

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 Trabajadoras/es Sexuales

Mayo- noviembre 2021



Equipo investigador:

David Acurio Páez

Andrés Sotomayor Paredes

Andrea Gómez Ayora

Investigación cualitativa

Zaida Betancourt Aragón

Emilia Acurio V

Lorena Altamirano

Investigadores y supervisores de campo

Efraín Soria

Rashel Erazo

Rosa Bravo Neira

Mabel García

Javier Moreira

Pilar Pallares

Gestión Administrativa

Marcelo Palacios /Natalia Ludizaca

Tabla de contenido

1. ANTECEDENTE	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. MARCO CONCEPTUAL	8
3.1. Sobre la epidemia del VIH en el Ecuador y de su mayor impacto en las poblaciones clave	8
3.2. Sobre las bases conceptuales y las evidencias y de la mayor vulnerabilidad de las poblaciones clave frente a la epidemia	9
3.3. Sobre la dinámica de interacción de las comunidades de TS en sus espacios de socialización	17
3.4. Sobre los conceptos en torno a los estudios de vigilancia del comportamiento y prevalencia de VIH e ITSs en tsTS	21
3.5. Sobre las experiencias de estudios de vigilancia del comportamiento y prevalencia de VIH e ITSs en TS utilizando muestreo para poblaciones difíciles de alcanzar. Experiencias Nacionales e Internacionales	22
4. METODOLOGÍA.	26
4.1. Objetivos	26
4.2. Diseño del Estudio	26
4.2.1. Definición de la población y detalle del cálculo del tamaño muestral	27
4.2.2. Cálculo del tamaño muestral	27
	32
4.3. Procedimientos	32
4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	40
<i>Respondent-Driven Sampling (RDS)</i>	40
<i>Criterios para el cálculo de objetos únicos a ser distribuidos</i>	43
4.5. MECANISMOS DE OPERACIÓN DE LA METODOLOGÍA RDS EN EL PRESENTE ESTUDIO	45
6. TALLA POBLACIONAL Y REDES DE PARTICIPANTES.	52
6.1. Resultado talla poblacional	52
6.2. Redes de relaciones de las semillas identificadas en cada ciudad	53
7. ESTUDIO TRANSVERSAL RESULTADOS DE PREVALENCIA	57
7.1. Prevalencia general y de la población específica	57
7.2. Características Sociodemográficas	66
7.3. Conocimientos, Actitudes y Prácticas	70
	4

8. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA - INTERPRETANDO LOS PROCESOS RELACIONADOS CON LA PREVALENCIA DE VIH E ITS	79
8.2.1. SEXUALIDAD	82
<i>Discriminación y estigma</i>	93
8.2.2. PROMOCIÓN DE SALUD	104
8.2.2.2. Otras formas de autocuidado	109
8.2.2.3. Organización de la población clave	110
8.3. ACCESO A SERVICIOS	112
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	119
9.1. Conclusiones	119
9.2. Recomendaciones	127
10. BIBLIOGRAFIA	131

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 Programa Nacional 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, mujeres transfemeninas 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).

Una de las actividades a desarrollarse en la subvención ECU-H-MOH No. 1603 por el Subreceptor (gestor administrativo), es la elaboración 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.

Después del proceso de selección realizado 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 sexuales en el Ecuador durante el año 2021, el mismo que se realizó en las ciudades de Quito, Guayaquil, Esmeraldas, Machala, Portoviejo y Cuenca.

2. JUSTIFICACIÓN

La última publicación del estudio de prevalencia de VIH en poblaciones claves fue hace dos años y cabe mencionar que este estudio solo se realizó en las ciudades de Quito y Guayaquil sin embargo sus resultados sirven de referencia para dimensionar la situación nacional. De manera que es urgente contar con una actualización de esta información, no solo de las dos ciudades sino también de otras ciudades del Ecuador. Hacer un estudio de prevalencia de VIH/Sida en hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transfemeninas y trabajadoras/es sexuales resulta relevante ya que permite conocer la situación actual y además proveer información relevante para la elaboración y ejecución de la política pública y de la planificación estratégica nacional.

Los resultados de un estudio de este tipo tienen un gran impacto debido a que proveen conocimientos con base en evidencia científica para el desarrollo de políticas, estrategias y programas que den una respuesta efectiva tanto a la población clave como a la población general del país y a su vez permitirá que las personas que viven con VIH/sida y las organizaciones defensoras de los derechos de las personas claves tengan elementos suficientes para exigir la garantía y el cumplimiento de sus derechos.

El proyecto de investigación es de enorme importancia para la Universidad de Cuenca puesto que le permite generar bases para un trabajo sostenido de investigación/vinculación y docencia frente a la problemática de las ITS y el VIH.

El estudio realizado por la Universidad de Cuenca, incluye acciones de profundización de las percepciones de las personas pertenecientes a los grupos clave frente a la política pública y la discriminación, lo que abre el 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 también permitirá sugerir ideas, recomendaciones o hipótesis para futuros estudios e intervenciones en salud.

3. MARCO CONCEPTUAL

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

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 tienen 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, 2020).

En 1948 aparecieron los primeros casos de VIH/Sida en el Ecuador. En los últimos años se han acumulado más de 56.000 casos (Ministerio de Salud Pública, 2018) y se estima que en la actualidad 45.056 personas viven con VIH, de ellas 33.839 han recibido tratamiento para el año 2020 (MSP. 2020).

La epidemia en el país es de tipo concentrada, es decir principalmente en grupos de población clave¹, que tiene un alto riesgo de infección por el VIH y frecuentemente están expuestos a discriminaciones 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.

La prevalencia en la población general es de 0,3% (ONUSIDA, 2020; (Ministerio de Salud Pública, 2020). De los 3.823 nuevos casos identificados en el año 2020, el 31,68 % se presentaron en la provincia del Guayas, seguido por Pichincha (16,51 %); Manabí (5,99 %); Santo Domingo con 5.86%, El Oro con 5.75%, Los Ríos con el 5.34%, Azuay con 5.28%, Esmeraldas 3.77%. En estas siete provincias se concentra el 80% de casos del año 2020 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020).

¹ Los términos de referencia definen para este estudio tres grupos poblacionales claves: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Mujeres transfemeninas (MTF), trabajadoras/es sexuales (TS)

Desde la aparición de los primeros casos de VIH/Sida, el Ecuador ha impulsado una serie de esfuerzos que han enfrentado la epidemia y sus consecuencias. La definición de políticas públicas y programas específicos ha permitido el acceso gratuito a medicamentos antirretrovirales, y la implementación de 52 unidades de atención integral de VIH (UAI) en la Red Pública Integral de Salud (RPIS) de las cuales; MSP cuenta con 45 (86,5%); IESS con 4 (7,7 %); ISSFA con 2 (3,9 %); ISSPOL con 1 (1,9 %). Las UAI se encuentran ubicadas en 20 provincias del país (Ministerio de Salud Pública, 2020).

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

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). Confluye el creciente número de PVV, con procesos globales de empobrecimiento y deterioro de la vida y la discriminación social.

Las personas que 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 hetero normada, 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).

Pedro Rivadeneira en su Disertación sobre “El Trabajo Sexual Y Los Derechos Laborales” establece la garantía de derecho laboral vinculado al derecho de la salud cuando afirma:

“...Desde el enfoque de derechos humanos y conforme a los pronunciamientos analizados de órganos internacionales y entidades conformadas gracias a ellos, en especial la OIT y la Comisión Global sobre el VIH y el Derecho, por el respeto de la igualdad y no discriminación, la mejor solución para la protección de las personas trabajadoras sexuales sería brindar un reconocimiento laboral, lo cual, con la adecuación pertinente del aparataje público, generaría mejores condiciones para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, así como una mejor garantía de derechos conexos, al dejar un lado los tabúes y sacar de la marginación a este grupo humano tradicionalmente discriminado...”(Rivadeneira, 2014).

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., 2018a).

Esta aseveración además está expresada por organismos internacionales como es el caso de ONUSIDA quien sostiene que, la epidemia del VIH se mantiene y no se controla debido a los altos índices de transmisión, según ONSIFDAS 2019 un 40% de las nuevas infecciones a nivel global provienen de poblaciones clave: trabajadoras/es sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables, y personas privadas de la libertad.

Los grupos clave², son un grupo poblacional que tiene un alto riesgo de infección por el VIH. Frecuentemente están expuestos a retos 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. “El estigma y discriminación que afecta también a las poblaciones clave, como son las Trabajadoras Sexuales (TS), Hombres que tiene Sexo con Hombres y Transexuales, determina también que las poblaciones clave enfrentan barreras considerables

² Tres grupos poblacionales claves: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Mujeres transfemeninas, Trabajadoras/es sexuales.

para el acceso a los servicios de salud, empezando con el uso frecuente de términos peyorativos, deshumanizantes y que refuerzan los estereotipos y finalizando en las actitudes hetero normativas impuestas por profesionales de la salud”.(Acosta et al., 2018b).

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 visibilizar a jóvenes, lesbiana, gay, bisexual, transgénero, y queer (LGBTQ), mujeres (amas de casa y trabajadoras sexuales), hombres adultos (HSH), niños, como sujetos de derechos sexuales (Salgado, 2008).

En la presencia de la epidemia existe un devenir, 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.

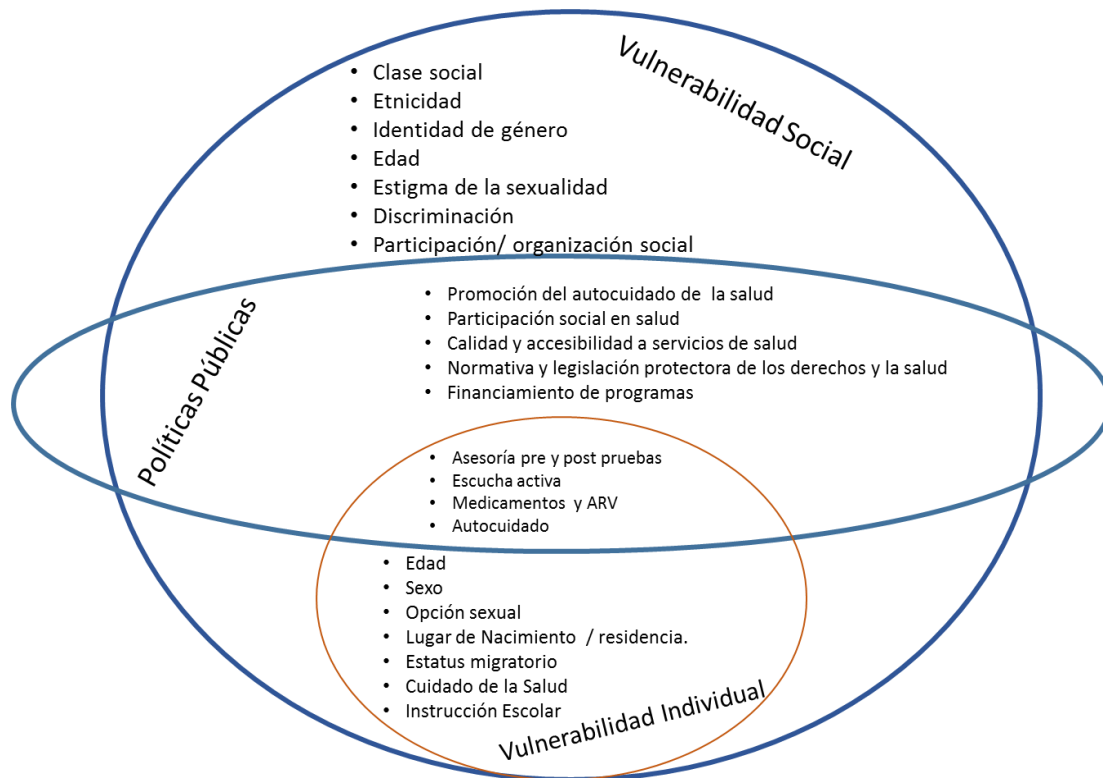


Gráfico 1: Determinación social en PVVs

Elaboración: Zaida Betancourt – Equipo Investigador EUS – EP

El proceso de generación de vulnerabilidades y discriminación hace 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 personas viviendo con VIH (PVVs), que perciben altos niveles de discriminación relacionado con el VIH, tiene 2.4 veces más probabilidades de retrasar la atención hasta estar gravemente enfermos” (ONUSIDA, 2017) además que hay que recordar que estos grupos sociales han sido tradicionalmente excluidos por su condición de género.

En el Ecuador, la epidemia es de tipo concentrada, principalmente en personas transfemeninas (MTF) (34,8 % en Quito y 20,7 % en Guayaquil), de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (16,5 % en Quito y 11,2 % en Guayaquil) (Ministerio de Salud Pública, 2017), y de trabajadoras/es sexuales (TS) (3.2% en Ecuador) (USFQ-FM-MSP, 2007) pese a

esto no se tiene información actualizada de su prevalencia.

Esto se confirma en la prevalencia de VIH y de ITS en poblaciones clave, particularmente en los hombres que tienen sexo con hombres ya que 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 políticas que engloban el qué hacer y el cómo de su implementación en la sociedad, en una compleja interrelación entre lo público y lo privado, es decir no sólo son el conjunto de decisiones fundamentadas organizadas y ejecutadas con su correspondiente seguimiento de resultados, sino también el procesamiento de los conflictos de poder, en donde la actuación del Estado, de las instancias gubernamentales y el ejercicio ciudadano son indispensables.

La intervención en las poblaciones clave es costo-efectiva, debido a que su vulnerabilidad determina la presencia de comportamientos de riesgo, por lo que puedan transmitir la infección por VIH a otras poblaciones, por ejemplo, los clientes de las trabajadoras/es

sexuales, usuarios que comparten drogas inyectables, entre otras. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

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 y el derecho al trabajo.

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

En el Ecuador se han realizado estudios sobre comportamientos y características relacionados con el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales (TS).

El primero denominado “*Comportamientos y características relacionados con el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales (TS) de ocho ciudades del Ecuador*” desarrollado por la División de Economía y Políticas de la Salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México; el Instituto Juan César García. Quito, Ecuador; la Unidad de Investigación y Evaluación, Alianza Internacional contra el VIH/SIDA. Brighton, Reino Unido; y la División de Economía, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. (CIDE). México, D.F., México. 2006.

El segundo, “*Factores de riesgo para el VIH y la ITS entre las trabajadoras sexuales en una región con alta prevalencia del VIH en Ecuador*” realizado por Enrique Terán, del Colegio de Ciencias de la Salud, Universidad San Francisco de Quito. 2019.

El estudio de 2006 hace referencia a una población de Trabajadoras Sexuales, que fueron entrevistadas, la mayor parte de ellas en sus lugares de trabajo, sitios dedicados al comercio sexual. Este estudio tuvo como objetivo mostrar una panorámica de las prácticas de riesgo de

las TS en el Ecuador y diferencia lo que ocurre con los clientes y con las parejas regulares. (INSP. Cuernavaca, MX –IJCG 2006)

Cabe destacar que la población estudiada considero a HSH y TS, la edad media de las entrevistadas fue de 28 años (IC95% 27-29) y alrededor de la mitad vivía con parejas masculinas (ya sea casadas o en unión libre). La tasa de uso del condón con el último cliente fue de 88% (82% de forma consistente); en cambio, con las parejas regulares fue de 6%. (INSP. Cuernavaca, MX –IJCG 2006)

La investigación realizada en 2019 tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento, las conductas de riesgo y los factores asociados con la prevalencia de VIH, e ITS en una provincia del Ecuador, los resultados de esta investigación muestran una prevalencia de 0.7% para infección por VIH, 3.3% para sífilis y 26.4% para otras ITS auto reportadas. Edad de inicio del trabajo sexual, conocimiento de la transmisión del VIH y el uso del condón fueron factores de riesgo significativos para la coinfección por VIH / sífilis, los factores asociados con las ITS auto reportadas fueron; la edad de inicio del trabajo sexual, conocimiento de cualquier ITS, estado civil y sexo con otras personas que no sean clientela (Terán E. 2019).

La mayoría de los TS (91,8%) uso constante del condón con los clientes. Aproximadamente el 80% de los participantes informaron que sabían de una infección que puede ser transmitida por sexo y 94,1% (n .254) informaron saber cómo se transmite el VIH). Sólo una décima parte (n-25) de los TS fueron capaces de identificar correctamente los 10 modos de transmisión del VIH que se pidieron (Terán E. 2019).

Sexualidad

Respecto de la edad de las TS, el uso del preservativo disminuye con la edad de forma progresiva y consistente. Este resultado sugiere diferencias generacionales quizá vinculadas con la utilización del dispositivo, es decir, es posible que las TS iniciadas en la actividad antes de que el uso del condón se promoviera de forma general son justamente las que lo emplean menos. (INSP. Cuernavaca, MX –IJCG 2006)

Las TS que dieron positivo por VIH/sífilis eran más propensos a estar en el grupo de edad de 20 a 35 años y a haber comenzado a vender sexo antes de los 18 años (12.2%), Los participantes

que informaron haber comenzado a trabajar sexualmente siendo menores de 18 años tenían tasas de prevalencia más altas de infección por VIH/sífilis. (Terán E. 2019).

Características del trabajo sexual

De acuerdo con lo que señalaron, las TS participantes tenían en promedio poco más de cinco años en el comercio sexual, aunque la media de años fue de tres, con un límite Inter cuartil de 2-7 años (25 y 75%). Alrededor de 82% de las TS contaba con el documento oficial de registro que le permitía trabajar de forma legal; resulta de interés que el porcentaje se reduce con los años de actividad en el comercio sexual: 76% para las que refirieron más de siete años de experiencia laboral. Es pertinente considerar que las TS pierden el documento casi siempre por no someterse a las pruebas de ITS o resultar positivas en ellas. (INSP. Cuernavaca, MX –IJCG 2006)

Uso de condón

Si bien el uso observado del condón con el cliente más reciente fue elevado (87%), también se reconoció una notoria variabilidad entre una ciudad y otra; así, mientras en una el empleo notificado llegó hasta 97%, en la ciudad con el nivel más bajo se registró sólo 70%, se estimó una medida de uso consistente del preservativo, definida como el empleo en los tres clientes últimos, y una media de uso inconsistente, determinada como el uso de al menos uno. A partir de esta medida, el porcentaje de TS que informaron utilización consistente fue de 82% y los límites entre ciudades fluctuaron entre 65 y 96%. (INSP. Cuernavaca, MX –IJCG 2006)

La mayoría de los TS (91,8%) uso constante del condón con los clientes, El aumento demostrado de la vulnerabilidad de las niñas más jóvenes sugiere que podrían no tener un conocimiento adecuado de la prevención de las ITS y que podrían ser incapaces de negociar prácticas sexuales más seguras con los clientes. En comparación con los TS que informaron el uso constante de condones, los TS que a veces o nunca usaron condón tenían aproximadamente 6 veces las probabilidades elevadas de infección por VIH/Sífilis (AOR 5.83, 95% CI 1.35–25.14). (Terán E. 2019).

Conocimiento de VIH e ITS

Aproximadamente el 80% de los participantes informaron que sabían de una infección que puede ser transmitida por sexo y 94,1% (n .254) informaron saber cómo se transmite el VIH).

Sólo una décima parte (n-25) de los TS fueron capaces de identificar correctamente los 10 modos de transmisión del VIH que se pidieron. En cuanto al riesgo y los tratamientos del VIH, la mediana del número de preguntas sobre el riesgo y el tratamiento del VIH correctamente respondidas fue de 3 a 4. (Terán E. 2019).

Parejas regulares

Por lo que respecta al empleo del condón con parejas regulares, se analizó el posible nexo con variables demográficas y socioeconómicas, así como los indicadores creados de capital social y habilidades para la vida. Ni de forma bivariada ni dentro de un modelo multivariado se identifica alguna vinculación. La única variable que se correlacionó con la utilización del preservativo con una pareja regular fue el uso consistente del condón con clientes, con una razón de prevalencias de 2.47 (IC95% 1.03-4.56) (INSP. Cuernavaca, MX –IJCG 2006).

Por lo que se refiere a las parejas sexuales regulares, 58% de las TS tenía una al momento de la encuesta, con la que sostenía relaciones sexuales en promedio 3.5 veces durante la semana anterior a la encuesta. En cuanto a la última ocasión, se practicó la penetración vaginal o anal en 86% de las veces y de ellas sólo en 6% de las veces se utilizó el condón. (Terán E. 2019).

3.3. Sobre la dinámica de interacción de las comunidades de TS en sus espacios de socialización

Para referirnos a la dinámica sobre el reconocimiento de las trabajadoras sexuales como sujetos de derecho, es importante mencionar que las mujeres han realizado una lucha histórica por que se reconozca los derechos humanos y que la sociedad en la que se encuentran así lo reconozca.

María José Chávez realiza un análisis sobre el trabajo sexual e identifica que este ha sido muy cuestionado por los distintos feminismos y más aún por la sociedad, la misma que califica como androcéntrica, machista y patriarcal, por lo que resulta complicado alcanzar el pleno goce de los derechos de este grupo social. En particular el derecho a la salud de las trabajadoras sexuales ha sido reconocido y garantizado en función de la salud de los clientes

y no de ellas, manifiesta.

Chávez afirma que las mujeres que ejercen el trabajo sexual históricamente no han sido consideradas como sujetos de derechos sino como objeto de regulación de los Estados.

Si los derechos sexuales y los derechos reproductivos se implementan desde políticas no sexistas que respetan la autonomía y la libre elección (Weeks, 1998) y que permiten enfrentar entre otras tres tensiones centrales las tensiones existentes entre: a) peligro y placer, b) reproducción y sexualidad, c) lo público y lo privado (Salgado, 2008).

El estigma de la sexualidad ha logrado visibilizar la tensión entre peligro-placer, desde una postura moral le signa como un espacio inaccesible. Lo sexual es lo pecaminoso, por eso cuando se lo muestra, se hace a partir de sus riesgos y peligros. El placer, el disfrute y la satisfacción personal constituyen la cara oculta y estigmatizada de la sexualidad.

Por ello las enfermedades de la vida sexual han sido fácilmente estigmatizadas y sancionadas, incluso abordadas desde el sistema sanitario, utilizando el miedo como mecanismo del control del cuerpo y de las epidemias. Esto se exagera cuando las acciones en salud tienen como referencia una lógica de la hetero normalidad tradicionalmente protegida y privilegiada por el poder y por el Estado.

Los que participan en los actos privilegiados o fingen hacerlo, gozan de buena reputación y fortuna. Las formas privilegiadas de la sexualidad se regulan y se prohíben a través del Estado, la religión, la medicina y la opinión pública. Los que practican formas menos privilegiadas de la sexualidad sufren el estigma y la invisibilidad y resistencia. (Vance, Velasco, & Toda Iglesia, 1989).

En un estudio realizado por Kogan, determina que la sexualidad es vista como resultado de la interacción de múltiples procesos histórico - sociales, económicos, culturales, políticos y personales, en donde cada grupo social construye su noción, percepción y manifestaciones

de la sexualidad. Sus modos de vida procesar de diversa manera el papel que juegan las instituciones sociales (familia, la religión, normas, mercado) y las diferentes relaciones de poder (clase, generacional, etnia, género, geográfica, entre otras), en un juego permanente de contradicciones, conflictos y rupturas de lo dado (Kogan, 1993).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicó la “Guía Nacional de Normas y Procedimientos de Atención Integral a Trabajadoras Sexuales” en el año 2007, la misma que fue elaborada con la colaboración de un amplio número de organizaciones civiles a nivel nacional. Esta guía buscaba actualizar, fortalecer y estandarizar las normas de los servicios de atención de las ITS debido a que se aplicaban diversos criterios que no permitían que los servicios de salud sean abordados adecuadamente y de forma integral para las trabajadoras sexuales del país.

Esta guía incorpora en la atención a trabajadoras sexuales la entrega de una Tarjeta de Salud Integral en lugar del Carné Profiláctico Provincial. Esta Tarjeta de Salud Integral es un documento médico gratuito, único con validez nacional, que recoge información médica generada por la atención sistemática y periódica que realizan en los servicios de atención integral de salud sexual y reproductiva, y que, documenta las atenciones médicas programadas, exámenes, vacunas, diagnósticos importantes para el manejo médico de las trabajadoras sexuales en cualquier servicio que brinda en el país; así como también las actividades de consejería, educativas y de prevención

“La creación de la Tarjeta de Salud Integral expresa un gran avance en el cumplimiento del derecho a la salud de nuestras trabajadoras sexuales que, como su nombre bien lo indica, busca registrar el estado de salud de las trabajadoras sexuales y no un permiso de funcionamiento o ejercicio de la actividad como se entendía con el carné profiláctico ” (Chávez, 2014)

El estudio de Fundación Esperanza, OIT-IPEC, 2002 estima en 24.945 el número de

trabajadoras/es sexuales de manera activa, del cual aproximadamente 18.423 personas pasan controles en los CETS, el 25.4% no lo hace (4.679 personas), el 10% tampoco ya que labora en la calle (1.842 personas). El estudio de la Corporación Kimirina, 2005, a 2.923 TS en 8 ciudades del país indica la presencia de ITS en el 35% de los casos y el no uso del preservativo, en el 5% de los casos

Para el año 2006, el sistema de notificación del MSP reporta 45 casos de VIH/SIDA de personas que declararon, como ocupación, el trabajo sexual (44 mujeres y 1 hombre), cifra que representa el 2.6 del total de los casos (45/1.703) o 6.6% del total de las mujeres (44/669).

Los resultados del estudio 2017, presentan algunas discrepancias con el estudio hecho en el 2012 en la ciudad de Quito, en el que el “12.6% de las participantes presentó sífilis activa, el 56.1% presentó infección por el virus del herpes simple tipo 2 y el 1.6% de las participantes mostró una prueba positiva para el antígeno de superficie de Hepatitis B. (Corporación Kimirina, 2012).

Basado en estas evidencias el Ministerio de Salud Pública elaboró el Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la respuesta al VIH-SIDA (PENM) 2018 – 2022 con información relevante y acciones estratégicas dirigidas a mejorar la respuesta al VIH/sida de manera multisectorial, que tiene como objetivo “disminuir la velocidad de crecimiento de la epidemia, alineando las estrategias mundiales de reducción y fin del VIH, mediante una respuesta multisectorial para la promoción y ejecución de políticas públicas que garanticen desde un enfoque de género y derechos humanos el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral, así como la equidad, la inclusión, la interculturalidad y la igualdad de oportunidades para las PVV” (Ministerio de Salud Pública, 2018), que es la referencia para conocer a mayor detalle la realidad de los grupos clave en el Ecuador.

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 estas. 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 internacionales³.

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)

3.4. Sobre los conceptos en torno a los estudios de vigilancia del comportamiento y prevalencia de VIH e ITSs en tsTS

En Ecuador la vigilancia epidemiológica ha explorado distintos abordajes y métodos y es así como se puede reconocer algunos estudios; Un primer estudio focalizado en casos de SIDA, infectados por VIH, con vigilancia serológica centinela. El segundo centrado en varios estudios de comportamientos de riesgo en población general y un tercer estudio que busca el seguimiento a pacientes para evaluar la adherencia al tratamiento y por último investigaciones que buscan a la vigilancia del estigma y discriminación.

A continuación, se presenta la definición de los conceptos utilizados en torno a los estudios:

Trabajadora Sexual (TS): Persona adulta 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

³⁴ Entre estas conferencias se destacan: La Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo realizada en el Cairo en 1994, que definió los derechos reproductivos y, La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, que posicionó los derechos sexuales.

quien usted no considera pareja estable y con quien no ha habido pago de dinero

3.5. Sobre las experiencias de estudios de vigilancia del comportamiento y prevalencia de VIH e ITSs en TS utilizando muestreo para poblaciones difíciles de alcanzar.

Experiencias Nacionales e Internacionales

Durante los últimos 30 años se desarrollaron programas nacionales e internacionales de vigilancia de la salud insistiéndose 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.

Esta lógica epidemiológica da a conocer la situación de poblaciones clave, lo cual es de enorme relevancia, y ha exigido la utilización de alternativas a los sistemas habituales de selección de participantes ya que la mayoría de las veces, por los 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 a la realidad se utilizó el muestreo por bola de nieve “SBS” (por sus siglas en inglés “snowball sampling”), (Biernacki y Waldorf, 1981), que en realidad 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 Márkov 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).

El análisis incluye una prueba que muestra que, aun cuando el muestreo se inicia con un conjunto de sujetos seleccionados arbitrariamente, al igual que la mayoría de los estudios de cadena de referencia, la composición final de la muestra es totalmente independiente de aquellos primeros sujetos. El primer paso para desarrollar la técnica de muestreo consiste en la realización de un estudio etnográfico que conduzca a ubicar y reclutar a los entrevistados

iniciales, denominados semillas, cuya selección requiere una justificación teórica, puesto que cada una de ellas comenzará a encadenar a miembros de sus redes de contacto, quienes a su vez continuarán con el procedimiento hasta completar el tamaño de la muestra apropiado para el estudio (Magis & De Luca, 2011) (Estrada & Vargas, 2010).

Para la ejecución del estudio se entrega cupones que ofician como invitación entre sus conocidos, por cada conocido que participa y completa el estudio se le otorga un incentivo extra a la “semilla” y del mismo modo se procede con las participantes que logran completar sus contactos. El límite de tres cupones por participante se hace para asegurar que una amplia variedad de personas tenga una oportunidad de reclutar y para excluir luchas por derechos de reclutamiento (secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) & Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), 2007). Los cupones serán enumerados de tal manera que el participante original sea identificado. Cada cupón tendrá el código de identificación del reclutador, además cada cupón tendrá un número único para nuevos participantes. Este sistema nos permitirá dar seguimiento y establecer redes.

Para el presente documento se ha revisado las experiencias de los estudios en: República Dominicana en el 2007 para el estudio Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables: Trabajadoras Sexuales (TS), Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), y Usuarios de Drogas (UD). En Colombia en el 2007 y 2010, en los estudios de prevalencia de VIH en Mujeres Trabajadoras sexuales y Hombres que tienen sexo con hombres respectivamente.

También el informe final del estudio de “seroprevalencia de VIH/Sida y Sífilis, factores socio comportamentales 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., 2018a).

El último estudio realizado en Ecuador utilizando RDS, ha sido usado como referencia para las estimaciones nacionales de la situación de población clave y en algunas de sus conclusiones refieren que, las estimaciones del tamaño poblacional de los HSH obtenido para Quito y Guayaquil, revela diferencias con otros estudios que realizaron el cálculo con métodos similares y con otros métodos, por lo que se requiere la realización de un proceso de triangulación para ajustar este cálculo de manera adecuada y es un aspecto que habrá que tener en cuenta en la nueva investigación. También precisa que, la prevalencia de VIH en Guayaquil es similar a la observada en el 2011, mientras que es mayor en Quito, lo cual podría ser un efecto de la migración (internacional) que se observa en Quito. Un análisis a profundidad deberá realizarse para buscar una más amplia explicación de las prevalencias observadas.

En el Ecuador, la principal política enfocada para trabajadoras/es sexuales está enfocada a la reducción del contagio de infecciones de transmisión sexual, así como la atención integral y reducción de la incidencia de VIH, la misma que está definida por normativa del MSP en el “*Programa Nacional de Prevención y control del VIH/SIDA e ITS*” (Ministerio de Salud Pública, 2011) y específicamente la atención integral como parte del programa está definida la “*Guía Nacional de Normas y procedimientos de Atención Integral para Trabajadoras Sexuales*”⁴.

⁴ Ecuador. Ministerio de Salud – Oficio Nro. MSP-DNCS-2014-0030-O.

4. METODOLOGÍA.

4.1. 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

4.2. Diseño del Estudio

Para la ejecución de la investigación, se realizaron dos componentes de investigación: a) el primer componente es 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) el segundo componente es un estudio cualitativo participativo aplicado en cada ciudad en la que se realizó el estudio, a fin de profundizar sobre prácticas y conocimientos en salud sexual y estigma social.

4.2.1. Definición de la población y detalle del cálculo del tamaño muestral

El universo estimado para el estudio está constituido por 34.400 TS, a partir de los datos de ONUSIDA para el 2019 (2). Según la información de ONUSIDA, 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 (3). El tamaño de la población clave utilizada para el muestreo, corresponden al estudio de mapeo de lugares de encuentro de población más expuesta al VIH.⁵

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

4.2.2. Cálculo del tamaño muestral

El tipo de muestreo realizado fue aleatorio o probabilístico estratificado por fijación proporcional (distribución realizada de acuerdo con el tamaño poblacional). Para el cálculo del tamaño de la muestra, por sugerencia del Fondo Mundial y compartida por el MSP. 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 (personas que no responden), de acuerdo con la siguiente fórmula:

⁵ Acosta ME. Mapeo de Lugares de encuentro de la población más expuesta al VIH. MAPLE/PEMAR - Ecuador. Quito; 2015.

$$n = D \left[Z_{1-\alpha} \frac{\sqrt{2P(1-P) + Z_{1-\beta}^2 X \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}}}{(P_1 - P_2)} \right]^2$$

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 (4).

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

Parámetros	TS	HS H	MT F
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 375 casos que fueron distribuidos de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 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 3

Distribución de la muestra 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.

En la ejecución del estudio se contó con la participación efectiva de 2006 personas de las seis provincias, no fue posible alcanzar la meta de MTF en la provincia del Azuay y Pichincha y HSH en la provincia de Pichincha.

Para el análisis de resultados se construyó 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 y el reporte de los resultados de las pruebas rápidas de 4ta y 3era generación para detección de VIH. Se realizó una depuración de la base de datos y de los 2006 registros iniciales se retiró la información de los 50 personas que hicieron de semillas al arrancar el estudio, a partir de los 1956 registros 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 y el reporte de los resultados de las pruebas rápidas de 4ta y 3era generación para detección de VIH.

Para el cálculo de la talla poblacional a partir de los 1956 participantes, se retiraron 27 encuestas que no estuvieron completas o no tenían resultados de las pruebas serológicas: con lo cuál la muestra efectiva fue de 1933 personas, de ellas; 384 Trabajadoras/es sexuales, 733 Mujeres Trans y 839 Hombres que tienen sexo con hombres.

Tabla No 2. Descripción de la muestra efectiva sin retirar semillas

	Azuay		Esmeraldas		Guayas		Manabí		Pichincha		El Oro		Total	
	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo
	n	n	N	N	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
HSH	71	74	15	24	413	421	33	36	288	205	97	97	917	857
MTF	80	35	19	22	350	356	67	69	110	83	186	186	812	751
TS	38	37	9	9	148	155	13	13	121	132	47	52	376	398
Total	189	146	43	55	911	932	113	118	519	420	330	335	2105	2006

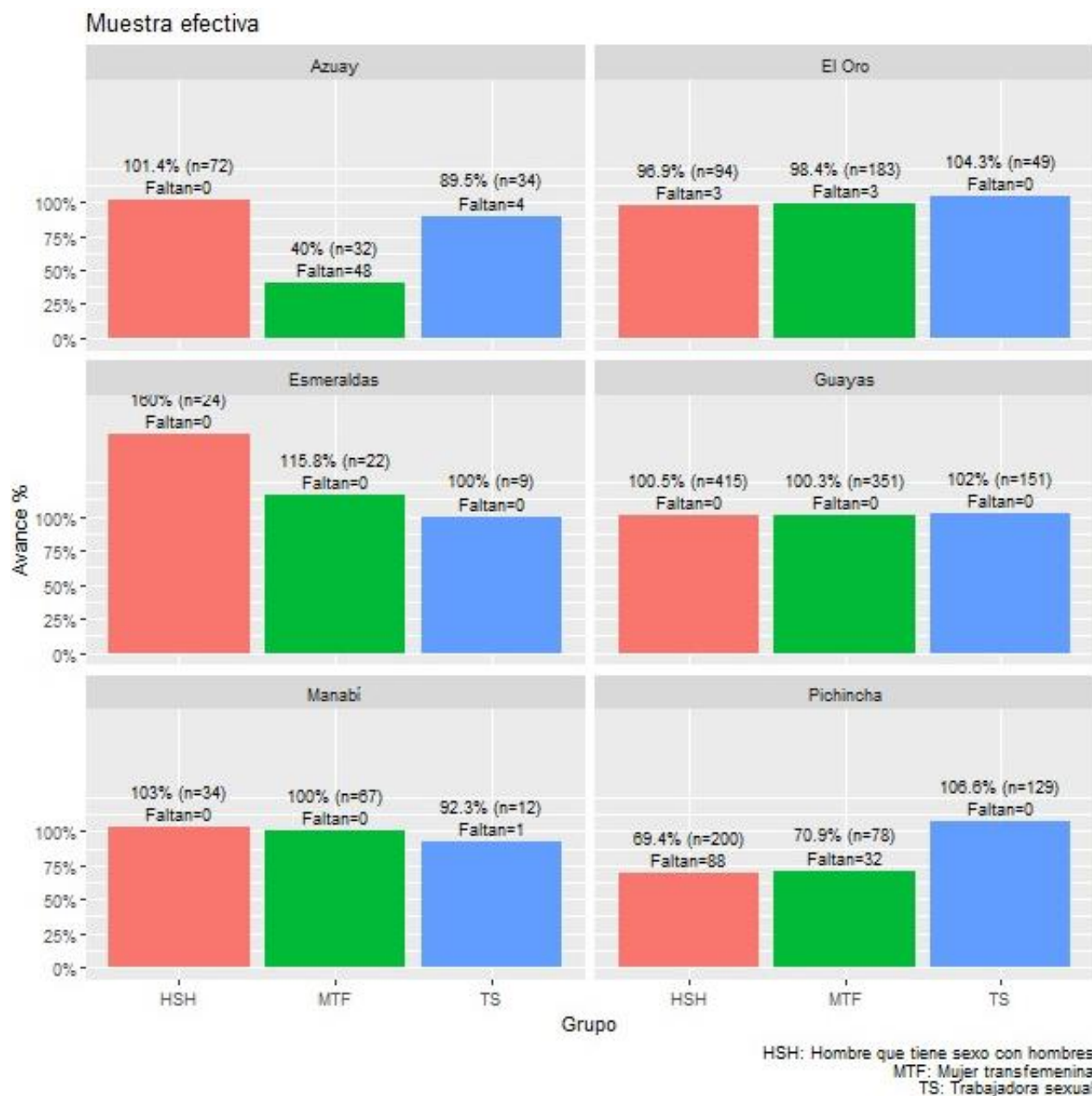
*Esp. Muestra esperada

Tabla No 3: Descripción de la muestra efectiva para análisis retirando semillas

	Azuay		Esmeraldas		Guayas		Manabí		Pichincha		El Oro		Total	
	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo	Esp.	Efectivo
	n	n	N	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
HSH	71	72	15	24	413	415	33	34	288	200	97	94	917	839
MTF	80	32	19	22	350	351	67	67	110	78	186	183	812	733
TS	38	34	9	9	148	151	13	12	121	129	47	49	376	384
Total	189	138	43	55	911	917	113	113	519	407	330	326	2105	1956

*Esp. Muestra esperada

Imagen No 2. Muestra efectiva por provincia y población clave



4.3. 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 a un “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 preprueba: es decir se le informará 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.

Imagen No 3. Flujo de atención en espacio seguro

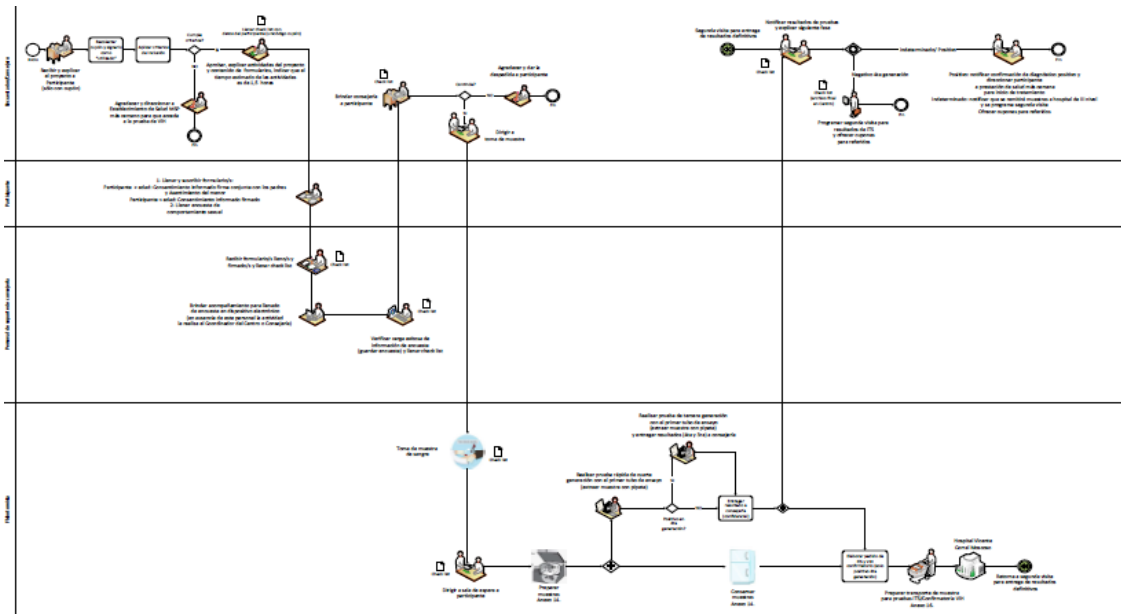
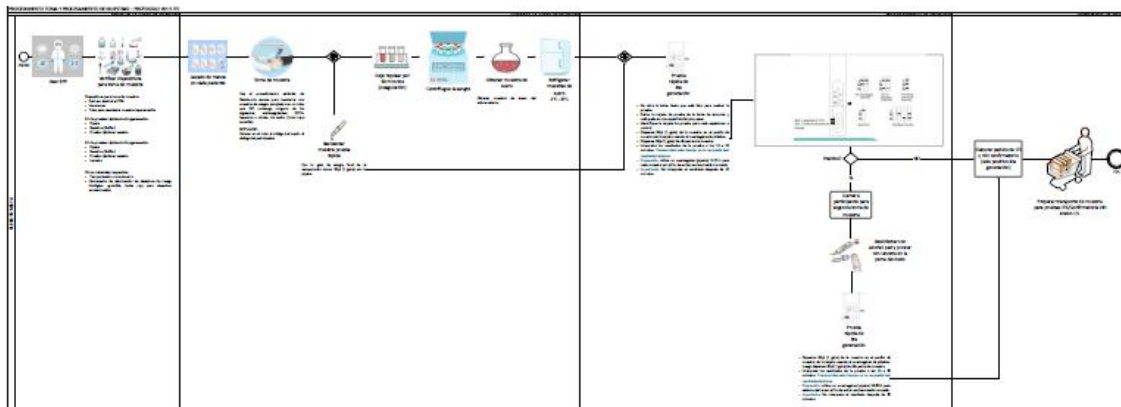


Imagen No 4. Flujo para toma de muestra de sangre

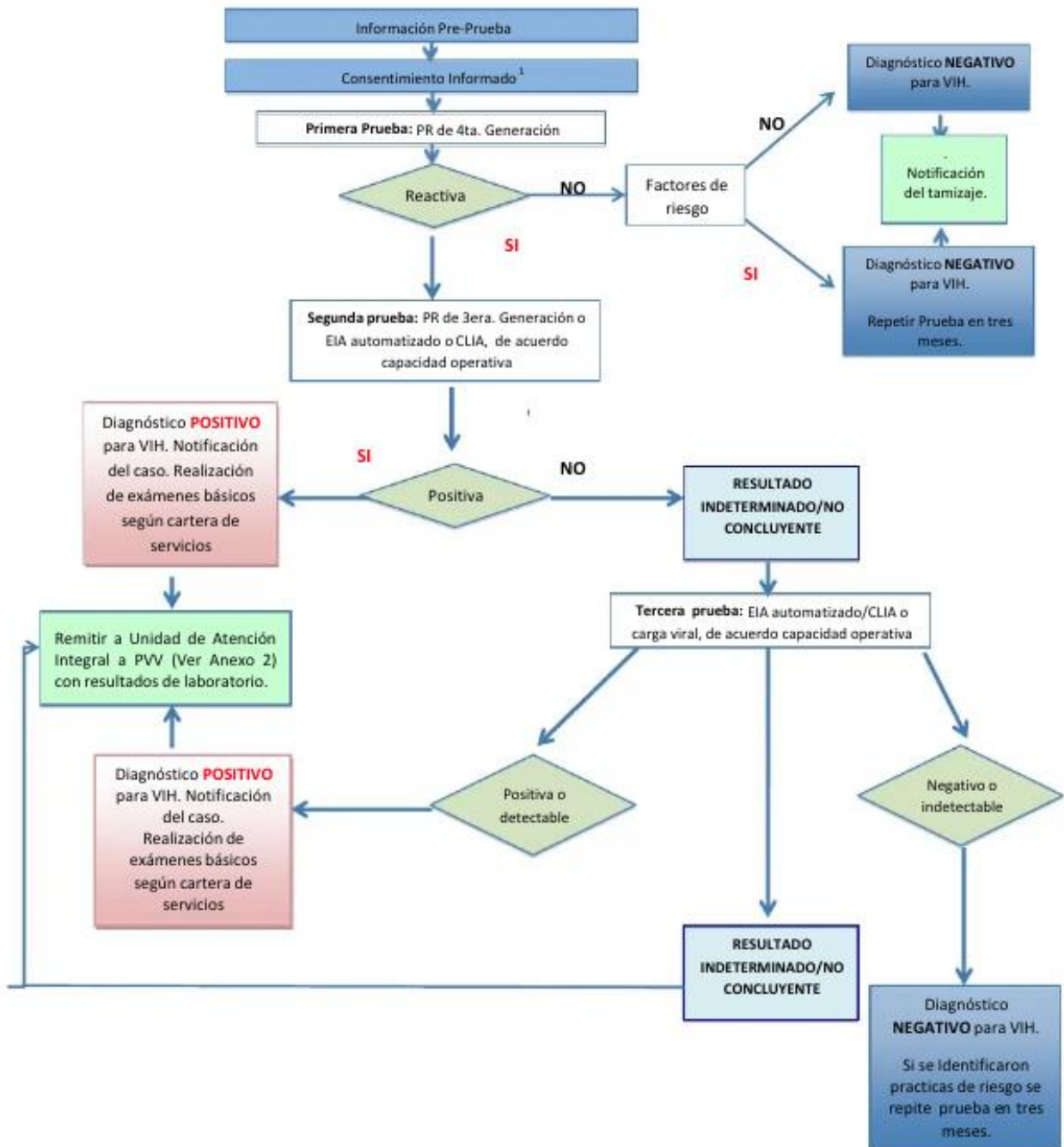


Recolección de Muestras de Sangre

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. Para la determinación de prevalencia e VIH se usaron pruebas rápidas inmunocromatográficas de 4ta generación que detecta tanto los anticuerpos del VIH 1 y 2 como el antígeno P24 y pruebas rápidas de pruebas de 3ra generación inmunocromatográficas que detectan anticuerpos contra el VIH.

Para la utilización de las pruebas se utilizó bajo el protocolo definido por el Ministerio de Salud, primero se hizo la prueba de cuarta generación: cuando el resultado es no reactivo se informó como negativo para el VIH, sí el resultado es reactivo: se realizó la prueba de tercera generación, de acuerdo con 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 (Ministerio de Salud Pública,2019).

Algoritmo 1. Algoritmo Diagnóstico de VIH en Adultos



1. Consentimiento informado será verbal solo en casos de RECHAZO a realizarse la prueba será por escrito con la firma del usuario.

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 (HVCM), se las transportó en un triple empaque que incluyó cooler, bolso de transporte de muestras de doble cobertura y tubo de ensayo.

Tabla 4
Pruebas para diagnóstico de ITS

Tamizaje	Test	Metodología
Sífilis	Anticuerpos totales contra el Treponema Pallidum	inmunoensayo de electroquimioluminiscencia “ECLIA
Herpes Virus	Inmunoglobulinas G contra el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2)	inmunoensayo de electroquimioluminiscencia “ECLIA
Hepatitis B	Antígeno de superficie	inmunoensayo de electroquimioluminiscencia “ECLIA
Hepatitis C	Anticuerpos anti hepatitis C	inmunoensayo de electroquimioluminiscencia “ECLIA

Para la reactividad de Hepatitis B, hepatitis C, Herpes y Sífilis se utilizaron pruebas de inmunoensayo de electroquimioluminiscencia “ECLIA”, que incluyen un test inmunológico in vitro para la determinación cualitativa del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) en suero detección cualitativa de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (HCV) en suero determinación cualitativa de inmunoglobulinas G contra el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) y determinación cualitativa de los anticuerpos totales contra el Treponema Pallidum en suero.

El análisis de las muestras realizadas en el estudio lo realizó el equipo técnico del servicio de laboratorio clínico del HVCN, las determinaciones de las muestras se lo realizaron en función de los protocolos del MSP para las ITS.

- **Herpes tipo 2**, se utilizó el método inmunoensayo electroquimioluminiscente “ECLIA” para la detección de la detección de anticuerpos anti-VHS 1+2 de tipo IgG.
- **Hepatitis B**, se utilizó el método electroquimioluminiscencia “ECLIA” para detectar Antígeno de superficie del VHB (HBsAg).
- **Hepatitis C**, se utilizó el método electroquimioluminiscencia “ECLIA” para detectar anticuerpos anti-HCV
- **Sífilis**, se utilizó el método electroquimioluminiscencia “ECLIA” para detectar anticuerpos totales contra el Treponema pallidum, un resultado de test positivo para anticuerpos treponémicos indica la exposición a T. pallidum, pero no puede distinguir entre una sífilis tratada y no tratada, por esto a todas las sífilis positivas se les realizó VDRL.

El Hospital Vicente Corral Moscoso generó un enlace de acceso restringido (con clave única) para revisar los resultados de las pruebas diagnósticas. Dicho acceso estaba 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.

Tabla 5

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 utilizaron:

- Autodefinirse como Hombres que tienen sexo con Hombres, Mujeres Trans, Trabajadoras/es Sexuales
- Tener 15 o más años.
- 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.
- 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).

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Respondent-Driven Sampling (RDS)

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 o hasta saturar la red (Magis & De Luca, 2011, p. 123) (Estrada & Vargas, 2010).
- Los lugares de encuentro de la población clave en cada una 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 y contando con su informe de resultados (que se podrán leer en el siguiente capítulo de este informe). 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 usos de redes sociales para generar la universo potencia

En base a la asesoría de expertos ONUSIDA y del Fondo Global y usando las Directrices de la encuesta bioconductual para poblaciones en riesgo de contraer el VIH del CDC (manual del libro azul) 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 $N = b/m$ (Organización Mundial de la Salud, 2018).

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 No 5. Objeto virtual



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) Píxel 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

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

Públicos Similares

- Píxel 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

El estudio planificó el inicio de sus actividades de campo con la distribución de un objeto único físico para lo cual se realizó un cálculo del número mínimo a distribuir de manera presencial. Dicho cálculo se basó en las *directrices sobre encuestas bioconductuales en grupos de población con riesgo de VIH* (ONUSIDA, 2013). Utilizando dicha fórmula de estimación del número de objetos a ser distribuidos se calculó que en nuestro estudio se distribuirían 9210 objetos únicos (inicialmente se elaboraron unos llaveros)

Tabla 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

Sin embargo, las condiciones objetivas de la coyuntura de Pandemia impidieron la entrega física del objeto único, razón por la cual - como se explicó en el acápite anterior, 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 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	<i>Expectativa del número de objetos recapturados (en la encuesta)</i>
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 8

Alcance logrado en la distribución del objeto único virtual

Campaña	Pichincha	Guayas	El Oro	Manabí	Esmeraldas	Azuay	Total
Sin excepción							
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 de la OMS (Organización Mundial de la Salud,2018) se propone usar el método del *multiplicador de evento* para la estimación del tamaño de los grupos de población, en este caso a partir de las encuestas, utilizando la siguiente fórmula de

$$N = B/m$$

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

4.5. 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 con 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 tenga una oportunidad de reclutar y para excluir luchas por derechos de reclutamiento (Vinculación, 2012).

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 acápite 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 (11). Cada cupón tiene un código alfanumérico compuesto por una letra que representa la provincia: Ej. G (Guayas), un segundo literal correspondiente al grupo de población clave. Ej.: GSHH /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.: GSH.01.01 / GSH.01.02 / GH.01.03 y luego sigue la misma lógica para cada ola: GSH01.01.01 / GSH01.01.02/ GSH01.01.02 (tercera ola), GSH01.01.01.01/ GH01.01.02/ GH01.01.03 (cuarta ola), GH01.01.01.01/ GH01.01.01.02 / GSH01.01.01.03 (quinta ola). Por esa razón el cupón se numeró el momento en que se finalizó 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.

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.

Equipo de investigación: Con el fin de dar cumplimiento al artículo 8 del mencionado reglamento se ha conformado un equipo multidisciplinario de personas con experiencia probada en temas de investigación esto es: un Investigador Principal, un Coordinador Técnico, un estadístico, experta en investigación cualitativa, Epidemióloga, tres Supervisores y tres investigadores de campo y 4 personas en cada ciudad donde se ejecuta el estudio. Garantizando que en cada ciudad exista un flebotomista con experiencia en el equipo. Los nombres se detallaron en la descripción de recursos humanos, en páginas anteriores

Categoría de la investigación: la investigación propuesta se ubica dentro de las investigaciones con riesgo mínimo, puesto que los mismos implican que el participante en el estudio estará sometido a las molestias comunes que se pueden generar cuando se practican exámenes para diagnóstico durante una extracción de sangre de una vena.

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

Este componente del informe de la investigación presenta parte de la investigación formativa cuyo reporte fue objeto de un documento específico presentado al Ministerio de Salud Pública en junio de 2021.

La investigación formativa es un espacio eminentemente cualitativo que implica recrear la realidad desde los sujetos que participan en la investigación y que van construyendo con su acción cotidiana (Maffesoli 1993) el objeto que se está estudiando (prevalencia de VIH). En tal sentido, el objetivo fundamental de lo cualitativo es acercarse a construcciones humanas significativas de hechos, relaciones y estructuras sociales (De Souza 1992) en el entendimiento de que lo cuali y lo cuanti son dimensiones de la realidad y que los números tienen más sentido con la voz de los y las informantes.

El desarrollo de la investigación formativa se lo presenta en un documento adjunto que detalla todo el proceso realizado.

5.1. 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 estas.

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.

6.1. 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.

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 12

Estimación esperada de la talla de la población para 6 provincias del Ecuador - 2021

Población clave	Insumos				Resultados				
	Objeto único virtual	Muestra efectiva	Personas que dijeron ver el 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 del equipo investigador

Una limitación importante por 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 No12, identifica una talla estimada de 54.986 Hombres que tienen sexo con hombres. 3.529 mujeres trans y 199.171 Trabajadoras sexuales.

6.2. Redes de relaciones de las semillas identificadas en cada ciudad

Diagrama de árbol de participantes de Trabajadoras sexuales por provincia

Imagen No 1 Árbol de participantes TS en la provincia del Azuay

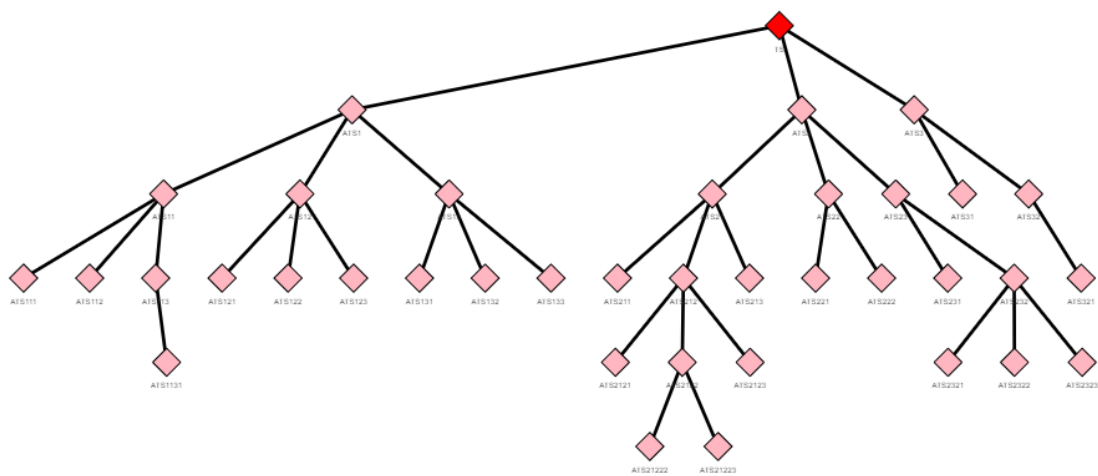


Imagen No 2 Árbol de participantes TS en la provincia de Pichincha

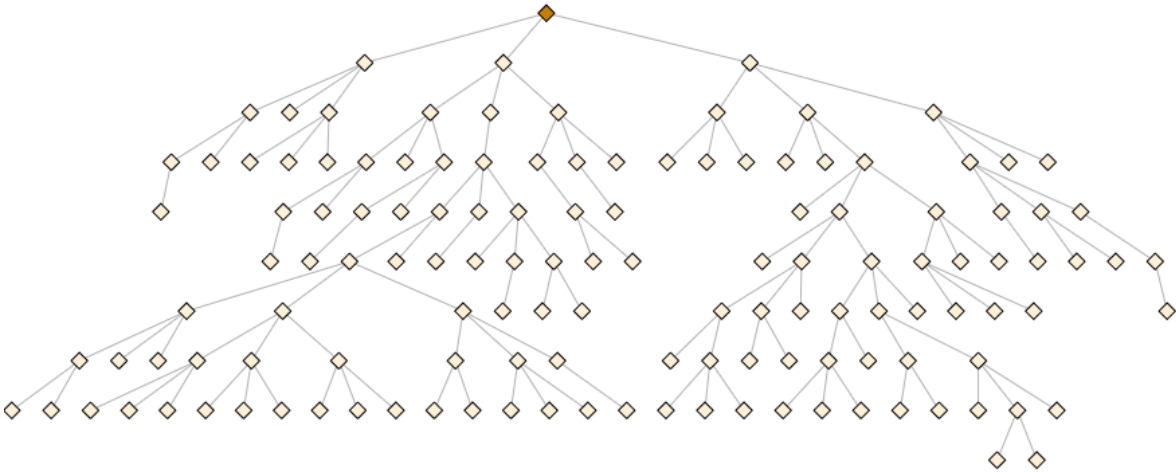


Imagen No 3 Árbol de participantes TS en la provincia de Manabí

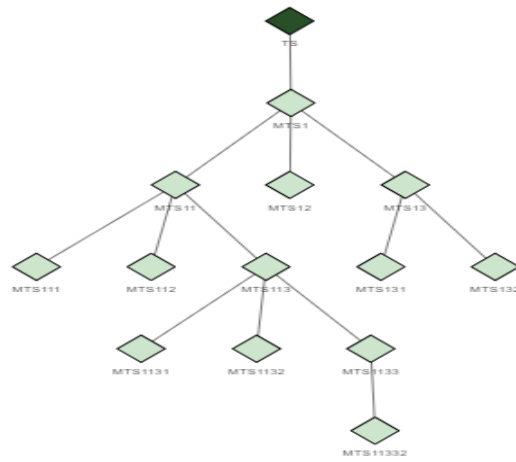


Imagen No 4 Árbol de participantes TS en la provincia de El Oro

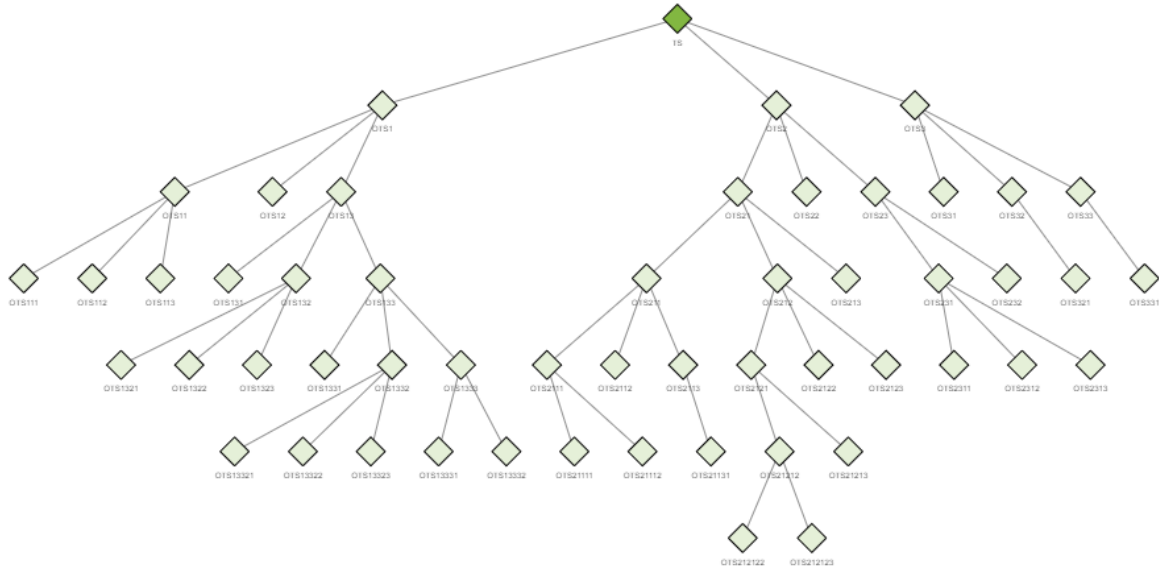


Imagen No 5 Árbol de participantes TS en la provincia de Esmeraldas

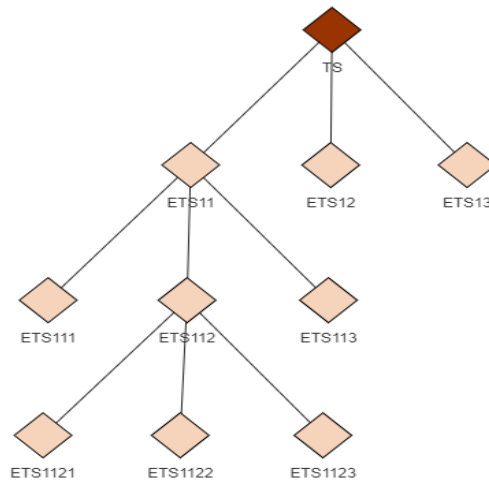
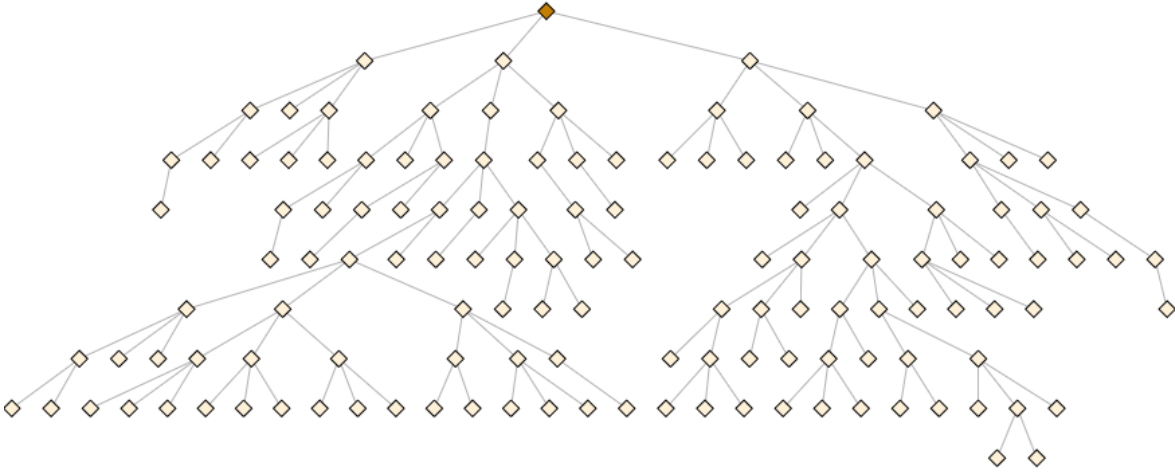


Imagen No 6 Árbol de participantes TS en la provincia del Guayas



7. ESTUDIO TRANSVERSAL RESULTADOS DE PREVALENCIA

7.1. Prevalencia general y de la población específica

Gráfico 2: Prevalencia de VIH en población Total en seis provincias del Ecuador.

Fecha: 22 de noviembre 2021

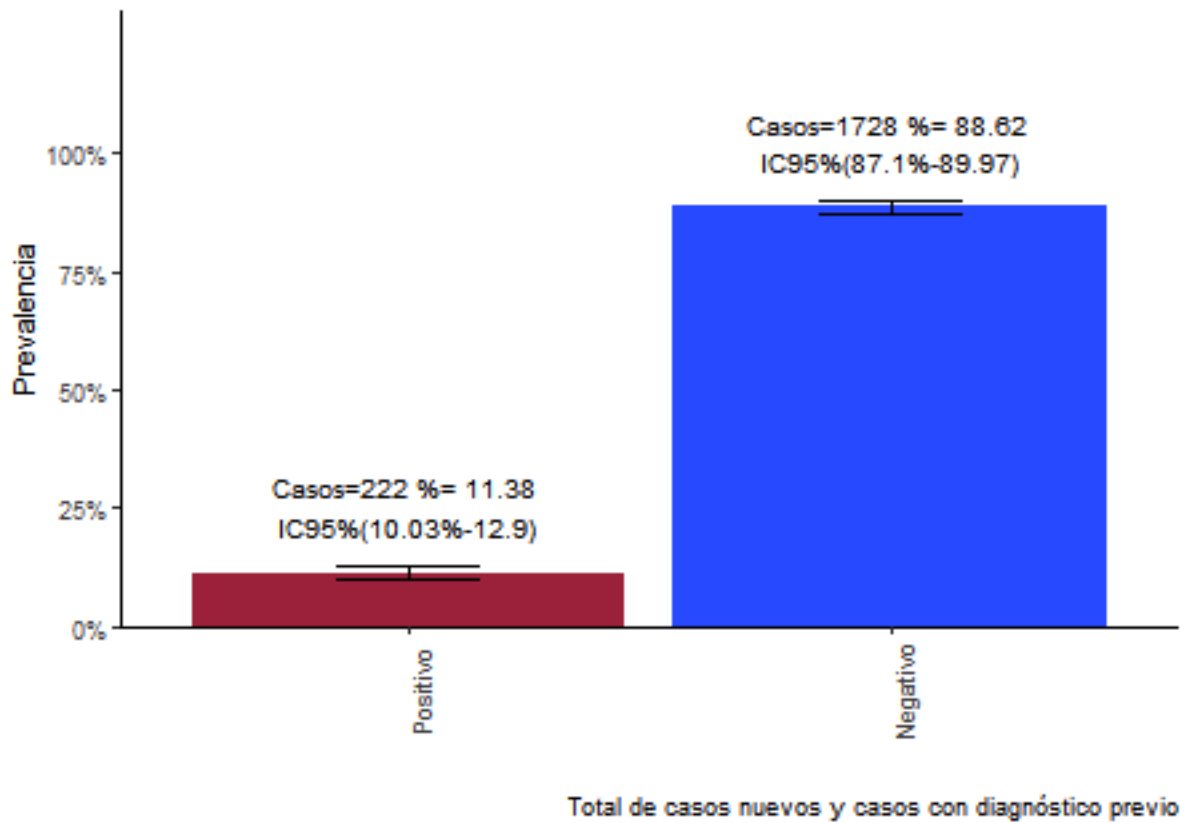


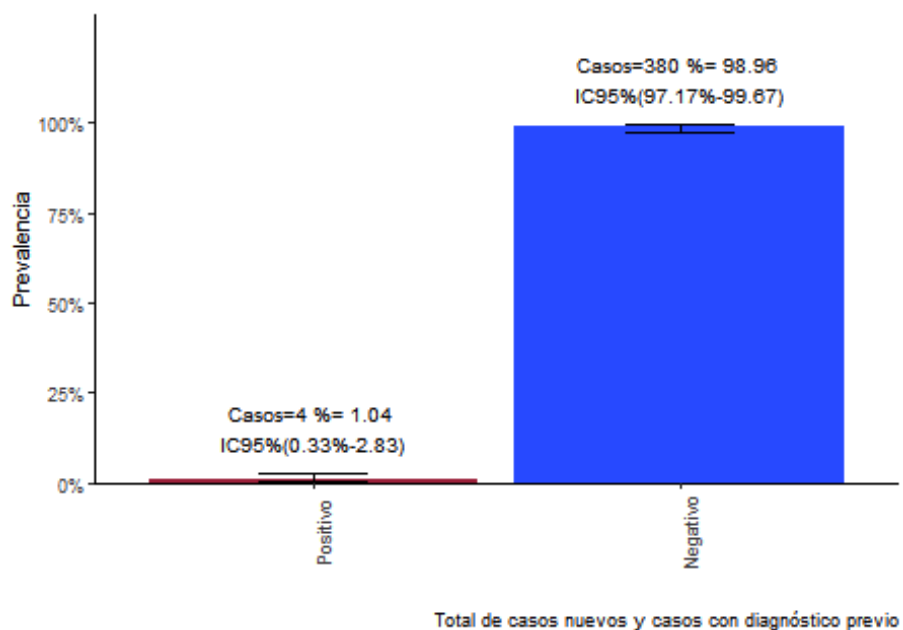
Tabla 13: Detalle prevalencia de VIH por grupo poblacional.

	Total N=1956		HSH N=839		MTF N=733		TS N=384	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	N	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Casos de VIH positivo	222	11.38(10.03-12.9)	85	10.19(8.26-12.5)	133	18.17(15.48-21.2)	4	1.04(0.33-2.83)
Nuevo	103	5.28(4.35-6.39)	41	4.92(3.59-6.67)	60	8.2(6.36-10.48)	2	0.52(0.09-2.08)
Previo	119	6.1(5.1-7.28)	44	5.28(3.9-7.08)	73	9.97(7.95-12.43)	2	0.52(0.09-2.08)
Negativo	1728	88.62(87.1-89.97)	749	89.81(87.5-91.74)	599	81.83(78.8-84.52)	380	98.96(97.17-99.67)
NS/NR	6		5		1		0	

Como se puede apreciar en la tabla 13, la mayor prevalencia de casos de VIH con 18,17% así como la incidencia de VIH con 8,2% se mantiene en la población de MTF.

Gráfico 3: Prevalencia de VIH en población TS en seis provincias del Ecuador.

Fecha: 22 de noviembre 2021



A partir de los 1956 registros 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 y el reporte de los resultados de las pruebas rápidas de 4ta y 3era generación para detección de VIH.

Gráfico 4: Prevalencia de VIH en población TS por grupo de edad en seis provincias del Ecuador 2021

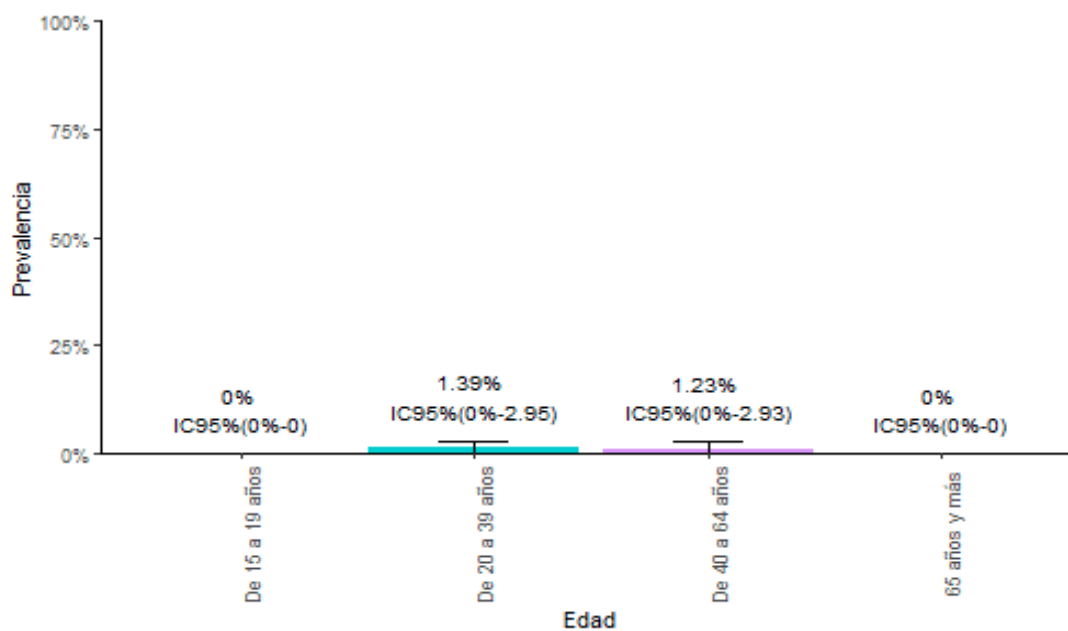


Gráfico 5: Prevalencia de VIH en población TS por provincias del Ecuador 2021

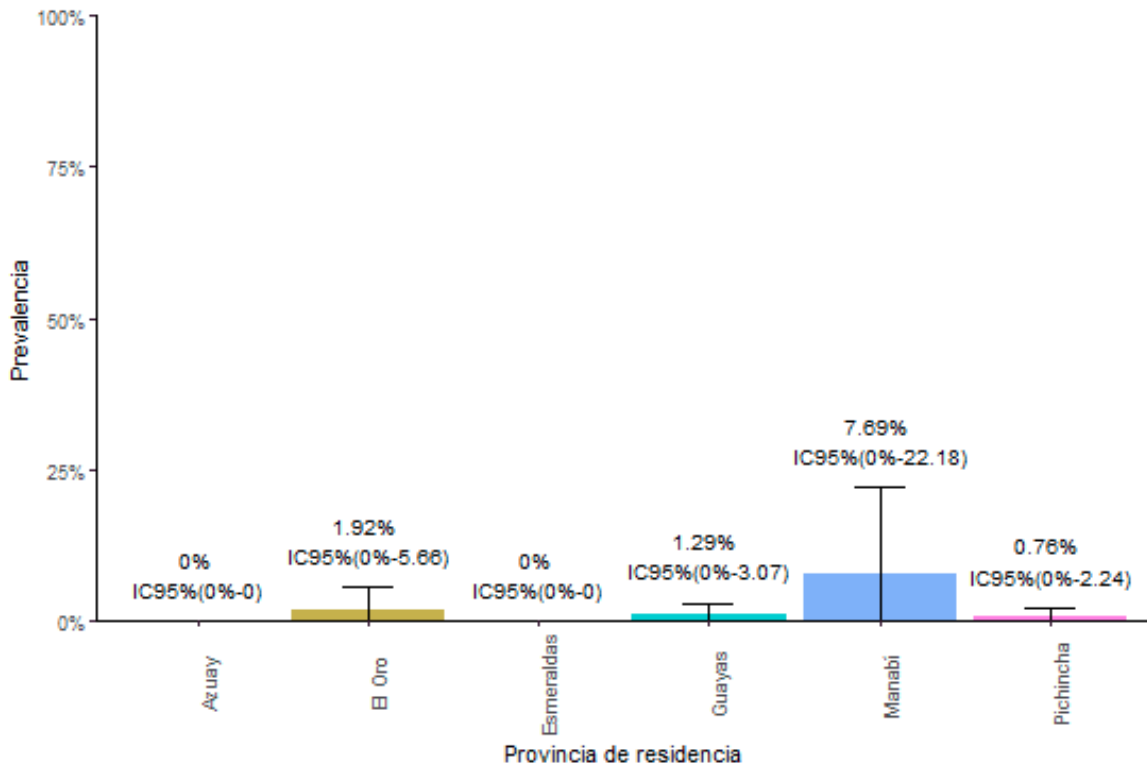


Gráfico 6: Prevalencia de VIH en población TS según nivel educativo en 6 provincias del Ecuador 2021

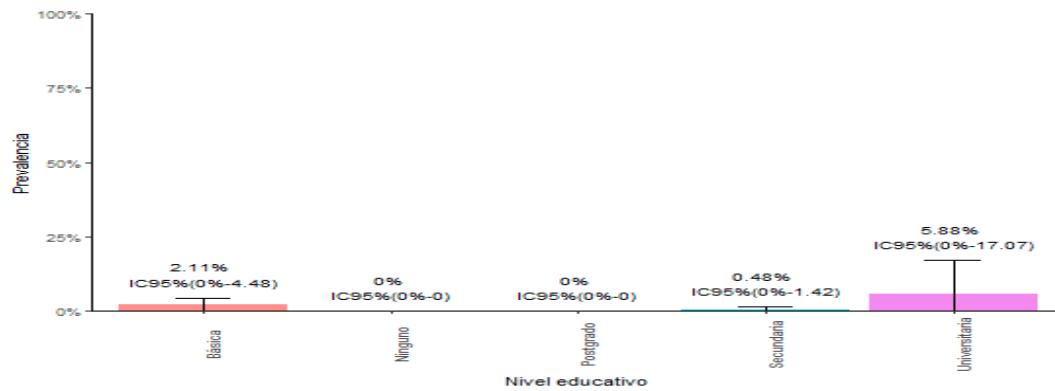


Gráfico 7: Prevalencia de VIH en población TS según estrato socio económico en 6 provincias del Ecuador 2021

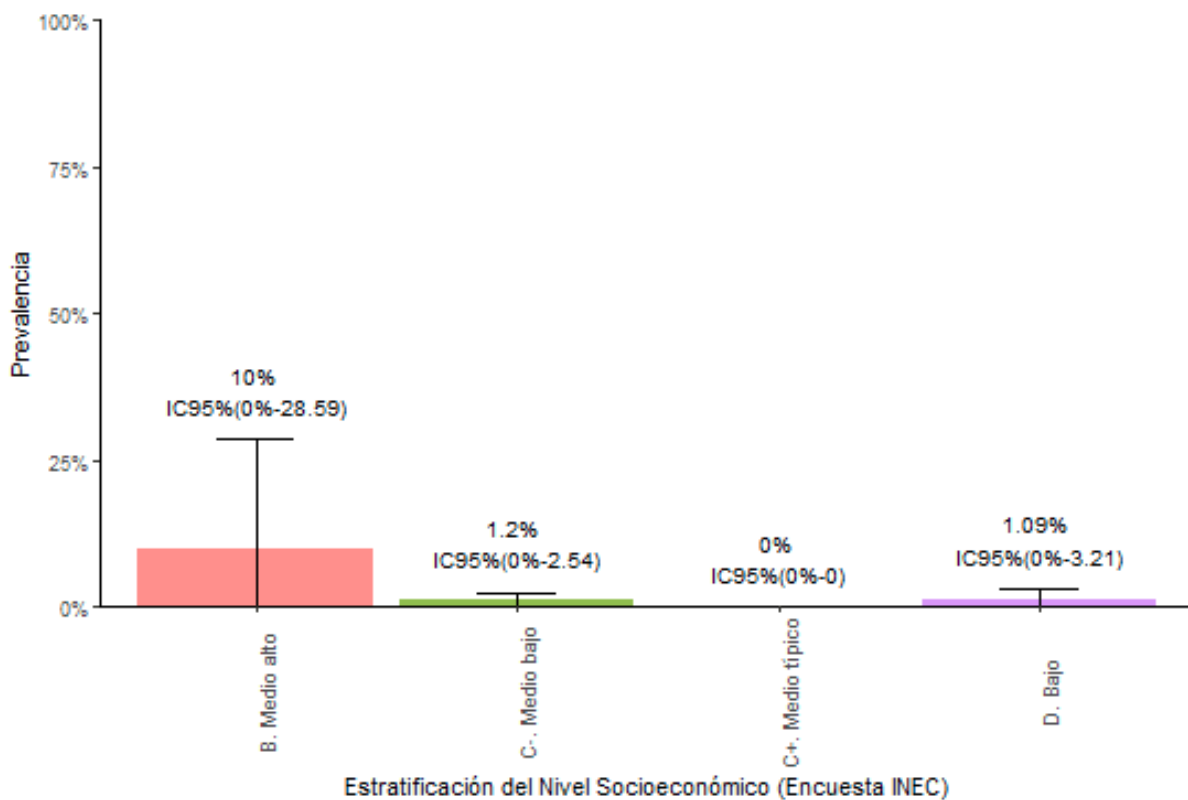


Gráfico 8: Prevalencia de VIH en población TS según prestador de salud 6 provincias del Ecuador 2021

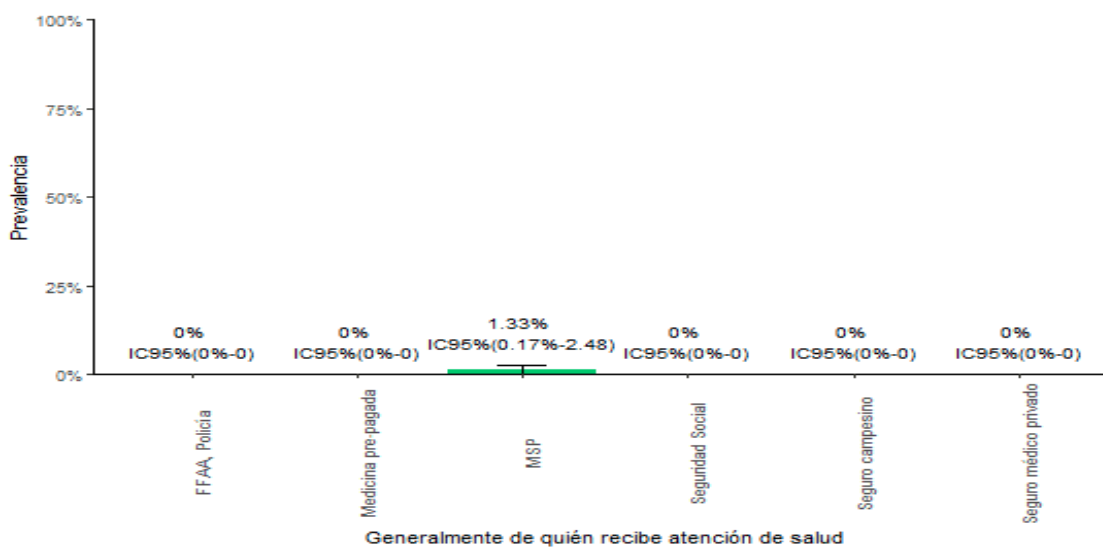


Gráfico 9: Prevalencia de VIH en población TS y número de parejas sexuales en 6 provincias del Ecuador 2021

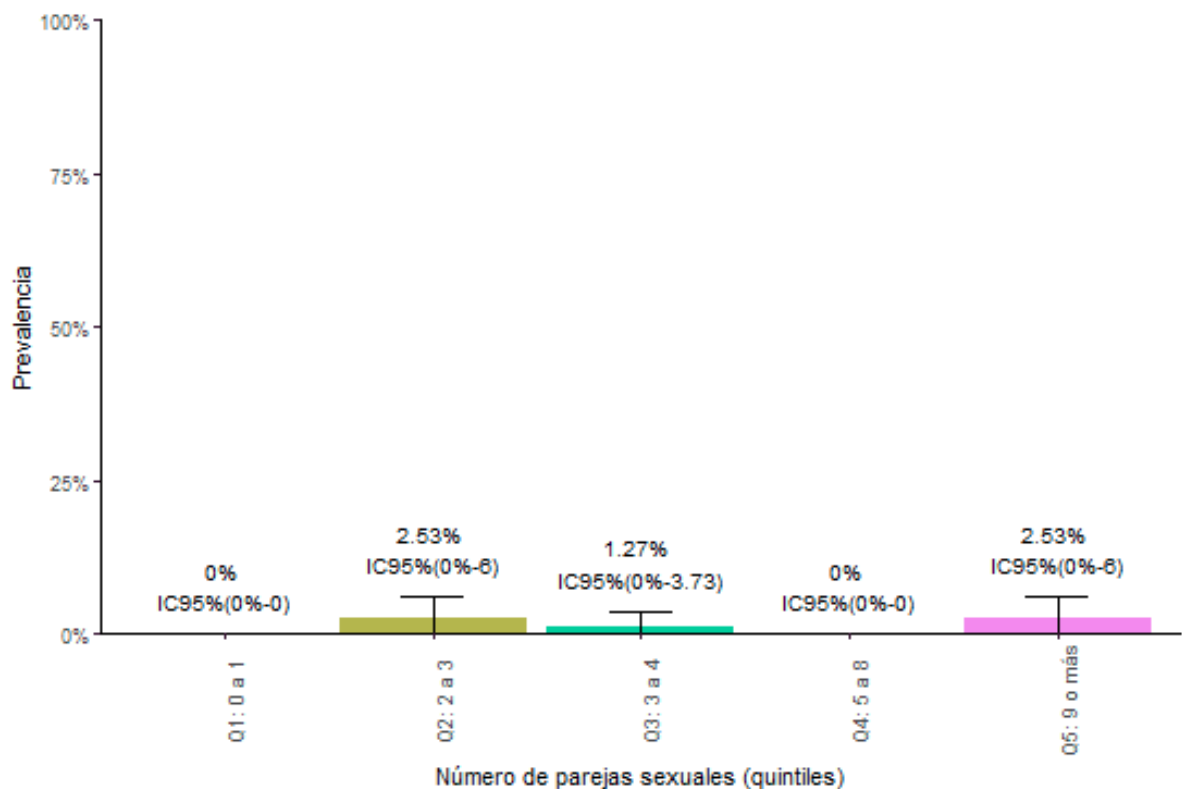


Gráfico 10: Prevalencia de VIH en población TS y uso de condón en 6 provincias del Ecuador 2021

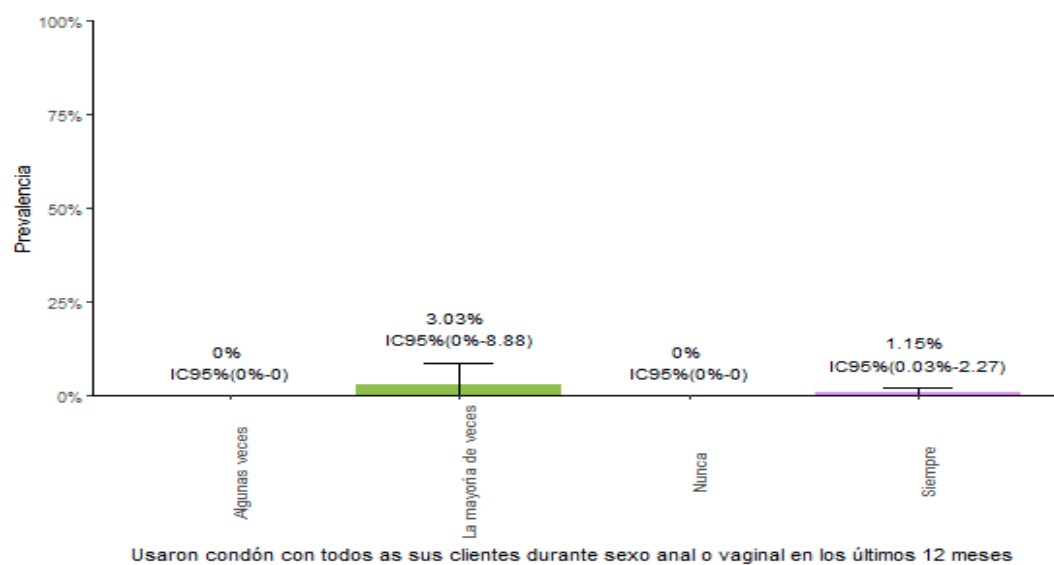


Gráfico 11: Prevalencia de ITS en población Total en seis provincias del Ecuador.

Fecha: 22 de noviembre 2021

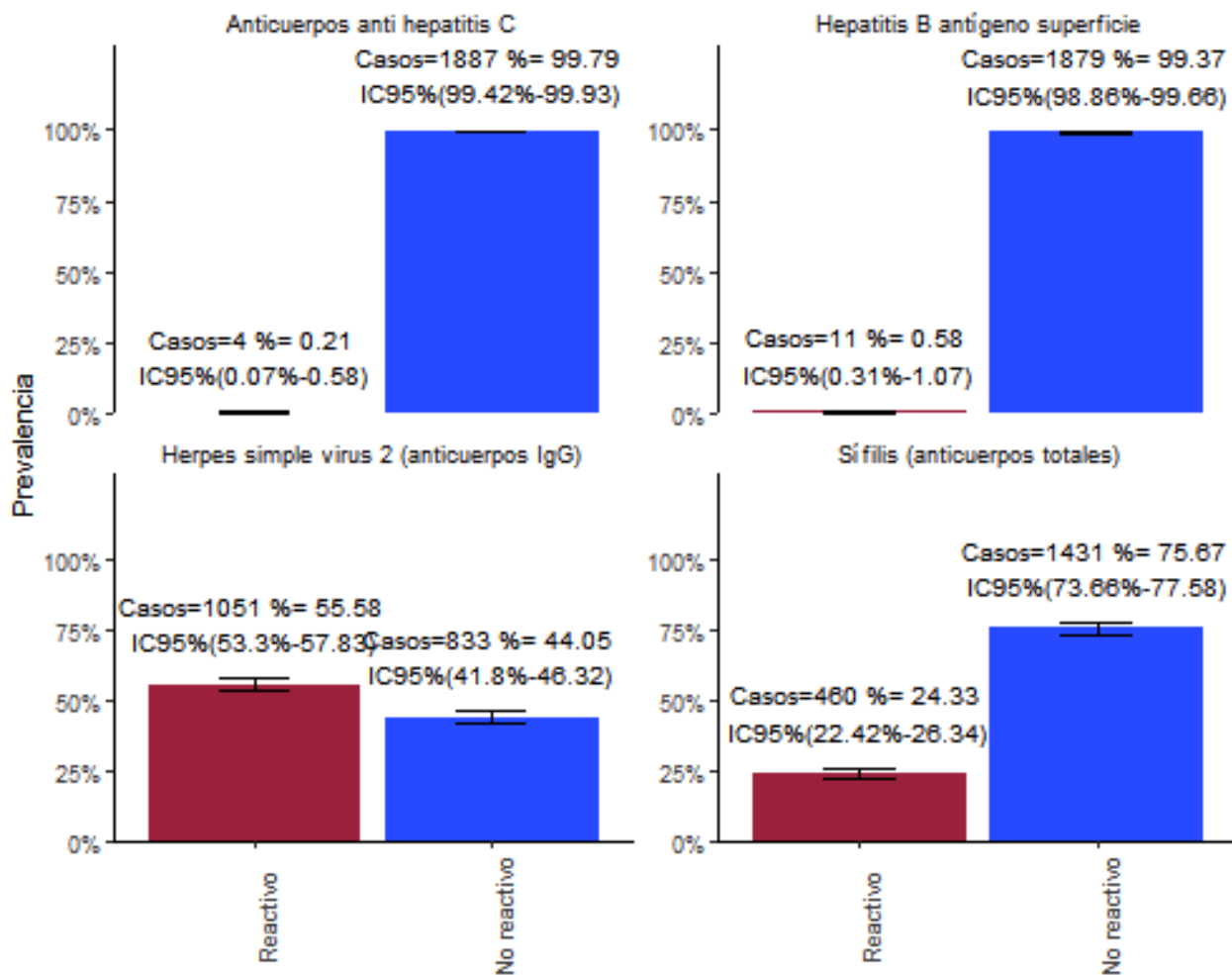


Gráfico 12: Prevalencia de ITS en población TS en seis provincias del Ecuador.

Fecha: 22 de noviembre 2021

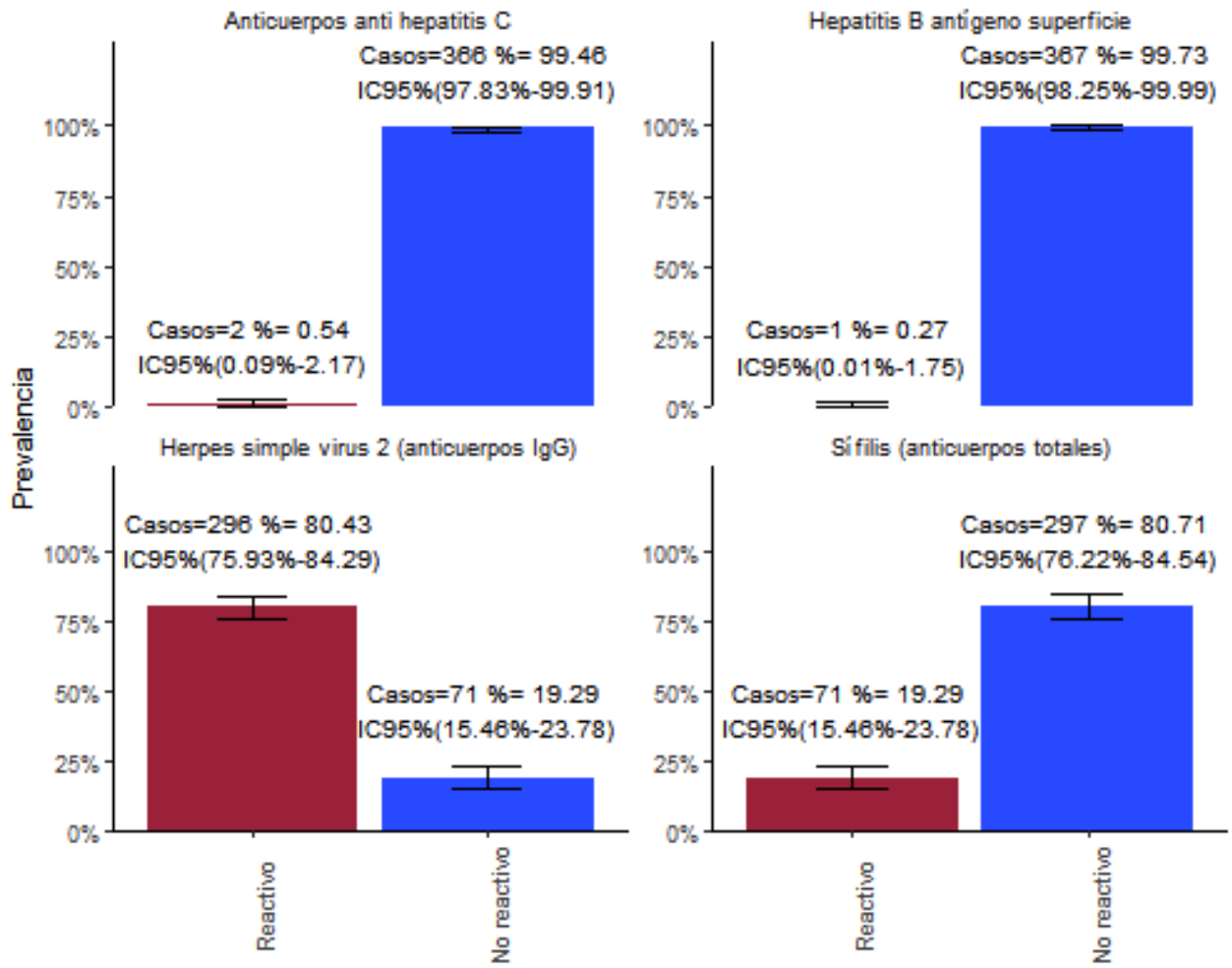


Tabla 14: Orientación sexual en TS y prevalencias totales

	Variable	Número	% (IC95%)
Anticuerpos anti hepatitis C	Orientación sexual		0.955
	Bisexual	0	0(0-34.45)
	Heterosexual	2	0.57(0.1-2.27)
	Homosexual	0	0(0-48.32)
Hepatitis B antígeno superficie	Orientación sexual		0.977
	Bisexual	0	0(0-34.45)
	Heterosexual	1	0.28(0.01-1.83)
	Homosexual	0	0(0-48.32)
Herpes simple virus 2 (anticuerpos IgG)	Orientación sexual		0.931
	Bisexual	7	70(35.37-91.91)
	Heterosexual	284	80.91(76.32-84.81)
	Homosexual	5	83.33(36.48-99.12)
Sífilis (anticuerpos totales)	Orientación sexual		0.205
	Bisexual	0	0(0-34.45)
	Heterosexual	69	19.66(15.71-24.29)
VIH positivo (casos nuevos y casos con diagnóstico previo)	Orientación sexual		0.04
	Bisexual	1	8.33(0.44-40.25)
	Heterosexual	3	0.82(0.21-2.59)
	Homosexual	0	0(0-43.91)

Tabla 15: Prevalencias totales en TS de ITS y VIH.

Variable	Anticuerpos anti hepatitis C		Hepatitis B antígeno superficie		Herpes simple virus 2 (anticuerpos IgG)		Sífilis (anticuerpos totales)		VIH positivo (casos nuevos y casos con diagnóstico previo)		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Edad agrupada	De 15 a 19 años	0	0(0-34.45)	0	0(0-34.45)	9	90(54.12-99.48)	0	0(0-34.45)	0	0(0-34.45)
	De 20 a 39 años	1	0.49(0.03-3.11)	1	0.49(0.03-3.11)	155	75.61(69.04-81.2)	21	10.24(6.6-15.43)	3	1.42(0.37-4.42)
	De 40 a 64 años	1	0.69(0.04-4.39)	0	0(0-3.24)	126	87.5(80.71-92.22)	49	34.03(26.47-42.45)	1	0.65(0.03-4.14)
	65 años y más	0	0(0-40.23)	0	0(0-40.23)	6	75(35.58-95.55)	1	12.5(0.66-53.32)	0	0(0-40.23)
Provincia	Azuay	0	0(0-12.98)	0	0(0-12.98)	25	75.76(57.37-88.26)	2	6.06(1.06-21.62)	0	0(0-12.64)
	El Oro	0	0(0-9.41)	0	0(0-9.41)	44	93.62(81.44-98.34)	15	31.91(19.52-47.25)	1	2.04(0.11-12.24)
	Esmeraldas	0	0(0-40.23)	0	0(0-40.23)	8	100(59.77-100)	4	50(21.52-78.48)	0	0(0-37.12)
	Guayas	2	1.36(0.24-5.33)	0	0(0-3.17)	103	70.07(61.88-77.19)	15	10.2(6.02-16.55)	1	0.66(0.03-4.19)
	Manabí	0	0(0-30.13)	1	8.33(0.44-40.25)	9	75(42.84-93.31)	1	8.33(0.44-40.25)	1	8.33(0.44-40.25)
	Pichincha	0	0(0-3.83)	0	0(0-3.83)	107	88.43(81.03-93.3)	34	28.1(20.49-37.12)	1	0.78(0.04-4.88)
Estratificación del Nivel Socioeconómico (Encuesta INEC)	A. Alto										
	B. Medio alto	0	0(0-37.12)	0	0(0-37.12)	5	55.56(22.65-84.66)	0	0(0-37.12)	1	11.11(0.58-49.33)
	C-. Medio bajo	0	0(0-2.03)	1	0.43(0.02-2.75)	180	77.59(71.57-82.67)	38	16.38(11.98-21.92)	2	0.83(0.14-3.29)
	C+. Medio típico	0	0(0-12.01)	0	0(0-12.01)	31	86.11(69.71-94.77)	2	5.56(0.97-20.01)	0	0(0-10.91)
D. Bajo	2	2.25(0.39-8.65)	0	0(0-5.16)	79	88.76(79.87-94.19)	31	34.83(25.24-45.74)	1	1.09(0.06-6.76)	

7.2. Características Sociodemográficas

Tabla 16

Características sociodemográficas de TS, seis provincias del Ecuador 2021.

Variable	Número	% (IC95%)
Edad agrupada	De 15 a 19 años	10 2.61(1.33-4.9)
	De 20 a 39 años	212 55.35(50.21-60.38)
	De 40 a 64 años	153 39.95(35.04-45.06)
	65 años y más	8 2.09(0.97-4.24)
	NS/NR	1
País de origen	Ecuador	354 92.43(89.19-94.79)

	Otro	29	7.57(5.21-10.81)
	NS/NR	1	
Provincia de residencia	Azuay	34	8.85(6.29-12.27)
	El Oro	49	12.76(9.67-16.61)
	Esmeraldas	9	2.34(1.15-4.56)
	Guayas	151	39.32(34.44-44.42)
	Manabí	12	3.12(1.7-5.54)
	Pichincha	129	33.59(28.93-38.59)
Estratificación del Nivel Socioeconómico (Encuesta INEC)	A. Alto	0	0(0-1.24)
	B. Medio alto	9	2.36(1.15-4.58)
	C-. Medio bajo	241	63.09(58.01-67.9)
	C+. Medio típico	40	10.47(7.67-14.09)
	D. Bajo	92	24.08(19.95-28.75)
	NS/NR	2	

Tabla 17

Condiciones socioeconómicas de TS. 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	323	81,36
	Blanco/a	17	4.28
	Afroecuatoriano	26	6.55
	Montubio/a	17	4.28
	Indígena	9	2.27
	Otro	5	1.26
	No sabe/no responde	1	
Nivel educativo	Básica	142	35.77
	Secundaria	208	52.39
	Universitaria	17	4.28
	Postgrado	1	0.25
	Ninguno	29	7.3

	No sabe/no responde	1	
Estratificación del Nivel Socioeconómico (Encuesta INEC)	B. Medio Alto	10	2.53
	C-. Medio bajo	251	63-54
	C+. Medio típico	42	10.63
	D. Bajo	92	23.29

Tabla 18

Acceso a servicios de salud de TS, seis provincias del Ecuador 2021

	Variable	Número	Porcentaje
Generalmente de quién recibe atención de salud	MSP	37	94,96
	Seguridad Social	13	3,27
	Seguro médico privado	2	0,5
	Medicina prepagada	2	0,5
	FFAA, Policía	1	0,25
	Seguro campesino	2	0,5
	No sabe/no responde	1	
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	1	
Generalmente de quién recibe atención de salud	MSP	657	77,94
	Seguridad Social	132	15,66
	Seguro médico privado	42	4,98
	Medicina prepagada	8	0,95
	FFAA, Policía	2	0,24
	Seguro campesino	2	0,24
	No sabe/no responde	8	

7.3. Conocimientos, Actitudes y Prácticas

Tabla 19

Prácticas sexuales de TS, seis provincias del Ecuador 2021

	Variable	Número	Porcentaje
Edad primera relación sexual	Menor a 15 años	116	29.22
	De 15 a 19 años	260	65.49
	De 20 a 39 años	21	5.29
	No sabe/no responde	1	0.25
Número de parejas sexuales (quintiles)	Q1: 0 a 1	80	20.2
	Q2: 2 a 3	79	19.95
	Q3: 3 a 4	79	19.95
	Q4: 5 a 8	79	19.95
	Q5: 9 o más	79	19.95
	No sabe/no responde	2	

Tabla 20

Prácticas sexuales de TS seis provincias del Ecuador: 2021

VARIABLES		NÚMERO	
PORCENTAJE			
En caso de ser TRABAJADOR SEXUAL en sus relaciones sexuales anales es	Ambos (versátil)	3	9.67
	Activo	5	1.27
	Pasivo	327	83.21
	No aplica	23	5.85
	No sabe/no responde	5	
Durante los últimos 12 meses	No	752	89,21
	Si	91	10,79

ha tenido sexo oral con otro hombre	No sabe/no responde	8	
Durante los últimos 12 meses ha tenido sexo anal con otro hombre	No	311	78.54
	Si	85	21.46
	No sabe/no responde	2	
Durante los últimos 12 meses ha tenido sexo con mujeres	No	376	94.95
	Si	20	5.05
	No sabe/no responde	2	
Durante los últimos 12 meses ha tenido sexo con mujeres Transfemeninas	No	390	98.48
	Si	6(1.52)	19,34
	No sabe/no responde	2	

Tabla 21

Uso de condón en la última relación sexual de TS en seis provincias del Ecuador 2021

VARIABLES	PORCENTAJE	NÚMERO	
	No	52(13.27)	1,27
La última vez que tuvo sexo anal usaron condón	No aplica	146(37.24)	9.67
	Si	194(49.49)	14,12
	No sabe/no responde	6	3,56
Usaron condón	Algunas veces	7(1.79)	89,21

con todos/as sus clientes durante sexo anal o vaginal en los últimos 12 meses	La mayoría de las veces	33(8.42)	10,79
	Nunca	4(1.02)	
	Siempre	348	
	No sabe/ no responde		88.78
	6		
En qué situaciones no utiliza condón	No	388(98.98)	89,44
	Si	4(1.02)	10,56
	6		
Cuando está bajo los efectos del alcohol	No sabe/no responde		
En qué situaciones no utiliza condón	No	239(60.97)	69,92
	Si	153(39.03)	29,14
	6		
Cuando tienen relaciones sexuales con la pareja estable	No sabe/no responde		
Cuando tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales o contactos casuales	No	387(98.72)	80,66
	Si	5(1.28)	19,34
	6		
	No sabe/no responde		

Tabla 22

Motivos para no usar condón en TS en seis provincias del Ecuador 2021

VARIABLES		NÚMERO	
PORCENTAJE			
Cuando le pagan para tener relaciones sexuales	No	388(98.98)	89,21
	Si	4(1.02)	10,79
	No sabe/no responde	6	
En fiestas para tener sexo	No	392(100)	89,44
	No sabe/no responde	6	10,56
Cuando la pareja no quiere	No	333(84.95)	69,92
	Si	59(15.05)	29,14
	No sabe/no responde	6	
Nunca utiliza condones	No	388(98.98)	80,66
	Si	4(1.02)	19,34
	No sabe/no responde	6	
Siempre utiliza condones	No	116(40.28)	80,66
	Si	172(59.72)	19,34
	No sabe/no responde	110	

Tabla 23

Conocimiento de TS acerca de las pruebas de VIH en seis provincias del Ecuador 2021

VARIABLES	NÚMERO		
PORCENTAJE			
Conoce un lugar dónde se puede hacer la prueba de VIH	No	7(1.87)	
	Si	367(98.13)	
	No sabe/no responde	24	
Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH	No	12(3.21)	
	Si	362(96.79)	
	No sabe/no responde	24	
La última vez que se hizo la prueba de VIH dónde se hizo	Clínica, consultorio particular	13(3.38)	13(3.38)
	Cruz Roja	26(6.75)	26(6.75)
	En el trabajo	5(1.3)	5(1.3)
	En un establecimiento educativo	2(0.52)	2(0.52)
	Farmacia	1(0.26)	1(0.26)
	Institución pública de salud	246(63.9)	246(63.9)
	Laboratorio privado	7(1.82)	7(1.82)
	Medicina prepagada	1(0.26)	1(0.26)
	No se ha realizado	6(1.56)	6(1.56)
	ONG o fundación	73(18.96)	73(18.96)
Opción 15	1(0.26)	1(0.26)	

	Seguridad Social	4(1.04)	4(1.04)
	Seguro campesino	13	13
	No sabe/no responde	13(3.38)	13(3.38)
La última vez que se hizo la prueba de VIH recibió algún tipo de asesoría o consejería antes de la recolección de la sangre			
	No	112	21
	Si	273	70.91
	No sabe/no responde	13	

Tabla 24

Conocimiento de TS acerca de los resultados VIH en seis provincias del Ecuador en el año 2021.

VARIABLES		NÚMERO
PORCENTAJE		
Conoció los resultados última vez que se hizo la prueba de VIH	No	11(2.86) 2.86
	Si	374(97.14) 97.14
	No sabe/no responde	13
Cuál fue el resultado de esa prueba	Negativo	371(99.2) 99.2
	Positivo	3(0.8) 0.8
	No sabe/no responde	24

Considera que tienen algún grado de vulnerabilidad o se encuentra en riesgo para adquirir el VIH	No	104(27.01)	27.01
	Si	281(72.99)	72.99
	No sabe/no responde	13	
Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad de riesgo que tienen para adquirir el VIH	Alto	182	47.27
	Bajo	90	23.38
	Medio	113	29.35
	No sabe/ no responde	13	

Tabla 25

Motivos para no usar condón en TS en seis provincias del Ecuador 2021

VARIABLES	NÚMERO		
PORCENTAJE			
Cuando le pagan para tener relaciones sexuales	No	388(98.98)	89,21
	Si	4(1.02)	10,79
	No sabe/no responde	6	
En fiestas para tener sexo	No	392(100)	89,44
	No sabe/no responde	6	10,56

Cuando la pareja no quiere	No	333(84.95)	69,92
	Si	59(15.05)	29,14
	No sabe/no responde	6	
Nunca utiliza condones	No	388(98.98)	80,66
	Si	4(1.02)	19,34
	No sabe/no responde	6	
Siempre utiliza condones	No	116(40.28)	80,66
	Si	172(59.72)	19,34
	No sabe/no responde	110	

Tabla 26

¿Quién o quiénes conocen su trabajo? Encuesta a TS en seis provincias del Ecuador 2021

VARIABLES	NÚMERO		
PORCENTAJE			

Además de sus parejas sexuales alguien conoce su trabajo	No	129(32.99)	89,21
	Si	262(67.01)	10,79
	No sabe/no responde	7	
Padres	No	176(67.18)	89,21
	Si	86(32.82)	10,79
	No sabe/no responde	136	
Pareja mujer	No	238(90.84)	69,92

	Si	24(9.16)	29,14
	No sabe/no responde	136	
Hijos	No	186(70.99)	80,66
	Si	76(29.01)	19,34
	No sabe/no responde	136	
Otro familiar	No	174(66.41)	80,66
	Si	88(33.59)	19,34
	No sabe/no responde	136	
En el trabajo o en el Estudio	No	254(96.95)	69,92
	Si	8(3.05)	29,14
	No sabe/no responde	136	
Amigos	No	200(76.34)	80,66
	Si	62(23.66)	19,34
	No sabe/no responde	136	
Vecinos	No	255(97.33)	80,66
	Si	7(2.67)	19,34
	No sabe/no responde	136	

8. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA - INTERPRETANDO LOS PROCESOS RELACIONADOS CON LA PREVALENCIA DE VIH E ITS

8.1. 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.

8.2. 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 ser estigmatizada y etiquetada, son población con mayor probabilidad de contraer y transmitir el VIH.

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, cuyo propósito es diferenciar las manifestaciones de las poblaciones identificadas como claves en los temas de riesgo y atención de VIH, sin embargo, las percepciones y prácticas sexuales que tiene cada persona son más expresivas 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.

Es importante considerar el tema de identidad porque es en un proceso constante de construcción de la que su característica más importante es el movimiento, que se traduce en 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 indago, 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.

Consideraciones en la realización de los grupos focales

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.

8.2.1. SEXUALIDAD

Inclusión de las mujeres en el trabajo sexual

La constitución de las mujeres trabajadoras sexuales que opinaron en los grupos focales mostró un anclaje y determinación con las condiciones económicas y situaciones de violencia en sus relaciones familiares y las relaciones de pareja. Los relatos manifiestan su iniciación sexual muy jóvenes (13 o 16 años) signados por maltrato físico y separaciones. Esta situación acompañada de la necesidad económica se relaciona con la presión maternal, deben mantener a sus hijos, o deben apoyar a su familia con recursos para la subsistencia diaria.

“Yo tuve a mis tres hijos, a mi primera hija **yo la tuve a los 13 años, 10 años estuve recibiendo golpes del padre de mis hijos**. Ya no aguantaba la verdad. Conseguí una persona que me ayudé (un chulo), porque a veces las chicas nos metemos a esto y caemos, a veces, con peores personas, nos maltratan; pero yo dije no. Lo busqué, lo dejé, ahí aprendí lo que se. Ahí comencé. Con eso, con lo que yo he hecho, **por eso yo digo esto es mi trabajo y con eso es que he criado a mis hijos, los hice estudiar, he ayudado a mis nietos porque soy abuela**, he ayudado a mis nietos, todo eso.” (GF-CUE-TS1).

“A los 22 años enviude, porque mi esposo fue asesinado en Santo Domingo (a él le gustaba beber) y me quede con tres hijos. No tuve apoyo de mi familia y con solo primaria, me dediqué a vender telas, joyas en el campo hasta que me asaltaron viniendo del Perú. En Guayaquil la primera noche dormí en una banca y buscando trabajo terminé en una discoteca bailando. Trabajaba entre las cinco de la tarde y las tres de la mañana. En el 2002 formé la organización porque sufríamos muchos atropellos de parte de los clientes e inspectores.” (EE-ESM-TS1)

“...debido a la escasez de dinero **no quería ver a mi madre sufriendo por el pago de arriendo, yo me boté a la putería con mi hermana** (*le tomo de la mano a su hermana sentada a su lado*) para que mi madre ya no tenga que sufrir de un lado a otro, pagando arriendo, la botaran, ahora ella tiene su casa propia y nadie la molesta”. (GF-ESM-TS3)

“Yo entré con mi hermana que trabajaba en esto. Porque estábamos cansadas de pagar arriendo y que la echaran a mi mamá, entonces decidimos construirle su casa. Ahora ella vive tranquila en su casa. Aunque ya no está trabajando, ella está donde nadie la puede echar (GF-ESM-TS4)

“A los 13 años, salí de mi casa con un novio que tenía. Nos fuimos juntos a vivir en Guayaquil, fue una tontería de adolescentes enamorados y estuvimos durmiendo en parques por varias noches hasta que una señora nos ayudó, porque nos hicimos por hermanos. Así

tuvimos dos hijos, pero la relación fue muy mala y terminamos separados. Regresé a Machala, a casa de mi madre, pero no sabía cómo mantener a mis hijos, así que me fui a Loja a trabajar para poder hacer algo de dinero e independizarse. Cuando regrese con algunas cosas para mis hijos y algo de dinero para poderse mantener, **mi madre me rechazó diciéndome: yo no quiero una puta de hija, olvídate de tus hijos.** Recuperé a mis hijos gracias y me vine a Machala como TS, pero me dediqué a la borrachera, a la mala vida, todo lo que ganaba me lo bebía. Finalmente retome su vida, deje el alcohol y ahora me dedico al activismo con las trabajadoras del sexo, y no quiero que nadie desperdicie mi vida como yo lo hice” (GF-MAC-TS5).

Corroborando, la pobreza, la situación familiar, la situación conyugal de maltrato, asunción de la maternidad sola por divorcio o viudez, son algunos elementos que se repiten en las historias de las trabajadoras sexuales, en donde el trabajo sexual, es la única alternativa que han visto para sobrevivir en una sociedad que simplemente las marginó. Se confirma el hecho de que las mujeres trabajadoras sexuales, marginadas de las acciones del Estado, realizan sus propias agendas de sobrevivencia. En sus palabras:

“Yo he mantenido a mis tres hijos, les he dado educación. Cuando ellos me dicen mamá hasta cuando dejas el TS, yo les contesto, no se metan con eso, quédense tranquilas, yo les he mantenido con eso” (GF-CUE-TS1).

En estas experiencias, llama particular atención el relato que refiere las circunstancias “casi espontáneas” que se han dado para vincularse al trabajo sexual, y que inicialmente tuvieron una motivación no consensuada, persuasiva y que dibuja prácticas de captación de “trata”, para someter a las mujeres a la explotación sexual. Es interesante ver que estas formas de captación no son muy externas a sus familias, amistades y parentescos.

“a los 19 años me comprometí por primera vez, salí embarazada de mi primera hija, vivía en Atacames y mi mamá no me apoyó y tuve que irme a vivir con ese hombre sin querer,

pensé que él iba a ser buena persona, pero no, él me dio mala vida. Después me trajo a vivir acá a Manta, yo no quería porque iba a estar lejos de mi familia. Conocí a un amigo en el trabajo y la novia de él trabajaba en esto, le había dicho que yo soy una mujer bonita y que yo podía hacer lo que ella hacía, **así que un día llegó, me había comprado unos zapatos altos y un vestido corto, y me dijo que iba a empezar a trabajar**, yo sí sabía trabajar pero en mis cosas... yo no sabía que iba a hacer trabajo sexual y sin preguntarme me hizo vestirme y que me fuera a parar en tal calle, y ya... me quedé ahí, poco a poco me quedé en esa vida, me separé de él, hasta ahora sigo aquí en la misma vida, no sé hasta cuando, porque tampoco pienso pasar toda la vida en esto... lo que dios quiera.” (GF-MAN-TS2).

“A los 13 años, salí de mi casa con un novio que tenía. **Nos fuimos juntos a vivir en Guayaquil, fue una tontería de adolescentes enamorados** y estuvimos durmiendo en parques por varias noches hasta que una señora nos ayudó, porque nos hicimos por hermanos. Así tuvimos dos hijos, pero la relación fue muy mala y terminaron separados. Regresé a Machala, a casa de mi madre, pero no sabía cómo mantener a mis hijos, así que me fui a Loja a trabajar para poder hacer algo de dinero e independizarse. Cuando regresé con algunas cosas para mis hijos y algo de dinero para poderse mantener, mi madre me rechazó diciéndome: yo no quiero una puta de hija, olvídate de tus hijos. Recuperé a mis hijos gracias a su padrastro, y me vine a Machala como TS, pero me dediqué a la borrachera, a la mala vida, todo lo que ganaba me lo bebía. Finalmente retomé mi vida, dejé el alcohol y ahora me dedico al activismo con las trabajadoras del sexo, y no quiere que nadie desperdicie su vida como yo lo hice” (GF-MAC-TS5).

Solamente una mujer, y en Guayaquil refirió su inclusión en el trabajo sexual en donde su familia respeta su decisión:

“...en mi caso, no he tenido problemas con mi familia, conmigo misma, nada. Yo me considero lo que soy y no tengo ningún problema ni conmigo, ni con ninguna otra persona. Bueno mi familia si me ha aceptado sabe en lo que yo trabajo, a lo que me dedico y yo comencé a hacer mi trabajo también bastante de edad, será eso también a una edad madura digamos. Igual como yo era más madura yo creo que ya me dejaron tomar mi decisión, por esa parte no he tenido yo problema con mi familia. Ya con la sociedad como todas las

personas sufrimos de la discriminación, porque ya al ser así como nosotros somos, la gente nos ve raro, me hubiera dolido más con mi familia, pero ellos me han aceptado, entonces me quieren, así como yo soy, y no me discriminan por el trabajo que yo tengo, no me discriminan por lo que soy. Empecé a los 26 años por decisión propia.” (GF-GUA-TS2).

Se podría plantear que el trabajo sexual es un espacio al que se incluyen en condiciones de marginalidad, pocas se empoderan para afirmarse como tales, “eso es lo que soy” afirman, sin embargo, algunas lo ven como un espacio de transición.

Esta identidad es menor en mujeres trans, quienes hablan de que sus condiciones de inserción al trabajo sexual son más peligrosas, afirman que “son mal vistas no solamente por su orientación e identidad sexual sino también por su trabajo” (GF-GUA-MTF2).

Trabajo sexual

Es interesante situar que las referencias sobre el trabajo sexual se realizaron en las tres poblaciones. Las MTF tienen relaciones sexuales pagadas, esto también se da en HSH. Esto es importante porque su discurso y esto se observó también en la investigación formativa, el trabajo sexual se constituye una parte importante de su práctica diversa que no se puede etiquetar.

En el grupo focal de Guayaquil, dos mujeres trans dijeron ser trabajadoras sexuales, ellas además dicen que el trabajo sexual trans es mucho más complicado que el trabajo sexual que ejercen las mujeres cisgénero. Una minoría de HSH, habló de trabajo sexual, sin embargo, se mostraron elementos en donde hablan de relaciones comerciales o incluso el gusto por ellas “quien no va a querer que le paguen” (GF-ESM-HSH1) y otra persona dijo recibir llamadas sobre todo de hombres casados (GF-CUE-HSH1).

Cabe destacar que algunas trabajadoras sexuales, después de transitar situaciones de pobreza, situaciones familiares de maltrato, las asunciones de maternidad tienen mayor empoderamiento frente a su actividad.

En su mayoría, las trabajadoras sexuales convocadas fueron las que trabajaban en la calle, mujeres de “parada”, pocas de centros de tolerancia, por la situación de pandemia que han cerrado estos espacios. No obstante, las trabajadoras sexuales hablaron de la inestabilidad que viven con los dueños de los hoteles. Hay frases hirientes que reciben las mujeres en estos espacios, por los dueños, antes de ser expulsadas, por ejemplo: “sal de aquí porque apestan” (GF-ESM-TS2).

“somos un bicho raro ante la sociedad, las autoridades no nos quieren, no te quieren ni siquiera aceptar una denuncia de violencia porque eres trabajadora sexual. Otras personas creen que no mereces tener hijos o familia. Vivimos robos, drogas, violencia, violencia en la calle, violencia dentro de la familia, hasta las mismas autoridades son violentas con nosotras.” (GF-GUA-TS4)

La pandemia ha establecido una diferencia, pues ha establecido al menos en la ciudad de Quito, una responsabilidad con los dueños-as de los centros de tolerancia, que han debido responsabilizarse de planes de bioseguridad para evitar el contagio de COVID, sin embargo, la constante que permanece es que los clientes no son abordados y como refiere una trabajadora sexual en Esmeraldas, las complicidades entre clientes y policía continúan, solo así se explica frases como las siguientes en donde agredir a las trabajadoras sexuales es lo común:

“El dueño de uno de los centros de tolerancia, le creyó al cliente. Me quedé ocupada y robada” (GF-ESM-TS3).

“Estaba en el parque y a mi esposo se le dañó la moto y me puse a ayudarlo. Vino el policía y me dijo que si no me voy me va a llevar presa” (GF-ESM-TS3).

“Un dueño de un chongo, porque yo me fui a almorzar y me demoré una hora me puso todo el tacho de papel higiénico del baño en el bolso y luego me dijo lárgate” (GF-MAC-TS1).

En general en algunas ciudades es común el desalojo de las mujeres de los centros urbanos, sin cuidar que está mudanza no vulnere más sus derechos. Los testimonios de las trabajadoras sexuales dejan sentado el tema de movilidad, pues han trabajado en varias ciudades del país (Guayaquil, Loja, Cuenca, Quito, Machala, entre otras).

También refieren la presencia de extranjeras lo cual ha aumentado en todas las ciudades en época de pandemia. En Esmeraldas se dice que las TS nacionales han disminuido frente a las

extranjeras a quienes se veía en primera instancia como mujeres que competían en desventaja para las mujeres nacionales. Se puede decir que “existe un 75% de mujeres extranjeras que realizan trabajo sexual, frente a un 25% de nacionales” (GF-ESM-TS6).

Lo que ocurre, es que los centros de tolerancia prefieren a las trabajadoras sexuales extranjeras, quienes bajan el precio y “dañan el mercado” sin embargo, estas mujeres al no estar organizadas localmente, “no tienen derechos”, no están protegidas frente a cualquier abuso. Ocurre que las extranjeras pueden vivir situaciones de mayor explotación pues se mantienen en los centros de tolerancia todo el tiempo. Se afirmó que las extranjeras reciben más violencia y que han aumentado en la pandemia.

En algunas ciudades salió el tema de drogas y allí una mujer trans refirió que a veces le contratan para verlos drogarse o alcoholizarse, o que ellas lo hacen también aun reconociendo el riesgo. Una de ellas compartió que:

“tuvo una pareja que sufrió problemas de alcohol y drogas. Llegó un momento que tuve que dejarlo, aunque yo lo quería, pero yo sufría maltrato. Nosotras somos tomadoras sociales, nos reuníamos con unas amigas una vez al mes, nos tomamos un trago, nos vamos a comer, pero no es nuestra habitualidad, la vida libertina, lo hacemos por distraernos, por pasarla bien...” (GF-MAN- MTF1).

Añaden: “sí tomamos, pero no todos los días, para atender a los clientes...”. (GF-MAN-TS5).

Los HSH no opinaron al respecto.

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 de 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 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 sicólogo, 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 auto reconocerse diferentes de la heterosexualidad: “hasta ahora... no acepta la mariconada” (GF-ESM-HSH5), “me di cuenta de 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 las 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 preexposición! 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 cómo 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 acoso escolar (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 uno 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 incómodas 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 de 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 mija 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 cachero⁶, 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 de 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 los lleva a insultos en la calle o

⁶ Cachero es un gay que gana dinero por tener relaciones sexuales con mujeres trans.

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).

Discriminación por trabajo sexual (centros de tolerancia, hoteles, trabajadoras sexuales extranjeras).

El trabajo sexual en general está precarizado lo que agudiza la discriminación, no se les permite ejercer en hoteles pues son desalojadas de forma violenta de los mismos; los centros de tolerancia prefieren a las trabajadoras sexuales extranjeras, quienes pueden ganar más y quedan excluidas las ecuatorianas, pero sufren de mayor explotación porque no tienen organización y a veces ni siquiera papeles de migrantes.

En todas las ciudades se hablaba de discriminación en las calles por ser trabajadoras sexuales, sin embargo, en algunas ciudades, por la movilidad de las trabajadoras sexuales, refirieron que, en Cuenca, esto es más agudo, son maltratadas verbalmente por mujeres y también desde carros particulares.

“...las mujeres de aquí de Cuenca, la mayoría discrimina van pasando y nos dicen zorras. Cogen a los niños, como que nosotras fuéramos qué. Los apartan como que nosotros fuéramos un bicho raro. Para mí, esto es mi trabajo, y ya tengo 14-15 años trabajando en esto y he visto la discriminación más aquí en Cuenca, me he quedado sorprendida... se dan el trabajo de bajar la ventana del carro para gritarnos e insultarnos” (GF-CUE-TS1).

Esta discriminación es mayor en mujeres trans:

“Yo doy mi servicio sexual. Hace 15 días voy a un hotel, se supone que es un hotel donde se permite a Raimundo y todo el mundo, y me dicen no hay habitación. Yo digo sí siempre subido aquí, me dejan pasar y ahora me dices que no hay habitación, tú me conoces. Me dio tanto coraje que cogí y le lancé un florero. Yo soy de un carácter demasiado explosivo, y le dije esta es la última vez que traigo un cliente y a pagar aquí en este hotel porque no es justo que me discriminen” (GF-GUA-MTF1).

“de mi parte la discriminación que se siente en el trabajo sexual, más en la calle, los mismos clientes a veces quieren hacer de menos el trabajo de chicas trans, nos dicen, ah, pero si ha sido maricón porque se dan cuenta en la voz que es un poco diferente” (GF-MAN-MTF1).

Se reconocen también malos tratos de guardias, policías, en quienes no hay una actitud de respeto a las trabajadoras sexuales.

“Hay puta fobia, la policía es la primera en ser violenta contra nosotras. A una compañera le tiraron gas en la cara, solo porque sí, y la dejaron ahí tirada sin que les importara nada” (GF-MAC-TS5).

Antes ya se señaló que tienen dificultades para realizar denuncias de abusos en torno al trabajo sexual y el hecho de que este trabajo propicio a que muchas mujeres pierden a sus hijos en juicios, por el estigma que pesa sobre este trabajo y la doble moral imperante.

Cabe destacar que aun cuando las formas de discriminación que expresan son estructurales, pues vienen de una sociedad con dificultades de aceptar al diferente, algunos testimonios plantean que tienen que ver con una postura individual de la población clave.

“Para evitar la discriminación hay que tratar a todos con educación y respeto, tenemos que respetarnos nosotras mismas y cuidar nuestra presencia física” (GF-MAC-MTF5).

Paradojal afirmación, precisamente su forma de vestir que es un posicionamiento ante la sociedad para acercarse a su identidad de género y que se da en contracorriente, es al mismo tiempo, la sugerencia o el consejo para sentirse aceptada y no ser discriminada.

Formas de autoexclusión

Un elemento que se consideró en los grupos focales, fueron aquellas formas de auto relegarse y autoexcluirse, lo que se vio más 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 a 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 debido a que serían más sensibles y más respetuosos.

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 enfatizó 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 afirmó 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 a 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).

8.2.2. PROMOCIÓN DE SALUD

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:

8.2.2.1. 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, en 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 cuida 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 consensuaban 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 llevó 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 las 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 de 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).

8.2.2.2. 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 paradójico es que los mismos centros de tolerancia venden alcohol en sus espacios.

8.2.2.3. 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 Alfil, 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)⁷

“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 hablo 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

⁷ Es una persona que vive con VIH

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.

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.

8.3.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.

8.3.1. Buenas practicas

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 cómo 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.

8.3.2. 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 como discutir, 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.

8.3.3. Dificultades de atención a personas viviendo con VIH

Uno de los temas que se evidenció 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).

8.3.4. 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 al 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).

8.3.5. 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 dijo, 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

9.1. Conclusiones

1. Las características socio sociodemográficas de las participantes demuestran a una población mayoritariamente adulta joven, (54,41%) y adulta intermedia y tardía (40,81%), con una identificación de género mayoritariamente femenino (96,47%), sin embargo, en este grupo también participó población con identificación de género masculino; en cuanto a la orientación sexual es importante destacar su diversidad en la orientación sexual. Predomina la nacionalidad ecuatoriana en el trabajo sexual de las encuestadas (92,19%). En cuanto al nivel educacional existe analfabetismo (7.3%) y la mayor cantidad de la población tiene educación básica (35,77%) y secundaria (52,39%).
2. Según la estratificación de nivel socioeconómico del INEC la población de TS, la mayoría se encuentra entre los niveles bajos, bajo (23,39%), medio bajo (63,54%). La población recibe atención médica principalmente en los establecimientos de salud del MSP (94,96%)
3. La mayoría de las TS en cuanto a orientación sexual se identifica como heterosexual (95,21%). En el caso de los trabajadores sexuales que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las participantes actúan en casi igual proporción como activo (9,67%), pasivo (5,85%) y versátil (1,27%), Los trabajadores sexuales han tenido en el último año sexo oral con otros hombres (32,83%) y sexo anal con otro hombre (21,46%), sin embargo no siempre usan condón para el sexo oral activo y o pasivo con todas sus parejas en el último año, lo que puede incrementar el riesgo para la transmisión del VIH.
4. La mayoría de las TS tienen conocimiento sobre lugares para realizarse las pruebas de VIH (98.13%) y un alto porcentaje se ha realizado las mismas (96.79%), aunque existen varias opciones para realizarse las pruebas de VIH la mayoría se han realizado en instituciones

públicas (63.9%) seguidos de ONGs o fundaciones (18,96%), la mayoría de TS manifestaron recibir su resultado (97.14%) y según indicaron el resultado fue negativo en su mayoría (99.2%. Esta información recogida en la encuesta se respalda con la prevalencia de VIH realizada en el estudio (1,26%).

5. La prevalencia de ITS en la población de TS es baja para Hepatitis B (0,26%), Hepatitis C (0,52%) y Sífilis (20,47%), siendo alta en Herpes (81,10%), sin embargo, en esta última es importante destacar que si la infección se encuentra en una fase asintomática no requiere tratamiento y es poca la probabilidad de contagio.
6. En cuanto al conocimiento sobre el trabajo que desempeñan por parte de sus familiares, los que mayoritariamente conocen son sus parejas sexuales (67,01%) y desconocen de su trabajo la mayoría de sus padres (67,18%), hermanos (78,63%) e hijos (70,99%). En cuanto al conocimiento de su trabajo sexual en otros espacios de relacionamiento es alto la negación de este a personas en el trabajo o lugar de estudio (96,95%), amigos (76,34%), vecinos (97,33%).

1. Sobre sexualidad y prácticas sexuales:

Se observa en los testimonios de los HSH y MTF que se constituyen en la niñez y que lo hacen en condiciones adversas, sin conocimiento, con un estigma fuerte desde la familia y su entorno social; alguna trans hablaba de que su padre se informaba en el programa de televisión “Maritere”. Pareciera que la prevención del VIH y la constitución de sujetos sexuales no está a la altura de un contexto cambiante y diverso, en donde el mandato es asumir la sexualidad con mayor naturalidad; no obstante, la experiencia vital de estas poblaciones muestra mayor fluidez en medio de una lucha que implica ir contracorriente, se observa que HSH y MTF ruptura en sus familias “normales” y constituyen otras “normalidades” consecuentes con su identidad de género y orientación sexual. Cabe destacar que los testimonios de los HSH y MTF dejan entrever la persistencia de personas de closet.

La violencia de género (de pareja y familiar) atraviesa la sexualidad de las experiencias de las tres poblaciones claves. En las poblaciones HSH y MTF refieren la negación de la homosexualidad y la identidad de género transfemenina, mientras para las mujeres TS es producto de las relaciones de pareja que se expresan en maltrato, violencia física y, abandono de ellas y sus hijos/as.

En las trabajadoras sexuales mujeres se muestra una mayor determinación social en desventaja pues es una necesidad económica y no cultural que en su gran mayoría los lleva a ganarse el sustento, no tienen opciones y ciertamente muestran una agencia en condiciones de exclusión, en donde la violencia contra la mujer, la maternidad, el rechazo familiar, son factores que los llevan al trabajo sexual.

La construcción de una identidad no heterosexual para el caso de HSH y MTF tiene relación con la autovaloración, con el deseo personal-sexual por convertirse en la persona que pueda elegir la pareja sin que sea juzgada; mientras para las mujeres trabajadoras sexuales, el motivo se basa en la necesidad de subsistir y lograr mejores condiciones económicas y vivienda para ella y sus familias.

La desinformación es un elemento crucial 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.

Todas las poblaciones hablan del trabajo sexual, pues no solo las trabajadoras sexuales, sino las MTF tienen relaciones sexuales pagadas, esto también se da en HSH. Esto es importante porque su discurso y esto se observó también en la investigación formativa el trabajo sexual se

constituye en una parte importante de su práctica. Una minoría no hablaba de trabajo sexual especialmente en HSH.

El trabajo sexual esta signado por la violencia de género y esto es así, porque no hay ninguna política pública que revierta la acción sobre el cliente. Llama la atención que, en pandemia, se ha involucrado a los dueños de tolerancia en planes de bioseguridad, para no perder el negocio, sin embargo, no hay acciones ni mínimamente comunicativas, para que los clientes se responsabilicen cuando demandan este servicio.

1.1. Sobre discriminación y estigma:

Se observa, identidades sexuales en movimiento, sin etiquetas y signadas por constructos culturales de desaprobación, estigma y discriminación, que se constituyen en la niñez con desinformación y violencia; esto debe cambiar y amerita políticas públicas que aborden y asuman que esto tiene impactos en la población.

Ciertamente que luego deconstruyen identidades abiertas y empoderadas, se reafirman, pero hay un aprendizaje de jerarquías que impiden formas culturales de aceptación del otro-a del diferente y, para el tema prevención del VIH es crucial verlo.

No solo se trata de establecer rutas de denuncia, se trata de generar otro tipo de cultura en una estructura social que está hecha para la desigualdad, en donde la normativa no se operativiza y en donde la inclusión muestra dificultades.

1.2. Sobre promoción de la salud:

El uso del preservativo sigue enfocado en acciones educomunicativas en poblaciones clave y mujeres, ahora también adolescentes; y no en acciones más amplias que permitan el abordaje de la sexualidad y el uso del condón en particular como oportunidad para asumirla en forma

responsable y con conocimiento. Por esta razón, aunque las poblaciones claves saben de la importancia y la utilizan, están abocadas a negocios de no uso en el trabajo sexual y en sus parejas permanentes; pues ni siquiera se problematiza el hecho de que el cliente no tiene mucha consciencia de ello.

Refieren otras formas de cuidado, que van desde la alimentación hasta evitar el consumo de alcohol y drogas, sin embargo, no se dice nada de otras formas de autocuidado como la hormonización de las mujeres trans, el uso de polímeros, entre otros.

La organización se sitúa como un asunto importante que tiene ventajas y se nombran algunas a nivel local, incluso se señalan ONG locales de quienes reciben beneficios concretos. En general se ubican liderazgos de personas que no pertenecen a ninguna organización, pero ejercen liderazgo con sus pares, lo cual es un espacio para potenciar.

1.3.Sobre calidad de atención

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 atención a los pacientes VIH fue uno de los temas que se pudo conocer en Quito a través de una persona HSH que vive con VIH y es un líder activista que lucha por sus derechos, que afirma que la atención en las clínicas de VIH está empañada por falta de recursos y poca calidez, además de procesos burocráticos que complica el acceso oportuno al servicio frente a personas que deben iniciar un tratamiento.

Se reconoce que la atención en los servicios de salud no es adecuada y muchas veces el trato es despectivo, agresivo y discriminante. Parecería que el personal de salud no tiene tiempo para atender.

Aun cuando el examen de VIH es reconocido como algo importante, a veces la población no lo siente como una necesidad por ser de la población clave, se siente como discriminante el hecho de que alguien vaya por un accidente u otra situación y que se ubique que es población clave y se solicite la prueba de VIH incluso como condición para seguir con la atención.

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. 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 sugirió hacer un seguimiento de estas.

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.

2. Aprendizajes metodológicos

Algunas lecciones aprendidas metodológicas de los talleres se pueden resumir en los siguientes elementos:

Un elemento fundamental de entrada fue brindar y crear un ambiente de confianza para que cada participante pueda hablar con confianza; si bien es cierto se propusieron normas de convivencia para el taller (escucha, no interrumpir, no aconsejar, no juzgar) existieron muchos momentos que la participación venía de todas y todos, y era difícil mantener una escucha, no obstante, se lograron consensos y se establecieron disensos en un ambiente armónico.

La dinámica de integración que más se usó fue la ‘bola de papel’. Fue clave no sólo para integrar sino para generar un ambiente de confianza y romper el hielo entre los y las participantes. Sobre todo, permitió ligar con las actividades e intereses que van más allá de las rutinas o estereotipos de cada grupo. Fue fundamental, para contextualizar a las poblaciones clave y situarnos en primera instancia en su experiencia de vida para acercarnos como sujetos de interaprendizaje conectados con la postura freiriana, que nos coloca en el reto de caminar de la mano con el sujeto.

Este punto fue importante porque permite afirmar a los sujetos a través de sus identidades que se constituyen en la cotidianidad que se mueve en el ámbito de la casa, los trabajos, la

universidad, la calle o el activismo, y constituyen horizontes de vida de los participantes que muestran sus sentidos, motivaciones y significaciones personales y grupales.

El acercamiento a través de ubicar los contextos fue importante porque se constituían en sujetos de derecho, en donde había un interaprendizaje entre los investigadores que facilitaban el taller y las diversas poblaciones clave, que contaban sus vivencias en cada uno de sus ámbitos diferenciales. Aun cuando había denominadores comunes se pudieron situar las diferencias existentes por ciudad y poblaciones clave.

El diálogo del contexto, se acompañaron con preguntas como:

- ¿En qué espacio estamos o circulamos como población?
- ¿Qué hacemos en esos espacios?
- Si se menciona relaciones sexuales. ¿Practicamos el sexo seguro en esos espacios, como lo hacemos? ¿Riesgos que identificamos en esos espacios?

A fin de realizar una transición entre las preguntas de contexto y las preguntas de validación de la investigación formativa, se requirió realizar una presentación breve de la metodología del estudio RDS y hablar del espacio seguro, las estrellas sociales (semillas) e incentivos que son componentes claves para su implementación. De esta manera, se facilitó la comprensión de qué y por qué se estaba preguntando al grupo.

La colaboración de los equipos locales del estudio fue fundamental, sin embargo, no hubo tiempo para antes de los talleres propiciar una socialización del trabajo en términos metodológicos que hubiera sido un elemento más para profundizar en un proceso de apropiación de la metodología, no obstante, colaboraron muy activamente. Si bien es cierto, anteriormente se realizó en cada ciudad una socialización del estudio, el taller necesitó un aterrizaje para que todos los investigadores cualitativos y locales, así como los participantes, puedan conocer algunos de los elementos importantes de la metodología RDS.

La intervención de los equipos locales fue también fundamental en el aprendizaje de la voz del grupo sin interferencias en esa ubicación de investigadores y no activistas. En tal sentido, un

aprendizaje para el equipo EUS-EP -que en su mayoría son activistas de la diversidad sexual- fue separar sus propias realidades de las que salían de los diversos grupos, entonces se realizó una vigilancia metodológica para limitar cualquier enganche que lleve a educar, aclarar términos o interpretar lo que están contando los participantes.

En las ciudades se realizó un esfuerzo considerable por invitar a un buen número de personas de cada una de las poblaciones aun cuando en las ciudades pequeñas y en algunas poblaciones no se logró su participación en términos numéricos. Cabe destacar la diversidad al interior de las poblaciones por edad, ocupación, estudios, etnia, residencia, nacionalidad, entre otros.

Organizar la logística para que las reuniones se den en los posibles espacios seguros para la recolección de datos fue importante porque pudieron brindar sugerencias de cómo mejorar los espacios o incluso situar los desacuerdos sobre el lugar, como un espacio seguro, lo que llevó a definiciones administrativas muy importantes.

Se observa el consentimiento informado en todos los talleres y con todas las personas como un instrumento que ejerce el principio básico de autonomía y que respeta el derecho a decidir de los sujetos participantes con información suficiente del estudio. En este marco se pidió también autorización para grabar el audio del taller para garantizar un dato fidedigno. Cabe destacar que se tomaron apuntes y se registró el trabajo de grupo en tarjetas, las plenarias en papelotes. Todos ellos fueron recursos fundamentales para sistematizar cada taller.

9.2. 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 con 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 a 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.

En el marco del Modelo Atención Integral de Salud, el MSP ha desarrollado como respuesta nacional ante la epidemia de VIH/ sida el Plan Estratégico Nacional Multisectorial, el mismo que propone, para disminuir las nuevas infecciones de VIH asegurar que los adolescentes, jóvenes, mujeres y los grupos de HSH, MTF, TS y PPL cuenten con programas y servicios de promoción de la salud, así como acceso a una serie de métodos de prevención del VIH. Razón por la cual es necesario brindar una atención integral de salud a los diferentes grupos que ejercen el trabajo sexual y no solo a mujeres trabajadoras sexuales, que requieren tener el carné profiláctico actualizado para ejercer su trabajo, incluso se ha propuesto transformar el carné profiláctico en una tarjeta integral de salud.

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.

10. BIBLIOGRAFIA

1. ONUSIDA. Hoja informativa: Grupos de población clave. [Internet] ONUSIDA; 2021 [citado 11 de octubre de 2021] Disponible en: <http://www.unaids.org/es/topic/key-populations>.
2. ONUSIDA. Country factsheets, Ecuador 2018 HIV and AIDS Estimates [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2019. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador>.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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

10. 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.
11. 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.