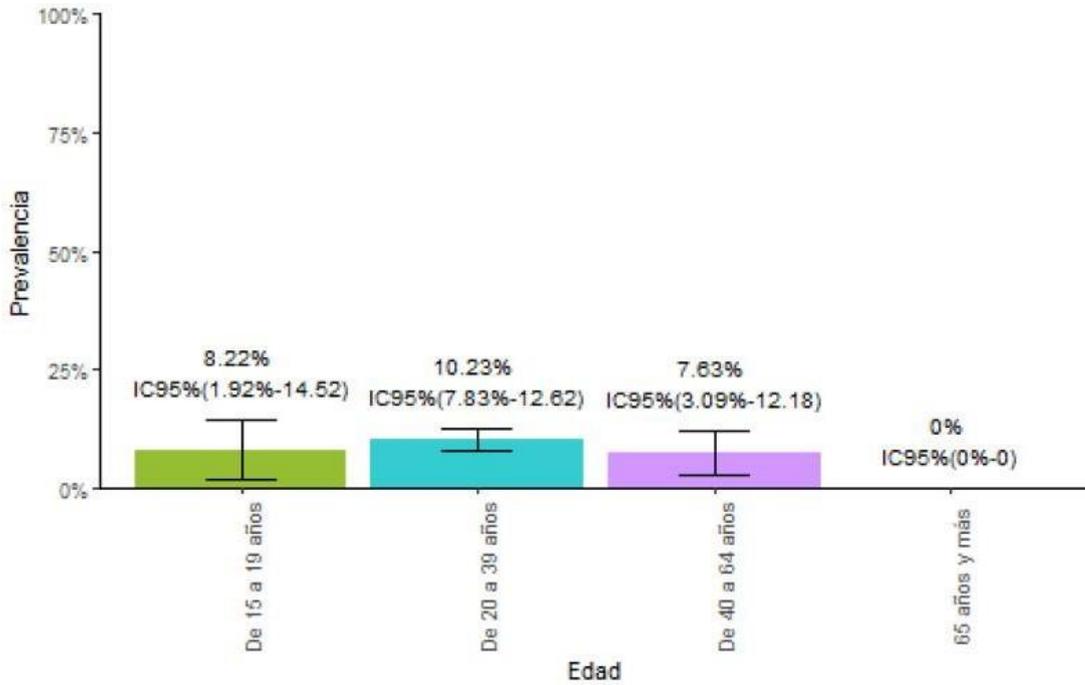


Imagen No 15. Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres y nivel de instrucción en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí, según número de parejas sexuales

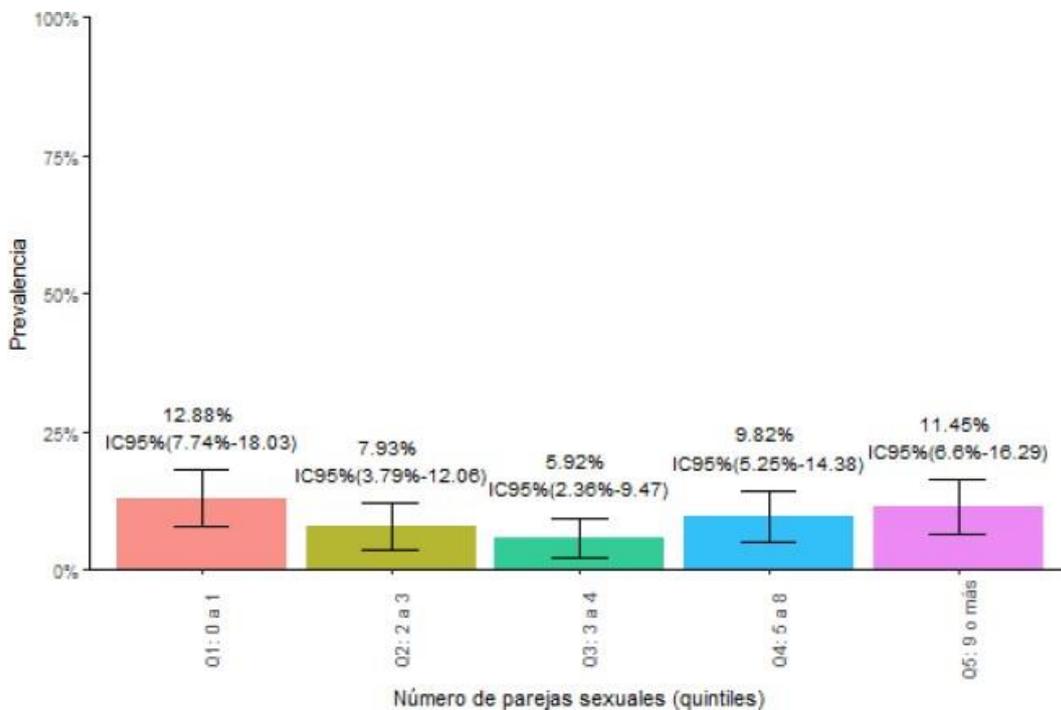
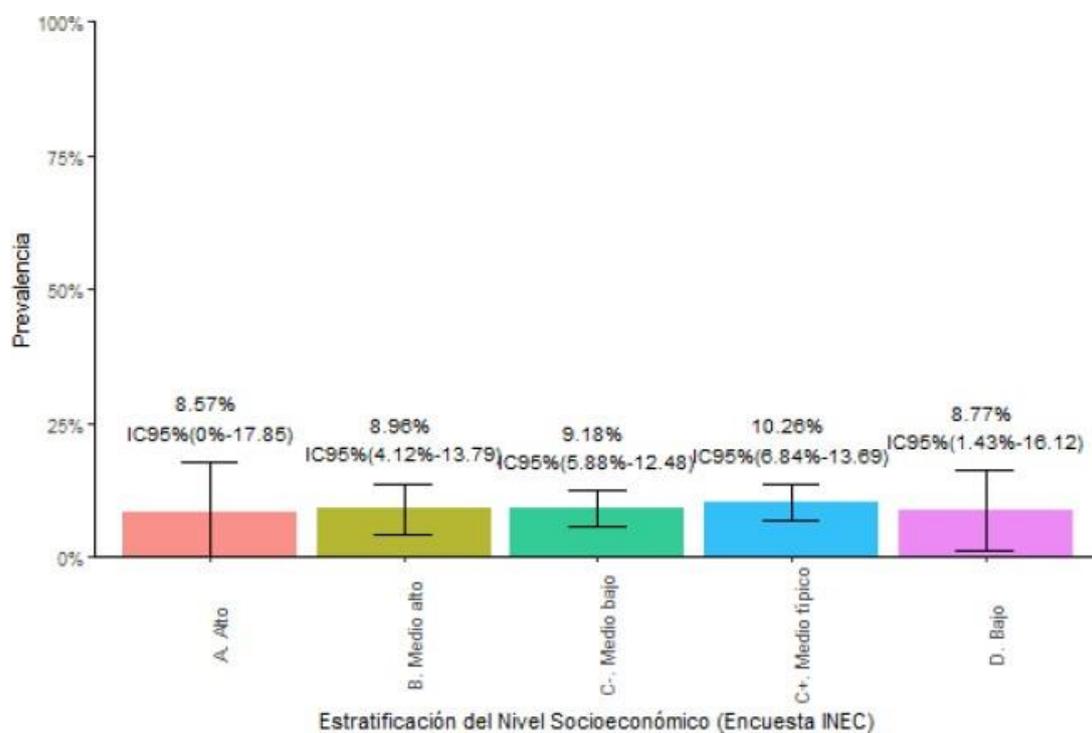


Imagen No 16. Estratificación social y Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí, 2021



Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en la población HSH en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí,

Imagen No 17. Prevalencia de ITS s en Hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí 2021

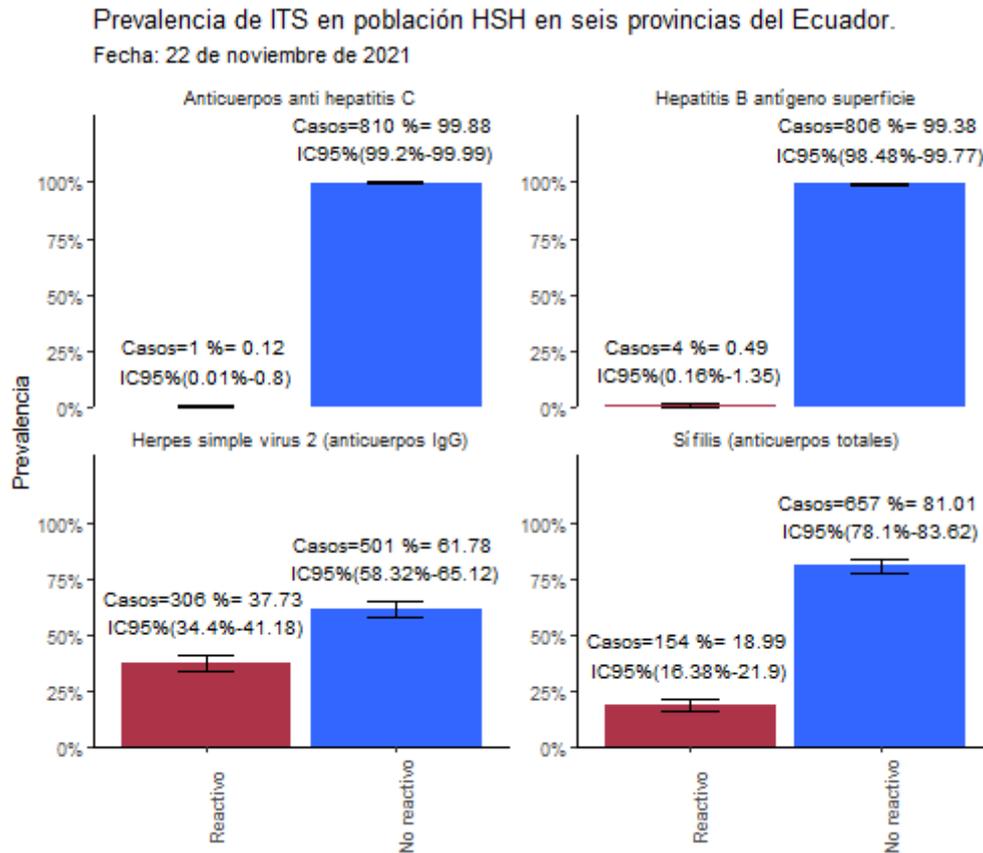


Imagen No 18 Prevalencia de ITS en hombres que tienen sexo con hombres por provincia de residencia en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí,

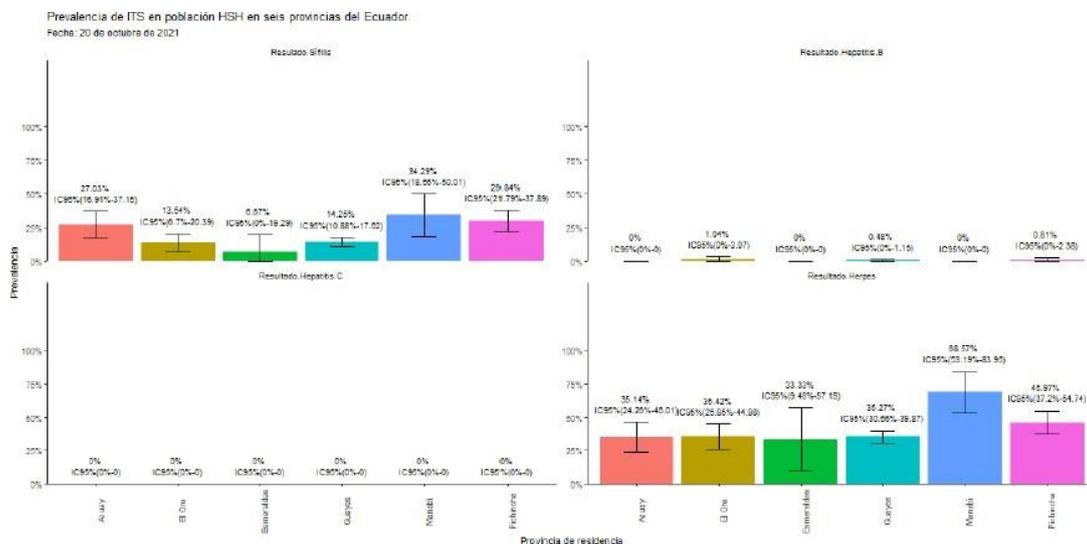


Imagen No 19 Prevalencia de ITSs por grupos de edad en hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí - 2021

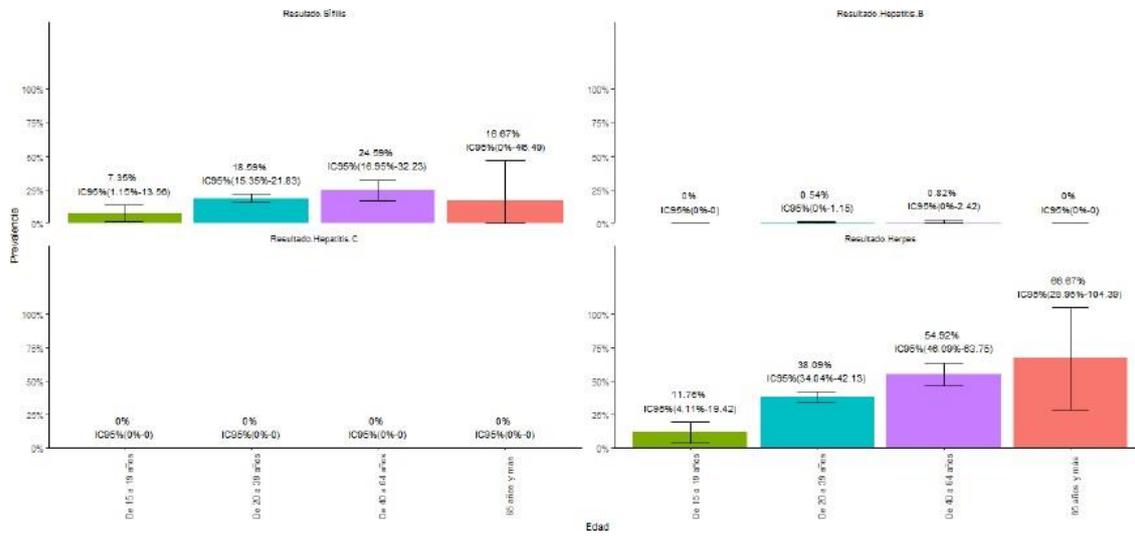


Imagen No 20. Prevalencia de ITSs según número de parejas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí - 2021

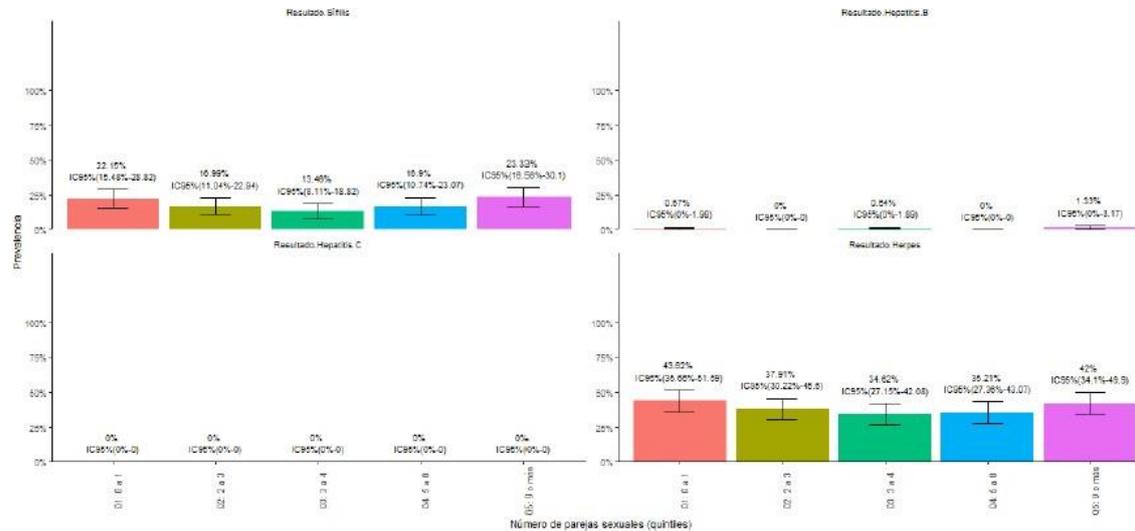


Imagen No 21. Nivel de Instrucción y Prevalencia de ITSs en hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí - 2021

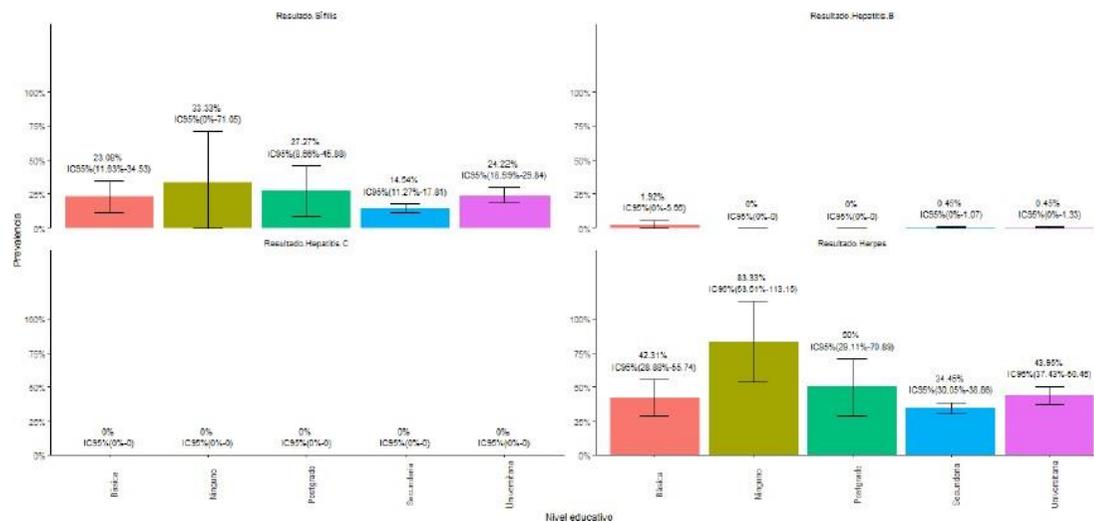


Imagen No 22. Estratificación Social y Prevalencia de ITSs en hombres que tienen sexo con hombres en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí - 2021

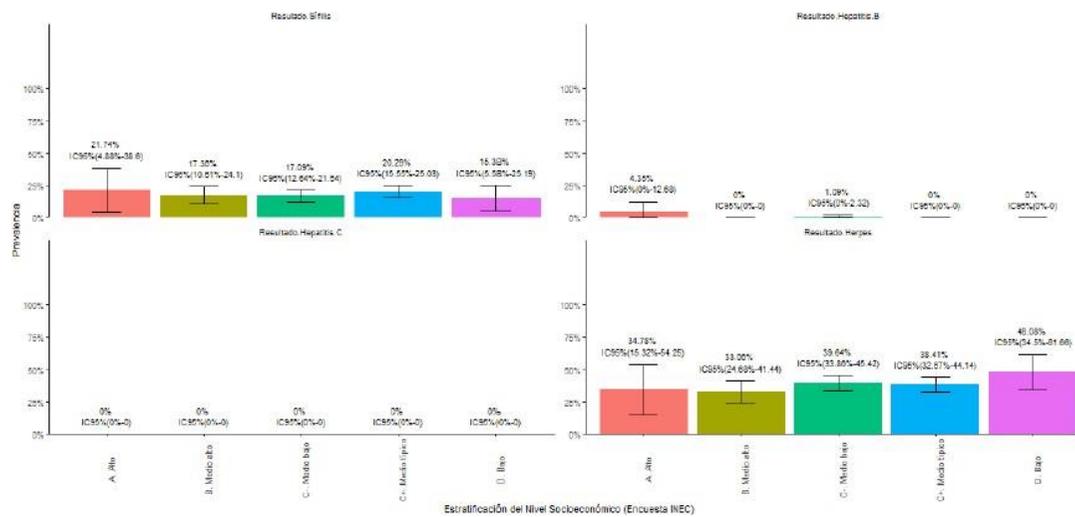


Tabla No17

Prevalencia de VIH e ITS por orientación sexual de hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), Mujeres Trans Femeninas (MTF) y Trabajadoras/es Sexuales (TS), en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí 2021

		Total N=1956			HSH N=839			MTF N=733			TS N=384		
		n	%(IC95%)	Valor p	n	%(IC95%)	Valor p	n	%(IC95%)	Valor p	n	%(IC95%)	Valor p
Anticuerpos anti hepatitis C	Orientación sexual			0.079			0.735			<0,001			0.955
	Bisexual	0	0(0-1.84)		0	0(0-2.3)		0	0(0-10.21)		0	0(0-34.45)	
	Heterosexual	3	0.61(0.16-1.94)		0	0(0-4.57)		1	2.78(0.15-16.2)		2	0.57(0.1-2.27)	
	Homosexual	1	0.09(0-0.57)		1	0.2(0.01-1.3)		0	0(0-0.76)		0	0(0-48.32)	
Hepatitis B antígeno superficie	Orientación sexual			0.193			0.706			0.018			0.977
	Bisexual	4	1.56(0.5-4.2)		2	0.98(0.17-3.87)		2	4.65(0.81-17.06)		0	0(0-34.45)	
	Heterosexual	1	0.2(0.01-1.32)		0	0(0-4.57)		0	0(0-12.01)		1	0.28(0.01-1.83)	
	Homosexual	6	0.53(0.22-1.21)		2	0.4(0.07-1.61)		4	0.63(0.2-1.73)		0	0(0-48.32)	
Herpes simple virus 2 (anticuerpos IgG)	Orientación sexual			<0,001			0.128			0.195			0.931
	Bisexual	100	38.91(32.97-45.19)		73	35.78(29.29-42.82)		20	46.51(31.47-62.17)		7	70(35.37-91.91)	
	Heterosexual	334	68.44(64.08-72.51)		28	27.72(19.5-37.67)		22	61.11(43.53-76.38)		284	80.91(76.32-84.81)	
	Homosexual	614	54.24(51.28-57.17)		203	40.93(36.59-45.41)		406	64.44(60.55-68.16)		5	83.33(36.48-99.12)	
Sífilis (anticuerpos totales)	Orientación sexual			<0,001			<0,001			0.022			0.205
	Bisexual	38	14.79(10.8-19.86)		31	15.2(10.71-21.03)		7	16.28 (7.33-31.3)		0	0(0-34.45)	

	Heterosexual	92	18.85(15.54-22.67)		7	6.93(3.07-14.24)		16	44.44 (28.34-61.71)		69	19.66 (15.71-24.29)	
	Homosexual	327	28.89(26.28-31.64)		113	22.78(19.21-26.78)		212	33.65(29.99-37.51)		2	33.33 (6-75.89)	
VIH positivo (casos nuevos y casos con diagnóstico previo)	Orientación sexual			<0,001			0.04			0.973			0.04
	Bisexual	27	10.11(6.89-14.53)		17	8.13(4.95-12.92)		9	19.57(9.86-34.38)		1	8.33(0.44-40.25)	
	Heterosexual	15	2.93(1.71-4.9)		5	4.59(1.7-10.9)		7	17.95(8.1-34.11)		3	0.82(0.21-2.59)	
	Homosexual	177	15.36(13.36-17.61)		60	11.93(9.29-15.16)		117	18.22(15.36-21.48)		0	0(0-43.91)	

8. INFORME DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA – INTERPRETANDO LOS PROCESOS RELACIONADOS CON LA PREVALENCIA DE VIH EITS

Características del estudio cualitativo

El componente cualitativo permite interpretar cómo se dan los procesos relacionados con la prevalencia de VIH e ITS en la población clave y por qué suceden de esa manera. Se trata de profundizar en las percepciones que la población clave tiene respecto a algunos elementos como; sexualidad (prácticas protegidas y de riesgo para VIH e ITS, trabajo sexual); estigma y discriminación; organización y participación; acceso a los servicios de salud y atención integral.

El análisis de contenido consideró la escalera de abstracción analítica de Carney que permite una vez generado un texto con la transcripción y haber codificado cada grupo focal; identificar las tendencias (similitudes, diferencias recurrentes, emergentes, énfasis y relaciones). lo que es único y se utilizará la transcripción tal y como fue dicha por el informante clave; guardando la identificación de las personas informantes. En tal sentido, es fundamental ver los contenidos polares, pues que una persona lo diga, en una ciudad, es importante.

Dos principios metodológicos marcan este proceso cualitativo al igual que todo el estudio y son:

- El principio de inclusión ligado a los principios de igualdad y no discriminación, por tanto, relaciona una visión de igualdad formal a una concepción de igualdad material o estructural y, su concreción es la inclusión de los sectores más excluidos de la sociedad y la comprensión integral de sus derechos, en este caso el derecho a la salud y sus derechos sexuales y reproductivos.
- La participación es también un principio que sustentará el proceso, pues permitirá acercarse a la voz de los sujetos definidos por el estudio, sus organizaciones y las formas de generación y acceso a la información y el flujo de información de los ciudadanos en su relación entre estado y sociedad civil.

Categorías de análisis y ajuste de preguntas

En primer término, se ubicaron las categorías iniciales contempladas en el protocolo que corresponde a algunas categorías centrales del cuestionario que se ha aplicado en este estudio. Se estableció una definición de las categorías de análisis y de algunas preguntas.

Las categorías de estudio contempladas fueron: sexualidad, promoción de la salud, discriminación y estigma, y acceso a los servicios. La categoría **sexualidad**, se centra en la diversidad sexual y, en los tránsitos de las poblaciones clave, pues se ha visto que existe una diversidad en la vivencia de la sexualidad de las poblaciones claves que por transcurrir estigmatizada y etiquetada, se convierte en riesgo y vulnerabiliza ante la transmisión del VIH.

Se asume que si bien es cierto la investigación realizó un acercamiento a las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Mujeres Transfemeninas (MTF) y Trabajadoras Sexuales (TS), esta clasificación tiene fines prácticos para la investigación, con el propósito de diferenciar las manifestaciones de las poblaciones identificadas como claves para los temas de riesgo y atención de VIH, sin embargo las percepciones y prácticas sexuales que realizan cada persona son mucho más fluidas y menos rígidas que una sola categoría o grupo de identidad. De esta manera, una persona definida como HSH puede tener prácticas bisexuales o gay exclusivas, y puede estar vinculada al trabajo sexual; al igual que una mujer trans.

Esto último es importante considerar porque el tema identidades están en un proceso constante de construcción y el movimiento es una característica importante en la construcción de identidades sexuales, que traducen relaciones al interno de las poblaciones clave, negaciones-afirmaciones, jerarquías y resistencias, alteridades, porosidades, fronteras; que deben ser consideradas por las políticas públicas.

Tabla 14. Preguntas para grupos focales por categoría de estudio

Sexualidad

1. Cuáles son los elementos de la sexualidad que se puede situar tienen mayor riesgo para prevenir el VIH e ITS, y una sexualidad segura (Indagar sobre relaciones sin protección, sexo seguro (**Prep y condón**), uso de drogas y alcohol, ocultamiento de la identidad de género y orientación sexual, trabajo sexual, migración interna y externa en el trabajo sexual, uso de condón, etiquetas y no asumir la diversidad, el intercambio entre las diversas poblaciones, el estigma de la sexualidad, clientes, entre otros) Construcciones previas de la sexualidad

Discriminación y estigma

2. ¿Cómo ha afectado la discriminación que usted ha recibido en su salud? (Indagar principalmente en las principales que les afectan a su salud) (Igualmente indagar en ¿Cuáles son las barreras que le impiden incluirse (autoexclusión) en un espacio para mejorar su salud?
3. ¿De los temas planteados ¿Cuáles serían los que se deben trabajar de manera inmediata? ¿Cómo podríamos trabajarlos?

Promoción de la salud

4. De sus prácticas de autocuidado diario para prevenir VIH, ¿cuál le es fácil realizar y cuál es difícil y por qué?
5. ¿Cuál es el valor agregado de una organización para su vida y su salud? (Información, empoderamiento, solidaridad, trabajo, entre otras)

Acceso a servicios

6. En su última visita a un servicio de salud público, cuál fue su experiencia (Indagar calidad, experiencias positivas, negativas, en todos los espacios del registro -registro, toma de signos vitales, medicamentos)
7. Si podría decidir en el cambio que hay que hacer en el servicio respecto a la atención integral de VIH, que plantearía o que haría como propuesta de mejora inmediata?

En la categoría **discriminación y estigma**, la pregunta se centró en conocer aquellas que en su percepción afectan su salud- En **promoción de la salud** se entendieron las prácticas de autocuidado y la posibilidad efectiva de ejecutarlas cotidianamente, y de otro se indagó la importancia que le dan las organizaciones a este tema

Finalmente, en la categoría **acceso a servicios**, se indagó, sobre la calidad de atención recibida, para inmediatamente enfatizar en la percepción de los participantes sobre los cambios urgentes que deben realizarse en los servicios de salud.

Se realizó un grupo focal por ciudad, que incorporó a las tres poblaciones clave y tuvieron una participación de máximo 15 personas. Las personas consideradas fueron las que llegaron a la toma de muestras y llenaron las encuestas en el sitio seguro. Los criterios de inclusión fueron, ser mayor de 18 años, haber participado en el estudio, ser parte de la población clave. Se propende diversidad, generacional y de género.

Adicionalmente se realizaron entrevistas individuales con HSH, MTF y TS que se considera informantes clave y algunos de ellos(as) se definieron en los grupos focales. Fueron personas que han participado en el estudio y pertenecen a las poblaciones clave. Las entrevistas tuvieron una duración de al menos una hora hasta dos horas máximo. Se realizó al menos uno por población clave con una mirada nacional. El criterio para el número de entrevistas nacionales está dado por el nivel de saturación.

Movimientos constitutivos de sexualidad en Hombres que tienen sexo con hombres

De manera general, los testimonios muestran que existen movimientos de libertad, pues la identidad y orientación es un asunto que se hace, no que se nace. Las personas se constituyen con sus identidades sexuales difíciles de encasillar, en medio de ambientes complejos, no obstante, continúan con los procesos de constitución sexual

“yo tengo mis hijos, y para tener mi pareja trans, cuando quise que sea todo normal, hablé con la mamá de mis hijos y ella habló con ellos pidiéndoles que traten con respeto a mi pareja. Les dijo: que esta persona va a estar con el papá y todo fue con el debido respeto, con sinceridad. Me dijo: sabes que yo te entiendo por eso, no vas a cambiar, no vas a dejar de ser, vas a seguir siendo igual de siempre...” (GF-MAN-HSH2)

“...me involucré con una chica de varias chicas que conocí, feliz y orgulloso puedo decirlo, siempre con la frente en alta de ser lo que soy, soy padre de dos hijas que son mi alegría y mi felicidad y mi mayor orgullo, pero yo no podía ser gay manteniendo esa doble vida, entonces hablé con la madre de mis hijas, hoy en día es mi gran amiga y nos llevamos mejor, tenemos una mejor relación que el tiempo que estuvimos de pareja, somos padres, amigos y todo por mis hijas. Hoy en día tengo un nieto de dos años, me siento feliz y realizado de ser lo que soy, para mis hijas vamos al centro comercial ya sea aquí (Quito), o vamos a Manta, o Guayaquil, o en cualquier ciudad, siempre mis hijas delante de la sociedad, de todo el mundo me dicen padre, y yo orgulloso de responder que soy el padre de ellas, no me gusta que me digan, como algunas chicas, pero por qué no te pueden decir mamá o cosas así, y es que no soy la mamá, soy lo que soy pero yo no me puedo arrepentir de la vida que viví y de mis hijas, entonces yo estoy vestida aquí como una trans como me gusta que me traten como ¡la señora trans!, que es lo que soy, pero así mismo soy padre y eso no se puede borrar no se puede evitar” (GF-QUI-MTF2).

Para las personas HSH y MTF existe una autopercepción que sus deseos e intereses sexuales no van a ser aceptados por su familia, en algunos casos y con temor deciden mantener en secreto, sus inquietudes y deseos sexuales, aunque “saben” que es obvio ante los ojos de su madre u otro familiar. En algunos casos la autonegación se alarga durante varios años de su vida, se casan y tienen hijas-os hasta que finalmente deciden visibilizar su transición o aceptación de identidad trans.

“Yo empecé desde pequeñito yo me ponía a jugar con los tacos y las carteras de mi mamá... y ella ya sabía lo que yo era... ella tranquila; En tiempo de muchacho, con 15 o 16 años, **escondido, estuve con muchachos.** ¡Y ahí me enloquecí! A esa edad comencé a usar preservativos” (GF-ESM-HSH3).

“...se acordarán los compañeros, que estudiábamos jardín, lo que ahorita se llama inicial. Mi madre trabajaba porque era madre soltera, pero nosotros fuimos criados por mi abuela materna, quien en la escuela particular que estudiaba, me dice si me gustaba la niña. Siempre recuerdo eso yo tenía 6 años, entonces le dije a mi abuelita que no, que no me gustaba la niña que me gustaba el niño ¡de mí mismo sexo! Siempre tengo eso presente que a mí no me gustaban las niñas. Me mandan a la escuela de mi tío, que era una escuela solamente de varones, era la presión que yo sentía, porque estaba en medio solamente de niños, me ilusioné con un compañero... ..terminé la escuela, fui al colegio y crecí, **pero siempre ocultando** lo que yo sentía porque no podía comunicarle esto a nadie” (GF-QUI-MTF2)

En algunas ciudades se refiere que hay personas sobre todo HSH que son de closet y ciertamente algunos habrían sido convocados a los grupos focales, estaban en la reunión y no hablaron mucho o casi nada, y ciertamente los testimonios que aquí se dan, permiten afirmar que hay que hacer énfasis en las familias, en la sociedad en su conjunto y en el sector educativo. Los HSH se constituyen descubriéndose con sus pares, en el colegio, algunos relatos visibilizaron el Bullying que sufrieron en el sector educativo.

En el caso de las transfemeninas, autodefinirse se dio en circunstancias límite, con procesos de depresión, intentos de suicidio que les obliga a tomar una decisión.

“...lo que me hizo fuerte, a ser trans, fue mi fuerza de mi corazón, de adentro, dije: esta vida de heterosexual no es mi vida, **no podía vivir dos vidas al mismo tiempo me estaba dando una depresión horrible, incluso traté de matarme** cuando tenía la adolescencia y dije: no más... una de dos o si no me muero, y, opté por ser lo que soy ahora, y me siento orgullosa y aquí estoy vivita y coleando” (GF-QUI-MTF1).

“Yo nací así, siempre supe que me gustaban los niños. **Desde pequeña crecí a la defensiva, a mí no me gustaba que nadie me molestara y yo les pegaba.** Yo no necesité psicólogo, porque yo misma fui mi psicólogo, al principio no me aceptaba porque bueno soy bien corpulento y creía que estaba algo mal. Pero me enamoré y ahí me entregué totalmente, a los 17 años. Mi familia como que lo sabe y no lo sabe y no tengo necesidad de contarles porque lo que se ve no se pregunta. No, me acomplejo ante nada (GF-GUA-MTF4).

De forma excepcional se identifica el caso de una persona migrante que señala que fue bien recibido de su familia al declararse homosexual:

“Yo soy venezolano, a los 15 años fue la primera vez que estuve con otro chico, mi novio del colegio y a mí me gustaba el chico y bueno a mí siempre me gustaron las cosas de niña. ... mi papá y mi mamá, se daban cuenta de las cosas que a mí me gustaban y que

yo quería, y ellos nunca se opusieron, nunca me dijeron nada. A los 18 salgo del clóset definitivamente, voy a decirle a mi papá y entonces cuando le digo, que me gustaban los hombres, yo esperaba que me diera unos golpes, ya estaba listo para salir corriendo. Lo primero que hizo, me abrazó, se puso a llorar y me dijo que me amaba y que yo era su hijo y que fuera lo que yo fuera yo soy su hijo y eso nunca nadie me lo iba a quitar, lo que él quería era que yo lo respetara y que a mí me respetarían, entonces luego yo salí, **empecé a tener una pareja y en mi casa me apoyaron me respetaron, incluso me defendieron de las críticas de afuera.** Ahora que estoy aquí me siguen apoyando, ellos siempre me han apoyado y ahora soy el orgullo de mi familia porque estoy lejos, estoy solo y estoy luchando aquí y porque ellos dicen que lo que yo he pasado no lo ha pasado nadie más y que yo soy fuerte y que sigo luchando aquí.” (GF-MAC-HSH4)

Ciertos relatos refieren la existencia de violencia contra las personas transfemeninas desde sus familias, donde se sigue percibiendo como anormal la homosexualidad y las decisiones de sus hijos por elegir una identidad de género que rompe con los patrones establecidos socialmente. Se observa intervenciones que cruzan los límites de la manipulación del cuerpo con hormonización para tratar de que los deseos homosexuales sean corregidos; en otros casos son forzados a tener relaciones sexuales a temprana edad, con mujeres trabajadoras sexuales, con la intención de convertirlos en “hombres”.

“hasta ahora mi mamá no acepta ¡la mariconada!. Me visto normal en mi casa para no ocasionar problemas. **Cuando fui adolescente, mi mamá intentó que yo cambiara,** me metió en un colegio de hombres. ¡A mí no me importaba porque me gustaban los hombres! Ahí nos encontramos en el curso con otros compañeros, éramos tres. Después, cuando salí del colegio, mi mamá me llevó al psicólogo, a una doctora, porque como no funcionó con el colegio masculino, me pusieron una femenina. Pidió que le pongan hormonas masculinas y por error me pusieron las femeninas, obviamente demandó al profesional, pero eso complicó aún más mi situación, incluso luego me llevaron al sicólogo para ver si cambiaba mi preferencia” (GF-ESM-HSH5)

“a los 9 años veía un hombre y me gustaba, a los 14 años me di cuenta que yo era homosexual, que yo era ¡maricón!, como decían en ese tiempo. En ese momento era muy difícil, yo me quedé callada... seguí mi vida. Tuve una novia para tapar ante mis padres. Mi transición fue poco a poco, mi mamá nunca me decía nada, mi papá me molestaba, y mis hermanos también. **Mi hermano hasta me llevó donde las chicas, las trabajadoras sexuales, yo tenía 15 años de edad,** me acuerdo que no fue una experiencia para mí muy buena, me llevó en ese tiempo existía ahí “La Cañada”, mi hermano me dijo alístate que nos vamos. Ahí había un cartel escrito con tiza blanca que decía 7 sucres. Aquí te traigo a hacerte hombre me dijo, yo temblaba, ahora ¿qué hago? Habló con una señora, con una chica y le dijo: él es nuevo, es virgen, quiero que me lo atienda, que le hagan hombre. Me acuerdo que era una señora gorda. Entré y me dice desnúdate. Yo estaba llorando, temblando. Me dijo: ¿qué tienes?, yo nada. Cogió una tinita de agua, me iba a lavar el miembro en una lavacara, pero mi pene no funcionaba. Me dice qué tiene, relájese, yo sudaba, me dijo, ¿es tu primera vez?, claro... Entonces le dije señora, lo que pasa es que a mí no me gustan las mujeres, yo soy homosexual. ¿qué hace aquí entonces? ¿por qué vienes acá? ...fuera...fuera, me dice. Señora por favor, téngame aquí el tiempo que sea para que mi hermano... crea que estuve con usted, igual él le va a pagar igual, porque yo no quiero que mi hermano sepa que yo soy maricón... bueno si es así, sí, dijo, que sería unos 10-20 minutos, yo me mojé el cabello, salí como sudado... pero sudaba era del miedo, salí y él le preguntó, ¿qué tal todo bien?, ella dijo sí, sí, igual él le pagó “su punto” yo me fui contento, igual mi hermano... pero no me sale estar con una mujer.” (GF-MAN-MTF4).

Se muestra en los testimonios de HSH y MTF, de la mayoría de ciudades, que fueron sometidas a formas de deshomosexualización, es decir existe un sistema social de deshomosexualización cuya ruta de asentimiento nace en las familias, se fortalece con intervenciones de personal sanitario entre médicos y psicólogos, con un sector educativo que también juega un rol, esto puede explicar la persistencia de estos espacios. Este asunto se deja punteado, porque no es la intención de este estudio, profundizarlo; aunque si se destaca que algunas personas refirieron hablar con personal especializado incluso con la buena intención de la familia, para que la atención del psicólogo pueda ser un acompañamiento y de asesoría a su proceso. Al respecto una persona HSH refirió que, en su experiencia al retirarse de la consulta con la psicóloga, ella le dijo: “Te vas a ir al infierno, intenta con mujeres” (GF-GUA-HSH4).

Se puede afirmar a partir de los testimonios que transitar es un asunto que les caracteriza a las poblaciones clave, y que a la sociedad le falta comprender y sensibilizarse sobre el abanico de posibilidades que abre la diversidad sexual desde la identidad de género y la orientación sexual. Resultan importante estos testimonios de “hombres casados” que cuando dejan el closet transitan a HSH y-o MTF y lograr establecer procesos de fluidez con sus familias, exparejas, hijos-as y hasta nietos.

Cabe destacar que el fenómeno closet sigue vigente, así sitúa un HSH en Quito, al aplaudir la transición de una persona trans, dice:

“...hay gente que prefiere vivir con la mentira, yo conozco a una persona que amanece todos los días con su esposa en su casa, su vida es una tragedia, no se atreve a dar el paso. Es una persona muy masculina, muy fluida en su relación con su esposa y le gustan los hombres también, hay mucha complejidad en el tema”. (GF-QUI-HSH3).

Sexualidad desinformada

La información debería jugar un papel importante en el acceso a la sexualidad, esto es al menos lo que se afirma en el activismo de los derechos humanos y la prevención integral de VIH. De los relatos registrados, tanto HSH, MTF como TS no han tenido información que les oriente sobre su sexualidad, cómo tener sexo seguro, cuando y con quien tenerlo; de esta forma se puede observar que en la mayoría de las mujeres TS sucede una iniciación sexual temprana, que desencadena embarazos no planificados, y la asunción de responsabilidades maternas, solas.

En todos los casos, se observan en su constitución temas asociados a la autoestima y a una sexualidad estigmatizada, en donde la promoción y el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, y del abordaje de prevención de ITS o VIH están ausentes; lo cual significa que la sexualidad transita en riesgo por información inadecuada.

El relato de un HSH muestra la falta de información, mezclada con la confianza en su pareja fue un factor de riesgo, incluso emocional que le ha impedido conocer y profundizar en el VIH y la asunción de construir relaciones de confianza.

“...cuando tuve mi primera pareja yo me cuidé, pero porque sabía que era de cuidarse. Al año se murió de SIDA y me dijo una semana antes de morir, si tengo VIH, pero él lo supo años. Me acuerdo que una vez que yo me hice un examen de rutina, porque ya empecé en

el activismo, él me dijo que estás haciendo, porque era una relación a distancia, vivía en Quito y yo acá, nos veíamos constantemente, le digo nada, hoy tuve una reunión y nos hicieron unas pruebas de VIH, y me dice y qué te salió y, le digo cómo que qué te salió, que va a salir, negativo. **Yo no me di cuenta, no tenía ni media duda.** Entonces él empezó a enfermar... había sido porque dejó su tratamiento, porque ya se quiso dejar morir. Entonces conforme se iba deteriorando, con mi mejor amigo dijimos esto no está bien. Yo llamé a mi tía y le dije si tengo estos síntomas qué podrá ser y me dice se ha hecho pruebas de VIH. Ya luego él me confirmó, entonces yo me quedé con ese pánico, yo no confié, jamás en mi vida voy a volver a confiar el 100% en alguien, porque eso ya me pasó y era mi primera pareja, yo le llegué a amar, me encariñé full, pero ya me quedé con eso de que en la próxima no vuelvo a confiar en nadie” (GF-CUE-HSH3)”

La desinformación, también tiene que ver con los mecanismos de prevención de violencia de género, pues las poblaciones claves, no han tenido medios o recursos para estar alertas a las situaciones de violencia que han vivido en pareja y familia, al mismo tiempo que se podría estimar que su condición actual y, los relatos de empoderamiento o incluso de defensa de derechos, de algunas personas principalmente vinculadas a organizaciones sociales ha sido fruto del contexto particular de vida y de cómo cada una ha podido vincularse a este tipo de información. Por supuesto, en este punto habría que investigar un poco más, para dar cuenta de cómo han sido sus procesos de formación hasta su condición actual.

Además, ha incidido en el ejercicio de sus derechos, lo que se puede ver en la falta de un discurso sobre la planificación familiar, y el derecho a decidir sobre su cuerpo. Se describe como una consecuencia del devenir de una relación de pareja, no se cuestiona siquiera que podrían haber tenido oportunidades para decidir al respecto.

Situación similar ocurre con la desinformación sobre la identidad de género, orientación sexual y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas HSH y MTF, en ninguna de las experiencias de estos grupos se registra medios o mecanismos que orienten sus intereses sobre la orientación sexual, sobre cómo abordarlo con la familia, o incluso estrategias y servicios de salud para consolidar su orientación sexual. Se dice muy poco sobre la adecuación de los cuerpos femeninos con sustancias de aceites o biopolímeros.

“no había en la escuela un psicólogo, alguien que me ayudara a orientar sobre lo que yo estaba pasando, lo que yo estaba viviendo... ..crecí, tuve 17 años y era obligatorio que un chico de 17-18 años, en esa época, tuviera novias no podía andar solamente con amigos porque si andaba solo con amigos era una persona rara, era homosexual” (GF-QUI-MTF2)

“Hace 30 años era super mal visto, y en mi época no había tantas opciones tanta facilidad para transitar de la noche a la mañana, la que no era fuerte, terminaba destruida, para poder verse femenina, poco a poco se ha ido logrando, **vinieron implantes, vinieron cosas para que poco a poco, nos pudiéramos ver más femeninas, las que queríamos vernos femeninas** porque hay otras que no terminan su transición completa, terminan siendo objeto de chiste, toda a “medio terminar” (entre risas)... fue difícil pero se logró, llegamos aquí estamos muy bien, con éxito porque no me quedé estancada, quise ser alguien reconocido e importante también para la sociedad, no ser solo la trans, y ya, eso es todo, quise ser una persona reconocida para mis amigos, para mis clientes, mi familia, y eso es algo que me llena de orgullo... ” (GF-MAN-MTF5)

En general, las participantes coincidieron en que la información que tuvieron en la casa, la escuela, y en la sociedad fue y es insuficiente, por lo que sus definiciones en

movimiento, son complicadas, se desarrollan en la clandestinidad y a veces enfrentan riesgos.

“...yo siento, que de todo corazón nos ha tocado salir adelante a nosotras mismo, hacerte fuerte, aprender, fortalecerse porque no tenemos apoyo de nadie, no tenemos a la mano un sicólogo, que nos ayude, si no a nosotros mismo y darle cara, hacerle frente como quien dice” (GF-MAN-MTF1).

A manera de conclusión, se puede decir que la sexualidad se va constituyendo en la niñez y adolescencia, y, no existe en la sociedad en general, en el sector educativo, en la familia elementos para abordar la sexualidad con mayor naturalidad y acogiendo la diversidad; y esto se constituye en un riesgo para la sociedad en conjunto porque la niñez y adolescencia se constituye en forma clandestina (ocultando, negando) con desinformación, y en un contexto discriminatorio como se verá posteriormente. Entonces como en muchos problemas de salud pública, se está tratando las consecuencias, pero no influenciando en las causas.

Al menos tres elementos se han relacionado en la sexualidad de estas poblaciones clave que son factores de riesgo para VIH: a) contextos sociales en donde la sexualidad es estigmatizada, b) violencia de género (represión, violencia física, ocultamiento de su identidad sexual, entre otras), c) pobreza y necesidad de solventar problemas económicos y subsistencia especialmente en trabajadoras sexuales, d) desinformación sobre sus condiciones sociales y falta de apoyos para salir del closet y transitar en sus identidades de género y orientaciones sexuales en libertad.

La violencia de género es un elemento crucial en la vida y ejercicio de la sexualidad de las personas HSH, MTF y TS; sin embargo, la violencia se manifiesta de forma diferente para personas HSH Y MTF, respecto a las TS. Mientras para las primeras resulta como un efecto de autoreconocerse diferentes de la heterosexualidad: “hasta ahora... no acepta la mariconada” (GF-ESM-HSH5), “me di cuenta que era homosexual” (GF-MAN-MTF4); para las TS es una causa de la dependencia de pareja, violencia física de pareja, el abandono de sus convivientes, la necesidad de sustentar la vida de sus familias, especialmente hijos, e incluso la persuasión hacia el trabajo sexual.

Parecería que la violencia para las tres poblaciones es un eje transversal, en donde se matiza lo económico, lo cual para las trabajadoras sexuales es un determinante, la mayoría de mujeres hablaban de situaciones de abandono de su pareja con dificultades de insertarse en un mercado laboral por poca preparación, lo cual pasa por situaciones agudas como viudez, en donde simplemente el Estado está ausente para responder a esas vulnerabilidades económicas.

PrEP

En general en los grupos focales, hay un desconocimiento del PrEP. Solamente en Quito, un HSH extranjero dijo lo siguiente:

“En pocas palabras yo creo que significa, si mal no recuerdo, ¡profilaxis pre exposición! o sea antes de una persona tener un contacto, una relación que sabe que va a ser de riesgo infectarse sobre todo con VIH, se toma una pastilla que evita que en caso de que entre en contacto, digamos con semen o cualquier otra secreción que sabemos que transmite el VIH, no se llegue a contagiarse” (GF-QUI-HSH3).

En general, había alusiones de burla y risa al PrEP, será prepago, preuniversitario, etc. Eso es lo único que conocían afirmaban, lo cual puede denotar que es una herramienta alejada de su mundo cotidiano. En Machala la pregunta generó controversia y algunas personas dijeron que no la tomarían.

Discriminación y estigma:

La pregunta generadora para esta categoría fue: ¿Cómo ha afectado la discriminación que usted ha recibido en su salud?, y lo que se intentaba es que se centren en lo más cotidiano y frecuente, en tal sentido, la narración fue ubicando espacios y se dio así:

Discriminación en familia

En general las personas de los diferentes grupos refirieron formas de discriminación en la familia, precisamente cuando se constituían como HSH o como mujeres trans, esto es cuando fueron niños y/o jóvenes. Igualmente, las trabajadoras sexuales hablaron de las formas de discriminación que sufrieron en su casa, hasta cuando adultas que generan dos elementos preocupantes para la juventud: a) se independizan de sus familias a temprana edad, cuando aún necesitan protección familiar y social, y b) se insertan al trabajo en diferentes lugares antes de cumplir los 15 años, esto es sin tener las habilidades suficientes para que su trabajo sea digno en donde se contemplen sus derechos y no sean explotados-as.

Es interesante mirar como los procesos de empoderamiento han permitido la constitución de familias inclusivas en donde se van tolerando, aceptando la diversidad sexual de sus parientes y familiares.

Discriminación en el sector educativo

Desde el sector educativo, se expresaron elementos de bullying por su orientación sexual e identidad de género y aducen que esta es una de las razones por las que las mujeres trans no estudian. Los “hombres que no se comportan como hombres” son quienes reciben mayores burlas.

“Si eres un poco afeminado, o si quieres ponerte falda en vez de pantalón de uniforme ya se te burlan todo el tiempo. Por eso muchas de las TS o MTF no han terminado ni la escuela.” (GF-MAC-MTF4).

Preocupaba el hecho de que el discurso entre el sector educativo puede ser contradictorio al existente en la familia.

Discriminación entre poblaciones clave.

Esta fue una constante en los grupos focales, y se traduce en esta afirmación “hacer un mea culpa de nuestra organización” (GF-ESM-HSH3) pues y añade:

“...tenemos que hacer una limpia casa adentro, porque muchas veces empezamos nosotros mismos a criticarnos, tratarnos mal... y tenemos la cara de salir a la calle a pedir que nos respeten cuando no nos respetamos ni nosotros mismos. Porque para salir a la calle a dar consejos, uno primero tiene que ser un ejemplo en su casa”. (GF-ESM-HSH3)

“También hay que reflexionar internamente en la misma comunidad pues los miembros

no saben las sutilezas de las discriminaciones que existen, por ejemplo, los HSH discriminan a las MTF” (GF-QUI-HSH3).

“...entre nosotras también nos discriminamos, como homosexuales discriminamos a las prostitutas y las prostitutas nos discriminan a los homosexuales, no podemos decir que no nos discriminamos si adentro mismo también hay discriminación.” (GF-MAN-MTF1).

En general, se evidencia una diferencia entre los HSH y las MTF, que hace que estas últimas se perciban con mayor discriminación y que por tanto sus vidas son más complicadas. Igualmente hay discursos de tolerancia entre los diversos grupos.

Discriminación en espacios públicos

La **calle** es el primer espacio público en donde los diversos grupos sufren discriminación, pues las personas siempre encuentran formas despectivas desde la palabra, el gesto facial y la postura corporal para deslegitimar la presencia y la circulación de estos grupos poblacionales.

“Se expresan hacia nosotros con una manera despectiva, no nos llaman por nuestro nombre, siempre salen diciendo el maricón ese. A mí no me afecta, pero en realidad si nos ponemos en Tierra Firme y basándonos a conciencia, si nos afecta. Esas son una de los millones de causas que hay para la discriminación. Por ejemplo, uno puede estar normal por la Avenida 9 de Octubre y no falta uno que te mira y dice el maricón ese... ..porque la gente así es. Es observadora, pero no para lanzar comentarios constructivos, sino críticas despectivas.” (GF-GUA-HSH3).

Se habló de discriminación en diversos espacios públicos (servicios sociales -SRI, pagar el agua, la luz y otros trámites- bancarios, **comerciales**, culturales) en contra de las tres poblaciones. Es común que se las excluya en los centros comerciales y en los servicios:

“Cuando uno va por ejemplo a un centro comercial, tú vas y te va a atender una chica, y cómo ves que eres gay te comienzan a mirar raro... Y mira, discúlpame, yo ahí me transformo, yo no estoy aguantándome nada, le digo: Mírame, discúlpame yo soy un ser humano como tú, pero mi único defecto es ser un transexual yo aquí vengo a darte de comer, porque con lo que yo consumo tú comes. Y así hay en todo lado, por ejemplo, vas a pagar el agua, vas a pagar la luz, a donde quiera que tú vas te tratan como bicho raro.” (GF-GUA-MTF3)

Las mujeres trans están incomodas porque no se les permite utilizar el baño de mujeres lo que afecta directamente a sus derechos sociales y a la salud, por tanto, su identidad de género se vulnera.

Al respecto se establece una comparación entre las personas con discapacidad y las poblaciones LGBTIQ+, y se plantea que, así como se ha realizado un esfuerzo considerable para incluir a las personas que viven con alguna incapacidad, se debe incluir a las poblaciones con sexualidad diversa, pues son parte de la sociedad en la que viven.

Este testimonio habla de la discriminación sufrida por una trabajadora sexual, en la **universidad**, en sus palabras:

“...el último que me pasó fue la semana pasada en el subcentro, pero también fue en

Cuenca, porque yo soy bachiller y me inscribí en la universidad. Me matriculé y fui a dar el examen hace tres semanas. Llegué y me preguntaron a qué yo me dedicaba, me miraron de una manera, sólo con la mirada me di cuenta que, por el simple hecho, de que soy negra, no podía estar ahí en ese lugar, o no podía sentarme con los demás compañeros a rendir el examen, por el simple hecho de ser trabajadora sexual y pasar en las calles, tampoco lo podía hacer. La señorita que me atendió me dice: que carrera está siguiendo, entonces yo le respondí ingeniería en sistemas y me hizo así (vira los ojos hacia arriba y pone cara de asco) y entonces le digo: ¿por qué tiene algo raro eso? y me dice: No miya espere no más aquí. Me tuvo hora y media sentada, mientras el resto de los compañeros ya estaban en el aula, a punto de dar el examen. Me levanté y me fui a dirección, porque el hecho de que yo sea morena, no quiere decir que no pueda tener estudios superiores cómo los tiene creo que la mayoría de aquí, no quiere decir que merezco ser tratada peor que un perro, no quiere decir que no tengo derecho a prepararme. A mí no me da vergüenza decir que yo trabajo en las calles de Machala, que soy trabajadora sexual, pero no por eso tienes por qué mirarme mal, todos tenemos derecho a prepararnos seamos de donde seamos, hagamos lo que hagamos, seamos negros, seamos blancos, seamos quienes seamos, eso es un derecho.” (GF-MAC-TS)

Otro espacio público es la **cancha de fútbol**, en donde se mueven estereotipos en contra de las personas HSH:

“...mi vida ha sido privada...privada, la gente ha sabido y todo lo demás, realmente yo estoy aparte de lo que me dicen las personas, pero siempre hay un lugar donde tú vas y ya te conocen, digamos estoy jugando fútbol con unos amigos, uno va llegando y me dicen ve ahí viene el cachero, o llega a pasar un gay por la calle y dicen mira ahí está tu cachero⁴, ósea ya me etiquetan, pero me etiquetan sin saber si me gusta o si realmente yo quiero o no quiero” (GF-MAN-HSH2)

El uso de términos como cachero o “la olla” son estereotipos que dicen se usa tanto el grupo de HSH como de mujeres trans y tienen contenidos de deslegitimación respecto a su sexualidad, de hecho, quienes hicieron referencia afirmaban que al inicio les molestaba y les ponía nerviosos-as, pero ahora ya no les molesta y de hecho causa risa en el grupo focal de Manta (GF-MAN-MTF4).

Es interesante observar que en Esmeraldas las mujeres trans hablaban que no sufren discriminación en la provincia, y afirmaban que esto responde al trabajo de años de la organización Ave Fénix, lo cual no ocurre con las trabajadoras sexuales a pesar del trabajo de la organización 21 de septiembre. Cabe destacar la referencia de que en CARE están haciendo una hoja de ruta de servicios para que todas las poblaciones y las organizaciones conozcan cómo actuar frente a situaciones de maltrato y discriminación.

Cuenca es percibida como la ciudad que mayor discriminación presenta a estas poblaciones clave, y a las trabajadoras sexuales especialmente, de pronto esto explica que muchos HSH sean de closet; el nivel de discriminación como se ha afirmado les lleva a insultos en la calle o hasta el hecho de la dificultad de conseguir vivienda. Es horrible afirma una trabajadora sexual (GF-CUE-TS4).

Discriminación laboral

La estructura social organizada para la desigualdad y para la discriminación, hace que la normativa constitucional sea letra muerta, solo así se explica este relato de una líder trabajadora sexual que a pesar de todos los programas de salud que se imparten para la

población clave en un momento dado testimonia lo siguiente:

“En el 2004 terminé la secundaria y también hice estudios de primeros auxilios y enfermería. En el 2005 me retire del trabajo sexual y trabaje como conserje en el Centro de Salud (1 mes) pues me despidieron por haber sido trabajadora sexual. Luego ya no trabajé en el trabajo sexual, no podía y me puse a vender. Estudie en UNIANDES leyes, hasta sexto semestre. Mi actual esposo, es agricultor y bueno, y sigo vendiendo diversos productos” (EE-ESM-TS1)

La discriminación laboral se da también en la población trans, por el hecho de ser trans y, esto les impide a incluirse en cualquier espacio, como supermercados, servicios públicos:

“me escriben, me entrevistan, tengo la entrevista telefónica, me dicen que todo está bien, que me van a llamar, el momento dado no me escriben ni me contestan, cuando ya saben que soy una chica trans, les digo yo soy una persona varón, pero con forma de mujer, hace tres años sufro esta discriminación, lo siento yo, porque ya saben que soy trans y no me dan oportunidad” (GF-MAN-MTF4).

Formas de autoexclusión

Un elemento que se consideró en los grupos focales, fueron aquellas formas de autorelegarse y autoexcluirse, lo que se vio mas en mujeres trans en Cuenca en donde evitan cualquier confrontación y no responden agresiones, también se observó en alguna ciudad silencios desde las trabajadoras sexuales y desde mujeres trans, y fueron sus líderes las que tomaban la palabra; no obstante mostraron elementos de asertividad en la constitución de sus identidades en ambientes violentos, discriminatorios y violentas; y pocas situaron respuestas violentas a la misma.

“Porque la gente dice ahí va ese trans, ahí va ese maricón, sinceramente yo trato de ignorarlo o más bien si le vuelvo a ver otra vez a la persona le debo saludar. Soy una persona tan pasiva que no me gusta discutir por nada, si me ignoran ok, sabrán ellos por qué me ignoran, tendrás sus razones.” (GF-CUE-MTF1).

Esta persona HSH establece una respuesta desde la reflexión mas no desde la violencia, y en su relato no percibe la falta de aceptación de los otros a sus definiciones como discriminación, de pronto se relaciona a sentirse empoderado, ligado a un grupo social con mayores recursos para enfrentar y vivir la diferencia, decía que son pequeñas discusiones a las que tiene que responder.

“Yo también respondo, me encanta responder y tampoco he tenido problemas de discriminación gracias a dios. En mi casa tampoco he sufrido discriminación, entonces no ha sido una situación muy complicada para mí, en el aspecto de salud tampoco. Tampoco es que ando contando mi sexualidad, ni mi orientación, pero tal vez no me importa lo que diga la gente entonces tal vez no le paro mucha bola tampoco.” (GF-CUE-HSH1)

También en las diferentes ciudades se vio que algunas personas evitan los lugares en donde van a ser discriminadas o maltratadas. Es importante situar el sufrimiento que viven estas personas de las diferentes poblaciones, muchas de las cuales se han movido desde una postura reactiva de violencia hacia otra de no ser violenta, hasta aquella de una

trabajadora sexual que dice que, frente a una forma de discriminación, simplemente “se retirar y llora” (GF-MAC-TS).

Respuestas inmediatas a la discriminación:

Las respuestas a la discriminación fueron amplias, y aunque algunas personas afirmaron que esto siempre va existir; no obstante, las propuestas de solución fueron muy creativas y variadas, así:

La necesidad de fortalecer la educación en la población clave pues esto, les posiciona de mejor forma para defender sus derechos. Consideran que conocer sus historias de vida y difundirlas en la familia, el sector educativo y otros espacios permitiría que la sociedad tenga menos estigma pues se sensibilizarían y habría mayor respeto.

Se afirma que el activismo y la organización les ha ayudado a entender varios de los procesos que generan discriminación, a indignarse y denunciar en defensa de sus derechos, y que es una luz de esperanza no solo para las diversas poblaciones, sino para que las sociedades se humanicen y puedan vivir con mayor igualdad y equidad.

Hay que empezar en casa y también en el sector educativo como espacios en donde la información y la educación sexual es fundamental. Se reitera que la educación no puede estar solo en la escuela, puesto que, a veces esa información, por muy precisa que sea, se ve tergiversada en casa, en donde les dicen que no está bien ser homosexual, o se deslegitima cualquier forma de diversidad sexual que no sea la heterosexual.

“Si es importante la educación en la misma escuela, ¿por qué? porque así no hay hombres frustrados, ni mujeres frustradas en lo que ellos creen que es ser así. Por ejemplo, que se casan sabiendo que a ellos les gusta otra cosa.” (GF-CUE-TS4).

Se enfatizo en el trabajo en el sector educativo en general, que aun cuando ha mejorado, sin embargo, es diferente entre lo rural y lo urbano, en donde algunos profesores tienen tergiversaciones sobre la diversidad sexual: “... en una feria última, un profesor afirmo que la mejor forma de prevenir que los hombres se hagan homosexuales es que les pueden topar las nalgas a las niñas, para que se vayan haciendo heterosexuales. Es una práctica que yo permito” (GF-CUE-HSH4).

Llegar a las familias es una responsabilidad del Estado a través de la política pública y la educación “dependería del gobierno que sea verdaderamente inclusivo, porque desde ahí viene lo demás, si da apertura no solamente se va a educar a la familia que hay hombre y mujer, sino que hay otro tipo de personas como, por ejemplo, una mujer trans, por mi parte pienso que depende del gobierno, para educar a las personas sobre temas como los nuestros” (GF-MAN-MTF1).

“Hay que educar a las familias que no tienen personas como nosotros que todas las personas merecen respeto, pero no, lo que están buscando es fomentar el machismo, desde la misma casa, que la mujer tiene que someterse, que el hombre es hombre y la mujer debe aceptar cualquier cosa que el hombre vaya hacer...” (GF-MAN-MTF4).

Las redes sociales deben ser utilizadas para contar las historias de vida de las poblaciones clave y lograr que las personas puedan conocerlas y respetarlas. Un elemento es difundir los derechos que las poblaciones clave tienen y las políticas públicas que las amparan. “Nosotras que estamos organizadas sabemos, pero las bases no.” (GF-GUA-TS4).

Se deberían difundir las políticas públicas en medios públicos, en la televisión, en la prensa y redes sociales. Una persona HSH de Cuba planteó la experiencia de su país en donde la política pública se enfoca en educación y comunicación para tener un nivel de sensibilización que evite o disminuya la discriminación y la violencia hacia las poblaciones GLBTI. Se destaca la existencia de la novela “La cara oculta de la luna”, producción cubana que muestra que con la voluntad política se puede hacer bastante para impactar en el tema de la diversidad sexual e identidad de género.

Uno de los temas que más polémica generó en el grupo focal de Esmeraldas fue sobre la actuación de los medios de comunicación que abonan en discriminación, violencia, machismo, violencia intrafamiliar; las tres poblaciones coinciden que al no tener una ley que los regule, tendrán influencia negativa en la ciudadanía, lo que no ayuda a la sensibilización en ámbitos como diversidad y orientación sexual, respeto a las comunidades GLBTI.

“Eso está pasando porque el presidente anterior dio chance con los medios de comunicación para que emitan eso, porque cuando estaba el presidente que le precedió no se podían pasar cosas así. Ahorita no hay censura, le pueden decir ladrón, gay o lo que sea. Mejor dicho, pueden publicar lo que les da la gana. No hay control de eso. Pasamos de la ley mordaza a que ahora puedan decir lo que les da la gana. Les dicen libre expresión, pero la libre expresión es hacerse responsable de lo que se dice y de lo que se hace.” (GF-ESM-HSH4)

Fue importante la necesidad de trabajar con los medios de comunicación, a través del arte y productos comunicacionales, es decir abordar el ámbito cultural para el respeto de la diversidad sexual y disminuir el estigma, lo cual se debe juntar a toda la información de la prevención del VIH, pero no abordarlo unilateralmente.

“No solo se deben hacer talleres de sensibilización también están los programas de radio, las novelas, versiones radiales, la gente no puede seguir esperando que cambien en 40 años más, si es que hay voluntad política para abordar el tema.” (GF-QUI-HSH3).

A la pregunta: De sus prácticas de autocuidado diario para prevenir VIH, ¿cuál le es fácil realizar y cuál es difícil y por qué?, en todos los grupos focales, se colocó inmediatamente el uso del condón y ciertamente que en algunas ciudades casi que contestan a coro “usando preservativo”, sin embargo, las posturas del uso del condón, se mueven en al menos tres tendencias:

Tendencias en el uso del condón

Una primera tendencia plantea que no se puede negociar el uso-no uso del condón, pues es una forma de protección. Existe bastante fuerza en esa afirmación tanto en Cuenca, Machala y Guayaquil.

“...si tú estás consciente de las infecciones que hay, tú debes de cuidarte pensar primero en ti siempre, porque puede que tú también te sientas mejor estando sin preservativo, pero puedes contraer alguna infección y eso es algo que te va a dar una enfermedad. A veces también los jóvenes no utilizamos condón porque somos ignorantes, en el buen sentido, no es que queramos hacer daño, sino que no utilizamos el condón porque no queremos y no nos damos cuenta de lo malo que puede ser. No necesariamente es porque soy malo sino porque soy ignorante o porque de verdad creo que estoy sano.” (GF-GUA-HSH5).

“Las mujeres y hombres que vivimos en este mundo debemos seguirnos cuidando de las ITS. Si un hombre no quiere usar condón te quiere joder la vida, es así. Sin gorro no hay trabajo. Hay que votar esa polilla” (GF-GUA-MTF3).

Las trabajadoras sexuales dijeron que a veces algunos clientes les ofrecen pagar más si no lo usan, y una gran mayoría dijo no aceptar esos tratos, bajo ninguna circunstancia.

“Muchas veces me han ofrecido dinero extra por una relación sexual sin preservativo, \$50, \$100, y a veces si se estado tentada a aceptar, pero cómo sé yo que esos \$50 que me ofrece el cliente me van a afectar toda la vida, que me pegue algo que no se me pueda curar y no pueda cuidar de mi hijo o tenga que dejar de trabajar” (GF-MAC-TS3).

“Es un deber de cada una cuidar su futuro, al tener relaciones con alguien que no quiere tener relaciones con condón, una tiene que quererse, amarse, cuidarse a una misma” (GF-QUI-MTF2).

“Lo que tú me vas a pagar son \$100, ¿sabes cuánto me va a costar a mí esa enfermedad? No ñañito, hay personas como yo que no le voy a aceptar, pero como hay muchachas que recién entran, se dejan convencer, le creen al cliente. Él les dice: no yo no tengo nada, soy sano, mírame.” (GF-CUE-TS1).

Este último testimonio desdibuja la fuerza de la no negociación, y en efecto, en todas las ciudades hay referencia de que en el trabajo sexual hay muchas personas que negocian y, cobran más cuando la acción-servicio se realiza sin preservativo. Los clientes utilizan justificaciones como: “me aprieta el preservativo, no es lo mismo, tengo irritación si uso, prefiero masturbarme a usarlo”. Esto indica una alta vulnerabilidad para las mujeres, pues no existe una conciencia clara sobre la prevención de VIH e ITS.

“Muchas veces los clientes ofrecen dinero extra por no utilizar condón, y ahí utilizamos el condón femenino”. (GF-MAC -TS5)

Con su pareja regular, constante es diferente afirman, “Me cuido en la calle, pero en la pareja ya es otra cosa” (GF-MAC-MTF8). En general en las ciudades, esta afirmación se hacía con mayor o menor fuerza, una certeza que se iba llenando de dudas, pues al final consensaban que, con sus parejas de años, no se protegen. Reconocen que hay riesgo, pero coinciden en que es difícil negociar el uso del condón con sus parejas constantes.

“... es una forma de ponerse en riesgo pues no sabe, si las parejas estarán sanas o no, o si es que habrán estado con otras personas”. (GF-CUE-MTF4).

“Si ese hombre se acuesta con alguien como yo, se acuesta con cien. Yo no confío y no hago excepciones” (GF-MAC-MTF1).

“En la pareja estable cambia, pero hay que educar a las parejas también, si no me va a ser fiel que use preservativo, quién sabe qué estará haciendo mi marido mientras yo trabajo

o estoy en otro lado. Además, los hombres casados buscan mujeres trans” (GF-GUA-TS4).

Cabe destacar que este último testimonio de la trabajadora sexual llevo a un asentimiento general, pues el grupo focal en Guayaquil coincidió en que la mayor parte de los clientes de las mujeres trans trabajadoras sexuales son hombres casados.

“yo he visto casos de hombres que delante de la gente te ignoran, te discriminan, no te conocen, pero cuando están solos te aman, te adoran, te ocupan y se olvidan de todo lo que dicen de una...” (GF-MAN-MTF5).

Una buena práctica coloca una trabajadora sexual en Machala que dice:

He tenido cuatro compromisos serios. Con cada uno de ellos, por decisión de ambos nos hemos realizado exámenes para asegurarnos de no tener ninguna enfermedad, para entonces empezar a tener relaciones sin protección. Yo por suerte no me he contagiado de una ITS, y voy a seguirme cuidando siempre porque mi salud es lo más importante” (GF-MAC-TS3).

Cabe destacar que el uso de condón para la prevención del VIH se ha posicionado desde la aparición del VIH y también se ha hecho en el trabajo sexual; sin embargo, su uso no es un asunto que las personas interiorizan como un cuidado cotidiano, lo que puede responder al hecho de que los diversos procesos de edu-comunicación enfatizan en poblaciones clave o están dirigidas a mujeres, a quienes incluso se les capacita en habilidades eróticas para propiciar que el hombre utilicé.

En el trabajo sexual, se insiste en el hecho de que los clientes no tienen una acción comunicativa dirigida a ellos que enfatice en su responsabilidad en las relaciones sexuales en el trabajo sexual, de tal forma que se construya una cultura sexual responsable desde los hombres y no se remarque a la responsabilidad de su uso, en mujeres.

Al respecto, la pandemia ha establecido que, en el trabajo sexual, por el mismo hecho de que es un negocio, se sienten los dueños de los centros de tolerancia, asuman la responsabilidad de implementar planes de bioseguridad que deben observar en sus locales, desde: higiene, ventilación, no uso de bebidas alcohólicas, entre otros; sin embargo, esta diferencia que debe continuar como mecanismo de control riguroso de estos establecimientos; no redunde en acciones dirigidas a los clientes.

En realidad, el trabajo sexual, como un elemento de la vida sexual de trabajadoras-res sexuales y clientes, sigue siendo un estigma, aun cuando está regulado por el Estado, por tanto, el VIH aunque en discurso permita una menos estigmatización de las personas que viven con VIH, no ha permitido un abordaje comunicativo abierto, que permita visibilizar riesgos en una comunidad signada por una sexualidad estigmatizada pero caminar y situar a la sexualidad como un elemento vital de placer, que en un momento sin las medidas adecuadas puede propiciar VIH.

En tal sentido, las trabajadoras sexuales afirman que ellas se cuidan más que el resto de mujeres por la “vida que llevan”, y ciertamente las demás mujeres, los clientes, quedan fuera de estos cuidados como si fueran actores lejanos de la vivencia sexual diversa, en movimiento y todavía con doble moral y matizada con fenómenos de ocultamiento (closet).

Una trabajadora sexual insistió en el cuidado por los controles que se realizan, exámenes periódicos y las formas de protección:

“Yo fui ama de casa, yo me acuerdo que me hacía un Papanicolau alguna vez. Cuando uno es ama de casa a veces uno se descuida, seamos realistas, pero en la vida que nosotros llevamos nos cuidamos en esto, nos cuidamos en lo otro, pero veo chuta que nosotros tenemos más cuidado con nosotras que cuando yo era casada.” (GF-CUE-TS1).

Otras formas de autocuidado

Otros autocuidados a los que se refirieron en las diferentes ciudades fueron: higiene y aseo personal, observar a las parejas sexuales en caso de tener bombas o granos en sus genitales, entre otras.

En Quito, los cuidados en su salud para prevenir el VIH se manifestaron a través de una mujer trans que dijo:

“ser responsable, si tú mismo no te cuidas, quién te va a cuidar. Tener un protocolo del buen vivir para cada persona, comer bien, hacer ejercicio, que mi familia me quiera” (GF-QUI-MTF1).

Cabe destacar que, en Quito, en el grupo focal hubo al menos dos personas viviendo con VIH y uno de ellos manifestó su incomodidad a la pregunta, “porque habemos personas que ya estamos con el virus, entonces no podemos evitar” (GF-QUI-HSH1), no obstante que otro compañero acotó “evitar relaciones de riesgo, el autocuidado para no contagiar si es que ya tengo el virus” (GF-HSH-HSH2).

Una mención importante que se dio en Guayaquil, tuvo que ver con la importancia de no mezclar las relaciones sexuales con alcohol, pues allí es más difícil usar preservativo o tener otros cuidados; en general se plantea que no se usa drogas, pero si se consume alcohol.

“Somos una comunidad que, si consume, no hay que mentir. No sabemos quién lo hace y quién no, pero de que hay droga hay droga.” (GF-GUA-HSH3).

Finalmente, las trabajadoras sexuales refirieron que muchas veces los clientes llegan alcoholizados, lo que es un peligro para ellas, y les complica el trabajo porque no les permiten entrar en un centro de tolerancia u hoteles con personas ebrias. Lo paradójal es que lo mismos centros de tolerancia venden alcohol en sus espacios.

Organización de la población clave

En general hubo un reconocimiento de las organizaciones locales por ejemplo en Manta se nombró a Horizonte Diverso, y LUVI (Luchando por la vida) así como la Red Unidos Somos Más, creado en el 2006. Las trabajadoras sexuales hablo de la organización “Con derechos sin discriminación”.

En Guayaquil se nombró a Silueta, Alianza Igualitaria, y, Guayaqueer. En Esmeraldas a Ave Fénix, y a la Asociación 21 de septiembre. En Machala Flor de Azalea y, Guerreras

Porteñas. A nivel nacional se reconocieron a otras organizaciones como Alfíl, Plaperts. También se nombraron a organizaciones no gubernamentales como CARE, Kimirina.

Manifestaron algunas ventajas frente a la organización: les ayuda a conseguir condones, información sobre el VIH, pruebas de VIH, seguimiento de denuncias de acoso, violencia discriminación en general, prevención de problemas de salud, conocimiento de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, ayudas médicas. En Machala consiguieron que la atención en los centros de salud de la ciudad esté destinada a las TS por un día exclusivo, y afirmaron que su organización es espacio seguro para muchas actividades, incluso refugio de un momento malo que estén pasando. Añaden también:

“el ser militante ha cambiado muchos espacios en mi vida, he conocido mucha gente, el activista nace no se hace” (GF-QUI-MTF1).

“Yo participo por defensa de la vida mismo, porque haya medicación, por los derechos, protestando ante el MSP, yo he sido representante al Mecanismo, pero no he ido por ninguna organización. Mi interés es la consecución de medicina y una atención adecuada en los hospitales, por ejemplo, hay 3200 pacientes que atiende el Hospital Eugenio Espejo, en la clínica de VIH, es por ellos que siempre estoy pendiente.” (GF-QUI-HSH1)⁵

“Desde joven fui conocida entre la población y mucha gente me sigue. Entonces muchas organizaciones me inviten a diversos programas y proyectos y espero seguir siendo de ayuda.” (GF-MAC-MTF4).

En Guayaquil se habla de los trans-femicidios que han aumentado en la pandemia tanto en la ciudad como a nivel nacional. Las organizaciones han permitido que se pueda mantener la investigación pues perciben que al gobierno no le importa, pues “tratan como si se hubiese muerto un perro.” (GF-GUA-MTF2).

En Machala se evidencia una organización fuerte sobre todo para las trabajadoras sexuales, lo que no ocurre en algunas ciudades que hay rivalidades, no obstante, una de las mujeres trans habla del grupo “Guerreras Porteñas” que, aunque no lo reconocen como organización, es un grupo en el que se apoyan sobre todo en temas de denuncias y salud. Cabe destacar que en el grupo focal de Machala se presentó un trabajador sexual hombre heterosexual también ve una falta de organización para su población, y que lo único que tienen es un chat que sirve más para conseguir clientes que para tener apoyo (GF-MAC-TS6heterohombre)

Se mostró en Manta que a veces hay rivalidades de las dirigencias que debilitan la organización, lo interesante es que las bases afirman los participantes no dejan que permee hacia ellas lo que sucede en quienes fungen como dirigentes. En otras provincias también se estableció la existencia de otras organizaciones que ejecutan acciones con población GLBTI, y aun cuando no muestran acciones no se las reconocen como rivales.

También en algunas ciudades se mostraron líderes locales de las diversas poblaciones clave, que no pertenecen a alguna organización específica, no obstante que son reconocidas en sus grupos de pares y señalan espacios solidarios en defensa de los derechos. Cabe destacar que como formas de autocuidado se traduce también a formas organizativas que les permiten luchas por el derecho de las personas diversas y las que viven con VIH.

⁵ Es una persona que vive con VIH

También se habló de que las organizaciones replican las estructuras sociales complejas, a veces elitistas y excluyentes, por lo que no todas las personas sienten que puedan ser parte de ellas o siquiera que puedan sentirse cómodas dentro de una.

Acceso a servicios:

La pregunta generadora fue: En su última visita a un servicio de salud público. ¿Cuál fue su experiencia? en términos de la calidad de atención que recibió y aunque hubo percepciones positivas de la atención recibida, a las que se hará referencia, hablaron de algunas formas de maltrato y discriminación.

Sobre todo, en Quito y Guayaquil se observa que la población clave que acude a los servicios de salud, frente a un maltrato reclaman en ese instante y logran cambios y es visible como el personal de salud no sabe como debe tratar a los pacientes en concordancia con su identidad de género.

“...asistieron juntas -con su amiga también trans de 60 años- a un hospital público y el guardia se refirió a ellas diciendo: señores por favor retírense de aquí. Le dije: yo soy paciente de este hospital y saben muy bien mi situación que soy una persona trans, así que debe tratarme como tal... me fui a quejar en trabajo social y hasta lo cambiaron de lugar, ahora cada vez que voy al hospital hasta me abre la puerta...” (GF-QUI-MTF2)

Se dice que el personal de salud, frente a población clave les hacen esperar, y prefieren atender a otras personas que llegaron más tarde, esto es una forma de discriminación por su identidad de género. En tal sentido discurren algunos testimonios, que denuncian maltratos en el servicio y logran despidos del personal de salud por haberlas ignorado. Se resalta este de una mujer trans que fue discriminada cuando llegó al servicio de salud para solicitar un certificado médico para vacunarse:

“el peor error de las trans es quedarse calladas, no hablar, me acerqué al doctor y le dije por favor atiéndame, tengo el mismo derecho que el otro paciente, ¿por qué me hace esperar? ¿solo porque soy una persona trans?” (GF-QUI-MTF2).

En el grupo focal de Manta, se habló de que hay una buena atención a nivel público y que es mejor que en el sector privado.

Mala calidad de atención y discriminación

Algunas personas hablaron de su preferencia de no ir al servicio público porque percibían que no hay confidencialidad de la atención y que desde allí se enterarían enseguida de lo que estás haciendo, entonces perciben que el sector privado de salud es más reservado.

“chuta uno se va al hospital y ve a un conocido, y se va a hacer un examen en el hospital de VIH, entonces chuta todo mundo se va a enterar y quizá se van ahí a dar cuenta, las personas que lo conocen a uno.” (GF-CUE-MTF1).

Sobre la vestimenta, las personas saben y afirman molestas que no pueden ir al servicio, con mini, pues muchas han sido descalificadas, esto se da por una falta de empatía para

aproximarse a las circunstancias de cada persona, de tal forma que un tatuaje, una forma de vestido no les descompense hasta el punto de querer imponer una forma específica de vivir hasta en el vestir. “El hecho de que vaya en mini, porque te quedan viendo, y si pasa alguien va más arreglada y en chaqueta, vamos por otro paciente, y no es así, eso está mal” (GF-CUE-TS5).

Son tratadas como que fueran otra cosa, se inventan que no hay medicamentos que necesitan o no les dan el servicio necesario.

“A mí me ha pasado que en un subcentro nos ponen aparte, pero somos seres humanos y yo siempre he decidido pelear por eso y a veces porque uno discute, uno da su opinión no le hacen plaza y nos dejan para el último y pensar que uno tiene el derecho de decir lo que uno piensa.” (GF-CUE-TS1).

Afirman en Guayaquil que el personal de salud parece militar, por el trato y lo despectivo, pero no solo a las poblaciones clave, sino con todos los pacientes.

“Uno tiene que irse por su salud, no queda más. A dónde vaya en el centro de salud a uno le tratan mal y con buen o mal trato hay que ir. Ahí es como que fueran militares, no como que fueran médicos y tienes que ir cuando te toque. No te tratan bien y no hay comodiscutir, porque si le discute algo solo te tratan peor. Pero esto es con todo el mundo no por ser trabajadora sexual o trans o gay.” (GF-GUA-TS2).

En general, las personas refirieron que, en todas las casas de salud, el personal de salud, especialmente doctores escuchan que son parte de una de las poblaciones y lo primero que piden es una prueba de VIH, sin escuchar ninguno de los otros problemas que puedan tener, es decir, parecería que el VIH es la carta de presentación de las poblaciones clave y no hay ninguna otra enfermedad que debe atenderse oportunamente.

“Mi pareja tuvo un accidente y se le abrió la pierna. El comunico en su empresa que tiene problemas de coagulación, voy a necesitar una cirugía porque eso no se va a cerrar. En la empresa le tuvieron un mes y medio con la pierna abierta en la casa, luego vino la doctora a la casa y dijo: sabes que estuve averiguando, y generalmente cuando eso no se cierra, es porque tienen VIH o alguna infección, y él le dijo: no, yo ya dije que no se va a cerrar porque no se me coagula bien, desde pequeño. Entonces ella dijo: bueno, pero necesitamos confirmar. Entonces nos hicieron hacer exámenes de VIH a nosotros para que al final la empresa se desentienda, y nosotros pagar la cirugía para que se cierre, entonces fue completamente innecesario ese proceso de VIH porque ya sabíamos. Entonces también en el sistema de salud, está bien que te controlen y que te vean si en realidad tienes, pero no puede ser que tu primera carta de presentación, ¿ah eres gay?, ¿eres una trabajadora sexual? ¿Y tú prueba de VIH? Con esa frialdad, de esa manera.” (GF-CUE-HSH3).

En general las mujeres trans refieren mayor maltrato en los servicios, a diferencia de las TS que tienen buenas referencias de los servicios públicos de salud. De hecho, se muestran algunos HSH que resuelven sus problemas de salud en el sector privado pagando una consulta, en donde reciben buen trato, cuidado y respeto y, además te solucionen el problema. En un servicio público se demoran más, te hacen ir de servicio a servicio, no responden sus preguntas, es decir no hay una buena atención.

“Para todo te dan paracetamol y ya. Es simple si en la tienda me tratan mal, busco otra tienda. Yo prefiero pagar mi consulta.” (GF-GUA-HSH3).

Refieren homofobia en el personal de salud, y se preguntan de cómo ésta puede estar presente en un lugar público, en tal sentido afirman que debería haber prohibición de que personas homofóbicas trabajen y que se inserten en los servicios de salud.

“Los servidores públicos deben ser personas sanas de pies a cabeza, y la homofobia es una enfermedad mental” (GF-GUA-HSH3).

Se habla también de transfobia y de la dificultad de que el sistema de una atención integral, existen mujeres trabajadoras sexuales que tienen otros problemas como cáncer y no son atendidas. En algunas ciudades, especialmente Machala y Cuenca, hablaron de haber acudido por un brazo roto y que se demoraron en atenderle o, el hecho de que por ser negra hace que le dejen al último o no le atienden aduciendo que en ese servicio no se atiende su problema.

Dificultades de atención a personas viviendo con VIH

Uno de los temas que se evidencio con una líder que tenía VIH es que no es suficiente la capacitación al personal de las clínicas de VIH, porque actualmente para que un paciente nuevo ingrese a este servicio tiene que hacer todo el recorrido, que implica la referencia desde el primer nivel de atención, por tanto, existe una falta de oportunidad en la atención y en el momento de iniciar el tratamiento. Igualmente, a “...las mujeres contagiadas por sus esposos no les atienden en los hospitales, les piden hacer el mismo recorrido desde el centro de salud hasta el hospital”. (GF-QUI-HSH2).

En la atención a las personas viviendo con VIH, se afirmó que hay maltrato por parte del personal incluso capacitado “los tocan con pinzas”. Afirma que organiza conversatorios entre los pacientes de la clínica de VIH, con el director del hospital incluso pero no ve mayores resultados, lo cual debe responder al hecho de que se trabaja en un espacio pequeño, mientras en la sociedad en su conjunto no se imprime un significado de una atención de calidad y sin discriminación.

Añade esta persona HSH que vive con VIH que “hace 8 años más o menos, hicieron una veeduría ciudadana por calidad y calidez en la atención a pacientes de las clínicas de VIH, la mayor parte de infectados fueron amas de casa y personas jóvenes, sin embargo, se mantiene la misma población como la de en riesgo, en tanto los resultados demuestran lo contrario” (GF-QUI-HSH2).

Atención en tiempos de COVID

En general, muchos estudios han confirmado en forma recurrente que, en este tiempo de pandemia, los servicios han tenido dificultad de atender por diversos temas, uno de ellos la salud sexual, esto se percibe en la atención a población clave.

“por la situación del covid no me operan de la cadera, tienen que hacerme un cambio del fémur y me dijeron que no hay cirugías por el momento” (GF-QUI-MTF1).

Es interesante esta experiencia que cuenta una persona HSH en Manta que le dio covid, y refiere con una actitud de reconocimiento y agradecimiento, que le trataron bien y que el personal de salud pertenece a la comunidad LGBTI. En general, el grupo focal de Manta refirió que en los servicios públicos les tratan de mejor forma que en los privados.

“...me dio covid, se complicó mucho. Me indicaron que sin referencia del Centro de Salud no me llevaban al hospital, pero a la final me internaron en el hospital de Portoviejo, ahí había personal de la comunidad GLBTI que lo cuidaron, estuvieron pendiente todo el rato de él. Al principio cuando ya me estaba recuperando no quería comer, me daban de comer en la boca, no podía moverme, me bañaban en la cama, para qué me trataron muy bien, y no solo a mí si no a las otras tres personas que estábamos en cuidados intensivos.” (GF-MAN-HSH2).

Propuestas inmediatas para mejorar la atención

Se plantea la necesidad de incluir como parte de los servicios de salud a profesionales expertos en sexología para que atiendan temáticas como la diversidad sexual e identidad de género ya que la construcción de esto es un aprendizaje social, y lo hegemónico es la visión de las personas heterosexuales. Inclusión de población clave como profesionales de salud, lo cual se va dando paulatinamente.

La importancia de sensibilizar al personal de salud aun cuando no es suficiente porque hay leyes, códigos de ética que no se cumplen. Se dijo que la capacitación y la formación debe ser continua porque hay rotación en el personal y se empieza de cero a cada momento.

“Estaba pensando, y no sé si sería muy ambicioso. En los centros de formación de enfermería, para entrar ahí solo se necesita ser bachiller, entonces que chévere sería que algo similar pueda costear el ministerio de salud, que dé la oportunidad a las trabajadoras sexuales, a las mujeres trans, a hombres trans porque no te toman mucho tiempo, porque las carreras de aquí son semipresenciales, y te duran año y medio, dos años, y te capacitan y acreditan a acceder a trabajar, porque no dar esa oportunidad... ..En el Hospital Corral Moscoso, hay una chica trans...” (GF-CUE-HSH3).

Se dice que se debe reactivar los Comités Locales de Salud como espacios que conocen los problemas de la población y cómo actuar frente a la sexualidad, garantizar el acceso a los servicios, informar a la población de la oferta de los servicios, entre otros. Propiciar a que la población clave se incluya en estos espacios.

Es importante cuidar que el personal de salud no sea homofóbico, lo cual implica que las universidades les forman con una mirada amplia de los derechos sexuales y la diversidad.

Se plantea que muchas veces las personas no son atendidas con el pretexto de que no pertenecen a ese centro de salud, por lo que se propone que los servicios atiendan sin importar en qué barrio vivas o de dónde seas.

También se plantea financiar más campañas de campo, para que los servicios vayan a donde están las personas, viviendo, trabajando (GF-MAC-TS3).

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio identifica una prevalencia de VIH en hombres que tiene sexo con hombres de 10.19% con un intervalo de confianza (IC 95%) entre 8.26 y 12.5%, lo cual es menor a los publicado en el año 2017 que fue de 16,5% en HSH

Las Infecciones de Transmisión Sexual estudiadas, muestran una prevalencia de Sífilis de 18,99% (IC 95% - 16 – 21), la prevalencia de Herpes Zoster tipo 2 es de 37,73% (IC.95% 34 – 41%). La prevalencia de Hepatitis B es de 0,49% y de Hepatitis C de 0,12%

La prevalencia de VIH no tiene muestra cambios estadísticamente significativos por la posición social o el nivel de instrucción de los participantes

Cuando la prevalencia de VIH se analiza por la situación de cada provincia, se identifican a la provincia Pichincha (18%) tiene una prevalencia mayor al promedio (10,19 %).

La desinformación es un elemento que incide en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las poblaciones claves; ya que en las experiencias relatadas, salvo contadas excepciones no han tenido información sobre promoción de salud sexual y reproductiva, prevención de violencia, prevención de ITS y VIH, ni de mecanismos para apoyar sus necesidades para “salir del closet” o develar su orientación sexual ante sus familias, como tampoco para temas relacionados con la consolidación de la feminidad en los proceso de transición de identidad que han hecho.

La discriminación en los servicios de salud es una barrera que se requiere superar; El 11% de HSH dicen ocultar su orientación sexual en los servicios de salud y en el estudio cualitativo plantean testimonios como el siguiente *“Se expresan hacia nosotros con una manera despectiva, no nos llaman por nuestro nombre, siempre salen diciendo el maricón ese. A mí no me afecta, pero en realidad si nos ponemos en Tierra Firme y basándonos a conciencia, si nos afecta. Esas son una de los millones de causas que hay para la discriminación. Por ejemplo, uno puede estar normal por la Avenida 9 de Octubre y no falta uno que te mira y dice el maricón ese... porque la gente así es. Es observadora, pero no para lanzar comentarios constructivos, sino críticas despectivas.”* (GF-GUA-HSH3)

El acceso a los servicios de salud si bien se han limitado para las poblaciones del estudio en época de pandemia, y aunque hay referencias positivas hay muchas que hablan de acciones discriminatorias, lo que dista mucho de ser calificados como óptimos.

La investigación muestra que el uso de condón no es permanente, el 29% de HSH no utilizó condón en su última relación sexual anal. El 30% de HSH dice que fue porque a su pareja no le gusta y el 23% porque estaba muy excitado.

El *punte* de la epidemia puede tener que ver con el no uso de condón particularmente cuando los HSH también mantienen relaciones heterosexuales, en este estudio el 29,14% de HSH afirma haber tenido relaciones sexuales con mujeres y el 19,34 con MTF en los últimos 12 meses. El 25,5% de HSH se autodefine como bisexual.

Situación que en los grupos focales se expresó en testimonios como los siguientes

“...hay gente que prefiere vivir con la mentira, yo conozco a una persona que amanece

*todos los días con su esposa en su casa, su vida es una tragedia, no se atreve a dar el paso. Es una persona muy masculina, muy fluida en su relación con su esposa y le gustan los hombres también, hay mucha complejidad en el tema” (GF-QUI-HSH3)
“Yo me dedico al trabajo sexual, y recibo sobre todo llamadas de hombres casados” (GF-CUE-HSH1)*

RECOMENDACIONES

A fin de trabajar en una estrategia de fortalecimiento de la prevención del VIH debe considerarse los elementos identificados en esta investigación, principalmente trabajar temas de prevención relacionados con los factores de riesgo: sexualidad diversa estigmatizada, violencia de género, la falta de información sobre derechos sexuales, servicios de salud de consolidación de identidad de género y orientación sexual de HSH y MTF, y los niveles de pobreza y acceso a recursos de subsistencia.

Es importante reconocer los espacios en los que las personas de poblaciones clave pueden conversar libremente sobre su sexualidad. Sus reacciones en torno a la educación de las infancias y la sensibilización desde los niños y niñas por lo cual es importante trabajar con el sector educativo.

Llegar a las familias, para que pueda haber más sensibilidad y comprensión de lo que implica la diversidad sexual y se pueda abordar con familiares, amigos, parientes, entre otros.

La educación en sexualidad y el uso del preservativo en particular, debería ser una acción extendida a toda la población, como oportunidad de asumir la sexualidad como un espacio de placer vital en donde solo la información puede permitir el ejercicio de los derechos sexuales.

Es necesario profundizar en investigaciones que puedan dar cuenta sobre limitaciones que tienen las personas en relación a las barreras que enfrentan para acercarse a servicios de salud, y sobre el aprendizaje que han logrado las personas, según algunos relatos respecto a su activismo por la defensa de derechos.

Desde este tipo de estudios como el de la referencia se puede dar <<más protagonismo>>, por decirlo así, a la Promoción de la Salud, un ámbito venido a menos durante mucho tiempo y que tiene mucha trascendencia en salud pública para temas como los que se tratan y otros que también son de impacto presupuestario como muerte materna, enfermedades crónicas, por citar unos ejemplos. Por lo tanto, se convierte en una especie de obligación para la sociedad civil repensar en lo que se va investigar y que tenga como eje transversal la Promoción de la Salud.

La promoción de salud, puede ser el elemento para construir otras formas de constitución de las identidades sexuales, en donde un problema de salud pública sea la discriminación del diferente y el estigma de la población. La cultura debe propiciar formas de

comunicación inclusiva, que den un valor agregado a ver la sexualidad en su diversidad, esto es un imperativo a una sociedad discriminatoria. Los derechos, la igualdad y la equidad se construyen con políticas sectoriales, pero también intersectoriales y que hagan puentes entre lo económico, lo social y lo cultural. No se puede seguir fragmentando la realidad sanitaria y responder a cuestiones específicas importantes, sin abordar asuntos como la sexualidad que redundan en riesgos para la salud de todas las personas. Los informantes han hablado de avanzar a medios de comunicación, de potenciar el arte para construir sociedades igualitarias y respetuosas del diferente.

Es importante articular acciones y políticas locales para trabajar en torno a temas como la discriminación. El Ministerio de Salud cuenta con un actor muy importante para hacerlo desde la misma población, el Comité Local de Salud, por lo que es imperativo retomar su participación en estos temas.

Para el mejoramiento de la atención en los servicios de salud, se plantea insertar personas de la misma población a los sistemas de salud para tener servicios más empáticos. Para esto, es necesario que las personas de la población puedan acceder a capacitaciones, institutos, y universidades sin recibir discriminación.

Es importante activar los espacios de participación en donde se incluya la población clave para que puedan dialogar con el personal de salud por sus demandas y mejoras de la calidad de atención no discriminatoria.

Algunas personas hacen referencia al hecho de que en la actualidad es importante el VIH en mujeres y jóvenes y ciertamente que los datos macro muestran la tendencia a ello, lo que deviene en una necesidad de investigar, de pronto indagar en las clínicas de VIH en abordajes cuanti-cualitativos, podría ser una pauta para profundizar en la situación de estos dos grupos sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONUSIDA. Hoja informativa: últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de Sida [Internet]. ONUSIDA; 2019 [citado 2 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
2. Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS). Quito: M.S.P.; 2018. 82 p.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Boletín Anual VIH/sida y Expuestos perinatales 2018. Quito; 2019 p. 37.
4. ONUSIDA. Country factsheets, Ecuador 2018 HIV and AIDS Estimates [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2019. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador>
5. Ministerio de Salud Pública. Informe GAM Ecuador: Monitoreo Global del Sida. Quito: M.S.P.; 2017.
6. Corporación Kimirina. Estudio de seguimiento del comportamiento y prevalencia del VIH y otras ITS en hombres que tienen sexo con hombres en las ciudades de Quito y Guayaquil - Ecuador. Quito; 2017.
7. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. The Lancet [Internet]. enero de 2019 [citado 20 de febrero de 2019]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618328228>
8. Acosta ME, Orozco L, Pinto E, Herdoíza A, Vargas F, Nieto JL. Índice de estigma y discriminación a población clave, en hombres que tienen sexo con hombres en los servicios de salud de 9 ciudades del Ecuador. Quito: Kimirina; 2018 p. 73.
9. Magis C, De Luca M. Sida. Cultura y salud pública. En: Epidemiología socio cultural: Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011. p. 392.
10. Salgado J. La reapropiación del cuerpo: derechos sexuales en Ecuador. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador : Abya-Yala : Corporación Editora Nacional; 2008. 104 p. (Serie Magíster).
11. RedLACTrans, Fundación Alfil. Guía de recomendaciones sobre atención integral de la salud de las mujeres trans en Latinoamérica y el Caribe. Quito: Fundación Alfil; 2017.
12. Bloch C. Nuevos enfoques en la salud pública generados a partir de la respuesta a la epidemia del VIH/sida. Actualizaciones en Sida. septiembre de 2010;18(69):104-114.
13. Breilh J. Epidemiología crítica; ciencia emancipadora e intercultural. primera edición. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003. 320 p.
14. ONUSIDA. Confronting discrimination: Overcoming HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings and beyond. Ginebra: ONUSIDA; 2017.
15. Acosta ME. Mapeo de Lugares de encuentro de la población más expuesta al VIH. MAPLE/PEMAR - Ecuador. Quito; 2015.
16. INEC. Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador. Quito; 2013.
17. Chávez MJ. La salud y los derechos humanos de las mujeres trabajadoras sexuales. Revista de Derechos Humanos UASB. julio de 2014;
18. Cervantes JC. Los derechos humanos de las personas transgénero, transexuales y travestis. Primera. México, D.F: Comisión Nacional de Derechos Humanos México; 2018. 36 p.
19. González E, Martínez V, Leyton C, Bardí A. Orientación sexual: Un desafío actual para la atención de adolescentes. Revista Sogía. 2004;11(3):69-78.
20. ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2019: Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016 [Internet]. Ginebra:

- ONUSIDA; 2018 [citado 2 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf
21. Morosini E. Estudio seroprevalencia de VIH/SIDA y Sífilis: Factores sociocomportamentales y estimación del tamaño de la población de hombres que tienen sexo con hombres en 6 regiones del Paraguay. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011.
 22. Mantecón A, Montse J, Dor Calafat A, Becoña E, Román E. Respondent-Driven Sampling: un nuevo método de muestreo para el estudio de poblaciones visibles y ocultas. *Adicciones*. 2008;20(2):161-70.
 23. Estrada J, Vargas L. El muestreo dirigido por los entrevistados (MDE) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. septiembre de 2010;28(3):266-81.
 24. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Protocolo para un muestreo dirigido por entrevistado en Santo Domingo, Puerto Plata, La Altagracia, y Barahona de la República Dominicana. 2007.
 25. Fundación ecuatoriana Equidad. Estudio de Vigilancia de Comportamientos y Prevalencia del VIH-1y 2 e ITS en Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) y La Población Trans en Ecuador. Quito: Fundación Ecuatoriana Equidad; 2012.
 26. Corporación Kimirina. Estudio de vigilancia de comportamientos y prevalencia de VIH Y otras infecciones de transmisión sexual en personas Trans en Quito. Quito; 2012 oct p. 59.
 27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La situación de la epidemia de VIH en el Ecuador: Caracterización de la epidemia VIH/sida Ecuador 2012. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012 nov.
 28. Ministerio de Salud Pública. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos: Guía de Práctica clínica. Quito: M.S.P.; 2019.
 29. Organización Panamericana de la Salud. «Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños». Washington D.C.: O.P.S.; 2009.
 30. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA. Pautas para la Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual. Washington D.C.: O.P.S.; 1999.
 31. INSPI. Informe técnico sobre pruebas confirmatorias para Hepatitis B y C. Guayaquil: INSPI; 2019.
 32. Grupo de trabajo mundial sobre información estratégica en materia de VIH, Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre encuestas bioconductuales en grupos de población con riesgo de VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
 33. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Bioseguridad para establecimientos de salud. Quito: MSP; 2016. 227 p.