



ÍNDICE DE ESTIGMA Y  
DISCRIMINACIÓN A PERSONAS QUE  
VIVEN CON VIH, EN LOS SERVICIOS DE  
SALUD DE 9 CIUDADES DEL ECUADOR

**INFORME**

## Informe Preparado por:

### **KIMIRINA**

*María Elena Acosta R.*

*Lupe Orozco R*

*Ernesto Pinto R.*

*Amira Herdoiza*

### **CEPPVS**

*Fausto Vargas*

*José Luis Nieto*

**ÍNDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN HACIA LOS HOMBRES QUE  
TIENEN SEXO CO HOMBRES, MUJERES TRANS FEMNENINAS Y  
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE 9  
CIUDADES DEL ECUADOR.**

# **INFORME**







# CONTENIDO

CONTEXTO.....	3
ANTECEDENTES.....	4
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	6
OBJETIVOS.....	7
General.....	7
Específicos:.....	7
COMPONENTE CUANTITATIVO .....	1
METODOLOGÍA .....	2
Muestreo.....	2
Tamaño de la muestra.....	1
Distribución de la muestra .....	1
Instrumentos de recolección de datos.....	3
Recolección de datos.....	3
Selección de los participantes.....	3
Proceso de reclutamiento de los participantes.....	3
Administración del cuestionario de la encuesta .....	4
RESULTADOS .....	5
Prácticas en los últimos 12 meses.....	10
Servicios de consulta externa no especializados.....	13
Servicios de hospitalización.....	16
Servicios especializados.....	20
Pruebas de seguimiento.....	23
Prueba de VIH.....	25
Confidencialidad.....	28
TRATAMIENTO.....	30
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	33
Salud sexual y reproductiva en mujeres .....	35
Hijos con VIH .....	35
REDES DE APOYO.....	36
COMPONENTE CUALITATIVO .....	0
METODOLOGÍA .....	2
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	3
RESULTADOS .....	3
la prueba de VIH.....	3
Consentimiento informado.....	5
Vinculación .....	6

Adherencia.....	6
Acciones discriminatorias .....	7
Organizaciones como redes de apoyo.....	9
ANEXOS.....	1

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los participantes por ciudad. IE&D – Ecuador, 2018. ....	5
Tabla 2. Distribución de los participantes por país de nacimiento. IE&D – Ecuador, 2018. ....	5
Tabla 3. Distribución de los participantes por ciudad de nacimiento. IE&D – Ecuador, 2018. ....	6
Tabla 4. Distribución de los participantes por nivel de estudios alcanzados. IE&D – Ecuador, 2018. ....	6
Tabla 5. Distribución de los participantes por lugar de residencia habitual. IE&D – Ecuador, 2018. ....	7
Tabla 6. Distribución de los participantes por tiempo viviendo en el lugar de residencia habitual. IE&D – Ecuador, 2018. ....	7
Tabla 7. Distribución de los participantes por estado civil actual. IE&D – Ecuador, 2018. ....	8
Tabla 8. Distribución de los participantes por tenencia de personas dependientes. IE&D – Ecuador, 2018. ....	8
Tabla 9. Distribución de los participantes por ocupación actual. IE&D – Ecuador, 2018. ....	9
Tabla 10. Distribución de los participantes por situación económica. IE&D – Ecuador, 2018. ....	9
Tabla 11. Distribución de los participantes según auto identificación étnica. IE&D – Ecuador, 2018. ....	10
Tabla 12. Distribución de los participantes según orientación sexual. ....	10
Tabla 13. Distribución de los participantes, por tipo de pareja sexual. ....	11
Tabla 14. Distribución de los participantes según características de la pareja sexual estable. IE&D – Ecuador, 2018. ....	12
Tabla 15. Frecuencia de LA NEGACIÓN de servicios de salud en los últimos 12 meses. IE&D – Ecuador, 2018. ....	12
Tabla 16. Distribución de los participantes según asistencia a un servicio de salud no especializado en los últimos 12 meses. ....	13
Tabla 17. Distribución de los participantes según percepción de la intensidad de E&D ejercida por personal de la consulta externa de los servicios de salud no especializados. IE&D – Ecuador, 2018. ....	14
Tabla 18. Distribución de los participantes según tipo y frecuencia de E&D ejercida por el personal de la Consulta Externa de los servicios no especializados- IE&D – Ecuador, 2018. ....	15
Tabla 19. Distribución de los participantes, según forma de E&D en la consulta externa de servicios de salud no especializado en los últimos 12 meses ....	16
Tabla 20. Distribución de los participantes, según variables relacionadas con la hospitalización por enfermedad común, OPORTUNISTA O ITS. IE&D – Ecuador, 2018. ....	17
Tabla 21. Distribución de los participantes según percepción de la intensidad de E&D ejercida por personal de los servicios de Hospitalización ....	18



Tabla 22. Distribución de los participantes según tipo y frecuencia de E&D ejercida por el personal de los servicios de hospitalización.....	19
Tabla 23. Distribución de los participantes, según acción de E&D en los servicios de hospitalización. En los últimos 12 meses.....	20
Tabla 24. Distribución de los participantes según tiempo que asiste al servicio especializado en VIH .....	20
Tabla 25. Distribución de los participantes según percepción de la intensidad de E&D ejercida por personal de los servicios especializados en VIH.....	21
Tabla 26. Distribución de los participantes según tipo y frecuencia de E&D ejercida por el personal de los servicios especializados en VIH.....	22
Tabla 27. Distribución de los participantes, según acción de E&D en los servicios especializados en VIH, ocurridos en los últimos 12 meses.....	22
Tabla 28. Distribución de los participantes según número controles médicos no cumplidos en los últimos 12 meses. IE&D – Ecuador, 2018.....	23
Tabla 29. Distribución de los participantes según variables relacionadas con las pruebas de seguimiento (CV / CD4) en los últimos 12 meses.....	24
Tabla 30. Distribución de los participantes según variables relacionadas con la prueba diagnóstica.....	26
Tabla 31. Distribución de los participantes según variables relacionadas con la consejería pre y post prueba de VIH .....	27
Tabla 32. Distribución de los participantes según unidad de salud de referencia luego del diagnóstico. ....	28
Tabla 33. Distribución de los participantes según ruptura de confidencialidad.....	29
Tabla 36. Distribución de los participantes según percepción del estado de salud.....	31



# CONTEXTO





## ANTECEDENTES

En los últimos años, se ha observado un importante avance a nivel mundial en la respuesta al VIH y al sida, gracias a los avances científicos, el acceso al tratamiento, el activismo a favor de los derechos humanos, la solidaridad internacional y la movilización y el activismo de la sociedad civil, han brindado una oportunidad histórica para poner fin a la epidemia de sida como una amenaza para la salud pública para 2030. (1) (2)

“No obstante, estos avances han sido desiguales. En todo el mundo, el estigma, la discriminación y la exclusión, así como los desequilibrios de poder y la desigualdad en las relaciones de género, siguen haciendo que las mujeres y las niñas, los jóvenes y las poblaciones clave sean vulnerables al VIH, “población clave que se refieren a aquella población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, engloba a las personas que viven con el VIH. En la mayoría de los escenarios, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales, las personas que se inyectan droga, los trabajadores sexuales y sus clientes, y las personas seronegativas dentro de una pareja serodiscordante se encuentran en mayor riesgo de exposición al VIH que otras” que dificultan el acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH. Dado que el VIH no se puede abordar exclusivamente mediante enfoques biomédicos, la respuesta exige avances simultáneos en términos de derechos y de salud sexual y reproductiva, el acceso a la educación y al empleo, la justicia social y la igualdad de género.” (1)

Se propone un trabajo con enfoque de Acción acelerada con los objetivos para 2020, de reducir las nuevas infecciones por el VIH al año. Conseguir que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado, que el 90% de las que lo conocen tengan acceso al tratamiento, y que el 90% de las personas que lo sigan logren reducir la carga viral; eliminar la discriminación relacionada con el VIH; eliminar, de manera sostenible, las nuevas infecciones por el VIH en niños. Se busca prestar especial atención a ciertos grupos de población, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales, los profesionales del sexo, los usuarios de drogas inyectables, y los reclusos, así como a las adolescentes y las jóvenes en ciertos lugares con una carga viral elevada.

El estigma y la discriminación asociados con el VIH y el sida se manifiestan en casi todos los niveles de la sociedad: comunitario, familiar, individual, legal, político y programático. Las causas subyacentes del estigma y la discriminación relacionados con el VIH y sida son consistentes en los diferentes contextos y epidemias y está asociado a múltiples factores incluidos al desconocimiento de la enfermedad, los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH, la falta de acceso a tratamiento y los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad y diversidades sexuales, la enfermedad y la muerte. (5)

El estigma y la discriminación en relación con las orientaciones sexuales y el VIH tienen un efecto perjudicial en la salud pública y los derechos humanos, especialmente de trabajadores(as) del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans femeninas (MTF) y personas con VIH (PVVIH), que perjudica la calidad de vida de estas personas y su acceso a servicios de salud.

El miedo al estigma y discriminación impide, en muchos casos, que las personas se sometan a un examen para la detección del VIH, o que escondiendo el hecho de que han contraído la enfermedad. El miedo a ser tratado diferente, ser apartado o rechazado constituye uno de los mayores impedimentos para los esfuerzos tendientes a la prevención del sida, ya que hace que las personas enfermas no aprovechen los servicios de salud, educación, cultura, religión y otras.

Reconociendo que el acceso a los servicios de salud de personas viviendo con VIH, es una prioridad explícita para poner de manifiesto en las agendas políticas y sanitarias, y que el estigma y la discriminación son grandes impedimentos para el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por VIH, es necesario conocer y medir la situación de esta problemática y su impacto en la vida de las personas, con el fin de diseñar estrategias de intervención que permita alcanzar las metas de 90-90-90 al 2020, lo que apunta a la eliminación del VIH al 2030.

# JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUSIDA promueve el modelo de adherencia, tomando en cuenta el continuum de la atención integral e iniciando con la identificación del 90% de las personas que viven con VIH para que conozcan su diagnóstico, aseguren su permanencia en los centros de atención integral, el 90% de ellos inicien terapia antiretroviral (TAR), y de estos últimos el 90% alcancen niveles indetectables de carga viral, con lo cual puede interrumpirse la cadena de transmisión y controlar la epidemia

Entre los factores que impiden la consecución de estos objetivos se encuentra la discriminación, la cual obstaculiza el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH, poniendo así en riesgo la vida de las personas.

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 relacionada fundamentalmente con las formas de transmisión como son las relaciones sexuales y el consumo de drogas intravenosas.

Según afirma ONUSIDA en su informe "Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond", una de cada 5 personas seropositivas, tienden a ocultarse y a solicitar asistencia sanitaria más tarde por temor a ser estigmatizada o discriminada a causa del VIH, en los servicios de Salud. Las PVVs, que perciben altos niveles de estigma relacionado con el VIH, tiene 2.4 veces más probabilidades de retrasar la atención hasta que estar enfermos.

El informe de ONUSIDA subraya que estos temores no son infundados, una de cada cuatro personas seropositivas ha sido discriminada en entornos sanitarios y una de cada tres mujeres que viven con el VIH ha sufrido al menos un tipo de discriminación en contextos sanitarios con respecto a su salud sexual y reproductiva.

El estigma y discriminación afecta también a las poblaciones clave, como son las Trabajadoras Sexuales (MTS), Hombres que tiene Sexo con Hombres y Transexuales, determina también que las poblaciones clave enfrentan barreras considerables 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.



Se vuelve imperativo el aunar esfuerzos relacionados con prevención y protección de los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH y Sida, sus familias y las poblaciones clave, para contribuir a la superación de las actitudes y comportamientos de discriminación y estigma que impactan en su salud.

Un acercamiento a esta realidad, permitirá visibilizar la temática y observar los serios problemas existentes en el acceso y permanencia en los servicios de salud por parte de las poblaciones clave y recomendar el diseño e implementación de políticas públicas en salud que posibiliten la oferta de servicios que satisfagan la demanda de estos grupos poblacionales tradicionalmente excluidos.

## OBJETIVOS

### General

Recopilar información sobre el grado y formas de estigma y discriminación que enfrentan las poblaciones clave (HSH; MTF y personas con VIH) en los servicios de salud, con el fin de incidir en la formulación de políticas públicas.

### Específicos:

1. Conocer las principales causas de la exclusión en salud en las poblaciones clave (HSH, MTF y PVVIH) en el ámbito del VIH por su condición que limitan el acceso a los servicios de salud.
2. Explicar los factores que la perpetúan
3. Valorar el nivel de percepción de las distintas formas de estigma y discriminación entre las personas que viven con VIH SIDA en los servicios de salud.
4. Identificar las principales acciones que realizan las organizaciones comunitarias respecto a la lucha del estigma y discriminación.
5. Describir las principales alternativas destinadas a la protección en salud de las poblaciones clave.



# COMPONENTE CUANTITATIVO





# METODOLOGÍA

## Muestreo

Para la selección de las muestras a ser estudiadas, se utilizará un muestreo multi-etapas.

**En la primera etapa del muestreo** se seleccionó las provincias, buscando una representación nacional. Para el efecto se utilizó los siguientes criterios y procedimiento:

- El primer criterio utilizado fue “región” con el fin de incluir en la muestra provincias de las 3 regiones continentales: costa, sierra y oriente.
- El segundo criterio de selección fue el “tamaño de las poblaciones de HSH”, aplicando los porcentajes establecidos en el Mapeo programático (MAPLE-PEMAR) realizado por Kimirina (2015) a la población masculina urbana de las capitales de provincias. Se preseleccionaron las ciudades con mayor población de HSH, en cada una de las regiones.
- EL tercer criterio elegido fue la “tasa de notificación de casos de VIH en el año 2016”. Se preseleccionaron las provincias con tasas más altas de notificación de VIH.
- EL cuarto criterio, fue “geográfico” con el fin de contar con provincias del norte, centro y sur del país. Se estableció prioridades (de 1 a 3) para las provincias de cada región, como se describe a continuación:
  - Para la Costa se asignó un valor de 1 a las fronterizas y un valor hasta de 3 conforme se acercan al centro.
  - Para la Sierra se dividieron a las provincias en dos grupos de tres provincias para el norte y sur. A las provincias más cercanas a la frontera se les da un valor de 1; conforme se alejan de la frontera se le asignó un valor de 2 o 3. y un tercer grupo con las provincias restantes. Se asignó un valor de 1 a 2 a las provincias del grupo de las provincias centrales.
  - Para el oriente, se organizaron 3 grupos un para el norte con 3 provincias, una central con 2 provincias y para el sur con 1 provincia. A las provincias del norte se les asigno un valor de 1 a 3 de acuerdo a su cercanía a la frontera; a las provincias centrales se les asigno un valor de 2 y a la provincia del sur también se le asignó un valor de 1.

- Un quinto criterio fue utilizado para dar un mayor peso proporcional a provincias con características particulares en las regiones costa y sierra.

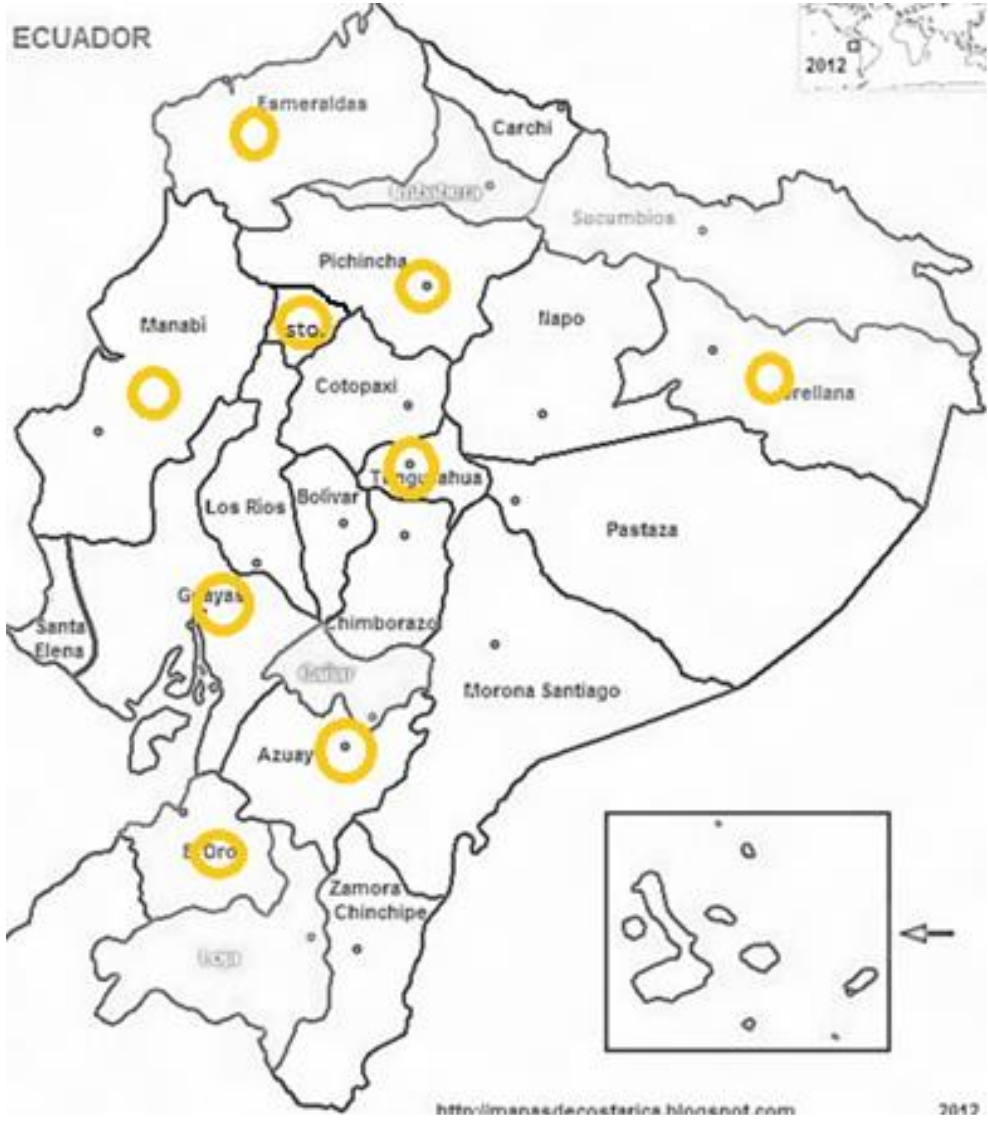
Se asignó un valor de -2 a las provincias de Manabí y Esmeraldas en la costa y Sto. Domingo de los Tsachilas en la Sierra, por las siguientes razones:

- Manabí es una provincia culturalmente diferente a las otras provincias de la Costa. Además fue la provincia más afectada por el terremoto del 2016
- Esmeraldas es la provincia con mayor proporción de población afro-ecuatoriana (40%), culturalmente diferente a las otras provincias de la Costa
- Sto. Domingo de los Tsachilas, si bien se incluyen en la región Sierra, no está ubicada en los Andes, sino en la costa interna; es una zona de alta migración y de comercio entre la Costa y la Sierra. Sus características geográficas y culturales son diferentes a las restantes en la Sierra.

Para la selección de las provincias, se sumaron las prioridades establecidas con cada uno de los criterios. Las provincias con menor puntaje tuvieron una mayor prioridad.

Considerando que las provincias de la costa y la sierra concentran al 99% de la población HSH, se consideró seleccionar las 4 primeras provincias con puntaje más bajo (mayor prioridad) en cada región, asegurando que representen al norte, centro y sur del país. En el Oriente se seleccionó una sola provincia.

Las provincias seleccionadas se presentan en el mapa y en la tabla siguiente se evidencia el procedimiento utilizado para la aplicación de los distintos criterios.





PROVINCIAS	Cantón de la capital de provincia	Población Masculina urbana INEC	Población HSH			Tasa de casos reportados por 10.000 h 2016	Prioridad No.2	Criterio Geográfico	Prioridad No 3	Criterio 4	Provincia seleccionadas	
			%	Numero	Prioridad No. 1						Sumatoria	Prioridad final
<b>REGIÓN SIERRA</b>		1.406.059		<b>29.900</b>		1,4						
Azuay	Cuenca	154.388	2,7	4.168	2	1,3	5	sur2	2		9	<b>3</b>
Bolívar	Guaranda	14.926	1,5	224	11	0,5	10	centro1	3		24	
Cañar	Azogues	17.889	1,5	268	10	1,5	3	sur3	3		16	
Carchi	Tulcán	24.771	1,5	372	9	0,5	11	norte1	1		21	
Chimborazo	Riobamba	50.426	1,5	756	7	0,7	8	centro2	2		17	
Cotopaxi	Latacunga	29.712	1,5	446	8	0,9	7	centro1	3		18	
Imbabura	Ibarra	54.405	1,5	816	6	0,6	9	norte2	2		17	
Loja	Loja	75.423	2,7	2.036	3	1,2	6	sur1	1		10	
Pichincha	Quito	824.922	2,1	17.323	1	1,6	2	norte3	3		6	<b>1</b>
Sto Domingo de los Ts	Santo Domingo	157.384	1,0	1.574	5	2,3	1	Otro	2	-2	6	<b>2</b>
Tungurahua	Ambato	70.956	2,7	1.916	4	1,4	4	centro2	2		10	<b>4</b>
<b>REGIÓN COSTA</b>		<b>1.349.461</b>		<b>30.528</b>		<b>4,5</b>						
El oro	Machala	107.357	2,2	2.362	2	3,7	3	sur1	1		6	<b>2</b>
Esmeraldas	Esmeraldas	60.015	1,3	780	5	4,7	2	norte1	1	-2	6	<b>3</b>
Guayas	Guayaquil	1.088.403	2,2	23.945	1	5,9	1	centro2	2		4	<b>1</b>
Los Ríos	Babahoyo	46.772	1,8	842	4	3,2	4	centro1	1		9	
Manabí	Portoviejo	89.773	2,1	1.885	3	2,0	6	norte0	2	-2	9	<b>4</b>
Santa Elena	Santa Elena	47.605	1,5	714	6	2,8	5	centro2	2		13	
<b>REGIÓN AMAZÓNICA</b>		<b>89.542</b>		<b>182</b>		<b>2,0</b>						
Morona Santiago	Morona	8.928	0,2	18	5	2,5	2	centro2	2		9	
Napo	Tena	12.741	0,2	25	4	2,0	3	norte3	3		10	
Orellana	Orellana	22.446	0,2	45	2	2,7	1	Norte2	2		5	<b>1</b>
Pastaza	Pastaza	16.686	0,2	33	3	1,1	6	centro2	2		11	
Sucumbíos	Lago Agrio	23.721	0,2	47	1	1,9	4	Norte1	1		6	
Zamora Chinchipe	Zamora	6.625	0,2	13	6	1,2	5	sur1	1		12	



## Tamaño de la muestra

Para el cálculo de la muestra de personas con VIH a ser entrevistadas, se utilizó como universo el número la sumatoria (27.972) del total de personas que actualmente reciben atención/tratamiento en las Unidades de atención Integral (anteriormente clínicas de atención a PVVs) ubicadas en los cantones pre-seleccionados.

$$n = \frac{z^2 p q}{e^2 + \frac{z^2 p q}{N}}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra

N = tamaño de la población de PVVs de los cantones pre seleccionados = 27972

z = nivel de confianza, = 1.96

p = porcentaje de la población que ha experimentado estigma en el último año = 50%

q = proporción de la población que no ha experimentado estigma en el último año =50%

e = Error máximo admisible en términos de proporción= 5%

El total de personas viviendo con VIH a entrevistar calculado fue de 379 al que se incrementó un 10% de no respuesta dando un total de 417 personas.

## Distribución de la muestra

El tamaño de la muestra se distribuyó de manera proporcional entre los diferentes cantones, de la siguiente manera.

**ENCUESTAS A REALIZAR EN CADA UNA DE LAS CIUDADES PRE SELECCIONADAS.**

Cantón	PVVs atendidas		Muestra
	Número	Porcentaje	
Cuenca	708	3%	11
Quito	3361	12%	50
Santo Domingo de los Tsáchilas	674	2%	10
Ambato	531	2%	8
Guayaquil	16643	59%	248
Portoviejo	2102	8%	32
Machala	1708	6%	25
Esmeraldas	1966	7%	29
Orellana	279	1%	4
<b>TOTAL</b>	<b>27.972</b>	<b>100%</b>	<b>417</b>

**MUESTRA POR UAI DEL MSP POR CANTONES-ECUADOR 2018**

<b>Cantón</b>	<b>UAI</b>	<b>Muestra</b>
Cuenca	Hospital Vicente Corral Moscoso	11
Quito	Hospital Enrique Garcés	25
	Hospital Eugenio espejo	25
Sto. Domingo	Hospital Gustavo Domínguez	10
Ambato	Hospital Docente Ambato	8
Guayaquil	Hospital Abel Gilbert Pontón	124
	Hospital "Dr. J. Rodríguez Maridueña"	124
Portoviejo	Hospital Verdi Cevallos	32
Machala	Hospital Teófilo Dávila	25
Esmeraldas	Hospital de Esmeraldas Sur	29
Orellana	Hospital Francisco de Orellana	4
	<b>Total:</b>	<b>417</b>

## Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos, se utilizará el cuestionario (Anexo 1) para establecer el Índice de Estigma y discriminación utilizado en el Perú. Este formulario incluye las preguntas sobre:

- Datos demográficos
- Acceso a servicios de salud
- Prueba diagnóstica
- Compartir el estado serológico y la confidencialidad
- Tratamiento
- Tener hijos
- Hijos e hijos con VIH

Adicionalmente, se ha elaborado un formato de consentimiento informado el mismo que consta en el Anexo 2 del protocolo.

## Recolección de datos

### Selección de los participantes

Para seleccionar a los participantes en el estudio se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión
  - Ser mayor de 18 años
  - Haber sido diagnosticado con VIH hace por lo menos un año.
  - Aceptar voluntariamente participar en el estudio y firma del consentimiento informado.
- Criterios de exclusión
  - Tener una discapacidad o trastornos que limiten su comprensión o comunicación.
  - Estar bajo los efectos del alcohol o drogas.

## Proceso de reclutamiento de los participantes

Como no es factible obtener una muestra probabilística de las PVVs, pues no se tiene acceso a los listados de personas con VIH que son atendidas en cada unidad de salud. Por esta razón se realizará un muestreo aleatorio, es decir que se solicitara su participación

conforme llegan a la unidad de salud, para su control médico. Previamente se solicitará la autorización correspondiente por parte de las unidades seleccionadas.

Antes de comenzar una entrevista y aplicar el cuestionario, se deberá obtener el consentimiento informado de los participantes.

### **Administración del cuestionario de la encuesta**

Una vez identificado el participante, se explicará el objetivo de la encuesta, la confidencialidad de la información y los aspectos positivos y negativos de su participación y el tiempo que tomara la aplicación del formulario. Se solicitará preguntas de aclaración, las mismas que deberán ser resueltas por el encuestador, quien estará previamente capacitado. Cada persona tiene derecho a decidirá voluntariamente su participación, a no contestar cualquiera de las preguntas y a interrumpir su participación en el momento que lo desee.

Si la persona decide participar se aplicará el consentimiento informado y se obtendrá la firma o huella de la misma. Una vez obtenido el consentimiento informado, se procederá a aplicar el cuestionario.

## RESULTADOS

Una vez realizadas las encuestas, en general se ha cumplido con el 93,3% de lo programado, las ciudades de Quito, Santo Domingo de los Tsáchilas y Portoviejo, cumplieron con el total de lo programado, Esmeraldas y Ambato son las ciudades que menos alcanzaron la meta propuesta con porcentajes del 69% y 25% respectivamente (tabla 1).

**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR CIUDAD. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>Ciudad</i>	<i>Programado</i>	<i>Ejecutado</i>	<i>% de ejecución</i>
<b>Quito</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
Guayaquil	248	236	95,2
Cuenca	11	9	81,8
Machala	25	23	92,0
Ambato	8	6	75,0
Esmeraldas	29	20	69,0
Portoviejo	32	34	106,3
Sto. D. de los Colorados	10	10	100,0
F. de O. (El Coca)	4	1	25,0
Total	417	389	93,3

Como lo demuestra la siguiente tabla, casi la totalidad de los participantes 96,4% tienen nacionalidad ecuatoriana (Tabla 2).

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR PAÍS DE NACIMIENTO. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>País donde nació</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Ecuador</b>	<b>375</b>	<b>96,4</b>
Otro país	14	3,6
Total	389	100,0

De todos los participantes en el estudio el 63% nació en las ciudades en donde se realizaron las encuestas, 37% en otra ciudad (tabla 3).

**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR CIUDAD DE NACIMIENTO. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>Ciudad donde nació</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Esta ciudad</b>	<b>245</b>	<b>63,0</b>
Otra	144	37,0
Total	389	100,0

Los participantes en el estudio declararon haber terminado la secundaria (57.8%), el 28,8% la primaria, aproximadamente el 10% tienen estudios superiores, solamente una persona no tiene ningún nivel de estudios (tabla 4).

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>Nivel de estudios</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Ninguna</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>
Primaria	112	28,8
Secundaria	225	57,8
Superior	38	9,8
Otra	13	3,3
Total	389	100,0

El 80,2% de participantes, residen en la ciudad y en sus afueras, solo el 10,3% viven en otra ciudad, mientras que aproximadamente el otro 10% expresan como otro el lugar en donde viven (tabla 5).



**TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>Lugar de residencia actual</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>En esta ciudad</b>	292	75,1
En las afueras de la ciudad	20	5,1
En otra ciudad	40	10,3
Otro	37	9,5
Total	389	100,0

Alrededor de las tres cuartas partes (72%) de los participantes declaran haber vivido en la ciudad toda la vida, más de una cuarta parte (26,5%) expresan tener, entre uno a tres años, únicamente el 1,5% reconocen que el tiempo de residencia es menor de un año (tabla 6).

**TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR TIEMPO VIVIENDO EN EL LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>Tiempo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Menos de seis meses</b>	2	0,5
De seis meses a un año	4	1,0
De un año a tres años	12	3,1
Más de tres años	91	23,4
Toda mi vida	280	72,0
Total	389	100,0

El estado civil más mencionado (52,7%) es soltero/a o solo/a, el ser unido/pareja con un hombre o con una mujer (20,6% y 15,4% respectivamente), los estados civiles menos mencionados son casado con una mujer o casado con un hombre con porcentajes del orden del 5,1% y 6,2% en su orden (tabla 7).

**TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR ESTADO CIVIL ACTUAL. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>Estado civil</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Soltero/a o solo/a	205	52,7
Casado con un hombre	24	6,2
Casado con una mujer	20	5,1
Unido/pareja con un hombre	80	20,6
Unido/pareja con una mujer	60	15,4
Total	389	100,0

Las PVVS participantes en el estudio exponen que tienen hijos en un 58.9% y dependientes el 7,5%, mientras que el porcentaje restante no tienen hijos ni dependientes (tabla 8).

**TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR TENENCIA DE PERSONAS DEPENDIENTES. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>Hijos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí hijos	229	58,9
Si dependientes	29	7,5
No	131	33,7
Total	389	100,0

Alrededor del 71% de los participantes mantienen un trabajo remunerado que les permite cubrir sus necesidades económicas siendo las más frecuentes, comerciantes, empleado y artesano, mientras que el 3.9% son estudiantes y el 9,5% desocupados, otras ocupaciones le corresponde el 15,2% (tabla 9).

**TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR OCUPACIÓN ACTUAL. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>Ocupación</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Estudiante	15	3,9
Empleado/a	93	23,9
Artesano/a	57	14,7
Comerciante	107	27,5
Profesional independiente	19	4,9
Trabajo sexual	1	0,3
Jubilado	1	0,3
Desocupado	37	9,5
Otro	59	15,2
Total	389	100,0

Si los recursos económicos que reciben les son suficientes a final del mes, el de mayor frecuencia es que les alcanza con las justas (52,2%), seguido por que no les alcanza (24,2%), alrededor del 12% llegan con deudas y únicamente al 10% les alcanza con holgura (tabla 10).

**TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR SITUACIÓN ECONÓMICA. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>Uso de recursos económicos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Le alcanza con holgura	39	10,0
Le alcanza con las justas	203	52,2
No le alcanza	94	24,2
Llega a fin de mes con deudas	47	12,1
Otra	6	1,5
Total	389	100,0

La mayor parte (79,7%) de los participantes se auto identificaron con mestizos, seguido por los blancos y afro/negros (16,2%), únicamente el 1,5% lo hizo como indígena (tabla 11).

**TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN AUTO IDENTIFICACIÓN ÉTNICA. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<i>Etnia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Mestizo	310	79,7
Afro –negro	24	6,2
Indígena	6	1,5
Blanco	39	10,0
Otro	10	2,6
Total	389	100,0

Las dos terceras partes (65,6%) de los entrevistados declaran que su orientación sexual es heterosexual, seguido por los homosexuales (25,7%) y el 8,7% es bisexual (tabla 12).

**TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN ORIENTACIÓN SEXUAL**

<i>Orientación sexual</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Homosexual	100	25,7
Bisexual	34	8,7
Heterosexual	255	65,6
Total	389	100,0

## Prácticas en los últimos 12 meses

En los últimos doce meses, más la mitad (53,5%) de los participantes en el estudio afirman que tienen una pareja estable, la cuarta parte (24,4%) ocasional, un 4,4% ha tenido muchas parejas a la vez y un 17,7% no ha tenido pareja. (tabla 13).

Cuando se analiza el sexo de la pareja sexual que han tenido los participantes, se nota que la mayor frecuencia (57,8%) la tienen los hombres, seguido por las mujeres (35,6%), con menor frecuencia se encuentran los hombres, mujeres y trans (1,3%) (tabla 13).

**TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES, POR TIPO DE PAREJA SEXUAL.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Pareja</i>		
Estable	208	53,5
Ocasional	95	24,4
Muchas parejas a la vez	17	4,4
No ha tenido parejas	69	17,7
Total	389	100,0
<i>Tipo de Pareja</i>		
Hombres	185	57,8
Mujeres	114	35,6
Hombres y Mujeres	16	5,0
Hombres y Trans	1	0,3
Hombres, Mujeres y Trans	4	1,3
Total	320	100,0

El 53,2% de los entrevistados declara que actualmente tiene una pareja sexual y el 46,8% no la tienen (tabla 14).

Cuando se investiga sobre el status serológico de la pareja estable, las dos terceras partes (65,7%) afirman que los dos tienen el mismo resultado de VIH (tabla 14).

**TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA SEXUAL ESTABLE. IE&D – ECUADOR, 2018.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Pareja sexual estable</i>		
Si	207	53,2
No	182	46,8
Total	389	100,0
<i>Serología de la pareja</i>		
Si Tiene VIH	136	65,7
No tiene VIH	71	34,3
Total	207	100.0

Cuando se indaga sobre si se les ha negado atención en los servicios salud el 91% indica que nunca se les ha negado, el 8% afirma que si se les ha negado entre una y más veces, únicamente 4 personas no han utilizado los servicios de salud (tabla 15).

En relación a la negación de los servicios de salud sexual y reproductiva, el 3,6% indican que si les han sido negados, aproximadamente las dos terceras partes (63%) indican que no se les han negado, más de una cuarta parte (29%) no han solicitado el servicio (tabla 15).

**TABLA 15. FRECUENCIA DE LA NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. IE&D – ECUADOR, 2018**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Negación de servicios</i>		
Nunca	354	91,0
Una vez	21	5,4
2-3 veces	8	2,1
4 y más veces	2	0,5
No utiliza los servicios de salud	4	1,0
Total	389	100,0
<i>Negación de servicios SSR</i>		
Si	14	3,6
No	245	63,0
No los ha solicitado	113	29,0
NR	17	4,4
Total	389	100,0

## Servicios de consulta externa no especializados

Cuando se investiga la asistencia de los participantes a un servicio de salud no especializado, se afirma que solo el 18,5% ha asistido al mencionado servicio (tabla 16).

Los servicios de salud no especializados a los que los participantes del estudio han asistido la mayor frecuencia pertenecen al Ministerio de Salud Pública (81,0%), con valores mucho más bajos (8,3% y 6,9%) se reflejan para el sector privado y el IEES en su orden (tabla 16).

**TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN ASISTENCIA A UN SERVICIO DE SALUD NO ESPECIALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Atención de salud</i>		
Si	72	18,5
No	317	81,5
Total	389	100,0
<i>Institución</i>		
MSP	59	81,9
IESS	5	6,9
Privado	6	8,3
Otro	2	2,8
Total	72	18,5

En los servicios no especializados, los participantes percibieron muestras de estigma y discriminación muy fuerte y moderada, fundamentalmente por parte de las auxiliares de enfermería con el 5,6% y 29,2% respectivamente, con menor intensidad de los médicos y enfermeras, con proporciones de 2,8% y 14,6% en su orden, técnicos de laboratorio, rayos X y otros profesionales presentaron si moderada con un 16,7% cada uno, personal de admisión/estadística, de seguridad y otros pacientes tuvieron una discriminación moderada. Un 11% de las trabajadoras sociales y el 11% del personal administrativo también forjaron una discriminación moderada (tabla 17).

**TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA INTENSIDAD DE E&D EJERCIDA POR PERSONAL DE LA CONSULTA EXTERNA DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO ESPECIALIZADOS. IE&D – ECUADOR, 2018**

<i>Recurso Humano</i>	<i>Sí, muy fuerte</i>	<i>Sí, moderada</i>	<i>Ninguna</i>	<i>No sé</i>	<i>No aplica</i>	<i>Total (n= 72)</i>
<b>Médicos(as)</b>	2,8	14,6	31,3	1,4	50	100
Enfermeras(os)	2,1	14,6	31,3	2,1	50	100
Auxiliares de enfermería	5,6	29,2	58,3	5,6	1,4	100
Técnicos de laboratorio/ Rx/ Ecografía	0	16,7	63,9	8,3	11,1	100
Obstetrices	1,4	1,4	34,7	2,8	59,7	100
Trabajadoras/es sociales	0	11,1	63,9	11,1	13,9	100
Consejeras/os	0	15,3	55,6	8,3	20,8	100
Personal de Admisión y Estadística	1,4	12,5	52,8	16,7	16,7	100
Personal administrativo	1,4	11,1	40,3	25	22,2	100
Personal de seguridad	1,4	12,5	29,2	23,6	33,3	100
Personal de limpieza	1,4	8,3	30,6	25	34,7	100
Otros profesionales de la salud	0	16,7	51,4	15,3	16,7	100
Otros usuarios o pacientes	1,4	12,7	60,6	9,9	15,5	100

En relación a la frecuencia y las formas de estigma y discriminación en la consulta externa de los servicios de salud no especializados fueron: entre una y más de 4 veces el 33,3% les atendieron con disgusto, indiferencia o despectivamente, seguidos del 30% que pusieron reparos en atenderle, así mismo el 28,8% opinaron negativamente sobre su vida y prácticas sexuales, un 22,5% mostraron temor al momento de realizarle curaciones, suturas y otros, y un 19,5% evitaron el contacto con su sudor o con su piel, entre las más importantes (tabla 18).



**TABLA 18. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN TIPO Y FRECUENCIA DE E&D EJERCIDA POR EL PERSONAL DE LA CONSULTA EXTERNA DE LOS SERVICIOS NO ESPECIALIZADOS- IE&D – ECUADOR, 2018**

<i>Variable</i>	<i>4 y más veces</i>	<i>2 a 3 veces</i>	<i>Una vez</i>	<i>Nunca</i>	<i>No sabe</i>	<i>Total</i>
Opinaron negativamente sobre su vida y prácticas sexuales	4,2	8,3	15,3	58,3	13,9	100
Le atendieron con disgusto, indiferencia o despectivamente	1,4	6,9	25	66,7	0	100
Evitaron el contacto con su sudor o con su piel	1,4	2,8	15,3	72,2	8,3	100
Mostraron temor al momento de realizarle curaciones, suturas y otros	1,4	1,4	19,7	62	15,5	100
Solicitaron que se desechen los materiales después de haber señalado que utilizaron con usted, argumentando su condición de personas con VIH	4,2	2,8	9,7	54,2	29,2	100
No le dieron cita	0	1,4	13,9	83,3	1,4	100
Pusieron reparos en atenderle	1,4	4,2	25	68,1	1,4	100

En los últimos 12 meses en la consulta externa de servicios de salud no especializado las formas más frecuentes de E&D se relacionaron con ser negado a recibir servicios de salud debido a su estado de VIH, ser aconsejado a no tener relaciones sexuales, debido a su estado de VIH, ser sujeto de chismes o conversaciones negativas, debido a su estado de VIH, con el 27,8% cada una de las categoría enunciadas, con un valor menor se encuentra el evitar el contacto físico debido al estado del VIH con un 19,4% (tabla 19).

**TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES, SEGÚN FORMA DE E&D EN LA CONSULTA EXTERNA DE SERVICIOS DE SALUD NO ESPECIALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES**

<i>Forma de E&amp;D</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
<b>Ser negado a recibir servicios de salud, debido a su estado de VIH</b>	<b>27,8</b>	<b>72,2</b>	<b>100</b>
Ser aconsejado a no tener relaciones sexuales, debido a su estado de VIH	27,8	72,2	100
Ser sujeto de chismes o conversaciones negativas, debido a su estado de VIH	27,8	72,2	100
Recibir abuso verbal debido a su estado de VIH	12,5	87,5	100
Recibir abuso físico debido a su estado de VIH	2,8	97,2	100
Evitar el contacto físico debido al estado del VIH	19,4	80,6	100
Compartir su estado de VIH, sin consentimiento previo	8,3	91,7	100

## Servicios de hospitalización

Del total de los participantes en el estudio el 4.4% fueron hospitalizados por una enfermedad común, oportunista o una ITF. Las unidades en donde fueron hospitalizados los participantes del estudio en un 94,1% pertenecían al MSP y el resto al IESS. Medicina Interna es fundamentalmente el servicio en el que los participantes fueron hospitalizados (64.7%), también se hospitalizaron en servicios como cardiología, nefrología, dermatología y traumatología (tabla 20).

**TABLA 20. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES, SEGÚN VARIABLES RELACIONADAS CON LA HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD COMÚN, OPORTUNISTA O ITS. IE&D – ECUADOR, 2018**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Hospitalización</i>		
Si	17	4,4
No	372	95,6
Total	389	100
<i>Institución</i>		
Esta unidad de salud del MSP	14	82,4
Otra unidad del MSP	2	11,8
Una unidad del IESS	1	5,9
Total	17	100
<i>Servicio</i>		
Medicina Interna	11	64,7
Cardiología	1	5,9
Nefrología	1	5,9
Dermatología	1	5,9
Traumatología	1	5,9
Otro	2	11,8
Total	17	100

Los participantes del estudio, han experimentado muestras de estigma y discriminación muy fuerte y moderada, fundamentalmente de parte de las enfermeras/os (35,3%), moderada de las auxiliares de enfermería y Técnicos de laboratorio/Rx/Ecografía (29,4%) y de otros usuarios o pacientes con un 11,8% (tabla 21).

**TABLA 21. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA INTENSIDAD DE E&D EJERCIDA POR PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**

<b>Recursos Humanos</b>	<b>Sí, muy fuerte</b>	<b>Sí, moderada</b>	<b>Ninguna</b>	<b>No sé</b>	<b>No aplica</b>	<b>Total (n=17)</b>
Médicos(as)	0	5,9	94,1	0	0	100
Enfermeras(os)	5,9	29,4	64,7	0	0	100
Auxiliares de enfermería	0	29,4	52,9	17,6	0	100
Técnicos de laboratorio/Rx/Ecografía	0	29,4	64,7	5,9	0	100
Obstetrices	0	0	23,5	0	76,5	100
Trabajadoras/es sociales	0	0	70,6	5,9	23,5	100
Consejeras/os	0	0	70,6	5,9	23,5	100
Personal de Admisión y Estadística	0	0	70,6	11,8	17,6	100
Personal administrativo	0	0	64,7	5,9	23,5	100
Personal de seguridad	0	0	64,7	5,9	17,6	100
Personal de limpieza	0	0	64,7	5,9	17,6	100
Otros profesionales de la salud	0	0	70,6	5,9	5,9	100
Otros usuarios o pacientes	0	11,8	76,5	5,9	5,9	100

El tipo y frecuencia de E&D ejercida por el personal de los servicios de hospitalización, entre una y más de 4 veces está dado por el 29,4% que le atendieron con disgusto, indiferencia o despectivamente, un 23,5% opinaron negativamente sobre su vida y prácticas sexuales y mostraron temor al momento de realizarle curaciones, suturas, aplicar inyecciones u otros procedimientos (23,5%), entre las más significativas (tabla 22).

**TABLA 22. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN TIPO Y FRECUENCIA DE E&D EJERCIDA POR EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Forma de E&D	4 y más veces	2 a 3	Una vez	Nunca	No sabe	Total (n=17)
Se demoraron más, en atenderlo(a) que al resto de usuarios/pacientes	0	11,8	11,8	76,5	0	100
Realizaron Murmullos, miradas o risas sobre su persona	0	5,9	11,8	70,6	11,8	100
Se le/la culpabilizó, deslegitimó, o calificó por su condición de PVVs	0	0	0	100	0	100
Opinaron negativamente sobre su vida y prácticas sexuales	5,9	0	17,6	76,5	0	100
Le atendieron con disgusto, indiferencia o despectivamente	5,9	5,9	17,6	70,6	0	100
Evitaron el contacto con su sudor o con su piel	23,5	76,5	0	0	0	100
Mostraron temor al momento de realizarle curaciones, suturas, aplicar inyecciones u otros procedimientos	0	0	23,5	70,6	5,9	100
Solicitaron que se desechen los materiales después de haber señalado que utilizaron con usted argumentando su condición de personas con VIH	5,9	0	11,8	64,7	17,6	100
Utilizaron platos desechables	17,6	0	0	76,5	5,9	100
Pusieron reparos en atenderle	5,9	5,9	0	82,4	5,9	100

En relación a las formas de estigma y discriminación en hospitalización de servicios no especializados, las formas con mayor frecuencia fueron: ser sujeto de chismes o conversaciones negativas, debido a su estado de VIH con un 29,45, ser aconsejado a no tener relaciones sexuales, debido a su estado de VIH (23,5%), con un valor menor se encuentra ser negado a recibir servicios de salud debido a su estado de VIH y evitar el contacto físico debido al estado del VIH con un 11,8% para cada alternativa (tabla23).

**TABLA 23. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES, SEGÚN ACCIÓN DE E&D EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES**

<i>Acción de E&amp;D</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Total (n=17)</i>
Ser negado a recibir servicios de salud, debido a su estado de VIH	11,8	88,2	100
Ser aconsejado a no tener relaciones sexuales, debido a su estado de VIH	23,5	76,5	100
Ser sujeto de chismes o conversaciones negativas, debido a su estado de VIH	29,4	70,6	100
Recibir abuso verbal debido a su estado de VIH	5,9	94,1	100
Recibir abuso físico debido a su estado de VIH	0	100	100
Evitar el contacto físico debido al estado del VIH	11,8	88,2	100
Compartir su estado de VIH, sin consentimiento previo	5,9	94,1	100

## Servicios especializados

El 40,5% de los participantes del estudio declaran que asisten al servicio especializado de VIH entre cinco y nueve años, el 33,2% entre uno y cuatro años y un 26,2% diez y más años (tabla 24).

**TABLA 24. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN TIEMPO QUE ASISTE AL SERVICIO ESPECIALIZADO EN VIH**

<i>Tiempo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
1 año	12	3,1
2 -4 años	116	30,1
5-9 años	156	40,5
10 y más años	101	26,2
Total	385	100,0

Los participantes del estudio, percibieron que con mayor intensidad han experimentado muestras de estigma y discriminación en los servicios especializados fundamentalmente de parte del personal de seguridad (9,7%) de las auxiliares de enfermería (8,2%), médicos, enfermeras (6,7% y 6,4%) y otros pacientes o usuarios (6,4%) (tabla 25).

**TABLA 25. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA INTENSIDAD DE E&D EJERCIDA POR PERSONAL DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN VIH**

<i>Recurso humano</i>	<i>Sí, muy fuerte</i>	<i>Sí, moderada</i>	<i>Ninguna</i>	<i>No sé</i>	<i>No aplica</i>	<i>Total (n=389)</i>
Médicos(as)	1	5,7	91	2,1	0,3	100
Enfermeras(os)	1	5,4	91,3	2,3	0	100
Auxiliares de enfermería	0,5	7,7	85,1	4,9	1,8	100
Técnicos de laboratorio/Rx/Ecografía	1	3,9	89,5	4,4	1,3	100
Obstetrices	0,8	0,8	34,2	5,4	58,9	100
Trabajadoras/es sociales	0,3	2,8	91	3,1	2,8	100
Consejeras/os	0	3,6	84,3	2,3	9,8	100
Personal de Admisión y Estadística	0,8	3,3	71,5	16,2	8,2	100
Personal administrativo	0,3	2,1	60,4	22,4	14,9	100
Personal de seguridad	1	8,7	50,6	15,7	23,9	100
Personal limpieza	0,3	1,3	48,6	23,7	26,2	100
Otros profesionales de la salud	0	1,8	81,5	6,2	10,5	100
Otros usuarios o pacientes	0	5,7	78,9	7,2	8,2	100

Según el tipo y frecuencia de E&D ejercida por el personal de los servicios especializados del VIH, se observó que se demoraron más, en atenderlo(a) que al resto de usuarios/pacientes (26,5%) , le atendieron con disgusto, indiferencia o despectivamente (13,5%) , opinaron negativamente sobre su vida y prácticas sexuales (10,7%) , pusieron reparos en atenderle (7,7%) y no le dieron cita (7,2%) (tabla 26).

**TABLA 26. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN TIPO Y FRECUENCIA DE E&D EJERCIDA POR EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN VIH.**

<i>Formas de E&amp;D</i>	<i>4 y más veces</i>	<i>2 a 3</i>	<i>Una vez</i>	<i>Nunca</i>	<i>No sabe</i>	<i>Total</i>
Se demoraron más, en atenderlo(a) que al resto de usuarios/pacientes	1,8	6,7	18	72,5	1	100
Se demoraron más, en atenderlo(a) que al resto de usuarios/pacientes	1	2,6	5,1	83	8,2	100
Se le/la culpabilizó, deslegitimó, o calificó por su condición de persona con VIH	0,8	1,3	2,3	92,3	3,3	100
Opinaron negativamente sobre su vida y prácticas sexuales	1	2,8	6,9	84,6	4,6	100
Le atendieron con disgusto, indiferencia o despectivamente	1,3	2,3	11,1	84,3	1,1	100
Mostraron temor al momento de realizarle curaciones, suturas, aplicar inyecciones u otros procedimientos	1	0,8	2,6	91	4,6	100
Solicitaron que se desechen los materiales después de haber señalado que utilizaron con usted argumentando su condición de personas con VIH	1	2,3	0	74,3	22,4	100
No le dieron cita	0,8	1	5,7	91,5	1	100
Pusieron reparos en atenderle	0,8	1,5	5,4	87,9	4,4	99,2

Más del 90% de los participantes reportaron NO haber sido sujetos de E&D por su condición de VIH, en los servicios especializados, únicamente lo relacionado el “Ser aconsejado a no tener relaciones sexuales, debido a su estado de VIH” no supera esta cifra, pero es muy cercana a ella. (Tabla 27)

**TABLA 27. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES, SEGÚN ACCIÓN DE E&D EN LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN VIH, OCURRIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES**

<i>Formas de E&amp;D</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>Total</i>	
	<i>n.</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
<b>Ser negado a recibir servicios de salud, debido a su estado de VIH</b>	<b>20</b>	<b>5,1</b>	<b>369</b>	<b>94,9</b>	<b>389</b>	<b>100</b>
Ser aconsejado a no tener relaciones sexuales, debido a su estado de VIH	47	12,1	342	87,9	389	100
Ser sujeto de chismes o conversaciones negativas, debido a su estado de VIH	30	7,7	359	92,3	389	100
Recibir abuso verbal debido a su estado de VIH	14	3,6	375	96,4	389	100
Recibir abuso físico debido a su estado de VIH	5	1,3	384	98,7	389	100
Evitar el contacto físico debido al estado del VIH	7	1,8	382	98,2	389	100



Compartir su estado de VIH, sin consentimiento previo	11	2,8	378	97,2	389	100
---	----	-----	-----	------	-----	-----

En relación con el abandono de la atención parcial o total, solo el 12,3% reporto no haber acudido a los controles programados y de ellos solo una persona (2%) menciona no quería venir por el maltrato, como razón para no haber acudido a los controles programados.(Tabla 28)

**TABLA 28. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN NÚMERO CONTROLES MÉDICOS NO CUMPLIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. IE&D – ECUADOR, 2018**

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Número de consultas no cumplidas</i>		
Ninguno	340	87,4
1	26	6,7
2	15	3,9
3	4	1,0
4	2	0,5
5	1	0,3
Sin dato	1	0,3
Total	389	100,0
<i>Motivo para no acudir al control</i>		
No me hacía falta	4	8,2
No tenía tiempo	20	40,8
No tenía dinero	12	24,5
Me siento sano	1	2,0
No quería venir por el maltrato	1	2,0
Otra	11	22,4
Total	49	100,0

## Pruebas de seguimiento

El 98% de los participantes, se han realizado pruebas de seguimiento y de ellas el 85% se ha realizado 2 o más veces pruebas de carga viral y el 94% contajes de CD4. El trato recibido en las instituciones responsables de la realización de estas pruebas fue bueno y muy bueno en el 92,6%; ninguna persona reporto un trato descomedido o malo.

Las razones para no acudir a realizarse pruebas de carga viral y CD4, no están relacionadas con E&D, sino como falta de tiempo y dinero, o por sentirse sano.

Los valores de la carga viral fueron recordados por el 63% de los participantes, 41.8% sabía que su carga viral era indetectable y un 18.7% que se encontraba entre 20 y 1000 copias. Los resultados de las pruebas de CD4 son mejor recordados; el 38.7% reporto cifras superiores a 500 células/ml (Tabla 29).

**TABLA 29. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN VARIABLES RELACIONADAS CON LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO (CV / CD4) EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b><i>Realización de las pruebas de seguimiento</i></b>		
Si	380	97,7
No	9	2,3
Total	389	100
<b><i>Número de pruebas de CV realizadas</i></b>		
1	56	14,7
2	302	79,5
3	16	4,2
4	6	1,6
Total	380	100
<b><i>Número de pruebas de CD4</i></b>		
1	26	6,8
2	331	87,1
3	17	4,5
4	6	1,6
Total	380	100
<b><i>Trato recibido al realizarse las pruebas de seguimiento</i></b>		
Muy bien	176	46,3
Bien	176	46,3
Regular	28	7,4
Total	380	100
<b><i>Razones para no realizarse pruebas de seguimientos</i></b>		
No me hacía falta	2	22,2
No tenía tiempo	2	22,2
No tenía dinero	1	11,1
Me siento sano	1	11,1
Otra	3	33,3
Total	9	100
<b><i>Valor de Carga viral</i></b>		
Menos de 20	159	41,8
20 a 999	71	18,7
1000 – 10000	9	2,4
No Sabe/No recuerda	141	37,1
Total	380	100
<b><i>Valor del CD4</i></b>		
< 100	143	37,6
100 – 199	3	0,8
200 – 349	27	7,1
350 – 499	60	15,8

500 y mas	147	38,7
Total	380	100

## Prueba de VIH

El 30,9% de los participantes indicaron haberse realizado una prueba de VIH en los últimos 4 años, un 39,1% entre 5 y 9 años; la gran mayoría (79,7%) en los servicios del MSP, un 14,4% se servicios privados; una tercera parte indico que la razón de hacerse la prueba es porque fue referido/a debido a sospechas relacionados con el VIH, el 16,7% quería saber de su salud, un 14,1 % el esposo/ esposa/pareja/familiar resultó positivo; respecto de la decisión de hacerse la prueba un 88, 2% manifestó que fue por su propia decisión, yo mismo/a tomé la decisión de hacerme la prueba (y fue voluntaria), un 8,2% se hicieron bajo alguna forma de presión, entre las que mencionan: sí, yo tomé la decisión de hacerme la prueba, pero fue bajo presión de otras personas. No, se me forzó hacerme la prueba de VIH (coerción). No, me hizo la prueba sin mi conocimiento. No, me di cuenta después de que la prueba había sido hecha, (tabla 30).

**TABLA 30. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN VARIABLES RELACIONADAS CON LA PRUEBA DIAGNÓSTICA.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Período</b>		
Menos de 1 año	3	0,8
1 a 4 años	117	30,1
5 a 9 años	152	39,1
10 a 14 años	93	23,9
15 años y más	24	6,2
Total	389	100
<b>Institución que realizó la prueba</b>		
En este servicio	138	35,5
Otro servicio del MSP	172	44,2
Un servicio del IESS	7	1,8
Privado	56	14,4
Otro	16	4,1
Total	389	100
<b>Razones para realizarse la prueba</b>		
Por razones de empleo	38	9,8
Por embarazo	43	11,1
En preparación para el matrimonio/relación sexual	2	0,5
Referido/a por una clínica de ITS	17	4,4
Referido/a debido sospechosos relacionados con el VIH	129	33,2
Esposo/esposa/pareja/familiar resultó positivo	55	14,1
Enfermedad o muerte de mi pareja / familia	23	5,9
Simplemente quería saber sobre mi salud	65	16,7
Otro	17	4,4
Total	389	100
<b>Autonomía</b>		
Sí, yo mismo/a tomé la decisión de hacerme la prueba (y fue voluntaria)	343	88,2
Sí, yo tomé la decisión de hacerme la prueba, pero fue bajo presión de otras personas	19	4,9
Sí, en campañas	1	0,3
No, se me forzó a hacerme la prueba de VIH (coerción)	4	1
No, se me hizo la prueba sin mi conocimiento	3	0,8
No, me di cuenta después de que la prueba había sido hecha	6	1,5
Otra	9	2,3
NS/NR	4	1
Total	389	100

Un 77,1% de los entrevistados indicaron haber recibido consejería tanto pre y post prueba de VIH, en cambio un 16,7% dijeron no haber recibido. Asimismo el 76,6% expresaron que los resultados de la primera prueba le entregaron de manera adecuada, amable, cálida y cercana, en tanto que el 13,4% y 7,7% opinaron que fue de forma indiferente e inadecuada respectivamente (tabla 31).

**TABLA 31. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN VARIABLES RELACIONADAS CON LA CONSEJERÍA PRE Y POST PRUEBA DE VIH**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Consejería</i>		
Recibí consejería tanto pre y post prueba de VIH	300	77,1
Solamente recibí consejería pre prueba de VIH	10	2,6
Solamente recibí consejería post prueba de VIH	11	2,8
No recibí consejería cuando me hice la prueba de VIH	65	16,7
NS/NR	3	0,8
Total	389	100
<i>Percepción de la práctica</i>		
Adecuada (amable, cálida, cercana)	298	76,6
Indiferente (despersonalizada, sin contacto visual, fría)	52	13,4
Inadecuada (ruda, irrespetuosa, invasiva, irónica)	30	7,7
Otra	4	1
NS/ NR	5	1,3
Total	389	100

Respecto a la referencia y contra-referencia a los servicios de salud, una vez, que ya obtuvo el diagnóstico, se encontró que un 78,1% fue referido a un hospital del MSP de la misma ciudad, un 9% se fueron a un hospital de otra ciudad, el 6,9% de participantes prefirieron quedarse en la misma unidad donde se hicieron la prueba; al averiguar quien decidió el lugar de la referencia un 65,3% de entrevistados señalaron que fue el personal de salud, el 23,1% decidieron ellos mismo; las razones por las que se realizaron las transferencias en orden de frecuencia son cercanía a su hogar con un 41,1%, deseo ocultar su condición a la población en donde vive el 17,2% prestigio del médico o de la unidad de salud a que solicito la transferencia un 14,7% (tabla 32).

**TABLA 32. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN UNIDAD DE SALUD DE REFERENCIA LUEGO DEL DIAGNÓSTICO.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Unidad de salud de referencia</i>		
Hospital del MSP de esta ciudad	304	78,1
Hospital del MSP de otra ciudad	35	9
En un hospital del IESS de esta ciudad	7	1,8
En un hospital del IESS de otra ciudad	1	0,3
A un servicio privado	4	1
Continúo en este mismo hospital	27	6,9
No le refirieron y/o no acudió a ninguna unidad especializada	2	0,5
Otro	9	2,3
Total	389	100
<i>Persona que realizo la referencia</i>		
El personal de salud	254	65,3
Usted	90	23,1
Un familiar	12	3,1
Otro	33	8,5
Total	389	100
<i>Razón de la referencia</i>		
Cercanía a su hogar	160	41,1
Deseo de ocultar su condición a la población en donde vive	67	17,2
Insistencia de la familia	3	0,8
Prestigio del médico o la unidad de salud a que solicito transferencia	57	14,7
No le consultaron	15	3,9
En ese hospital había turno	34	8,7
Otro	47	12,1
NS/NR	6	1,5
Total	389	100

## Confidencialidad

Cuando de analizó acerca de la ruptura de la confidencialidad, encontramos apenas un 2,3% de participantes dijeron que si, un 25,4% no estaban seguros de ese hecho y un 72,2% se manifestó categóricamente que no. Al averiguar qué tan confiables consideran que son los registros médicos relacionados con su condición de VIH, categóricamente un 7,2% declara estoy convencido/a de que mis registros médicos no se mantienen en forma confidencial, el 39,8% manifestó no se si mis registros médicos son confidenciales, más de la mitad (52,4%) se pronunciaron estoy seguro/a que mis registros médicos se mantendrán completamente confidenciales (tabla 33).

**TABLA 33. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN RUPTURA DE CONFIDENCIALIDAD.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Ruptura de confidencialidad</i>		
Si	9	2,3
No	281	72,2
No estoy seguro	99	25,4
Total	389	100
<i>Percepción</i>		
Estoy seguro/a que mis registros médicos se mantendrán completamente confidenciales	204	52,4
No sé si mis registros médicos son confidenciales	155	39,8
Estoy convencido/a de que mis registros médicos no se mantienen en forma confidencial	28	7,2
Otra	2	0,5
Total	389	100

Las reacciones de las personas del equipo de salud, cuando se enteran por primera vez, sobre la condición de VIH positivo, son muy negativas y negativas para un 6,9% del personal encargado de la limpieza, 3,8% el personal de auxiliares de enfermería. Las enfermeras y los médicos tuvieron este comportamiento negativo en un 3,4% cada uno.

Reacciones bien neutrales se encontraron en el personal de admisión/estadística (37,5%), técnicos de laboratorio, rayos X (36,5%), auxiliares de enfermería (30,1%) entre las más importantes.

El 73,3% de las trabajadoras sociales tuvieron reacciones solidarias y muy solidarias, seguidas del 70,7% de los consejeros, los médicos y las enfermeras también presentaron proporciones del 68,9% y 67,1% respectivamente (tabla 34).

**TABLA N°34. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN REACCIONES DEL PERSONAL FRENTE AL CONOCIMIENTO DE QUE ATIENDE A UNA PERSONA CON VIH.**

<b>Recurso Humano</b>	<b>Muy negativa</b>	<b>Negativa</b>	<b>Bien neutral</b>	<b>Solidaria</b>	<b>Muy solidaria</b>	<b>No tiene contacto</b>	<b>Total n=389</b>
Médicos(as)	1,5	1,8	27,5	63,2	5,7	0,3	100
Enfermeras(os)	0,8	2,6	28,8	62	5,1	0,8	100
Auxiliares de enfermería	0,5	3,3	30,1	60,4	3,6	2,1	100
Técnicos de laboratorio/Rx/Ecografía	1	1,5	36,5	55,3	3,3	2,3	100
Obstétricas	0,8	0,3	8,2	25,4	3,1	62,2	100
Trabajadoras/es sociales	0,5	1,3	22,9	67,1	6,7	1,5	100
Consejeras/os	0,3	2,1	17,7	65,8	4,9	9,3	100
Personal de Admisión y Estadística	0,8	0,5	37,5	46,5	3,9	10,8	100
Personal administrativo	0,3	1	24,2	42,2	2,8	29,6	100
Personal de seguridad	0,3	1	24,2	42,2	2,8	29,6	100
Personal limpieza	0,5	6,4	17,2	30,6	2,8	42,4	100
Otros profesionales de la salud	0	0,5	12,1	32,6	3,1	51,7	100
Otros usuarios o pacientes	0,3	2,1	20,3	56,6	11,6	9,3	100

**TABLA 35. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN RUPTURA DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PERSONAL DE SALUD CON MIEMBROS DE LA COMUNIDAD.**

<b>Ruptura de la confidencialidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	13	3,3
No	357	91,8
NS/NR	19	4,9
Total	389	100,0

## TRATAMIENTO

En términos generales el 92,2% de los participantes revelan tener buena y muy buena salud. Un 97,2% está tomando ARV. Las razones para no tomar ARV para más de la mitad de participantes (54,5%) es porque no le han recetado, el 18,2% está en lista de espera, un 9,1% indica que le han puesto muchas trabas. El 12,6% indica que actualmente toma medicamentos para enfermedades oportunistas; el 42,7% manifiesta que cree que si están disponibles medicamentos para tratar



enfermedades oportunistas. Un 3,6% señala que en alguna oportunidad se le ha negado el acceso a medicamentos por ser PVVs (tabla 36).

**TABLA 34. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Estado de salud</i>		
Muy buena	184	47,3
Buena	173	44,5
Regular	28	7,2
Mala	4	1
Total	389	100
<i>Tratamiento ARV</i>		
Si	378	97,2
No	11	2,8
Total	389	100
<i>Razones para no utilizar ARV</i>		
Está en lista de espera	2	18,2
No me los han recetado	6	54,5
Han puesto muchas trabas para dármelos	1	9,1
Tengo miedo	1	9,1
Otra	1	9,1
Total	11	100
<i>Uso de medicación para enfermedades oportunistas</i>		
Si	49	12,6
No	340	87,4
Total	389	100
<i>Disponibilidad de medicamentos para enfermedades oportunista</i>		
Si	166	42,7
No	33	8,5
No sabe	141	36,2
Total	340	87,4
<i>Negaron medicamentos</i>		
Si	14	3,6
No	375	96,4
Total	389	100

En los últimos 12 meses el 61,7% ha tenido una conversación sobre la evolución de su salud, el 60,9% ha mantenido conversaciones sobre relaciones sexuales, un 52,4% de los entrevistados indican haber

tenido alguna conversación con el personal de salud sobre opciones de tratamiento, entre las más representadas (tabla 37).

**TABLA 37. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN ANTECEDENTES DE CONVERSACIÓN CON PERSONAL DE SALUD, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.**

<b>Servicio /insumos</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Opciones de tratamiento	204	52,4	185	47,6	389	100
Salud sexual	189	48,6	200	51,4	389	100
Salud reproductiva	166	42,7	223	57,3	389	100
Relación(es) sexual(es)	237	60,9	152	39,1	389	100
Bienestar emocional	168	43,2	221	56,8	389	100
Uso de drogas	55	14,1	334	85,9	389	100
Evolución de su salud	240	61,7	149	38,3	389	100
No ha conversado	303	77,9	86	22,1	389	100

La información brindada por el personal de salud sobre los temas conversados fue suficiente para el 60,2% de participantes (tabla 38).

**TABLA 38. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE SALUD**

<b>Suficiencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Suficiente	234	60,2
Insuficiente	63	16,2
NR	6	1,5
Total	303	77,9
No Aplica	86	22,1
<b>TOTAL</b>	<b>389</b>	<b>100,0</b>

Respecto a la percepción de E&D relacionadas con el derecho a conocer su estado de salud, se observa que a un 14,9% le han negado copia de los resultados de sus pruebas, diagnóstico o de su historia clínica, un 13,9% ha sido impedido de dar su opinión respecto de su estado de salud (tabla 39).

**TABLA 39. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN PERCEPCIÓN DE LAS SIGUIENTES FORMAS DE E&D RELACIONADAS CON EL DERECHO A CONOCER SU ESTADO DE SALUD.**

<i>Acción</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Le han impedido dar su opinión respecto a su estado de salud	54	13,9	335	86,1	389	100,0
Le han negado información sobre su estado de salud y su evolución	20	5,1	369	94,9	389	100,0
Le han negado copia de los resultados de las pruebas, diagnósticos o de la historia clínica	58	14,9	331	85,1	389	100,0

Apenas un 10% de entrevistados indica pertenecer a algún grupo de autoayuda (tabla 40).

**TABLA 40. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE AUTOAYUDA**

<i>Participa</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	39	10,0
No	350	90,0
Total	389	100,0

## SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El 39,1% de entrevistados ha recibido consejería sobre las opciones reproductivas, a partir de que se le diagnóstico que era VIH positivo/a, un 78,9% indica que la información recibida por el personal de salud fue suficiente (tabla 41).

**TABLA 41. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN RECIBIÓ CONSEJERÍA SOBRE SUS OPCIONES REPRODUCTIVAS, A PARTIR DE QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DE VIH**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Consejería</i>		
Si	152	39,1
No	214	55
NS/NR	23	5,9
Total	389	100
<i>Información</i>		
Suficiente	120	78,9
Insuficiente	31	20,4
NR	1	0,7
Total	152	100

El 11,3% de participantes en el estudio manifiesta que alguna vez el personal de salud le aconsejó a no tener hijos luego de que le diagnosticaron VIH, seguida del 5,9% que indicó tener la posibilidad de que le den tratamiento ARV si usa ciertas formas de anticoncepción. Tan sólo un 3,1% de los profesionales obligó a esterilizarse por su condición de VIH positivo (tabla 42).

**TABLA 42. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN ACCIONES DE E&D INDUCIDAS POR EL PERSONAL DE SALUD**

<i>Acciones de E&amp;D</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>NS/NR</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Alguna vez una/un profesional de la salud le ha aconsejado no tener hijos, a partir de que se le diagnosticó que era VIH positivo/a	44	11,3	336	86,4	9	2,3	389	100,0
Alguna vez una/un profesional de la salud le ha obligado a esterilizarse. (ligadura/mujer, vasectomía/hombre) por su condición de persona con VIH	12	3,1	368	94,6	9	2,3	389	100,0
La posibilidad de que le den tratamiento antirretroviral, está condicionada a que use ciertas formas de anticoncepción	23	5,9	329	84,6	37	9,5	389	100,0

## Salud sexual y reproductiva en mujeres

Apenas dos embarazadas no tuvieron acceso a tratamiento ARV cuando estaban embarazadas, un 5,9% no conocían sobre la existencia del tratamiento; el 82,2% de las entrevistadas señaló que en su último embarazo le dieron información como parte del programa para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. Un 11% de las entrevistadas que ya se atendieron su parto manifestaron que la atención fue inadecuada (tabla 43).

**TABLA 43. DISTRIBUCIÓN DE LAS PARTICIPANTES SEGÚN USO DE ARV EN EL ÚLTIMO EMBARAZO PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Tratamiento</i>		
Si, yo he recibido ese tratamiento	46	39
No, no sabía que ese tratamiento existiera	7	5,9
No, no tuve acceso a este tipo de tratamiento	2	1,7
No, yo no era VIH positiva cuando estaba embarazada	63	53,4
Total	118	100
<i>Información</i>		
Si	97	82,2
No	21	17,8
Total	118	100
<i>Calificación de la atención</i>		
Adecuada	105	89
Inadecuada	13	11
Total	118	100

## Hijos con VIH

Únicamente el 2,3% de los entrevistados tienen un hijo/a que vive con VIH; un 33,3% tienen hijos de 15 años. El 66,7% de los hijos/as cuando tenían 6 meses recibieron leche maternizada, un 22,2% indican que se les negó este tipo de leche; el 100% de hijos/as que viven con VIH siempre han tenido acceso a ARV y en los últimos 12 meses si lo han recibido, igualmente tienen acceso a medicamentos para tratar enfermedades oportunistas, nunca le han negado nada (tabla 44).

**TABLA 44. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN TENGAN HIJOS/AS QUE VIVAN CON EL VIH**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Hijos vivos</i>		
Si	9	2,3
No	380	97,7
Total	389	100
<i>Edad en años</i>		
5	1	11,1
7	1	11,1
8	1	11,1
11	1	11,1
14	1	11,1
15	3	33,3
17	1	11,1
Total	9	100
<i>Recibe sucedáneos de la LM</i>		
Si	6	66,7
No	3	33,3
Total	9	100
<i>Negación de sucedáneos de LM</i>		
Sí	2	22,2
No	6	66,7
No recuerda/no sabe	1	11,2
Total	9	100
<i>Acceso a ARV</i>		
Si	9	100
No	0	0
Total	9	100
<i>Le negaron ARV</i>		
Nunca	9	100
Total	9	100
<i>Acceso a medicamentos para infecciones oportunistas</i>		
Si	9	100
Total	9	100

## REDES DE APOYO

El 7,7% de los participantes manifiestan que en alguna ocasión han realizado algún reclamo o denuncia contra el personal que trabaja en la unidad de salud, por maltrato del personal de salud (36,7%), se demoraron en la atención (16,7%), maltrato del personal administrativo (10%), no le dieron tratamiento y le negaron la atención (6,7% cada uno) y un 3,3% por no atenderle a su hijo/a; la denuncia la realizó en la dirección/gerencia de la misma unidad (76,7%), a las autoridades del MSP (6,7%); ella sola hizo la denuncia (63,3%), al 20% les apoyaron las organizaciones de PVVs; al 55,2% les solucionaron su reclamo, en cambio al 37,9% no les dieron solución alguna. Apenas el 21,9% de participantes conocen alguna organización que trabaje por los derechos de los PVVs.

**TABLA 45. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN, REALIZACIÓN DE ALGÚN RECLAMO O DENUNCIA CONTRA EL PERSONAL QUE TRABAJA EN LA UNIDAD DE SALUD**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Reclamo</i>		
Si	30	7,7
No	359	92,3
Total	389	100
<i>Respuesta</i>		
No le dieron tratamiento	2	6,7
Le negaron la atención	2	6,7
Se demoraron en la atención	5	16,7
No le atendieron a su hijo/a	1	3,3
Maltrato por personal de salud	11	36,7
Maltrato por personal administrativo	3	10
Otro	6	20
Total	30	100
<i>Lugar de la denuncia</i>		
En la dirección/gerencia del Hospital	23	76,7
Autoridades del Ministerio de salud	2	6,7
Otro	4	13,3
NR	1	3,3
Total	30	100
<i>Personal que brindo apoyo</i>		
Personal de Salud	4	13,3
Familiar	1	3,3
Las organizaciones de PVVs	6	20
Lo hizo sola	19	63,3
Total	30	100
<i>Resultado de la denuncia</i>		
Le solucionaron su reclamo	17	55,2
No le dieron una solución	11	37,9
NS/NR	2	6,9
Total	30	100
<i>Conoce a ONG para apoyo a la denuncia</i>		
Si	85	21,9
No	304	78,1
Total	389	100







# COMPONENTE CUALITATIVO



# METODOLOGÍA

Con el fin de profundizar en los hallazgos cuantitativos, se realizaron entrevistas a profundidad, en Quito, Guayaquil, Manabí y Cuenca, por ser provincias culturalmente diferentes entre sí.

La estrategia de convocatoria y reclutamiento de los entrevistados se desarrolló a través de las zonas de salud y de la red pública de servicios de salud.

Se realizaron 2 grupos focales y 8 entrevistas, utilizando para el efecto con una guía de preguntas (Anexo 3) que recopile datos que profundicen los hallazgos del componente cuantitativo. Se utilizaron preguntas abiertas para obtener detalles, este tipo de preguntas permiten a los informantes responder desde su propio marco de referencia lo que les permite mayor libertad de expresión.

En todos los casos la participación de las personas entrevistadas fue voluntaria y se han mantenido los criterios de privacidad y confidencialidad de la información. Para garantizarla se elaboró un documento de consentimiento informado especificando los objetivos del proyecto, beneficios y posibles perjuicios, el cual fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Internacional del Ecuador y firmado por cada uno de los entrevistados. (Anexo 4)

Al inicio se explicó a los participantes el objetivo de la investigación, las condiciones de participación y se gestionó el consentimiento informado. Cada una de las fueron grabados en su totalidad con el consentimiento de los participantes; posteriormente se realizó la transcripción de todas las grabaciones.

Para el procesamiento y análisis de la información se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Análisis de cada entrevista, que incluye una lectura general y en profundidad del discurso de cada entrevista, la identificación de asociaciones y recurrencias, y la selección de segmentos representativos o excepcionales.
2. Análisis transversal o inter-entrevistas, comparando los datos obtenidos mediante una lectura horizontal de los tópicos relevados. Se evaluaron las diversas temáticas hasta alcanzar la saturación de los datos.
3. Re-lectura crítica del discurso para análisis de los procesos que ocurren en las interacciones sociales.

Los resultados cualitativos, se triangularán con los resultados cuantitativos a fin de mejorar la calidad del análisis y contrarrestar las limitaciones de los distintos métodos, integrando la información obtenida en la elaboración de las conclusiones.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Cumpliendo con las normas éticas establecidas por Comité de Bioética para Investigación en Seres Humanos, para el desarrollo de investigaciones bajo su auspicio, el diseño de estudio correspondiente a esta investigación fue revisado y aprobado el 28 de marzo del 2018 (Anexo No.4).

Como parte de los requisitos éticos de este estudio, se solicitó consentimiento informado (Anexo No. 2) a todos los participantes, el documento fue leído al informante y firmado por el participante. Una copia les fue entregada a los participantes que lo solicitaron.

## RESULTADOS

Participaron 20 personas (hombres y mujeres) (2 grupos focales y 8 entrevistas) de las ciudades de Quito, Cuenca y Manabí, cuyas edades fluctuaban entre los 20 y los 40 años. Todos ellos eran atendidos en las Unidades de atención integral del MSP.

La instrucción de los entrevistados fue variada, la mayoría había cursado estudios secundarios, algunos universitarios y una de ellas solo tenía primaria –

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 3 meses a 6 años. Durante este tiempo ha sido atendido en la misma unidad de salud

### la prueba de VIH

Las razones para la realización de la prueba, estuvieron relacionadas con:

- Síntomas y signos que demandaron la atención médica. En la mayoría de los casos no se habían realizado la prueba de VIH con anterioridad.

---

*Nada simplemente que me dolía la cabeza y vine al Hospital y eso y aquí me atendieron y me dieron el diagnóstico*

---

- El embarazo y la normativa de ofrecer la prueba a todas las embarazadas

---

*“Bueno, como ahora dicen, cuando se está embarazada hay que hacerse la prueba esa, y, ahí salió que estaba con VIH positiva*

---

- Interés de conocer su estatus serológico frente a prácticas de riesgo o diagnóstico de la pareja

---

*“Yo tuve varias veces relaciones sin protección por eso me motivé hacerme la prueba, solicite hacerme la prueba voluntariamente”*

*“En mi caso sí, a mi pareja le salió reactivo y a mí casi me tuvieron dos años me salía no reactivo y a los dos años me vino a salir a mí”*

---

- Inicio de una nueva relación de pareja

En la mayoría de los casos las pruebas de VIH se realizaron en unidades de salud del MSP.

---

*“Porque, (la prueba en la unidad del MSP) sobre todo es un poco más económico y la Doctora me inspiraba confianza. No me gusta, como el otro dice, andar divulgando mis cosas al uno y al otro”*

*“Una de las razones es porque hay la cantidad de retrovirales, exámenes de seguimiento, aunque a veces en su totalidad no hay todos los exámenes que uno requiere, tiene que acudir particularmente, pero la mayoría de cosas tiene el Ministerio, entonces, hay que aprovechar eso porque particularmente comprar todo eso, imagínese; por eso el Ministerio de Salud como sea,”*

---

Con pocas excepciones, las pruebas de VIH se habían realizado por varias ocasiones previas, especialmente entre aquellos que reconocen sus prácticas de riesgo.

---

*Si se hizo otras pruebas antes en clínicas particulares, al frente del Hospital, un año atrás y salían negativas. Se hizo por la vida que llevaba que “era bastante promiscua”. Fue por iniciativa propia.*

---

## Consentimiento informado

En muchos de los casos se firmó un consentimiento informado. Al indagarse sobre la pertinencia de eliminarlo, pero manteniendo el proceso de información.

Un grupo importante de participantes manifiestan que se le hizo la prueba sin que haya firmado el consentimiento informado, solo con la orden médica. Pocas personas manifiestan que se le practicó la prueba de VIH sin su consentimiento y por razones laborales o educativas

---

*Así como le digo, a mí es que me hicieron la prueba pero sin mi consentimiento, yo estaba en una cooperativa y me hicieron por parte de mi jefe, nunca me tomaron el consentimiento a mí.*

*“Sin el consentimiento, porque yo le pregunté a mi primo y dice me voy a hacer unos exámenes, y quien te manda a hacer, en la universidad dice para poder matricularme, que te mandan a hacer, no se solo me van a sacar sangre y nada más”*

---

Con frecuencia se manifiesta que se eliminaría una barrera que impide la solicitud de la prueba de manera libre y voluntaria, pues lo ligan al pedido médico.

---

*“Si hay que firmar una orden”*

*“Yo creo que sería mejor ¿no? (retirar la firma del consentimiento informado), porque cualquiera nos podemos hacer el examen, osea lo que usted me dijo cualquiera sin autorización de nadie solo queda en la persona y la persona que le atiende nada mas ese es mi pensamiento”*

*“Como que fuera mejor, porque a uno ese consentimiento, uno como que lo siente mas presionado mas atado”*

---

---

*“Es algo bueno porque cualquiera puede saber no le hallo sentido firmar un consentimiento es un derecho saber y considero que no es necesario firmar un consentimiento para que le hagan la prueba”*

---

## Vinculación

Respecto a la vinculación de la persona una vez diagnosticada, está ha sido automática cuando el diagnóstico se realizó en la misma unidad de salud, como es el caso de las personas acudieron con sintomatología

En el caso de las embarazadas, el periodo para la vinculación con una UAI oscila entre 48 horas. En este caso la motivación está determinada por el interés de la madre en la salud de su hijo.

---

*“ Unos días, 48 horas porque me llamaron por teléfono y me hicieron bajar al Centro de Salud y ahí la trabajadora social de ahí me dijo el resultado y todo lo demás y bueno claro que en ese momento sentí que todo el mundo se me venía encima pero mi preocupación en si no era yo sino como estaba embarazada era la bebe en el embarazo como iba a seguir procesando” ...  
“actuaron como se puede decir tanto ellos como yo actuaron rápido, para recibir el tratamiento adecuado sobre todo para la niña y para mi*

---

En algunos casos este periodo de tiempo entre el diagnóstico y la vinculación con las unidades de atención varía entre 15 días y 2 meses, porque este tiempo fue utilizado para la confirmación del diagnóstico.

## Adherencia

En relación con la adherencia esta es buena en la mayoría de los casos y han alcanzado tanto una respuesta clínica como inmunológica y virológica al tratamiento.

La confianza en el servicio, así como la cercanía al lugar de trabajo o vivienda, la celeridad en la atención son razones para mantenerse adherente y no desear cambiarse de unidad de salud.



---

*“No (ha faltado a sus citas) que yo sepa; no, ahí estoy al pie”.*

*“Es accesible cerca al Centro, a donde vive y trabaja. Le atienden rápido”.*

---

## Acciones discriminatorias

La mayoría de los entrevistados no mencionan quejas relacionadas con la atención del persona de salud que labora en las UAI, generalmente manifiestan que la atención es de calidad.

---

*“No recuerdo que tiempo estuve de ahí ya me atendió directamente el doctor (nombre) y las enfermeras de acá; una excelente atención por lo general super buena”,*

*“Me gusta la atención de aquí”*

*“No (se cabiaría de servicio u hospital), porque ya estoy acostumbrada a los Doctores a la Licenciada, y no, no, no”.*

*“No (se cabiaría de servicio u hospital) porque aquí me agrada la atención que hay, porque me gusta la forma de atender del Psicólogo de la doctora el médico tratante son super profesionales2*

---

La mayoría de los entrevistados no reportan ruptura de la confidencialidad, maltrato u otra forma de discriminación por su condición de PVV, en la mayoría de los casos.

Pocos manifestó inconformidad por la manera en que se enero de su seropositividad, por lo que cambiaron de unidad de salud.

Otro participante manifestó que una sola vez una enfermera se negó a atenderle, lo que atribuye a un posible conocimiento de su seropositividad.

---

*“No, (ha sabido sobre casos de ruptura de la confidencialidad) lo confidencial es lo confidencial y punto”*

---

---

*“Me cambie por la situación que pase el Dr. Salió gritando mi nombre y me sentí incomodo ya no quise volver... se supone que solo yo quería saber y ya todos se enteraron los que estaban ahí en la sala”*

*“una vez, que fue ingresado por emergencia, una enfermera se abstuvo (no indica cómo), supo que él era un paciente crónico”*

---

Las situaciones discriminatorias, surgen en otras unidades de salud con profesionales como odontologos, quienes se niegan a atender a personas con VIH. Sin embargo en estas mismas unidades de salud las autoridades corrigen la situacion.

---

*“Una vez si en el centro de salud donde me hago atender la odontóloga le pedí de favor que si me podía revisar los dientes y rotundamente me dio un NO sin ni siquiera preguntarme ni porque motivo ni razón simplemente que no podía que no podía y que no podía. Esa fue la primera vez y de ahí no he ido sinceramente como que ya no me nació y ya no fui, mas que (a pesar que) la Dra. c me dice, ella (odontologa) tiene todo el derecho y la obligación de atender al paciente sea lo que sea y tenga lo que tenga, porque muy bien sabe María lo que usted tiene y ellos no tienen que hacerle a usted a un lado”*

---

Las razones para esta falta de atención, según los entrevistados, se deben a la falta de conocimientos que ocasiona temor.

---

*“A lo mejor porque ella no como en si no estaba enterada en lo que yo tenia a lo mejor no sabia y se asusto digo yo no sé*

---

En algunos lugares la atención de las personas con VH no es integral, no existen servicios de prevención, tales como consejería, entrega de condones, entre otros.

También por situaciones administrativas que incluye la rotación de los profesionales se afecta la calidad de atención de todos los usuarios, incluyendo las personas con VIH.

Algunos entrevistados manifiestan que con la población Trans, posiblemente si existan situaciones de estigma y discriminación.

## Organizaciones como redes de apoyo

Pocos participantes conocen sobre la existencia de organizaciones que apoyen la defensa de los derechos en los servicios de salud.

---

*“Organización solamente yo me acuerdo que la Coalición será porque el Manuelito sabe estar por aquí que hay una organización y que ayudan a las personas con VIH de ahí otro grupo no”*

---

La participación en estas organizaciones no es de interés de los participantes, quienes además no conocen su ubicación.

Consideran que estas organizaciones deberían:

- Proveer información sobre VIH y su evolución.
- Realizar talleres que facilite la recreación de las PVV (pocas personas solicitan)
- Ayuda mutua
- Servicios de psicología y salud

---

*“porque no sé por dónde queda sobre todo un día me invitaron a un taller y nunca llegue porque no sabía por donde era”*

*“Ayudar tratar de informarnos más sobre todas las enfermedades que nos pueden atacar a uno y tratar de informarnos más sobre todo lo que uno tiene”*

*“Hay bastantes personas sin trabajo incluyéndome yo que sería más bien útil recrearnos un poco más”*

*“Debe haber compañerismo que es lo fundamental, ayuda mutua que todos se autoayuden y que todos se ayuden a convivir, compañerismo en que todos puedan conversar sobre esos temas y así”*

---

Algunos de los participantes manifiestan que las personas con VIH no tienen que ser diferentes a las personas que no tienen la infección y que no requieren del apoyo que no sea de la familia.

---

*“Que tenemos que ser personas normales como todas, no por el hecho de tener el VIH ósea somos diferentes, o somos extraños o algo parecido”*

*“Ninguna porque las personas ósea mi familia que saben me dicen nada, es cosa que ya está y punto ósea ningún tipo de discriminación”*

---





# ANEXOS

