

# Situación de la Salud Sexual y Reproductiva, VIH/Sida y Violencia Intrafamiliar en la provincia de Sucumbíos, Ecuador

Plan Provincial de Respuesta al VIH/Sida de Sucumbíos  
Programa Conjunto del Sistema de Naciones Unidas de respuesta  
al VIH/Sida en la provincia de Sucumbíos

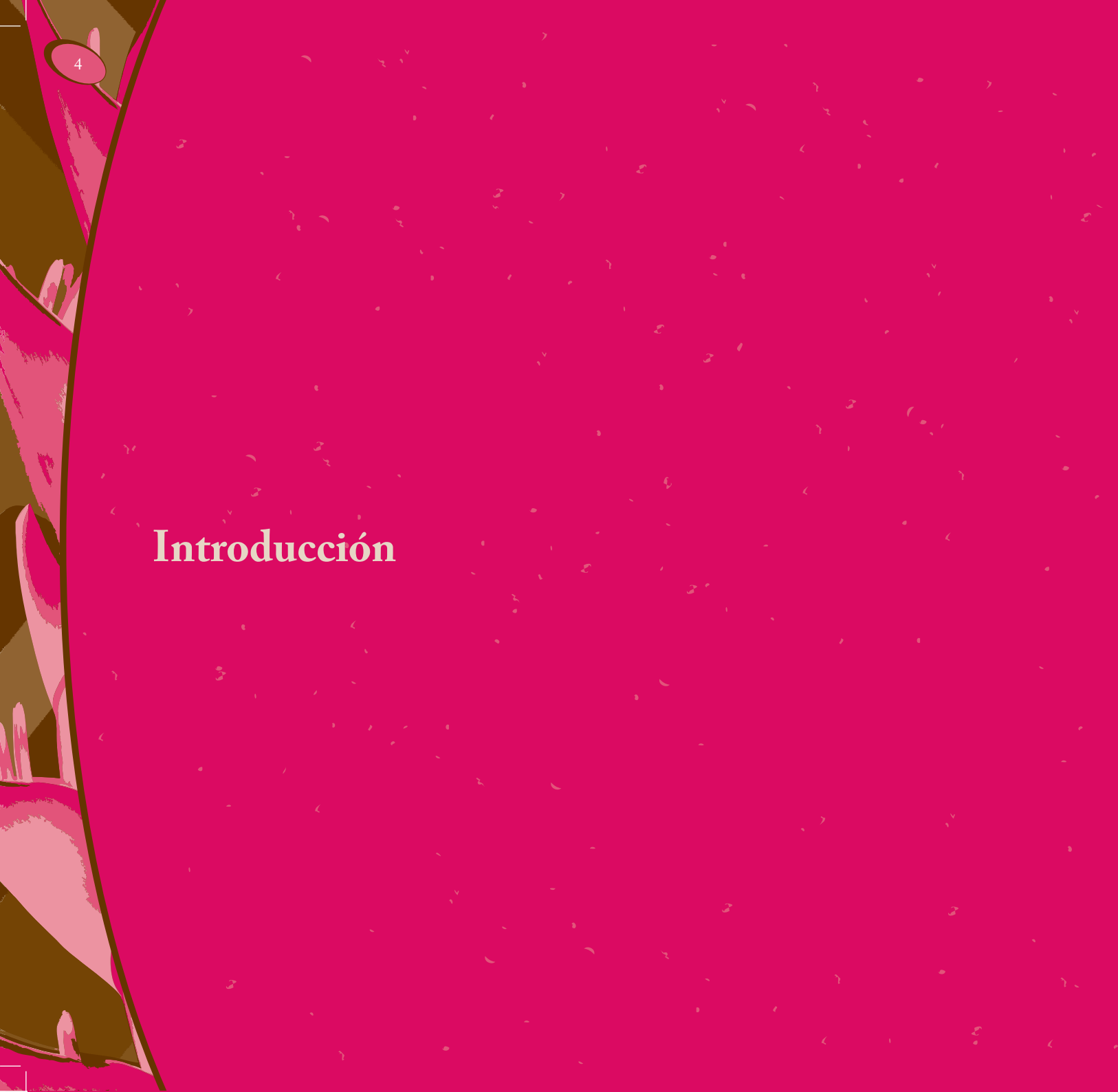


# Índice General

1. Introducción.....	4
2. Contexto.....	9
2.1. VIH y Sida en el Ecuador y en la provincia de Sucumbíos.....	11
2.2. Zona de frontera y conflicto colombiano .....	14
2.3. Políticas de VIH y Sida en el Ecuador y en la provincia de Sucumbíos.....	18
3. Metodología.....	22
3.1. Diseño de muestras de hogares para hombres, mujeres, y adolescentes y jóvenes.....	25
4. Resultados del Estudio.....	28
4.1. Encuesta a hombres y mujeres en general, adolescentes y jóvenes.....	29
4.1.1. Características de los hombres y mujeres en general encuestadas y encuestados.....	29
4.1.2. Características de los adolescentes y jóvenes encuestadas y encuestados .....	31
4.1.3. Salud sexual y reproductiva.....	33
4.1.4. Violencia intrafamiliar .....	35
4.1.5. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el VIH-Sida.....	53
4.1.6. Atención de salud.....	63
4.2. Estudio de caso: salud sexual en las trabajadoras sexuales de Sucumbíos.....	66
4.3. Capacidad de los servicios para atender las demandas del VIH-Sida.....	75
4.3.1. Red de servicios de Salud en la provincia de Sucumbíos.....	75
4.3.2. Resultados de la encuesta en establecimientos de Salud.....	77
5. Conclusiones.....	93
6. Recomendaciones.....	97
ANEXOS.....	101
<i>Anexo 1. Propuesta para el Fortalecimiento del Plan Provincial Interinstitucional de Prevención de VIH y Sida en la provincia de Sucumbíos</i>	
<i>Anexo 2. Sistema de monitoreo para el Plan Provincial Interinstitucional de Prevención de VIH y Sida en la provincia de Sucumbíos</i>	
<i>Anexo 3. Tamaño de la muestra: Distribución de la población y encuestas por cantón y sexo.</i>	
<i>Anexo 4. Temas de investigación incorporadas en los diversos instrumentos de estudio</i>	



# Introducción



Aún cuando han transcurrido 25 años desde que el VIH se expandió en el mundo, persiste aun, una fuerte tendencia de asociarlo con “grupos de riesgo” –hombres homosexuales y trabajadoras sexuales-. Los acuerdos y programas de acción definidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2000), la Declaración de UNGASS 2001, el Convenio Hipólito Unanue; la Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos; la Resolución de Reunión de Ministros de Salud del Área Andina -REMSAA y la Declaración de Nuevo León, se insertan en las políticas públicas y acciones no gubernamentales y han aportado significativamente a la prevención y atención integral de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y el Sida. Esto ha disminuido las barreras para el acceso a los servicios, el mejoramiento de la calidad de atención y, la promoción de los derechos humanos, lo que ha permitido el acceso a terapias anti-retrovirales y ha garantizado el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

No obstante, estos esfuerzos se han desarrollado en Latinoamérica en contextos neoliberales, donde los procesos de reforma en Salud han limitado las acciones del Estado para responder a las necesidades de salud de la población. Ello ha significado el aumento de la pobreza y la desigualdad social, lo que ha impedido que amplios sectores de la población tengan acceso a derechos básicos como alimentación, vivienda y salud.

La situación impactó en las condiciones de los sujetos diversos, profundizó las desigualdades socio-culturales y de género y, provocó un aumento del número de personas afectadas por VIH-Sida. La condición socio-cultural de las mujeres, ha impedido el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Algunos estudios muestran que las mujeres adquieren el virus en edad más temprana que los hombres y que el 80% de mujeres que viven con el virus, se infectaron en relaciones estables a través de sus parejas”<sup>1</sup>.

Uno de los retos es la necesaria vinculación de los programas de prevención y atención del VIH y Sida con los de salud sexual y reproductiva. Su compleja problemática evidencia las múltiples articulaciones entre lo sanitario y social. El VIH y el Sida son problemas de salud

---

<sup>1</sup> Salud Integral de la Mujer (SIPAM), “Jóvenes, Radio, Mujeres, Sida. Jóvenes radialistas y mujeres afectadas por el VIH-Sida a favor de la salud, la no discriminación y la libre expresión. SIPAM, México, 2005.

pública cuyas implicaciones económicas y socio-culturales exigen abordajes integrales, transdisciplinarios y multisectoriales.

Las relaciones del VIH y el Sida con la vida, la salud sexual y reproductiva, la violencia contra la mujer, así como su asociación con la tuberculosis y malaria, están en proceso de visibilización y profundización en el quehacer sanitario, en la perspectiva de garantizar mayor eficacia en las acciones y el uso de recursos disponibles nacionales y locales, que contribuyan al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y del Plan Nacional de Desarrollo 2008-2011.

En el Ecuador, los primeros casos de VIH se presentaron en 1984 y en sus inicios afectó principalmente a hombres homosexuales. Hoy se ha extendido a mujeres, la relación actual hombre-mujer es de 3 a 1.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) entre los años 1998 y 2007 registró 10.711 casos acumulados de VIH y Sida, de los cuales el 61% (6.516) se encuentran en la Provincia del Guayas. La provincia de Sucumbíos registra 57 casos acumulados entre 1999-2008.

El Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH-Sida 2007-2015 (PEM), que consensúa la voluntad de diversos actores del Estado ecuatoriano y la sociedad civil, establece diez<sup>2</sup> sectores prioritarios para la acción. Entre ellos, se resalta para este estudio, la prevención del VIH en niñas, niños, adolescentes y jóvenes; la prevención de la transmisión vertical del VIH; la prevención en HSH, trabajadoras sexuales y sus clientes; la promoción de relaciones equitativas de género entre hombres y mujeres y la reducción de la violencia contra las mujeres; la promoción de comportamientos sexuales seguros y, la reducción del estigma y la discriminación en la población en general; y, la inclusión de la población refugiada y solicitante de asilo en propuestas nacionales.

<sup>2</sup> Los sectores priorizados son: 1) Atención, empoderamiento y promoción de derechos de las personas viviendo con VIH-Sida, 2) Prevención del VIH-Sida en niños, niñas y adolescentes y jóvenes asegurando el ejercicio progresivo de sus derechos, 3) Prevención de la transmisión vertical del VIH (madre-hijo) y protección de niños /niñas expuestos perinatales, 4) Reducción de la exposición y riesgo frente al VIH/ITS, promoción de derechos en hombres gay, hombres con comportamiento bisexual y personas trans, 5) Promoción de derechos, prevención de ITS/VIH-Sida y desarrollo de habilidades para el sexo seguro en las personas que ejercen el trabajo sexual y sus clientes, 6) Promoción de relaciones equitativas de género entre hombres y mujeres, derechos y reducción de la violencia contra la mujer, 7) Provisión de sangre segura en receptores, 8) Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en la población militar y en los miembros de la Policía Nacional, 9) Inclusión de la población refugiada y solicitante de asilo en respuestas nacionales de prevención y atención y, reducción de la vulnerabilidad y de comportamiento de riesgo, 10) Promoción de comportamientos sexuales seguros y reducción del estigma y la discriminación en la población en general y en grupos móviles.

La inclusión de la población que vive en situación de refugio y/o con necesidad de protección internacional, se da bajo la consideración de que el VIH-Sida, adquiere características que se agudizan por la violencia, la pobreza y las desigualdades, así como por la discriminación y el estigma. El PEM compromete sus esfuerzos en profundizar las acciones con la población móvil.<sup>3</sup>

La movilidad humana adquiere características particulares en zonas fronterizas, en donde los conflictos existentes, exigen enfoques creativos para entender esta movilidad y las dinámicas familiares, de modo que el Estado ecuatoriano pueda responder a esta problemática con efectividad. Por ello se planteó en la provincia de Sucumbíos una respuesta integral a la epidemia de VIH y Sida, con la participación de diversos actores locales y el apoyo del Sistema de Naciones Unidas con el propósito de realizar un diagnóstico sobre las características socio-demográficas de la salud sexual y reproductiva incluido el VIH y Sida y, la capacidad de respuesta de los servicios para formular las recomendaciones que orienten la consolidación del Plan Provincial Interinstitucional de Prevención de VIH y Sida en la provincia de Sucumbíos y el diseño de un sistema de monitoreo. (Ver anexos 1 y 2)

Este documento presenta los resultados del diagnóstico. En la primera sección incorpora el contexto del VIH y Sida en la provincia de Sucumbíos. Posteriormente describe la metodología aplicada en términos de categorías de análisis, cálculo muestral, estudios de dominio, fuentes de información, entre otras.

La exposición de los resultados del diagnóstico tiene como punto de partida la caracterización de los encuestados. Luego se realiza un análisis por categorías como: salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar, conocimientos, actitudes y prácticas en VIH; atención en salud; considerando las respuestas de los adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres en general. Solamente en dos subtemáticas: derechos humanos y, sexualidad y embarazo adolescente, las respuestas serán solo de adolescentes y jóvenes.

Los resultados también incorporan los hallazgos del estudio de caso en trabajadoras sexuales y la capacidad de respuesta al VIH de los servicios de salud. Se finaliza con conclusiones y recomendaciones.

---

<sup>3</sup> El Plan estratégico multisectorial de la respuesta nacional al VIH-Sida 2007-2015 refiere que en el año 2006 el Sistema de notificación de casos del MSP-PNS (Ministerio de Salud Pública y Programa Nacional del Sida) registró tres hombres y dos mujeres de nacionalidad colombiana con VIH.

Se espera que el documento, presente una caracterización demográfica en salud sexual y reproductiva de la provincia, brinde elementos para entender las condiciones de riesgo y vulnerabilidad social que la zona evidencia en sexualidad, reproducción y VIH en los grupos poblacionales abordados, así como la capacidad de los servicios para atender la demanda.



## Contexto



## 2.1 VIH y Sida en el Ecuador y en la provincia de Sucumbíos

El Informe sobre la Situación de la Epidemia Mundial del Sida (2008) de ONUSIDA, registró 2,7 millones nuevas infecciones por VIH y la muerte de 2 millones de personas por Sida en el año 2007. Según el documento, en el mundo, la mitad de personas que viven con VIH<sup>4</sup> son mujeres ; el 45% de nuevos infectados tiene entre 15 y 24 años; el número de personas menores de 15 años infectadas por el VIH aumentó de 1,6 millones en el 2001, a 2 millones en el 2007; y, las complicaciones del VIH y Sida pueden reducir el ingreso familiar de los afectados entre el 66% y 80%. (ONUSIDA: 2008; FCI: 2005)

El panorama se agrava si se considera que a nivel mundial 9 de cada 10 personas que viven en países llamados en desarrollo, necesitan tratamiento antiretroviral y no lo reciben; que sólo el 42% en riesgo de contraer el VIH puede acceder a condones; y, que apenas el 12% que se realiza una prueba de VIH recibe servicios de consejería. (FCI: 2005)

En el año 2007, en América Latina se registraron 140 000 nuevas infecciones, con lo cual suman alrededor de 1,7 millones de personas viviendo con el VIH. En el 2005 se hablaba que del total de casos de VIH, el 40% correspondía a mujeres y el 60% a hombres de 15 a 24 años. (ONUSIDA: 2008; Cloet: 2005).

En algunos países andinos, como Perú, Bolivia y Ecuador, se afirma que la epidemia no tiene proporciones de gran magnitud, aun cuando se ha encontrado un rápido crecimiento y una concentración en grupos poblacionales de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En el Ecuador, ONUSIDA ha establecido la existencia de dos factores que llevan a una prevalencia del VIH en hombres: el inicio de relaciones en forma precoz y el no uso de preservativos. Esa prevalencia registra el 12-14% en Quito y el 21% en Guayaquil. (Cloet: 2005)

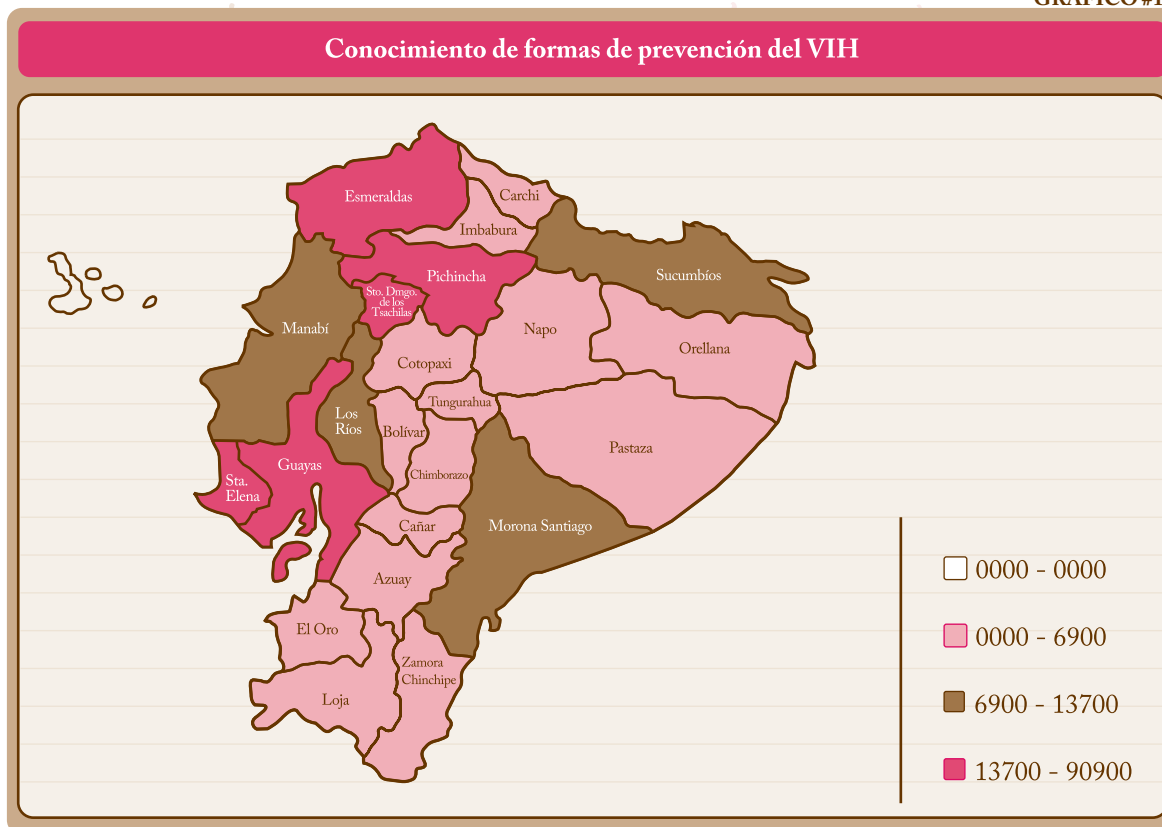
---

4 El informe mundial de ONUSIDA de 2008 establece que la proporción de mujeres con VIH varía de acuerdo a regiones. Por ejemplo, en África subsahariana más del 60% de personas que vive con VIH son mujeres. Cabe recordar que África subsahariana concentra el 67% del total de personas viviendo con VIH y el 72% de muertes ocurridas en el mundo. (ONUSIDA: 2008)

Los primeros casos de VIH en Ecuador fueron reportados en 1984: cuatro hombres y tres mujeres. Desde entonces ha existido un incremento considerable. Hasta diciembre de 2007 se registraron 12 246 casos, de los cuales 4640 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y han fallecido 1947 personas. Del total de casos, alrededor del 60% se encuentra en la provincia de Guayas. (MSP: 2008)

El Programa Nacional de Prevención del VIH-Sida e ITS del Ecuador, en su publicación #4 de 2008, reporta que en el 2007 se registraron 1858 personas con VIH y 555 con Sida. Guayas tuvo 1360 casos y Pichincha 423 casos de VIH-Sida. Estas son las provincias de mayor notificación en el país. No se discrimina en estos datos el VIH del Sida y, tampoco el sexo<sup>5</sup>.

GRÁFICO #1



5 Notificación del Sistema de Vigilancia del MSP, <http://www.msp.gov.ec/images/vih-Sida.pdf>

Actualmente, a nivel nacional, la situación del VIH se caracteriza por una relación hombre/mujer, en la incidencia del VIH, de 2,96 a 1. Las tasas de notificación más altas se observan en el grupo de 30-34 años. En las personas menores de 15 años son las niñas y niños de 1-4 años quienes tienen la tasa más alta (1,9/100 000 habitantes). Respecto a la ocupación, los obreros (21,8 %) y los desocupados (14,5%) registran el mayor número de casos; en las mujeres, las amas de casa y trabajadoras (73,9%). Apenas el 5,5% son trabajadoras sexuales y un 15% corresponde a desempleadas, comerciantes, obreras, profesionales y vendedoras. De los fallecimientos del año 2003, 422 corresponden a hombres de 15-49 años y representan más del 80% del total de muertes en ese año. (MSP: 2008; OPS: 2006)

La provincia de Sucumbíos registra 57 casos acumulados entre 1999-2008. La tasa de incidencia más alta ocurrió en el año 2006 (8,25 x 100 000 habitantes). En este mismo año, la incidencia en el Ecuador fue de 13,36 y en Guayas, 28,67.

En los años 2006 y 2007 se realizó en el Ecuador un tamizaje de mujeres embarazadas para prevenir el VIH. Se encontraron 7 mujeres VIH positivas en la provincia de Sucumbíos. El Programa Nacional de Prevención y Atención de VIH-Sida e ITS reporta que, en la actualidad, dos personas adultas reciben tratamiento antiretroviral en Sucumbíos, en el Hospital “Marco Vinicio Iza”. (MSP: 2008)

## 2.2 Zona de frontera y conflicto colombiano

La provincia de Sucumbíos se creó en 1989. Su capital es Nueva Loja, llamada también Lago Agrio. Tiene siete cantones, de los cuales cinco –Sucumbíos, Cascales, Nueva Loja, Putumayo y Cuyabeno– limitan con el Departamento de Putumayo de Colombia. (MSP: 2004)

Comparte con otras provincias ecuatorianas los 300 km. de extensión de la frontera con Colombia, en donde la biodiversidad natural tiene como corolario una diversidad cultural. En la provincia de Sucumbíos viven nacionalidades indígenas como Kofán, Siona, Secoya, Kichwa y Shuar. (Ídem)

Sucumbíos es una provincia dinamizada por la explotación petrolera: el 45% de su población económicamente activa se asienta principalmente en los cantones de Lago Agrio y Shushufindi y, ocupa el sector primario. Otra parte importante está vinculada con la agricultura y silvicultura y, el 18% con servicios. (Ídem)

En general, se puede afirmar que el norte del Ecuador comparte con Colombia no solo la frontera sino rasgos geográficos, económicos, sociales y culturales, que históricamente han dinamizado movimientos migratorios constantes, a través de un intercambio cotidiano comercial en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, conforme lo señala Rivera, el “calentamiento de la frontera norte del Ecuador (...) ha establecido zonas de reserva de seguridad, en donde las autoridades militares tienen control sobre las autoridades y la población civil”. (Coalición: 2008:79)

La migración a la provincia de Sucumbíos se ha intensificado en los últimos años por la implementación del Plan Colombia. Ello ha provocado el desplazamiento de miles de colombianos a territorio ecuatoriano en calidad de refugiados y, como personas con necesidad de protección internacional, quienes se insertan en asentamientos humanos con bajo nivel de desarrollo, necesidades básicas insatisfechas e insuficiente infraestructura del Estado. A esto se suman las condiciones laborales en las empresas petroleras y agroindustriales y las fumigaciones en el cordón fronterizo; elementos que complejizan la vida y la salud de los habitantes de Sucumbíos.

La dinámica social mencionada vulnera a la población de la frontera norte frente a la epidemia del VIH y Sida si se considera que, entre enero-2000 y diciembre-2006<sup>6</sup>, 44 451 personas se registraron como solicitantes de asilo en el Ecuador, de los cuales 13 679 fueron reconocidos como refugiados. El 97% de las personas registradas son de origen colombiano<sup>7</sup> y, proviene de un país que presenta una de las mayores crisis humanitarias del mundo occidental.

El Ministerio de Relaciones Exteriores del Ecuador y el ACNUR calculan que existen aproximadamente 200 000 colombianas y colombianos desplazados<sup>8</sup> que viven en el Ecuador con necesidad de protección internacional y que, por falta de información y por el temor a ser deportados, no se han registrado como solicitantes de asilo.

Las estadísticas muestran que al 31 de septiembre de 2006, el 21% de la población refugiada y solicitante de la condición de refugiado se había registrado en la provincia de Sucumbíos<sup>9</sup>.

Según estudios realizados sobre la situación socio-económica de los refugiados en el Ecuador<sup>10</sup>, el nivel de desempleo entre la población joven es casi el doble que el de la población local y, los niveles de pobreza llegan al 50%.

Las mujeres representan el 46% de la población refugiada en Ecuador. Los flujos de refugiados muestran un número considerable de personas menores de edad, separadas y no-acompañadas, así como de mujeres solas con niñas y niños. Se estima que el 30% de mujeres refugiadas son jefas de hogar, muchas de ellas con niñas y niños de edad temprana y adolescentes.

---

6 Barragán, Silvia y Laufer, Jacques, Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH-Sida 2007-2015, Documento de Trabajo, Quito, abril, 2007.

7 El 3% restante corresponde a personas de Cuba, Perú, Haití, Irán, Somalia y Camerún.

8 Desplazados son aquellas personas o grupos de personas que se han visto forzados a escapar o huir de su hogar o lugar de residencia habitual, en particular, para evitar o como consecuencia de un conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de los derechos humanos o catástrofes naturales o provocadas por el ser humano y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida. Una persona desplazada que cruza la frontera internacional se convierte en migrante y/o refugiado. (cc.MSP: 2008)

9 Un 48% vivía en Quito; 4%, en Santo Domingo de los Colorados, provincia de Pichincha; 2%, en Carchi; 13%, en Imbabura; y, 4% en Esmeraldas. Los restantes porcentajes son registrados en el sur del país (7% en Cuenca, 0.03% en Guayaquil).

10 NIDI / CEPAR, 2006.

Algunos estudios hablan de la relación de los refugiados con la amenaza a diversas formas de violencia, abuso y explotación sexual, dadas por: 1) el contexto violento de origen; 2) la desestructuración familiar<sup>11</sup> y, el proceso conflictivo de huida del país de origen; y, 3) la desprotección que sufren en el país de refugio, por falta de redes de protección social o familiar y, una situación económica precaria.

La destrucción de las relaciones y estructuras familiares entre la población refugiada deja a muchas mujeres y personas menores de edad en una situación de alta vulnerabilidad a abusos y explotación, que puede implicar mayor exposición y riesgo de infección al VIH. Así, muchas mujeres y jóvenes colombianas se vuelven vulnerables a la extorsión, por miedo a la deportación o por la necesidad. Su situación económica precaria y los estereotipos existentes sobre las mujeres colombianas las exponen a la violencia sexual, al chantaje, a las redes de tráfico o proxenetas y, a la explotación sexual<sup>12</sup>. Los constantes ofrecimientos de prostitución aumentan el riesgo de que opten por dicha actividad o acepten relaciones amorosas desiguales, transaccionales y a veces violentas, para asegurar su sobrevivencia y la de sus hijos/as.

En el contexto ecuatoriano, este patrón de riesgo a la violencia contra las mujeres se agudiza por la existencia de estereotipos de género sobre las mujeres colombianas, a quienes se las ve como “fáciles, buenas amantes y roba-maridos”<sup>13</sup>.

“En Sucumbíos, las mujeres colombianas que se dedican al trabajo sexual son en su mayoría adolescentes con niños y sin pareja. Se calcula que la edad de las chicas que trabajan en los bares (chongos) de esta ciudad oscila entre los 14 y 22 años”. (cc. Coalición: 2008:118)

A pesar de la existencia de una política que garantiza a los refugiados reconocidos en el Ecuador el gozo del derecho de acceso a la Salud pública y a los beneficios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (Acuerdo Ministerial 1187 MSP), el hecho de que una gran parte de la población refugiada se encuentra en el quintil más bajo limita

11 Otros informes establecen que el hecho migratorio genera nuevas formas de pensar y de vivir de las relaciones de pareja y de las familias. Refieren las familias transnacionales que sin embargo reproducen el modelo patriarcal. (Coalición: 2008).

12 Camacho, Gloria, Mujeres al Borde: Refugiadas colombianas en el Ecuador.

13 Idem, <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4038.pdf>



su acceso real a este servicio público, ya que en muchas ocasiones no pueden acceder a atención integral, a pruebas y a antiretrovirales.

Por estas consideraciones, el Plan Estratégico Multisectorial de Respuesta Nacional al VIH y Sida (2007-2011) establece como uno de sus objetivos estratégicos: “Lograr que la población refugiada y solicitante de asilo en el Ecuador tenga igual acceso a respuestas integrales de prevención y atención frente a la epidemia de VIH-Sida en el Ecuador y, una mitigación de la vulnerabilidad de este grupo a la violencia, explotación y/o a comportamientos sexuales que aumentan su exposición a ITS y VIH”. Y plantea como meta que el “Año 2015, el 100% de refugiados y solicitantes de asilo registrados tiene acceso a servicios y tratamientos bajo las mismas condiciones que la población ecuatoriana”<sup>14</sup>.

---

14 Para cumplir el objetivo estratégico establece: a) Mitigar la situación de vulnerabilidad de la población refugiada frente a la epidemia de VIH y Sida, mediante el fortalecimiento del acceso a la protección internacional y el ejercicio de los derechos legales y socio-económicos inherentes en tal condición, para las personas en necesidad de protección internacional que viven en el Ecuador; b) Acceso a información y educación sobre SSR y VIH para la población solicitante de asilo y refugiada, con especial enfoque en jóvenes no-escolarizados; c) Garantizar el acceso de la población solicitante de asilo y refugiados a servicios de salud, que incluya servicios a mujeres y niños de atención integral al VIH-Sida, bajo las mismas condiciones que la población ecuatoriana y en cumplimiento de instrumentos internacionales sobre los derechos de los refugiados y el Acuerdo 1187 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2004); d) Garantizar la cobertura de servicios integrales, provistos en el marco del Plan Estratégico Nacional, en todas las zonas afectadas por flujos de refugiados, incluyendo la frontera norte del Ecuador; e) Fortalecer la prevención y respuesta a la explotación sexual y trata de personas en el marco del Plan Nacional contra la Trata, que incluya mecanismos de protección a mujeres, adolescentes, niñas y niños, extranjeras, solicitantes de asilo, refugiadas, e indocumentadas, viviendo en el país, con el fin de disminuir la vulnerabilidad de este grupo más expuesto ante el riesgo de explotación sexual.

## 2.3 Políticas de VIH y Sida en el Ecuador y la provincia de Sucumbíos

El Ministerio de Salud Pública (MSP), a través del Programa Nacional de Prevención y Atención de VIH-Sida e ITS, concentra las acciones que se realizan en el Ecuador. Ha definido como visión la generación de “procesos de construcción colectiva desde los sujetos y actores de la sociedad civil, para una respuesta nacional integral al VIH-Sida e ITS, promoviendo medidas de prevención para la disminución y control de casos y proporcionar atención integral con calidad a las personas que viven con VIH-Sida e ITS”.

En el año 2002 se aprobó la Ley de Prevención y Atención Integral del VIH-Sida y, se publicó en el Registro Oficial el Reglamento para el tratamiento de las personas viviendo con VIH. Vale destacar que muchas de las acciones de prevención se concentran en organizaciones no gubernamentales que dirigen sus acciones a grupos específicos (hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres, adolescentes).

Adicionalmente, se destaca la labor de los movimientos sociales de indígenas, mujeres, niñas y niños, adolescentes, gay, lesbianas, bisexuales y transexuales, de derechos humanos y de personas viviendo con VIH que, en su lucha por la salud y la vida, han aportado a disminuir formas de discriminación y de estigma, cargadas de etnocentrismo, androcentrismo y adultocentrismo, coadyuvando a limitar la vulnerabilidad de personas viviendo con VIH. (MSP: 2007:5)

En efecto, a partir del 2002 y, luego de una denuncia de personas viviendo con VIH a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Estado ecuatoriano cubre con medicamentos antiretrovirales a las personas viviendo con VIH que lo requieran<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> En julio de 2002, un grupo de PVVS presentó ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos (OEA), una petición de medidas cautelares para la entrega inmediata de los medicamentos necesarios por parte del Estado ecuatoriano. De las 153 personas que aplicaron, solo 6 vieron aprobada la petición y, de éstas, solo a una se le entregó tratamiento con ARV en el 2003. De las personas que aplicaron, 18 habían muerto a octubre del 2002. <https://www.cidh.oas.org/medidas/2002.sp.htm>

En la normativa jurídica interna que viabiliza el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y las acciones de prevención y atención del VIH, se señalan las siguientes leyes:

- ***Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*** (1994)<sup>16</sup>. Tiene como mandato el derecho de las mujeres a atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva. Incorpora la prevención de la transmisión vertical del VIH como uno de sus ejes.
- ***Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia*** (1995). Prevé la sanción y acciones de prevención y atención en los casos de violencia intrafamiliar; incluye violencia sexual.
- ***Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor*** (1998). Establece que la educación en sexualidad y con enfoque de género, debe transversalizarse en los planes y programas de estudios de todos los centros educativos. Incorpora los temas de salud sexual y reproductiva en currículos de educación primaria y secundaria a nivel nacional.
- ***Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud***. Garantiza el acceso a la atención integral a través de su red de servicios y, establece el Sistema Nacional de Salud con la rectoría del MSP.
- ***Ley de la Juventud*** (2001). Incorpora, entre otros aspectos, el acceso a la educación y servicios en salud sexual y reproductiva.
- ***Código de la Niñez y la Adolescencia*** (2003). Enfatiza los derechos de la niñez y la adolescencia.
- ***Ley Orgánica de Salud*** (2006). Incorpora un capítulo sobre salud sexual y reproductiva y, para la prevención y atención en VIH.
- ***Decreto Presidencial número 620*** sobre la erradicación de la violencia, sept. del 2007.

---

<sup>16</sup> Garantiza también la atención gratuita de salud a los recién nacidos y nacidas y, a niñas y niños menores de cinco años.

Igualmente existen diversos planes nacionales relacionados con el quehacer en salud sexual y reproductiva. Así:

- ***Plan Nacional de Derechos Humanos.*** Contempla la adopción de acciones para “...la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, así como el acceso amplio y oportuno de educación y salud en esas materias.”
- ***Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO) de las Mujeres Ecuatorianas.*** Es política gubernamental por Decreto Ejecutivo. Contempla acciones para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en particular los derechos sexuales y reproductivos y, el diseño de políticas públicas<sup>17</sup>.
- ***Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia.*** Incorpora, como una de sus políticas, la protección contra el maltrato, el abuso y acoso sexual, tráfico y la explotación sexual comercial.
- ***Plan Nacional para combatir el plagio de personas, tráfico ilegal de migrantes, explotación sexual y laboral y, otros modos de explotación y prostitución de mujeres, niñas, niños y adolescentes, pornografía infantil y corrupción de menores.*** Es política prioritaria del Estado con disposiciones legales y reglamentarias para el cumplimiento de este propósito.
- ***Plan Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor (PLANESA).*** Se ejecuta desde el 2000 bajo la responsabilidad del MEC. Tiene como marco la Ley de su mismo nombre para institucionalizar la educación en sexualidad, prevenir el VIH y erradicar los delitos sexuales en el ámbito educativo.
- ***Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2005).*** Pretende implementar acciones por la no discriminación; fomentar la autonomía y el auto cuidado; eliminar barreras legales, reglamentarias y sociales para tener acceso universal a información y servicios de salud sexual. Promulga, entre otros, transversalizar los derechos sexuales y reproductivos en toda la normativa legal; establecer mecanismos de exigibilidad y justicia-

17 El CONAMU, en el 2005, firmó con instituciones públicas, privadas, sociedad civil y organismos de cooperación internacional el Pacto de Equidad que declaró programas prioritarios a: Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Programa Nacional de Erradicación de los Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo y el Plan Nacional de Erradicación de tráfico de personas y explotación sexual.

bilidad; impulsar reformas legales que garanticen la reproducción voluntaria en condiciones seguras; erradicar la violencia sexual y la explotación sexual; trabajar en un marco regulatorio del manejo de la salud sexual y reproductiva en los medios de comunicación. En la actualidad esta política tiene un Plan de Acción construido intersectorialmente en el CONASA (Consejo Nacional de Salud).

La juventud y la adolescencia cuentan con el Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, de acuerdo al Código de la Niñez y Adolescencia.

En el Ministerio de Salud Pública se ha desarrollado una normativa con respecto a la salud sexual y reproductiva. Destacan las Normas y Procedimientos de Atención de Salud Reproductiva, que incluyen: la violencia como problema de Salud pública; la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes; la administración de la píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) en casos de violación y relaciones sexuales desprotegidas; y, la prevención y atención del VIH-Sida.

El Programa de Prevención y Control del VIH-Sida e ITS tiene como objetivos<sup>18</sup> : 1) Fortalecer la capacidad técnica- rectora del Ministerio de Salud Pública; 2) Reducir la mortalidad de VIH/Sida y prolongar relación de padres/madres-hijos/as (orfandad); 3) Reducir la velocidad de transmisión de VIH; 4) Reducir el embarazo adolescente; 5) Descentralizar las intervenciones de prevención y control a nivel de atención primaria y desarrollar redes plurales de servicios de salud; 6) Desarrollar la movilización, auditoria comunitaria y transdisciplinaridad; 7) Mejorar el Sistema de Información: Vigilancia Epidemiológica, de Monitoreo y Evaluación.

El MSP atiende, aproximadamente, al 65% de todas las personas viviendo con VIH (PVVS) registradas en el Ecuador. El IESS atiende al 25% de sus afiliados y, las Fuerzas Armadas y la Policía al 10%. (MSP: 2007:37)

En la actualidad se trabaja para brindar tratamiento antiretroviral en forma descentralizada, para lo cual se crean unidades de segundo y tercer nivel en algunas provincias del Ecuador. En Sucumbíos, específicamente, la clínica empezó a funcionar en diciembre del 2006. (Ídem: 39)

---

18 Este programa se fortalece con el Fondo Global del Sida

# Metodología

**E**l estudio de salud sexual y reproductiva en la provincia de Sucumbíos se realizó con la finalidad de analizar: a) los patrones de riesgos y vulnerabilidades vinculados al VIH y Sida, con particular atención en las zonas fronterizas y los efectos del conflicto colombiano en la provincia de Sucumbíos; b) las características socio-demográficas de la salud sexual y reproductiva, incluido el VIH y Sida, en la población de Sucumbíos, por grupo poblacional, etnia, edad y sexo; y, c) las condiciones existentes del servicio, incluido recursos humanos, para la atención en salud sexual y reproductiva, incluido el VIH y Sida.

El estudio incorporó un enfoque múltiple que delimitó un alcance geográfico. Su dominio de investigación se conformó con los cantones: Lago Agrio, Putumayo y Shushufindi, jurisdicciones político-administrativas que concentran alrededor del 82% de la población total y la actividad económica en la provincia de Sucumbíos, así como el mayor asentamiento y afluencia de población colombiana.

La complejidad del abordaje metodológico exigió una multidisciplinariedad, es decir, la incorporación de profesionales de varias ramas para enriquecer las miradas, lo cual estuvo acompañado de un control de calidad continuo y la apertura a la implementación de ajustes y correctivos necesarios, sugeridos por el seguimiento externo. Esto pretendía garantizar el fortalecimiento institucional a través de recomendaciones pertinentes, que consoliden el Plan Provincial de VIH y Sida y, el monitoreo del Plan Provincial Interinstitucional de Prevención al VIH y Sida.

Las fuentes de información fueron primarias y diversas y, correspondieron a hombres, mujeres, adolescentes y jóvenes, población colombiana, trabajadoras sexuales y funcionarios de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública (MSP). El siguiente cuadro resume las fuentes de información, el tipo de informante, el instrumento que se aplicó, así como la técnica de investigación.

TABLA #1

Fuentes de información utilizadas			
Fuentes de información	Informante	Instrumento a aplicarse	Técnica de investigación
Encuesta a hombres y mujeres en hogares	Informante del hogar seleccionado	Cuestionario hombres Cuestionario mujeres	Encuesta directa
Encuesta a adolescentes y jóvenes	Informante del hogar seleccionado	Cuestionario adolescentes y jóvenes	Encuesta directa
Investigación sobre oferta de servicios de SSR y VIH/SIDA	Funcionario(s) de los servicios de salud	Formulario institucional	Encuesta estructurada Observación in situ
Estudio de casos	Informante seleccionada	Cuestionario trabajadora sexual	Encuesta directa
Entrevista a actores claves, instituciones y grupos focales	Funcionarios e integrantes de grupos focales	Formularios, guías, cuestionario	Entrevista directa y grupos focales



### 3.1 Diseño de muestras de hogares para hombres y mujeres en general, adolescentes y jóvenes

Para cumplir con los objetivos de la investigación, el estudio se basó en una encuesta de hogares, cuyo marco muestral se conformó con el agregado de hogares (familias) ecuatorianos y colombianos residentes en los tres cantones definidos como dominio de estudio, sobre la base de las estimaciones poblacionales del INEC 2006.

El esquema de muestreo estadístico fue un diseño probabilístico, porque todos los hogares que conforman el universo tenían una probabilidad conocida, diferente de cero de ser seleccionados; y multietápico, pues se consideró como unidad primaria de muestreo al sector censal; como unidad secundaria, al hogar; y, como unidad final, a la persona seleccionada.

Con una confiabilidad del 95% y un error no mayor a 0,04, se determinó un tamaño de muestra distribuido según sexo y el peso poblacional de los cantones que conforman el dominio de estudio. En el anexo 3 se presenta la distribución de la población y encuestas por cantón y sexo.

Se seleccionaron viviendas (hogares) en sectores de viviendas. Se eligieron alrededor de 125 sectores por cada grupo de edad, para garantizar la dispersión geográfica de la muestra. La selección de los sectores a visitar se realizó con la metodología Probabilidad Proporcional al Tamaño (PPT). Se tomó como criterio de orden el cantón, la parroquia, la zona y el sector.

En cada sector seleccionado se eligió al azar la vivienda a ser visitada, de acuerdo con el número de viviendas preestablecidas para visitar por sector. La selección de los individuos a encuestar se efectuó con la metodología de “cuotas” respecto al sexo y edad del informante.

La muestra de hogares para hombres y mujeres es representativa para cada sexo. La de adolescentes y jóvenes es representativa para ambos sexos.

Los principales temas investigados fueron aprobados por el Fondo de Población de Naciones Unidas -UNFPA (agente de Gestión del Programa Conjunto de Naciones Unidas de Respuesta al VIH-Sida) y el Grupo de Trabajo Interagencial Frontera Norte (GTI-FN)

y, fueron los siguientes: salud sexual y reproductiva; prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva; violencia contra la mujer; conocimiento, actitudes y prácticas sobre VIH y Sida; atención de salud. En el grupo de adolescentes se incluyó el conocimiento de derechos humanos y temas de sexualidad. La temática de la violencia abarcó la violencia física, psicológica y sexual.

En las trabajadoras sexuales se consideró como categorías de análisis la actividad sexual y el conocimiento de infecciones de transmisión sexual (ITS).

En los servicios de Salud se incorporó la producción y las condiciones para la atención en salud sexual y reproductiva y VIH y Sida, así como una guía de preguntas al Director de la Unidad de Salud<sup>19</sup>.

La metodología de trabajo consideró cuatro etapas de investigación:

**Planificación del estudio.** Se realizó a partir de una serie de acciones que permitieron consensuar el trabajo con el Programa Conjunto de Naciones Unidas de Respuesta al VIH-Sida. Se desarrollaron las siguientes acciones: revisión de la información secundaria; entrevistas con personal del GTI-FN; establecimiento de canales de coordinación y colaboración; homogeneización de conceptos sobre variables e indicadores para el diseño de instrumentos; realización de instrumentos metodológicos (cuestionarios, formularios y guías); elaboración del plan de trabajo y cronograma; diseño y distribución de muestras; diseño del estudio de casos de trabajadoras sexuales; selección de las unidades de salud; adquisición y reproducción cartográfica (planos del INEC); y, elaboración del programa de ingreso de datos de los instrumentos.

**Recolección de la información.** Consistió en la impresión de cuestionarios, formularios y guías para capacitación; convocatoria, capacitación y selección del personal de campo y de procesamiento<sup>20</sup>; inventario de personas sujetas a investigación (se identificaron las instituciones, lugares y personas que integraron los grupos sujetos a investigación); entrega de materiales al personal de campo seleccionado; y, recolección de la información.

<sup>19</sup> El desglose de temas por informante se encuentra en el anexo 4.

<sup>20</sup> El curso tuvo una duración de 2 días. Se seleccionó el número necesario de supervisoras y supervisores, encuestadoras y encuestadores y, entrevistadoras y entrevistadores para cubrir el trabajo de acuerdo al plan establecido. Para la fase de procesamiento se capacitó al personal de críticos-codificadores-digitadores.

**Procesamiento de la información.** Se realizó con el paquete CsPro<sup>21</sup> (Buró de los Censos). La información obtenida a través de los instrumentos diligenciados fue ingresada al programa informático SPSS, adecuado para el manejo y procesamiento de la información. Esta etapa consistió en: a) una crítica-codificación-digitación de la información recolectada, a cargo del personal de digitación. Toda la información fue ingresada y validada por componente de investigación; b) realización de listados de frecuencias preliminares y definitivas de las variables investigadas; c) construcción de reportes con la generación de cuadros y gráficos estadísticos requeridos para el análisis y para el cálculo de los indicadores; y, d) elaboración de las bases de datos de los componentes de investigación.

**Análisis y elaboración del informe de resultados.** Esto permitió el análisis de la información de cada componente de investigación y la producción del informe.

En definitiva, se dispuso de datos cuantitativos reales y oportunos sobre las características de la población, las prácticas de salud sexual y reproductiva y, el conocimiento, actitudes y prácticas sobre VIH y Sida, para analizar y planificar con fundamento la educación sexual en diferentes ámbitos: educativos –escuelas, educación media y superior–, laborales, sociales, etc., bajo el supuesto de que los adolescentes y jóvenes, al asumir conductas sexuales saludables, pueden definir el futuro de la epidemia en esta Provincia.

Los datos que proporcionan las investigaciones realizadas en los tres cantones de la Provincia son esenciales para una política preventiva efectiva, pues el estudio recoge algunos datos importantes para definir las poblaciones que deben ser objeto de intervenciones específicas; localizar las necesidades de información y las fuentes preferidas para obtenerla; y, finalmente, proporcionar los datos iniciales para el seguimiento y la evaluación de impacto de intervenciones preventivas que se realicen.

---

21 Software específico para el ingreso de datos de cuestionarios de encuestas de una manera rápida y fácil de utilizar.

## Resultados del Estudio

## 4.1. Encuestas a hombres y mujeres en general y adolescentes y jóvenes

### 4.1.1. Características de los hombres y mujeres encuestados y encuestadas

La población de más de 15 años de edad, estimada para los tres cantones de Sucumbíos, es de 36.945 habitantes, de los cuales 20.086 son hombres (54,4%) y 16.859 mujeres (45,6%). Como se indicó en el diseño, la muestra fue distribuida de acuerdo al peso poblacional a nivel cantonal y por sexo. Cada sexo constituye un dominio de estudio y, por lo tanto, sus resultados son representativos a nivel de cada dominio. La razón de masculinidad de la población es de 119 hombres por cada 100 mujeres; criterio que se refleja en el número de encuestas realizadas por sexo.

El rendimiento de la muestra fue del 100% para ambos sexos, como lo muestra el cuadro 2. Entre el 71% y 74% de encuestas se concretó en el cantón Lago Agrio; el 3%, en Putumayo; y, entre el 23% y 26%, en Shushufindi.

El alto porcentaje de mujeres que no responde (34%, es decir, 30 de 88) puede tener varias interpretaciones, pero por una consideración ética no se emitirá comentario alguno, por cuanto las suposiciones, sin argumentos, no pueden formar parte este análisis.

TABLA #2

Rendimiento de la muestra por sexo en hombres y mujeres

Cantón	Hombres		% cobertura	Mujeres		% cobertura
	Muestra	Levantadas		Muestra	Levantadas	
Lago Agrio	229	230	100.4	200	203	101.5
Putumayo	9	12	133.3	7	11	157.1
Shushufindi	84	87	103.6	62	65	104.8
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>329</b>	<b>102.5</b>	<b>270</b>	<b>279</b>	<b>103.3</b>

### *Características de las personas encuestadas*

El promedio de edad de la población masculina encuestada es de 34,6 años y de la población femenina, menor a 32,9 años. Menos de la mitad de los hombres (43%) y de mujeres (49%) son menores de 30 años; entre un 36% y 39% tienen entre 30 y 49 años; y el restante 18% de hombres y 15% de mujeres tienen 50 años o más.

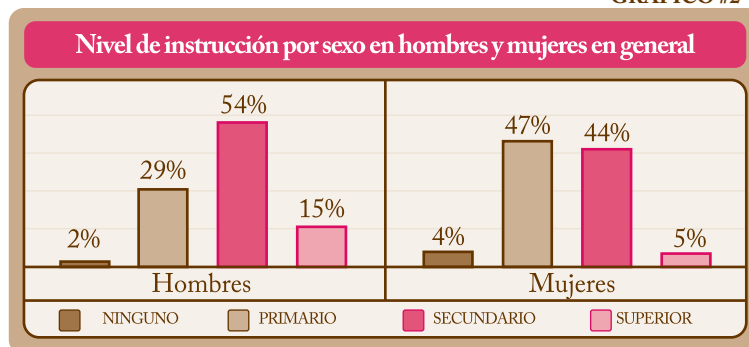
Alrededor del 70% de la población encuestada es inmigrante con respecto al lugar de residencia; solo el 30% es población nativa. Alrededor del 25% de la población vive en el lugar de la encuesta desde hace cinco años.

El 4% de hombres y el 10% de mujeres son de nacionalidad colombiana. Los hombres, más que las mujeres, son refugiados regularizados. Del total de hombres colombianos, la mitad es refugiada y tiene visa y, el 20% es solicitante de asilo. En las mujeres colombianas, el 20% es refugiada con visa y una tercera parte es solicitante de asilo.

El 25% de hombres y mujeres se auto identifica como mestizo; el 12%, blanco; entre el 6% y 7%, negro; y, el 5%, indígena.

Existe mayor nivel de instrucción en los hombres que en las mujeres, aun cuando los niveles universitarios son bajos en ambos grupos. En los hombres, más de la mitad ha aprobado algún año de instrucción secundaria (54%) y el 15% algún año de universidad; en las mujeres, menos de la mitad (44%) tiene aprobado cierto año de instrucción secundaria y apenas el 5%, algún año en el nivel superior. No tiene instrucción el 2% de hombres y el 4% de mujeres.

GRÁFICO #2



La mayoría de encuestados vive en pareja: el 56% de hombres y el 68% de mujeres están casadas/casados o unidas/unidos. Entre las mujeres se registran mayores porcentajes de unión libre (34%), en relación con los hombres. Los solteros representan el 38% y, las solteras, el 24%. Alrededor del 6% están separados o divorciados en los dos sexos.

#### 4.1.2. Características de adolescentes y jóvenes encuestadas y encuestados

La población de 12 a 24 años de edad estimada para los tres cantones de Sucumbíos es de 15 374 adolescentes y jóvenes; de ellos 7673 son hombres (49,9%) y 7701 mujeres (50,1%). Como se indicó en el diseño muestral, la encuesta fue distribuida de acuerdo al peso poblacional de cada cantón. Existe equilibrio en el número de personas encuestadas por sexo. Tómese en consideración que la representatividad de la muestra es sobre el total de adolescentes y jóvenes y, por lo tanto, su análisis es representativo en ese dominio de estudio. Si bien los datos en los cuadros estadísticos se presentan por sexo, los resultados e indicadores de hombres y mujeres sirven para realizar comparaciones, salvo en el caso de las preguntas que vayan dirigidas solo a uno de los sexos.

De acuerdo con la muestra, el 73,0% de encuestas se realizó en el cantón Lago Agrio; el 2,5%, en Putumayo; y el restante 24,4%, en Shushufindi.

TABLA #3

Fuentes de información utilizadas			
Cantones	Muestra	Levantadas	% cobertura
Lago agrio	226	230	101.8
Putumayo	8	8	100.0
Shushufindi	77	77	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>311</b>	<b>315</b>	<b>101.3</b>

### *Características de adolescentes y jóvenes encuestados*

Cada grupo de edad (12-14, 15-19 y 20-24 años) contiene la tercera parte del grupo de encuestados. Esto significa que las y los adolescentes (12-19 años) constituyen las dos terceras partes.

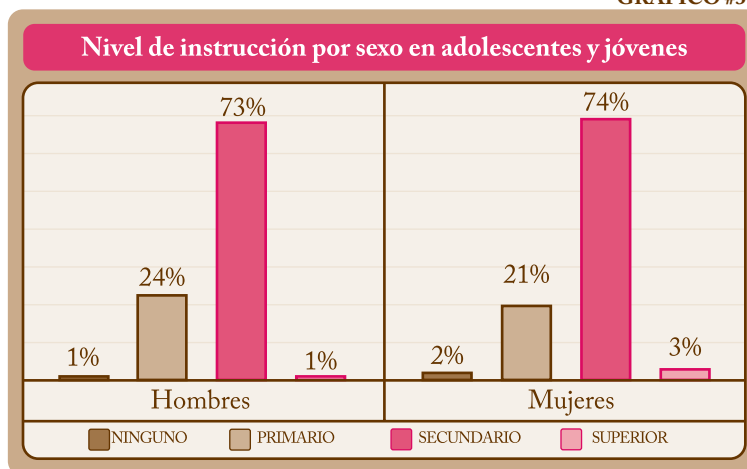
El 56% de la población de adolescentes y jóvenes encuestados es inmigrante y el 44% es población nativa. Esta última es mayor respecto a hombres y mujeres encuestados en sus hogares. Casi la tercera parte de adolescentes y jóvenes llegó a vivir en el lugar de la encuesta en los últimos 5 años, especialmente mujeres.

El 5% de adolescentes y jóvenes encuestados son de nacionalidad colombiana. Dado el pequeño número de casos (menos de 25), los resultados sobre población móvil no son representativos.

El 71% se auto identifica como mestizo (más mujeres que hombres); el 17%, blancos (más hombres que mujeres); el 8%, afroecuatorianos; y solamente el 1,6%, indígenas.

Cerca del 75% ha completado algún año de instrucción secundaria y menos del 25% algún año de primaria. Contrario a los resultados de la encuesta de hombres y mujeres en los hogares, en esta muestra se observa mayor igualdad en la instrucción por sexo; incluso es mayor la instrucción secundaria y universitaria en mujeres. El 1,6% no tiene instrucción.

GRÁFICO #3



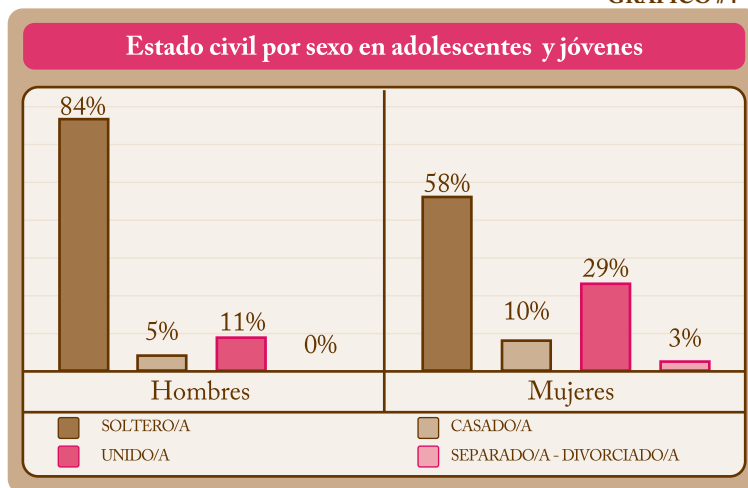


El 75% de adolescentes y jóvenes asiste a algún establecimiento de educación. No hay diferencia en esta variable entre hombres y mujeres.

Cerca de la mitad de adolescentes y jóvenes trabaja (47%), especialmente hombres. Las principales ramas de actividad son servicios (37%) y comercio (28%). En estas áreas es mayor la participación de la mujer. En la industria relativa a artesanía y en la agropecuaria trabaja el 11% y, se destaca la participación casi exclusiva de los hombres.

Los adolescentes y jóvenes solteros constituyen el 72%; el 8% está casado; y, el 20% en unión libre. El gráfico 4 muestra que las mujeres viven en unión de hecho más que los hombres. Existen más hombres adolescentes y jóvenes solteros que mujeres solteras.

GRÁFICO #4



### 4.1.3. Salud sexual y reproductiva

Los resultados del estudio que se exponen a continuación se ordenaron por temáticas. Para ello se consideraron, en su mayoría, las respuestas de los adolescentes y jóvenes y, de los hombres y mujeres en general. Las temáticas abordadas fueron: salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar, conocimientos, actitudes y prácticas en VIH, atención en salud.

Únicamente en dos temáticas, conocimiento de los derechos humanos y sexualidad y, embarazo adolescente, las respuestas son de adolescentes y jóvenes.

#### 4.1.3.1. Conocimiento de derechos humanos y sobre sexualidad <sup>22</sup>

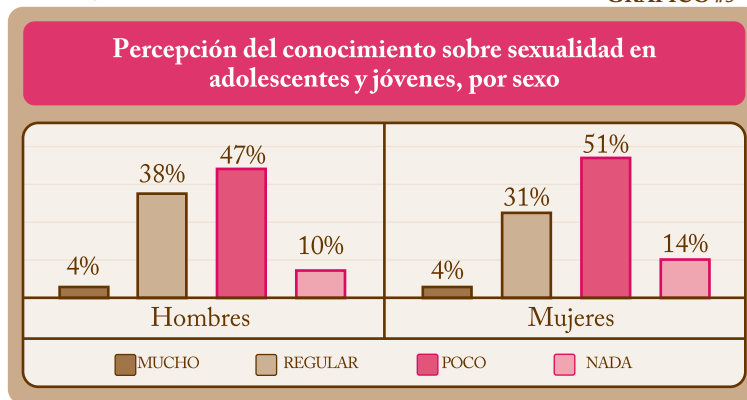
Las dos terceras partes de adolescentes y jóvenes (67%) conocen sobre derechos humanos, más hombres que mujeres. Del total que conoce, la calificación de su respuesta muestra que el 85% sabe. El conocimiento no refiere diferencias entre adolescentes y jóvenes.

A la pregunta “¿cuánto crees saber sobre sexualidad?”, apenas un 4% de adolescentes y jóvenes de los dos sexos contesta que “mucho”. La gran mayoría afirma saber “poco” (49%) o “nada” (12%). Esto, sumado al 35% que califica al conocimiento como “regular”, determina un escaso conocimiento. Las diferencias entre hombres y mujeres no son significativas.

La falta de conocimiento es mayor en adolescentes (64%) que en jóvenes (48%). Esta situación no difiere de otros estudios a nivel nacional, que evidencian que el conocimiento de la sexualidad en jóvenes y adolescentes es deficiente.

Endemain 2004 establece que en el Ecuador hay inequidad geográfica en el acceso de la juventud a la educación sexual, ya que el 80% de la juventud urbana ha recibido educación sexual, en contraste con el 50% de la juventud rural.

GRÁFICO #5



<sup>22</sup> Este ítem concentra solo las respuestas de adolescentes y jóvenes, pues la encuesta abordó con esta dimensión únicamente a este grupo poblacional.

### *Información sobre sexualidad, orientación y/o servicios sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR)*

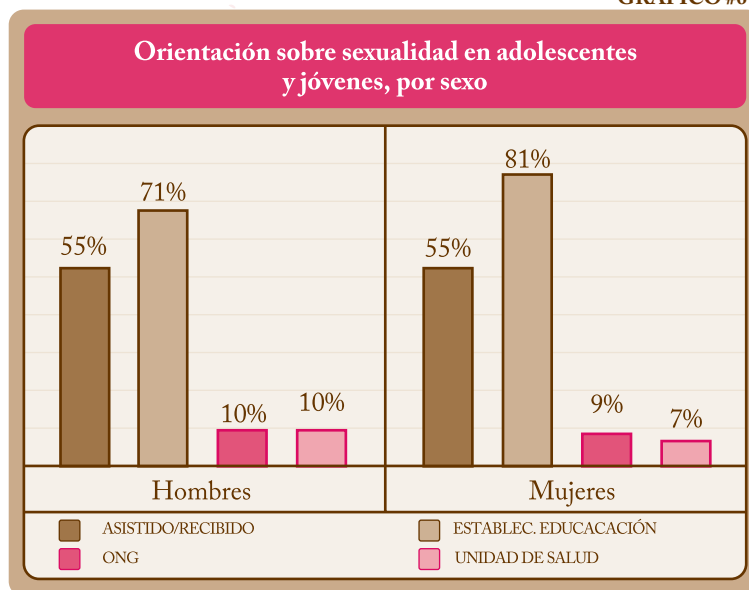
El bajo conocimiento sobre sexualidad contrasta con el alto porcentaje que manifestó que alguien le ha informado sobre sexualidad (72%). No se observan diferencias por sexo. El conocimiento de los jóvenes es apenas un poco más alto que el de los adolescentes.

La fuente de información más frecuente fue el profesor: el 71%; la madre, el 27%; el padre y amigas/amigos, el 21% en cada caso; y, el profesional de salud, el 10%.

Vale resaltar que del total de orientación recibida, el 76% corresponde a establecimientos de educación. Un bajo porcentaje corresponde a organizaciones no gubernamentales (ONGs) y unidades de Salud.

En definitiva, el escaso conocimiento sobre sexualidad de adolescentes y jóvenes está relacionado con la poca asistencia y orientación en los servicios de salud sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva.

GRÁFICO #6



### Potencial fuente de información y tipo de servicios que les gustaría recibir

Sobre la necesidad de información sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva, los adolescentes y jóvenes manifiestan que acudirían preferentemente al hospital, centros o subcentros de Salud (35%), consultorios médicos (20%) y a organizaciones que trabajan en el tema (13%). El 12% manifestó que no iría a ningún lugar.

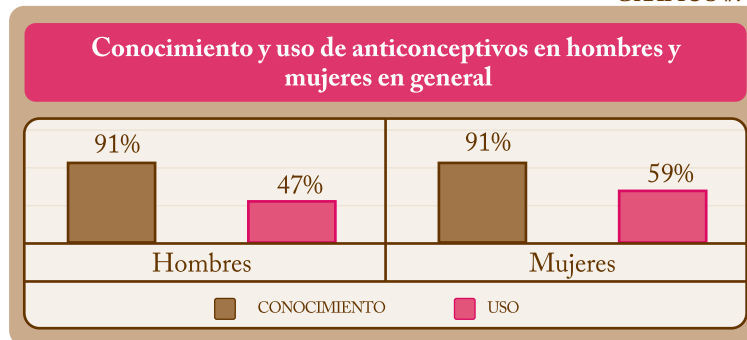
Entre el total de jóvenes y adolescentes que demandarían por información, el tipo de servicio preferido es “orientación o consejería” (56%) y “educación y mejor información” (28%). Solamente el 11% habla de “atención médica”.

Estos datos son importantes ya que muestran que una tercera parte de los adolescentes y jóvenes percibe a los servicios de Salud pública como espacios de orientación e información y demanda de ellos una visión integral, que dirija su mirada a la salud más que a la enfermedad.

#### 4.1.3.2. Conocimiento y uso de anticonceptivos<sup>23</sup>

En hombres y mujeres en general, se observa un alto conocimiento de métodos anticonceptivos (92%). La prevalencia actual del uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en los tres cantones de Sucumbíos es del 59%, menor a la registrada en la Endemain 2004 para toda la Amazonía, que fue del 65%. El uso actual de algún anticonceptivo por parte de los hombres es del 47%. Es la primera vez que se obtiene este indicador en las encuestas.

GRÁFICO #7



<sup>23</sup> Esta dimensión, como la mayoría, contiene las respuestas de hombres y mujeres en general, así como la de adolescentes y jóvenes.

Como se puede constatar en el gráfico 7, la brecha entre el conocimiento y el uso de anticonceptivos es amplia, mayor en hombres que en mujeres. Esto puede relacionarse con que las acciones de salud se orientan en su mayoría a las mujeres o, en su defecto, a la dinámica de género, que explica no sólo la orientación de los diversos programas sino también la mayor preocupación de la mujer en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, en desmedro de la responsabilidad de los hombres. La situación se agudiza por la presencia de políticas públicas que enfatizan la salud materno-infantil más que la salud sexual y reproductiva y, concentran su mirada en la responsabilidad de la mujer en la salud de la familia. En ese sentido, el enfoque de derechos sexuales y reproductivos quiere trascender a una mirada equitativa para hombres y mujeres, e incidir en el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos.

En las mujeres que usan anticonceptivos, el método más utilizado es la píldora (51%), luego la inyección anticonceptiva (19%), el condón (14%) y el DIU (9%). El 7% de las mujeres ha sido esterilizada. Destaca la diferencia en el uso de la inyección anticonceptiva y la píldora en relación a la edad. Así, mientras las mujeres en general usan la inyección (19%) y la píldora (51%), en las mujeres jóvenes y adolescentes el uso de la inyección es mayor (42%) y menor el porcentaje de la píldora (32%).

En los hombres, el condón es el más utilizado (40%). Los restantes métodos aludidos son utilizados por su pareja: píldora (27%), esterilización femenina (13%), e inyección anticonceptiva (11%), entre los principales.

Estos porcentajes corroboran el comportamiento sexual por sexo, donde las mujeres en mayor porcentaje que los hombres utilizan los diversos métodos. Se resalta que mientras las mujeres utilizan dispositivos en su cuerpo, incluyendo la esterilización, apenas el 14% corresponde al uso del condón en su pareja. No sucede así en las respuestas de los hombres, según las cuales, más del 50% corresponde a métodos que usan sus parejas y solo el 40% utiliza el condón.

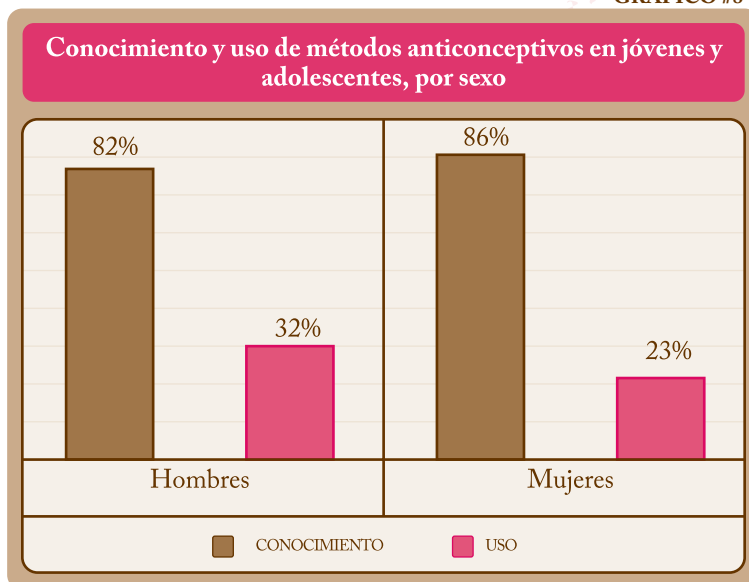
Entre los adolescentes y jóvenes, el 84% conoce o ha escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos, un poco más las mujeres que los hombres y, los jóvenes que los adolescentes. Los métodos más conocidos son el condón (87%), especialmente en el hombre; la píldora (70%); la inyección anticonceptiva (54%); y, el DIU (22%) en la mujer.

Algún método anticonceptivo usa el 27% de adolescentes y jóvenes; los hombres, el 32% y las mujeres, el 23%; los adolescentes, el 23%; y los jóvenes, el 41%.

En las mujeres, los métodos más usados son la inyección anticonceptiva (42%) y la píldora (32%); el DIU y el condón son usados por el 6% en cada caso. En los hombres, el condón es el más utilizado (85%). Es posible advertir una mayor brecha entre el conocimiento y el uso de los anticonceptivos en adolescentes que en jóvenes, que puede estar relacionado con el estado civil, mas no con su experiencia sexual. De hecho, el 62% de jóvenes y adolescentes ha tenido relaciones sexuales.

Es interesante observar cómo el uso de anticonceptivos es menor en hombres en general y en mujeres jóvenes y adolescentes. Si analizamos desde una perspectiva de género, el comportamiento por edad del uso de anticonceptivos establece que las mujeres jóvenes, aun cuando utilizan menos anticonceptivos que las mujeres en general, tienen un comportamiento similar, pues usan en mayor proporción métodos en su cuerpo. Solo el 6% de las mujeres jóvenes habla del condón; no así los hombres jóvenes, que en un importante porcentaje utilizan el condón. ¿Se podría hablar de un cambio cultural que promueve el uso del condón y que incide en la disminución de la inequidad de género en el ámbito de la sexualidad?

GRÁFICO #8



#### 4.1.3.3. Prácticas relacionadas con salud sexual y reproductiva<sup>24</sup>

##### *Experiencia sexual*

El 80% de los hombres en general tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 18 años de edad; el 55%, antes de los 15 años, con un promedio de edad de la primera relación sexual de 15,1 años (14,4 años para personas que tienen actualmente entre 15 y 29 años y, 15,6 años en las que tienen entre 30 y 59 años de edad).

En relación al nivel de instrucción actual, más precoz es la primera relación en personas con mayores niveles de instrucción (14,9 años).

En las mujeres en general, el 59% tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años y, 28% antes de cumplir 15 años. El promedio de edad respecto de la primera relación sexual es de 16,9 años (16,3 en aquellas que tienen entre 15 y 29 años; y 17,7 años, entre las de 30 y 59 años de edad). Contrario a los hombres, la edad promedio de la primera relación sexual en las mujeres con mayor instrucción fue superior (17,3 años) que en aquellas con baja instrucción (16,5 años).

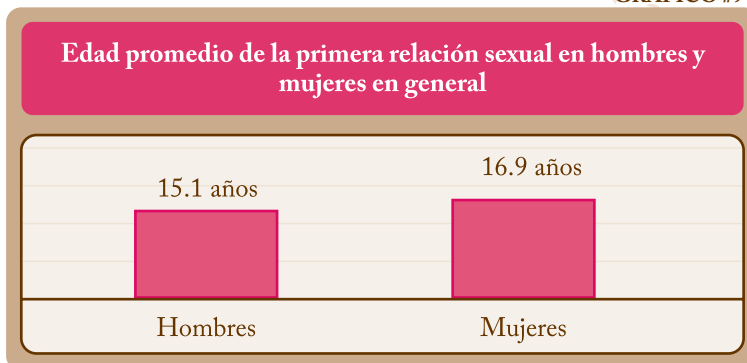
Esta constatación es importante pues exige la mirada desde una perspectiva de género, que puede neutralizar la variable instrucción e incluso el conocimiento en los hombres. ¿Qué juega más: una instrucción o una socialización inequitativa de género, en donde los hombres se socializan con menor responsabilidad de su vida sexual y reproductiva?

En los hombres, la primera relación sexual fue con la novia (48%), seguido de la amiga (29%) y mujer desconocida (17%). En las mujeres, la primera experiencia sexual fue con el novio (57%) y luego con el esposo o compañero (36%). De nuevo, la mirada de género explica el hecho de que en las mujeres la primera experiencia sexual no se realizó con un desconocido o un amigo preponderantemente; más bien primó el novio o su pareja.

---

<sup>24</sup> En este ítem se incorporan las respuestas de hombres y mujeres en general y de adolescentes y jóvenes. La categoría embarazo en adolescentes contiene solo las respuestas de adolescentes y jóvenes.

GRÁFICO #9

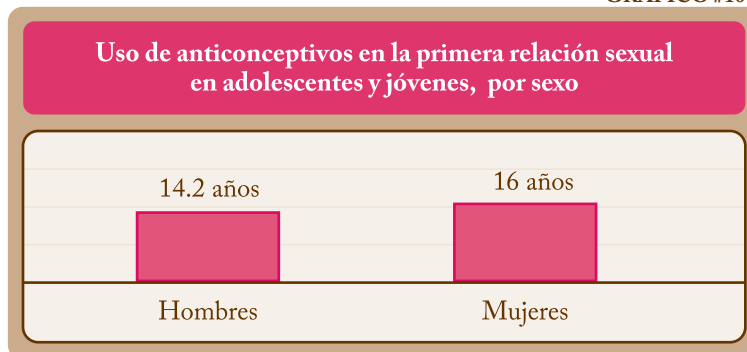


El 62% de los adolescentes y jóvenes refiere haber tenido relaciones sexuales; el 63% de los adolescentes y casi todos los jóvenes (98%). El 68% de hombres y 55% de mujeres tienen experiencia sexual. La edad promedio de la primera relación sexual es de 14,2 años para hombres y de 16,0 años para mujeres.

La relación entre la primera experiencia sexual y la edad de los grupos muestra mayor precocidad en los adolescentes, pues el promedio de edad de la primera relación sexual para los jóvenes fue de 15,4 años, mientras que para los adolescentes de 14,7 años.

Cabe resaltar que en la última encuesta nacional disponible (Endemain 2004), la media de edad de la primera relación sexual en el Ecuador es de 19 años. El 40% de las mujeres ecuatorianas tuvo su primera hija o hijo antes de los 20 años, lo cual permite afirmar que las mujeres en Sucumbíos tienen un inicio sexual más temprano respecto de la media nacional.

GRÁFICO #10



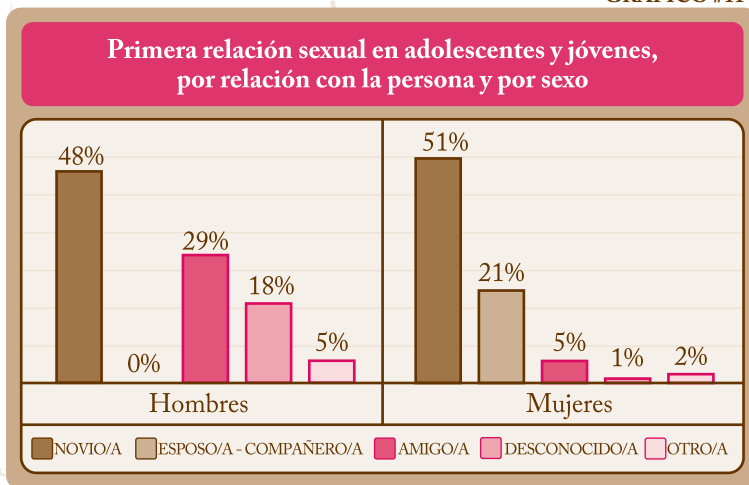


Sobre la razón principal de su primera relación sexual, la respuesta más frecuente en los hombres jóvenes y adolescentes fue: “por diversión o placer” (48%); luego, “como prueba de amor” (17%) y, “por presión del grupo de amigos” (8%). En las mujeres, la prueba de amor ocupó el porcentaje más alto (41%), seguido de “por diversión y placer” (15%) y, por “presión de la pareja” (14%). Estos datos corroboran la diferencia de género en el comportamiento sexual en hombres y mujeres: para ellos, la prioridad en su primera experiencia es la diversión y el placer; para ellas, es la prueba de amor. Ello demuestra que existe una reproducción cultural que relaciona el placer y la sexualidad del hombre y la estigmatización en la mujer. Ella sublima su primera experiencia sexual en “el amor”.

En adolescentes y jóvenes, tanto en hombres como en mujeres, la edad promedio de la pareja con quien tuvo la primera relación sexual es mayor: 4,5 en los hombres y 5 con respecto a las mujeres.

Sobre la persona con quien tuvo su primera experiencia sexual, en los hombres fue con mayor frecuencia la novia (48%) y luego la amiga (29%). En las mujeres, el 71% fue con el novio y el 21% el esposo o compañero. En los hombres, la primera experiencia sexual con persona desconocida fue del orden del 19%, seguramente con trabajadora sexual. No hubo ningún hombre joven o adolescente cuya primera experiencia sexual haya sido con la esposa o compañera. Nuevamente la socialización de género predomina más que la variable edad. Se reproducen patrones de comportamiento sexual traducidos en una sexualidad más permisiva para los hombres que para las mujeres.

GRÁFICO #11

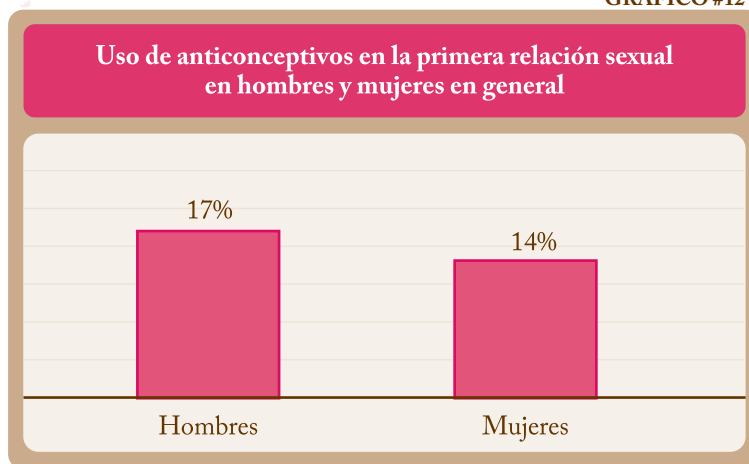


### *Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual*

Solamente el 17% de hombres y el 14% de mujeres usaron algún anticonceptivo en la primera relación sexual. Un mayor porcentaje de uso se registró en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes con mejores niveles de instrucción. En ambos sexos, el condón es el método más utilizado: 92% hombres y 77% mujeres.

Las principales razones para el no uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, en ambos casos, fue el “no conocimiento de métodos” (74% hombres y 47% mujeres); y, “no esperaba tener relaciones en ese momento” (47% hombres y 28% mujeres). Tal como se acotó anteriormente, si bien el conocimiento actual de métodos anticonceptivos en hombres y mujeres supera el 90%, a la edad de la primera relación sexual era muy bajo, especialmente en los hombres.

GRÁFICO #12



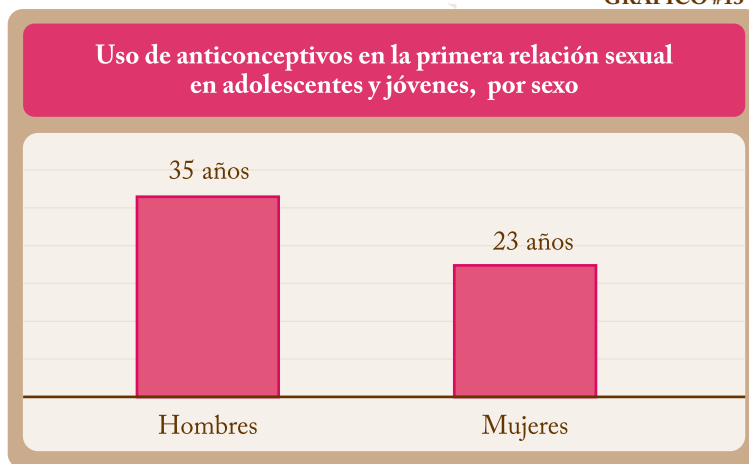
Un poco más de la tercera parte de hombres jóvenes y adolescentes que ha tenido experiencia sexual (35%), utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Esta cifra desciende al 23% en las mujeres. Los adolescentes, más que los jóvenes, utilizaron algún anticonceptivo en su primera relación sexual (33% y 27%, respectivamente).

Casi la totalidad de los hombres que utilizó algún anticonceptivo usó el condón. Entre las mujeres, los más utilizados fueron el condón masculino (65%) y la píldora (25%).

Las principales razones esgrimidas por los jóvenes y adolescentes que no usaron ningún anticonceptivo en la primera relación sexual, tanto hombres como mujeres, fueron: “no esperaba tener relaciones en ese momento” y “no conocía ningún método”. Esta última respuesta refleja inconsistencia con el relativo conocimiento elevado de métodos. No obstante, es interesante mirar cómo los jóvenes actualmente utilizan más los anticonceptivos en su primera relación, si se compara con la población en general. Los porcentajes alcanzan el 17% y 14% para hombres y mujeres, respectivamente.

Estos porcentajes provinciales coinciden con los datos nacionales. Estos refieren que aproximadamente la tercera parte de las jóvenes de 15 a 17 años no usó métodos anticonceptivos y de protección en su primera relación sexual, lo cual puede relacionarse con una falta de información clara sobre las formas de prevención del VIH, uno de los factores que ubica en situación de vulnerabilidad a las personas, particularmente a las y los adolescentes y jóvenes mujeres. ([www.cepar.org/endemain\\_04](http://www.cepar.org/endemain_04))

GRÁFICO #13



### *Relaciones sexuales en los últimos tres meses y uso del condón*

El uso de condones de manera continua y adecuada puede contribuir a reducir la velocidad de la expansión de la epidemia del VIH-Sida, entre la población sexualmente activa.

Por esta razón, a hombres y mujeres que estuvieron activos sexualmente durante los tres meses antes de la encuesta, se les preguntó si habían usado condones en su última relación sexual.

El 85% de los hombres y el 80% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses, sobre todo personas de 30 a 59 años, sin diferencia por el nivel de instrucción. De esas personas, un poco más de la tercera parte de hombres (36%) y el 15% de mujeres utilizaron el condón en la última relación sexual. El uso del condón está íntimamente relacionado con la edad y el nivel de instrucción: se registra mayor uso en hombres y mujeres de 15 a 29 años y, en quienes tienen mejores niveles de instrucción.

Entre las personas que utilizaron condón en la última relación sexual, las razones principales en los hombres fueron “prevenir el VIH-Sida” (40%), “evitar el embarazo” (33%) y “evitar otras ITS” (23%). Entre las mujeres, la razón más frecuente fue para “evitar el embarazo” (68%). Estos datos muestran dificultades en la fluidez de la información con respecto a la utilidad del condón; hecho que traduce una diferencia de género, pues para las mujeres –que son las que mayor conocimiento tienen sobre los métodos anticonceptivos– la razón de uso se relaciona con un motivo más práctico para ellas, como “evitar el embarazo”. No se registra, con la importancia suficiente, la utilidad del condón para prevenir infecciones de transmisión sexual y el VIH.

Las personas que no utilizaron condón en la última relación sexual exponen, sobre todo, razones como: “tiene una sola pareja” y “usa otro método” en los hombres; en las mujeres, “usa otro método” y “tiene una sola pareja”. El 7% de hombres y el 10% de mujeres nunca han utilizado el preservativo.

La consideración de no uso del condón por tener una sola pareja y, la existencia de un importante porcentaje que nunca lo ha utilizado, deben propiciar formas de educación sexual y capacitación a la población en general, que incidan y profundicen en las redes sexuales que se producen en territorios con alta movilidad humana, donde las relaciones sexuales inseguras propician mayor riesgo a personas con relaciones “estables” y “duraderas”, a causa de valores como la fidelidad y el estigma de la sexualidad que puede enmascarar imaginarios de “relaciones con una sola pareja”.

GRÁFICO #14



El 70% de adolescentes y jóvenes tuvo relaciones sexuales en los últimos tres meses; un poco más de mujeres (72%) que de hombres (68%) y, más jóvenes (77%) que adolescentes (62%). De estas personas que tuvieron relaciones, el 80% de hombres utilizó algún tipo de anticonceptivo en la última relación sexual. En las mujeres, el uso desciende al 48%.

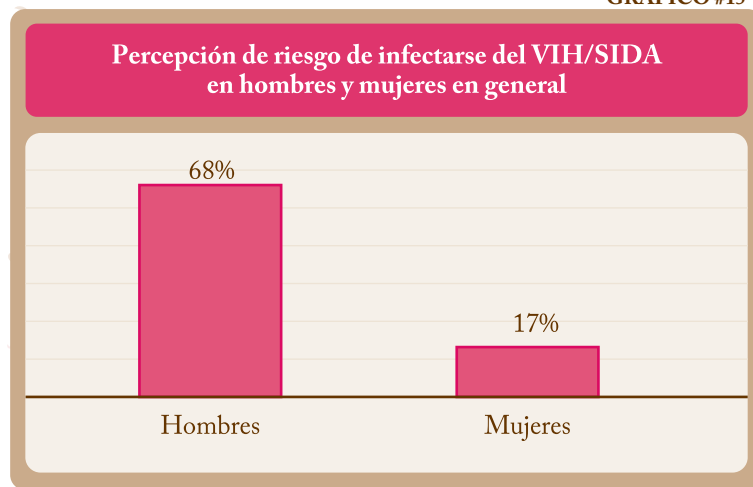
Con respecto al uso del condón en la última relación sexual, en los hombres llega al 68% y en las mujeres solo al 16%. No se evidencian mayores diferencias entre adolescentes y jóvenes. Sin embargo, se registran diferencias importantes respecto a la población en general.

Entre quienes utilizaron condón en la última relación sexual, los hombres defienden como razones principales: “evitar el embarazo”, “prevenir el VIH-Sida” y “evitar otras ITS”. Las mujeres usaron el condón para evitar el embarazo principalmente y, con menor frecuencia, para prevenir el VIH-Sida.

Las razones principales para el no uso del condón en la última relación sexual, en los hombres adolescentes y jóvenes, fueron: “usa otro método” (la pareja), “disminuye el placer sexual” y “no tenía en ese momento”. En las mujeres, “usa otro método”, “no tenía en ese momento” y “la pareja se ofendía”. Es interesante observar cómo los estereotipos que limitan el uso de preservativos se presentan y se explicitan en los jóvenes y adolescentes. El hombre joven habla de la disminución del placer, mientras la mujer, de la preocupación de que su pareja

se ofenda. Esto refleja la preocupación sexual en el yo en los hombres y, en el otro en las mujeres. Se reproduce en la vida privada, cotidiana e íntima, la identidad de la mujer al servicio del otro.

GRÁFICO #15



### *Fecundidad*

Entre los hombres y mujeres en general que afirmaron tener hijos nacidos vivos, la fecundidad declarada por los hombres es más alta que la de las mujeres. El promedio de hijas e hijos de los hombres es de 3,21 y de las mujeres de 2,73. Estos parámetros son similares a los encontrados a nivel nacional.

El número de hijas e hijos actualmente vivos, en el grupo de hombres, es en promedio 3,11; en las mujeres, 2,66. El 3,1% de hijas e hijos declarados por los hombres ha fallecido, en comparación con el 2,6% de las mujeres.

Al momento de realizar la investigación, el 10% de mujeres estaba embarazada; resultado que coincide con varias encuestas demográficas y de salud materna e infantil (CEPAR-ENDEMAIN), en Sucumbíos.

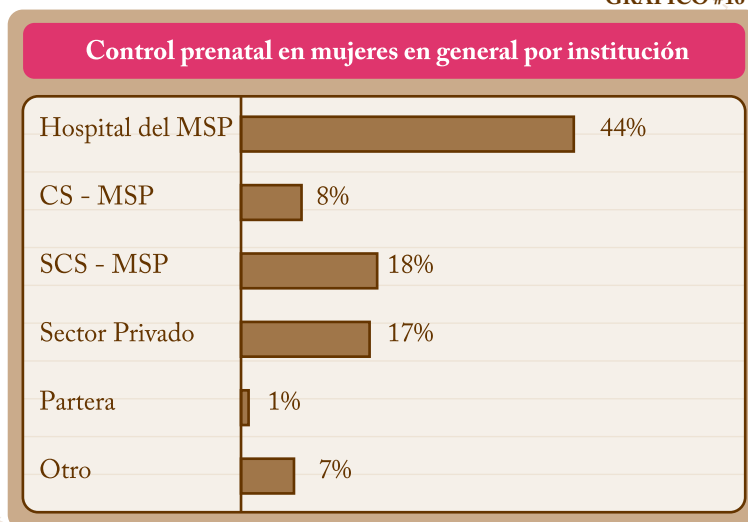
La quinta parte de mujeres (21%) no ha tenido ningún embarazo; tres de cada cuatro mujeres ha tenido entre 3 y 6 embarazos; y, 7 ó más embarazos, el 4%. El promedio de embarazos es de 3,9.

La mayoría de mujeres (83%) se puso la vacuna antitetánica en el último embarazo. De este grupo, casi la totalidad se ha vacunado hasta dos veces.

El número promedio de controles durante el último embarazo es de 5,5, similar a la norma del MSP. La mayor parte de controles de las mujeres en su último embarazo fue realizada en el Hospital de Nueva Loja del MSP (44%); en porcentajes menores, en los centros de Salud (8%) y en los subcentros de Salud (18%). Esto quiere decir que el MSP tiene en estos tres cantones una cobertura del 70% en control de embarazo. Cabe resaltar que la provincia de Sucumbíos, en términos de atención del embarazo, reproduce la concentración en servicios de segundo nivel. Se requieren, entonces, miradas que fortalezcan la atención primaria, esto es, el acceso oportuno de las mujeres a los servicios del primer nivel de atención.

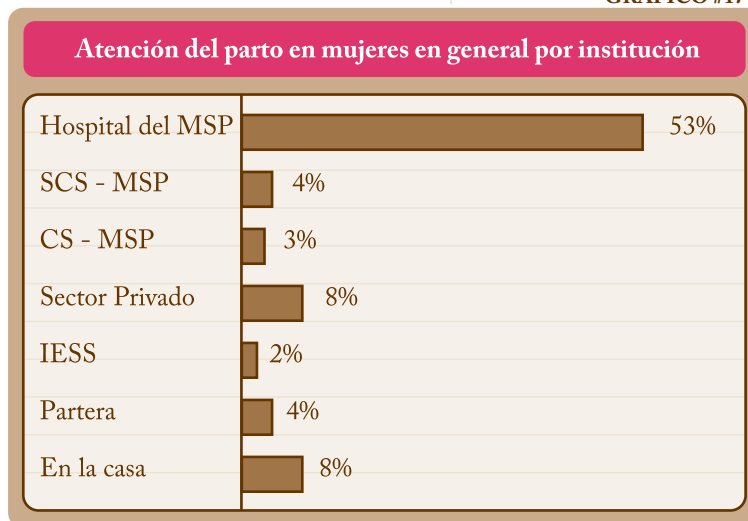
Si se comparan estos datos provinciales con los que reporta el Endemain a nivel nacional, es posible afirmar que la atención prenatal en Sucumbíos está lejos del porcentaje nacional (84%). (Endemain: 04)

GRÁFICO #16



Con respecto a la atención del parto, la cobertura de establecimientos del MSP es del 59%, con una importante atención en el Hospital de Nueva Loja (53%). La atención en clínica o consultorio particular representa el 8%; en la casa de partera, 4%; y, en casa de la mujer parturienta, 8%. El 18% de partos se realiza sin atención profesional; y el 7% es atendido en otro lugar.

GRÁFICO #17



Estos datos provinciales son más bajos respecto al nivel nacional, que registra el 74,2% de los partos con atención profesional. La situación de Sucumbíos, respecto a la atención profesional del parto, muestra cifras cercanas a lo que muestra el ámbito nacional en el área rural (57%).

La cobertura de la atención del parto profesional en el ámbito nacional en las mujeres indígenas (30%), en el quintil más pobre (55.8%) y, en las mujeres sin instrucción formal (36.7%), denotan una situación alarmante en la provincia de Sucumbíos que exige otras miradas de profundización de la problemática. (Oviedo: 06)

El 27% de adolescentes y jóvenes tiene hijos. La cifra asciende del 16% en hombres al 39% en mujeres. El 62% de este grupo poblacional vive con sus padres y hermanos, especialmente los hombres (74%). Una cuarta parte (25%) vive con compañera o compañero. En

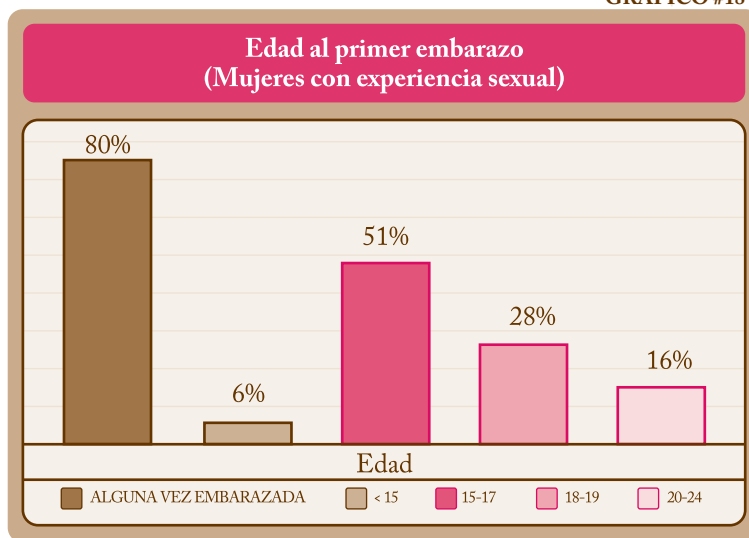


el caso de las mujeres, este porcentaje sube al 35%, seguramente por el mayor número que están casadas o unidas.

### *Embarazo en adolescentes y jóvenes*

Tres de cuatro adolescentes con experiencia sexual (73%) han tenido alguna vez un embarazo. La cifra, como es obvio, sube al 85% en las mujeres jóvenes. La mayoría de embarazos se produjo cuando la mujer tenía entre 15 y 17 años (51%) y, entre 18 y 19 años (28%). El promedio de edad al primer embarazo es de 17,3 años; la edad promedio de su pareja fue de 21,4 años, es decir, 4 años mayor. En más de la mitad de los casos (58%), el progenitor fue el esposo o compañero y, el novio (41%).

GRÁFICO #18



### *Reacciones al primer embarazo*

La reacción de la familia al conocer sobre el embarazo fue la aceptación (48%) o la indiferencia (14%). La pareja responsable del embarazo se contentó (48%), le manifestó “que lo

tuviera sola” (14%) y le expresó “que se casaría o uniría” (14%). Estos datos no muestran formas de discriminación en la familia, aun cuando pueden hablar de falta de apoyo. La actitud de las parejas evidencia, una vez más, la responsabilidad unilateral de las mujeres en el embarazo adolescente; situación que se agudiza si se considera que las jóvenes y adolescentes embarazadas enfrentan solas a un sistema escolar excluyente, estigmatizador y discriminatorio.

El 83% de embarazos terminó en un nacido vivo; el 9% de mujeres aún está embarazada; y, el 9% tuvo un aborto: 6% espontáneo y 3% inducido.

### *Consecuencias educativas y laborales del primer embarazo*

Más de la mitad de mujeres adolescentes (52%) se embarazó cuando fue estudiante. En las mujeres jóvenes se registró el 36%. La mitad de las adolescentes embarazadas interrumpió sus estudios y más de la mitad continuó sus estudios luego de concluir el embarazo (54%). El 46% de las embarazadas estudiantes abandonó sus estudios después del embarazo.

En el ámbito nacional, la Endemain 2004 muestra que el 20% de jóvenes entre 15 y 19 años ha tenido al menos un embarazo y, el 41% de las adolescentes embarazadas no volvió a estudiar, lo que significa que en la provincia de Sucumbíos hay un mayor número de mujeres que dejan de estudiar.

El 44% de adolescentes y el 27% de jóvenes trabajaban al momento del primer embarazo. Más de la mitad de adolescentes siguió trabajando después del embarazo (54%) y, un poco más de la tercera parte (36%) volvió a trabajar luego de terminar el embarazo. En otras palabras, dos de tres adolescentes que se embarazaron dejaron de trabajar.

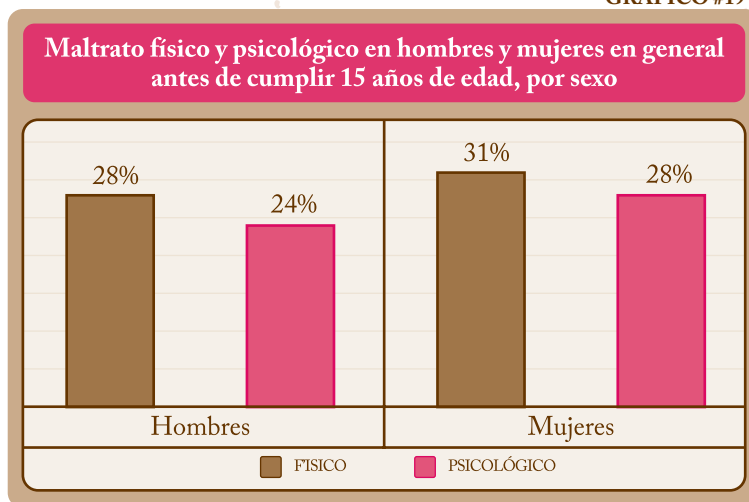
La información precedente evidencia que los derechos educativos y laborales de las mujeres jóvenes y adolescentes embarazadas son conculcados, lo cual puede agudizarse a causa de diversas formas de violencia, psicológica y física, que hacen que muchos de estos embarazos terminen en depresiones, abortos clandestinos e inseguros y, suicidios. Se hace necesaria una mayor profundización de esta problemática a través de procesos de capacitación que devalen su complejidad.

#### 4.1.4. Violencia intrafamiliar

##### Violencia física y psicológica antes de cumplir 15 años

Más mujeres que hombres han observado maltrato físico y psicológico entre sus padres antes de cumplir 15 años. Asimismo, más mujeres han sufrido maltrato físico y psicológico antes de cumplir los 15 años. La diferencia entre haber observado más maltrato psicológico que físico entre sus padres y, haber recibido mayor maltrato físico que psicológico, puede corroborar el continuum en las diferentes formas de violencia. Entre el 28% y 41% de las personas observaron algún tipo de maltrato entre sus padres y, entre el 24% y 31% sufrieron maltrato.

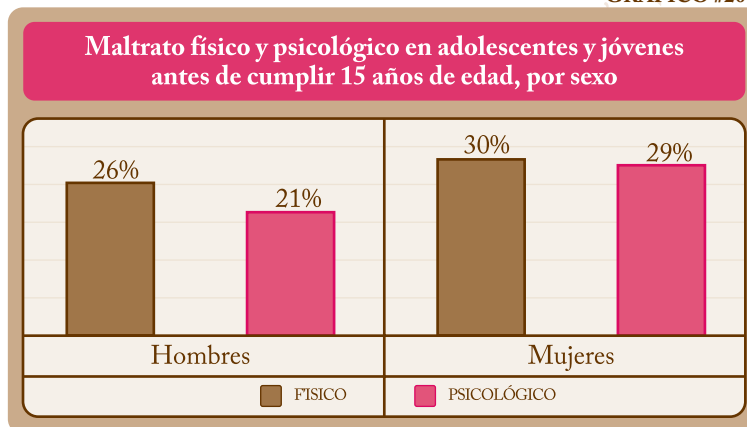
GRÁFICO #19



Un porcentaje levemente mayor de adolescentes y jóvenes mujeres, que hombres, ha observado maltrato físico y psicológico entre sus padres antes de cumplir 15 años. Entre el 28% y 34% de adolescentes y jóvenes observaron algún tipo de maltrato entre sus padres. Entre el 24% y 29% sufrieron ellos mismos algún tipo de maltrato.

Tanto en las encuestas de hombres y mujeres en general, como en las de los adolescentes y jóvenes, se establece que las personas agresoras han sido principalmente el padre y la madre. El maltrato físico fue más frecuente en el padre; y el maltrato psicológico, del padre y de la madre.

GRÁFICO #20



### *Maltrato en los últimos 12 meses*

En los últimos 12 meses, alrededor del 14% de hombres ha sufrido algún tipo de maltrato físico, psicológico y sexual. El porcentaje de mujeres se duplica (29%). El maltrato psicológico es el más frecuente.

La gran mayoría de personas de ambos sexos no pidió ayuda a nadie. Las principales razones para no hacerlo fueron: “creer que no era necesario”, “tenía vergüenza” y “creía que podía solucionarlo sola(o)”. Debe reconocerse, de acuerdo con esta información, que la violencia intrafamiliar tiene un alto grado de omisión, por la no declaración de la persona agredida.

El 3% de los adolescentes y jóvenes hombres ha sufrido algún tipo de acoso sexual en los últimos 12 meses. La cifra sube al 8% entre las mujeres. En los hombres, el acoso sexual ocurrió cuando tenían entre 10 y 14 años. En cambio, en las mujeres, más de la tercera parte de los casos ocurrió antes de cumplir 10 años de edad y, más de la mitad entre los 15 y 20 años.

Innumerables estudios evidencian que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública y un factor de riesgo epidemiológico para la salud sexual y reproductiva. A nivel nacional, las denuncias por violencia intrafamiliar, de las cuales el 85% corresponde a violencia contra la mujer, bordean los 55 000 casos al año. El total de denuncias registradas en la Dirección Nacional de Género, en el año 2005, fue 60 789.

Por otra parte, el Ministerio Público reportó 12 169 denuncias por delitos sexuales, desde el 2002 hasta el 2006. El 80% de delitos sexuales fue cometido por miembros de la familia y dentro de los hogares. La violación representa el 79% de los casos, equivalente a 9577 mujeres violadas, muchas de ellas jóvenes.

Estas denuncias corresponden a menos del 10%<sup>25</sup> de los casos de violencia existentes en el país. La encuesta Endemain a nivel nacional establece que las mujeres no buscan ayuda por las siguientes causas, en orden de importancia: “podían solucionarlo solas”, “vergüenza y miedo a las represalias”.

En relación con los delitos sexuales, la encuesta Endemain señala que siete de cada 100 mujeres ecuatorianas han tenido sexo forzado con penetración. Diversos estudios muestran que solo en Quito existen más de 1000 niñas en explotación sexual, expuestas a todo tipo de violencia, incluida la violencia sexual y los embarazos no deseados.

Esta información permite identificar las posibles relaciones entre violencia contra la mujer y el VIH, en tanto el control del cuerpo de la mujer navega desde una exclusión simbólica y violencia psicológica hasta la violencia sexual en sus diversas formas, a causa de una cultura de género inequitativa que deviene en otras formas de posesión de las mujeres: tráfico y explotación sexual, abuso y acoso sexual en el trabajo y en la escuela, entre otras.

#### ***4.1.5. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el VIH-Sida***

##### ***Conocimiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-Sida***

Existen más de 20 infecciones que se transmiten por contacto sexual. Las ITS constituyen un problema en sí y facilitan la transmisión del VIH, debido a que producen úlceras en los órganos reproductivos que facilitan el paso del virus. Si la persona que tiene una ITS se somete a un tratamiento adecuado, sus probabilidades de transmitir el virus o infectarse se reducen considerablemente. Cabe mencionar que las ITS no ulcerativas también operan

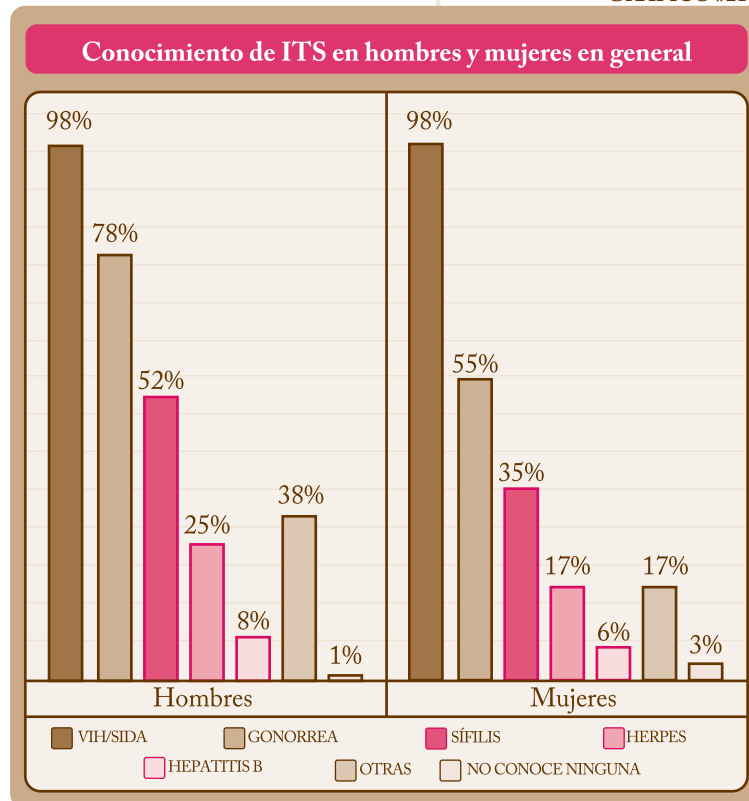
<sup>25</sup> La encuesta Endemain 2004 establece que apenas el 7,4% de las mujeres afectadas por violencia física y sexual buscó ayuda, mientras el 4% acudió a una Comisaría de la Mujer.

como cofactores de infección para el VIH, de modo que se recomienda ofrecer la prueba del VIH cuando se diagnostica una ITS.

Casi la totalidad de hombres y mujeres de los tres cantones de Sucumbíos, sin ninguna distinción por edad e incluso por nivel de instrucción, conoce o ha oído hablar de enfermedades que pueden ser transmitidas a través de las relaciones sexuales. Las enfermedades más conocidas son el VIH-Sida (98% en ambos sexos); la gonorrea/blenorragia (78% hombres, 55% mujeres); y, la sífilis (52% hombres, 35% mujeres). Las ITS menos conocidas por las personas encuestadas son el herpes y la hepatitis B.

Solo el 72% de hombres y el 66% de mujeres saben que una persona puede estar infectada con el VIH y no presentar signos o síntomas de la enfermedad.

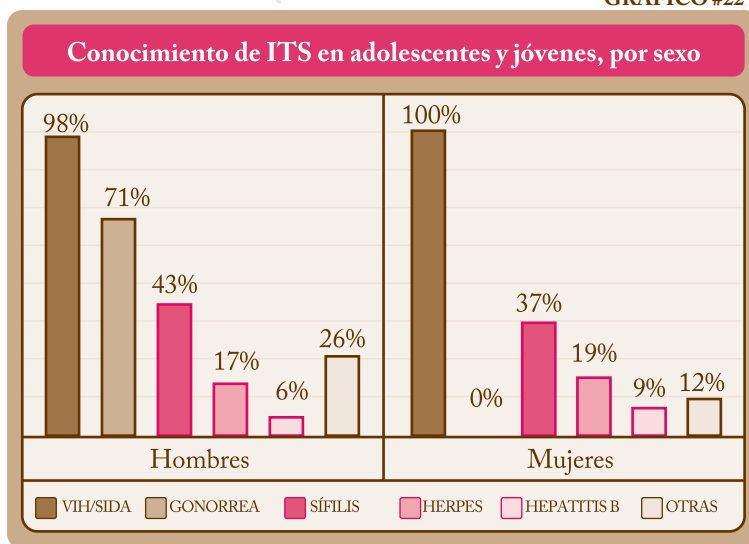
GRÁFICO #21



Casi la totalidad de adolescentes y jóvenes de los tres cantones de Sucumbíos, sin mayores diferencias con respecto al sexo, conoce o ha oído hablar de enfermedades que pueden ser transmitidas a través de las relaciones sexuales. Los jóvenes de 20 a 24 años de edad saben un poco más. Las enfermedades más conocidas son el VIH-Sida (99%), la gonorrea/blenorragia solo por los hombres (71%) y, la sífilis (43% hombres, 37% mujeres). De igual manera, se conoce menos el herpes y la hepatitis B.

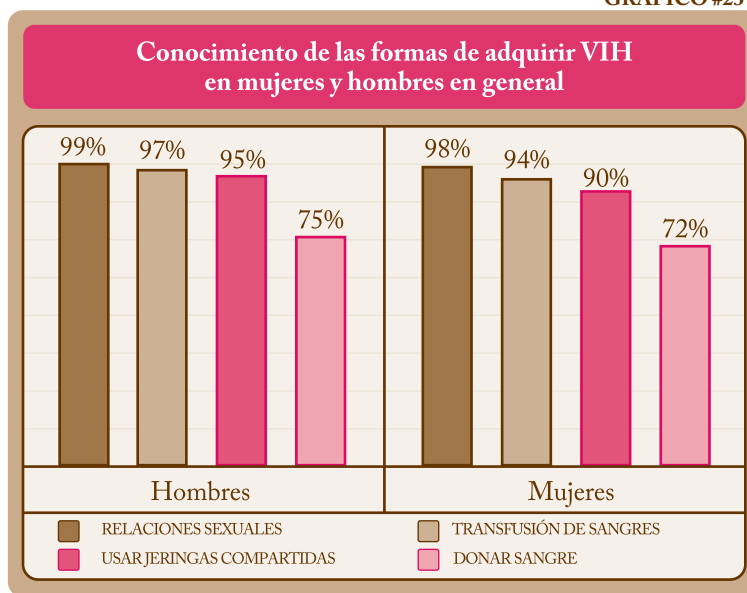
Apenas el 64% de hombres y mujeres adolescentes y jóvenes sabe que una persona puede estar infectada con el VIH y no presentar signos o síntomas de la enfermedad. Este conocimiento es menor al de las personas de mayor edad y adultas.

GRÁFICO #22



La gran mayoría de hombres y mujeres en general (más del 90%), sin mayores diferencias por edad y nivel de instrucción, sabe que los principales medios para infectarse del VIH son las relaciones sexuales, transfusiones de sangre y uso de jeringas compartidas. Otro indicador del conocimiento del VIH-Sida es el porcentaje de personas que cree que el VIH puede ser transmitido por otras vías. En este aspecto, el 39% de hombres cree que la picada de mosquitos es un mecanismo de transmisión del VIH. La cifra desciende al 36% en las mujeres.

GRÁFICO #23

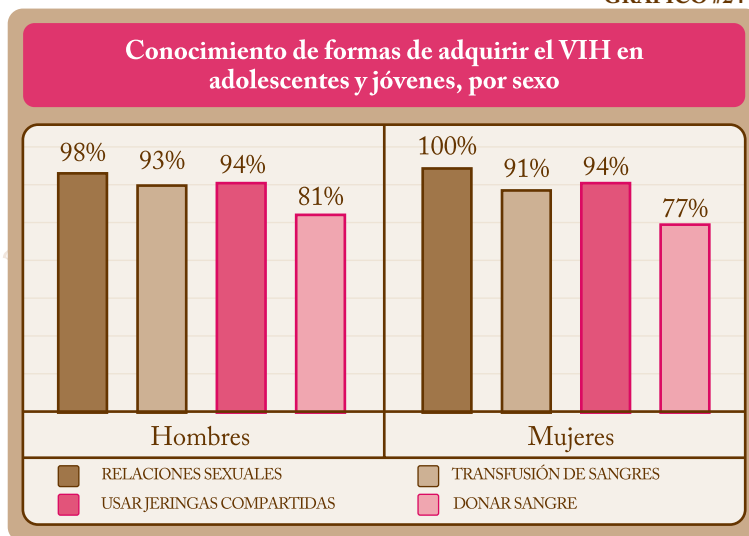


Casi la totalidad de adolescentes y jóvenes, sin mayores diferencias por sexo y edad, sabe que el principal medio para infectarse del VIH son las relaciones sexuales. Un alto conocimiento se registra en torno a las transfusiones de sangre y uso de jeringas compartidas. Un indicador del (des)conocimiento del VIH-Sida es el porcentaje de personas que cree que el VIH puede ser transmitido por otras vías. En este aspecto, el 35% de hombres y el 34% de mujeres creen que la picada de mosquitos es un mecanismo de transmisión del VIH.

Las mujeres tienen menos desconocimiento respecto a las formas de transmisión del VIH; esto sucede tanto en las mujeres en general como en las jóvenes y adolescentes. Hay que resaltar que la mayoría de hombres en general y, adolescentes y jóvenes cree que besar en la boca y utilizar utensilios usados por alguien que tiene Sida son mecanismos de transmisión del VIH. Estas cifras son menores en todas las mujeres encuestadas y hablan de la necesidad de profundizar en un conocimiento del VIH en la población en general y, de incluir a los hombres en dichas acciones.

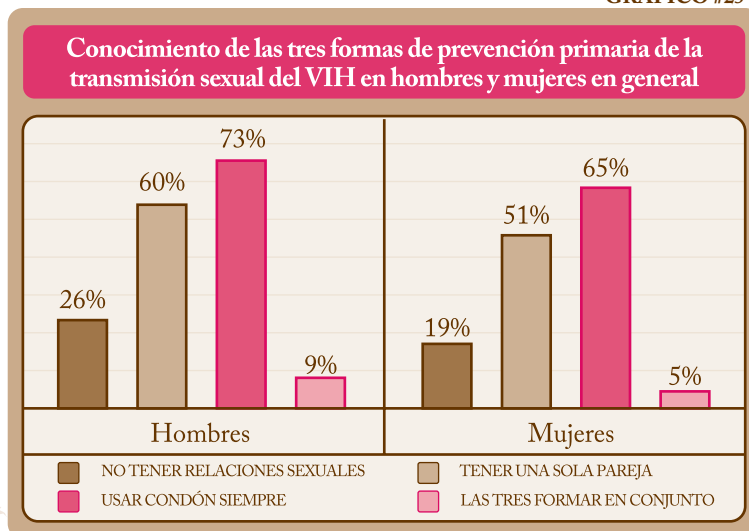


GRÁFICO #24



Las tres formas de prevención primaria de la transmisión del VIH, mencionadas en los hombres en general, fueron citadas en este orden de frecuencia: el uso del condón (73%), la monogamia o tener una sola pareja sexual (60%) y la abstinencia (26%). En las mujeres en general este conocimiento es menor; se registraron los siguientes porcentajes: 65%, 51% y 19%, respectivamente.

GRÁFICO #25



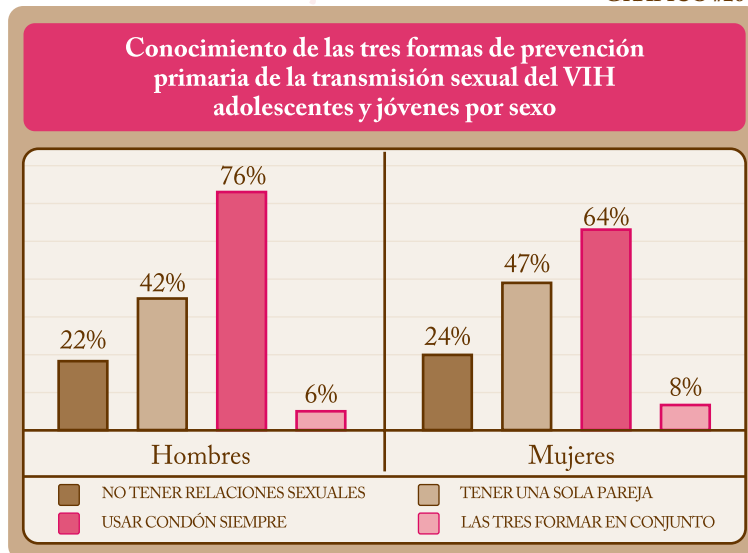
Las tres formas de prevención primaria mencionadas por adolescentes y jóvenes hombres fueron: el uso del condón (76%), la monogamia o tener una sola pareja sexual (42%) y la abstinencia o evitar tener relaciones sexuales (22%). En las mujeres el conocimiento es menor: 64%, 47% y 24%, respectivamente.

En relación al uso del condón, mayor conocimiento tienen los hombres jóvenes y las personas con mayor instrucción; la monogamia fue referida por las personas de mayor edad; y, la abstinencia fue aludida por los hombres con mayor instrucción.

En los adolescentes y jóvenes, en cambio, se habla con mayor frecuencia del uso del condón, seguido de la monogamia. La abstinencia tuvo porcentajes bajos.

Estas diferencias por edad deben considerarse cuando se capacita a los diversos grupos. De hecho, existen estudios internacionales que muestran las limitaciones que ha tenido en el mundo el énfasis en la abstinencia como forma de prevención, frente a la efectividad que ha representado el uso del condón masculino. Este estudio, de otro lado, mostró que muchos jóvenes y adolescentes no utilizaron el condón en su primera relación sexual; situación “contradictoria” a la alta percepción que tienen sobre el uso del condón para prevenir el VIH. Esto se puede explicar también porque un porcentaje importante habla de la monogamia como segunda forma de prevención.

GRÁFICO #26

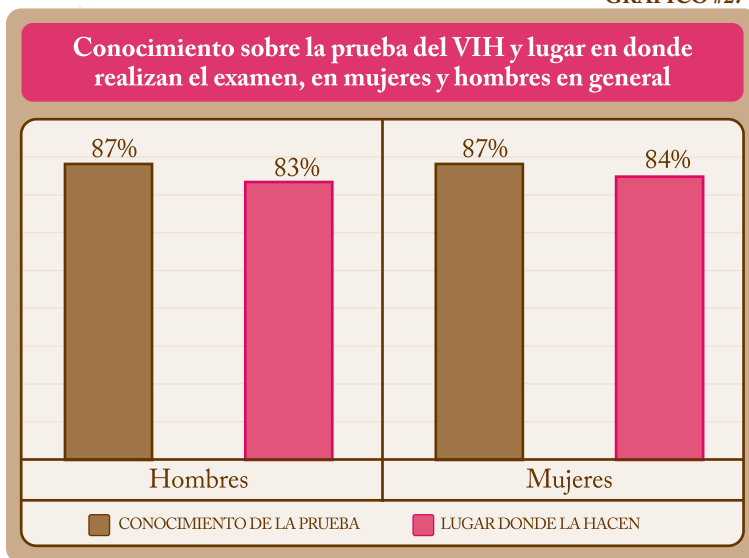


### Conocimiento de la prueba del VIH e información recibida

En ambos sexos, el 87% conoce o ha oído hablar de la prueba del VIH. De éstos, el 83% sabe dónde la realizan. Mayor conocimiento sobre la prueba del VIH tienen hombres y mujeres en general con mejor nivel de instrucción, sin que se registren diferencias con respecto a la edad. En las mujeres, ni la edad ni la instrucción están asociadas al conocimiento del lugar donde hacen la prueba. Los hombres tienen mayor conocimiento del lugar donde la realizan. Sin embargo, mayor conocimiento del lugar tienen los más jóvenes, sin diferencias por instrucción.

En relación a la fuente de información sobre VIH, hombres y mujeres respondieron en este orden: primero la televisión, luego la radio y después el periódico. El 28% señaló que la información fue proporcionada por profesionales de la salud, amigos y parientes.

GRÁFICO #27

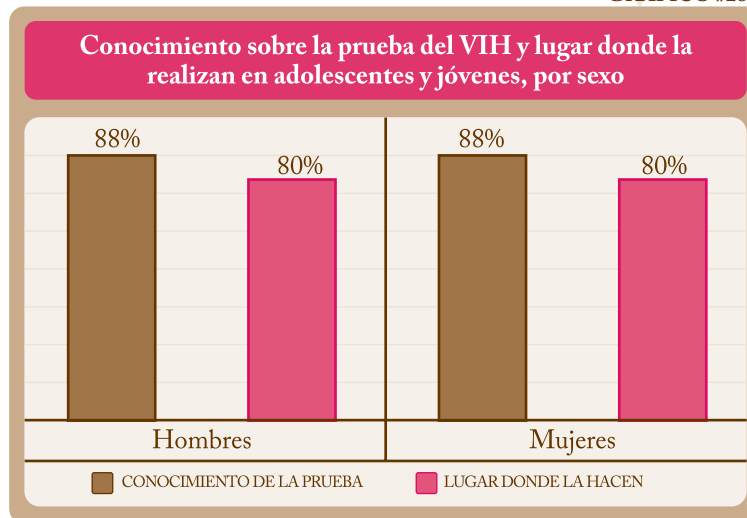


El 88% del total de adolescentes y jóvenes conoce o ha oído hablar de la prueba del VIH; de éstos, el 80% sabe dónde la realizan, sin diferencias por sexo ni edad.

Sobre la fuente de información, tanto adolescentes y jóvenes respondieron en primer lugar la televisión, luego y, con bastante diferencia, el periódico y la radio. Para ambos sexos, alrededor de la cuarta parte de la información fue proporcionada por profesionales de la salud y el 30%, por amigos.

Es interesante corroborar el hecho de que la TV es el medio de información para la población total. Este conocimiento debe permitir el fortalecimiento de mecanismos de comunicación e información sobre las diferentes formas de prevención del VIH, a través de este medio masivo de comunicación.

GRÁFICO #28



### *Percepción personal de riesgo de infectarse del VIH-Sida*

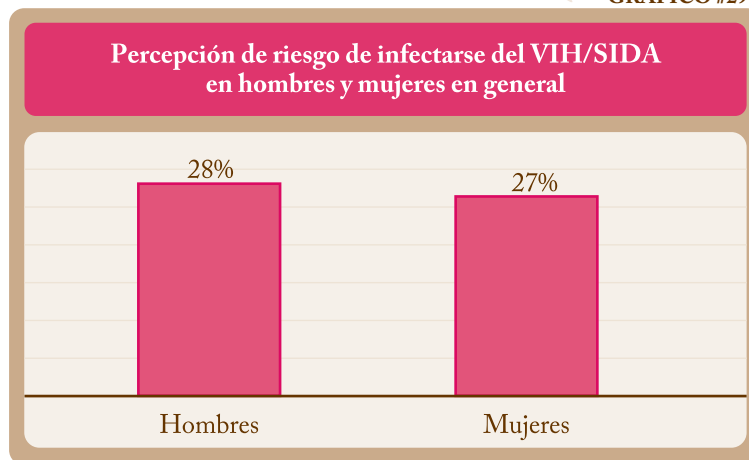
El Sida es una enfermedad incurable y mortal, que afecta a hombres y mujeres de todas las edades, de cualquier clase social, en todos los países del mundo. La percepción de riesgo de infectarse del VIH-Sida puede ser determinante en el comportamiento sexual y en las medidas que hombres y mujeres adopten para protegerse.

Del total de personas que ha oído hablar del VIH-Sida, el 64% de hombres y el 58% de mujeres expresaron no tener riesgo personal de adquirir el VIH-Sida. El 8% de

hombres y 15% de mujeres no saben o no quisieron dar una respuesta categórica a la pregunta.

Esta información determina que apenas el 28% de hombres y el 27% de mujeres creen tener algún riesgo. Los hombres que consideran tener un riesgo personal son los de 30 a 59 años (30%) y, quienes han aprobado algún año de instrucción secundaria o superior (31%). Entre las mujeres, las más jóvenes creen tener algún riesgo (29%), e, igual que en los hombres, quienes tienen mejores niveles de instrucción (30%).

GRÁFICO #29



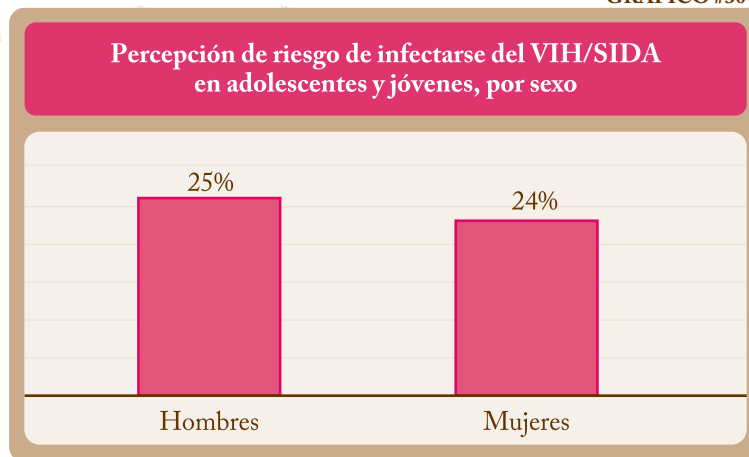
Las principales razones por las cuales las personas perciben riesgo de infección del VIH-Sida, sin diferencias por sexo, fueron: “tiene otra(s) pareja(s)”, “no sabe con quién se junta”, “no se está libre de nada” y “transfusiones de sangre”.

Las razones por las que los hombres consideran que no existe riesgo de adquirir el VIH-Sida fueron: “tiene una sola pareja sexual”, “no tiene sexo con desconocidas” y “usa el condón”. Respecto a las mujeres: “tiene una sola pareja sexual”, “no tiene pareja sexual”, “conoce bien a su pareja” y “no tiene sexo con desconocidos”.

Entre adolescentes y jóvenes, el 67% de hombres y el 64% de mujeres consideraron que no tienen riesgo personal de adquirir el VIH-Sida. El 7% de hombres y 12% de mujeres

no saben o no quisieron dar una respuesta categórica. El 26% de hombres y 24% de mujeres creen que sí existe algún riesgo de contraer el VIH, más en los jóvenes (32%) que en adolescentes (25%).

GRÁFICO #30



Las principales razones por las que los adolescentes y jóvenes hombres perciben un riesgo de infectarse del VIH-Sida fueron: “no usa siempre el condón”, “tiene varias parejas” y “no se cuida cuando se divierte”. Entre las mujeres fueron: “no confía en el esposo/compañero”, “tiene otra(s) pareja(s)” y “no usa siempre el condón”.

Las razones por las cuales los adolescentes y jóvenes consideran que no tienen riesgo de adquirir el VIH-Sida, fueron: “tiene una sola pareja sexual” (especialmente en jóvenes), “no tiene relaciones sexuales” (especialmente en las mujeres) y, “usa siempre el condón” (en los hombres adolescentes).

Estos datos son preocupantes si se relacionan con las llamadas relaciones concurrentes y redes sexuales que pueden existir en territorios caracterizados por gran movilidad humana y, que hacen que las relaciones estables y de largo plazo den la apariencia de relación segura; dicho de otra manera, las redes sexuales establecidas pueden explicar la vulnerabilidad de las mujeres casadas o amas de casa con dificultades de ejercer sus derechos sexuales. Esto es alarmante si se vincula con el menor conocimiento que muestran los hombres en ma-

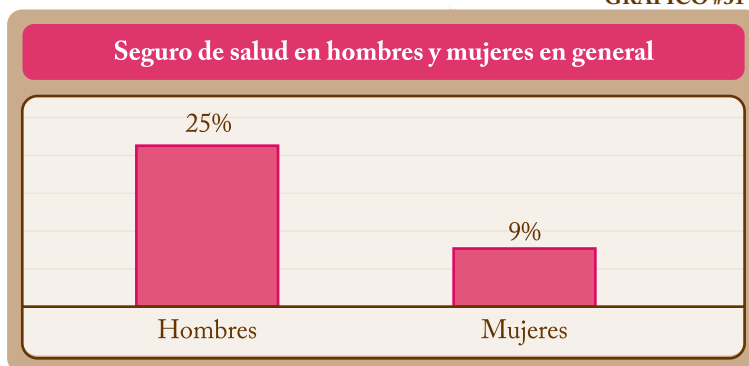
teria de salud sexual y reproductiva en la provincia de Sucumbíos. La situación conlleva a fortalecer mecanismos para motivar a que ellos acudan a los servicios y a las diversas acciones que promueven el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

#### 4.1.6. Atención de salud

##### *Seguro de salud y uso de servicios de Salud*

El 25% de hombres encuestados y apenas el 9% de mujeres tienen algún seguro de salud. Esto quiere decir que tres de cada cuatro hombres y más del 90% de mujeres no cuentan con ningún tipo de seguro para cuidar de su salud. Sin embargo, debe considerarse que la encuesta no registra la cobertura que tienen las mujeres en virtud de la Ley de Maternidad Gratuita.

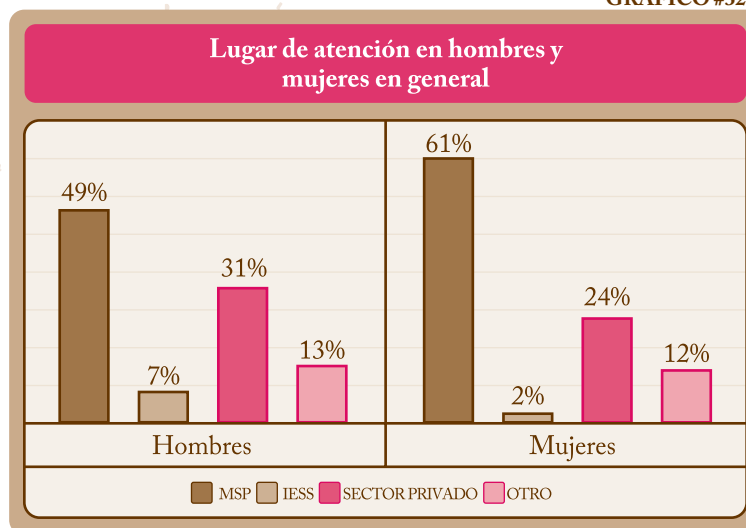
GRÁFICO #31



El 38% de hombres y el 61% de mujeres habían acudido a establecimientos de salud de la Provincia para atenderse. En los hombres, sobresale la asistencia al hospital del MSP (33%) y a la clínica o consultorio particular (31%). En general, a establecimientos de salud del MSP acude cerca de la mitad de los hombres (49%).

Las mujeres acuden a establecimientos del MSP en un 62% (33% hospital, 6% centros de Salud y 23% subcentros de Salud). Casi una cuarta parte de mujeres (24%) va a clínicas o consultorios privados.

GRÁFICO #32



En los hombres, el principal motivo de consulta fue por alguna enfermedad o dolencia (90%). En las mujeres, por enfermedad o dolencia (49%), control prenatal (13%), consulta de planificación familiar (7%) y atención del parto (6%).

Este comportamiento de género en el acceso al servicio de salud tiene una relación directa no solo con la forma como se socializa el cuidado de la salud y de los cuerpos de hombres y mujeres, sino con una forma de vida, que se expresa en el hecho de que los hombres, por múltiples causas, pueden decidir y acceder a los servicios para resolver sus dolencias. Las mujeres, en cambio, lo hacen con menos frecuencia pues están abocadas al cuidado del otro, su cónyuge, su familia, su hijo. Las mujeres tienen una identidad fuerte a través de la maternidad, que explica que su acceso a los servicios de salud se concrete más por asuntos reproductivos – control prenatal, planificación familiar, parto– que por cuidados de salud de su cuerpo.

### *Tiempo para llegar, tiempo de espera y agente de atención*

El 80% de hombres y el 70% de mujeres se demoraron 15 minutos para llegar al servicio. Entre los hombres, 79% señala que el horario de atención es conveniente y 68% que el



tiempo de espera es aceptable. Entre las mujeres, el 86% afirma que el horario de atención es conveniente y el 58% que el tiempo de espera es aceptable.

La percepción de género es diferencial y muestra la relación con el tiempo que tienen hombres y mujeres. Los hombres, al parecer, tienen menos premura que las mujeres para ser atendidos. Sin embargo, los siguientes datos muestran, paradójicamente, que a pesar de que más mujeres acuden a los servicios de salud, quienes son atendidos con mayor rapidez son los hombres. Esto se relaciona con una socialización de género del personal de salud, que deviene en mayor atención y cuidado a los hombres que a las mujeres. Podría afirmarse que el servicio público de salud reproduce en su atención la legitimidad de los hombres en el espacio público, en desmedro de la legitimidad de las mujeres, a quienes se las sigue confiando al espacio privado familiar.

Los servicios de salud públicos atienden más rápido a los hombres que a las mujeres. El 25% de hombres tuvo que esperar menos de 15 minutos para ser atendido, comparado con el 13% de mujeres. El 30% de hombres tuvo que esperar entre 15 y 30 minutos; el 21% de mujeres. Finalmente, 34% de hombres esperó más de una hora, comparado con el 48% de mujeres.

Para los hombres, los principales agentes de atención en los servicios de salud públicos son el médico o médica (76%) y la enfermera (16%); para las mujeres, el médico o médica (62%), la obstetrix (24%) y la enfermera (8%).

### *Pagos por la atención recibida*

El 44% de hombres y el 58% de las mujeres pagaron por la atención recibida en los establecimientos de salud públicos. Entre las personas que pagaron, el 26% de los hombres calificó el pago como “alto” y “bajo”; el restante 74% consideró un pago “adecuado”. Entre las mujeres, el 8% “alto”, 78% “adecuado” y 14% “bajo”.

## 4.2. Estudio de caso: salud sexual en las trabajadoras sexuales de Sucumbíos

La investigación encuestó a 50 trabajadoras sexuales –35 en Nueva Loja, 1 en El Carmen de Putumayo y 14 en Shushufindi. Se aplicaron cuestionarios individuales en el lugar de trabajo<sup>26</sup>. En los bares y discotecas no se pudo aplicar los instrumentos pues no hubo una respuesta favorable.

### *Características de las mujeres encuestadas:*

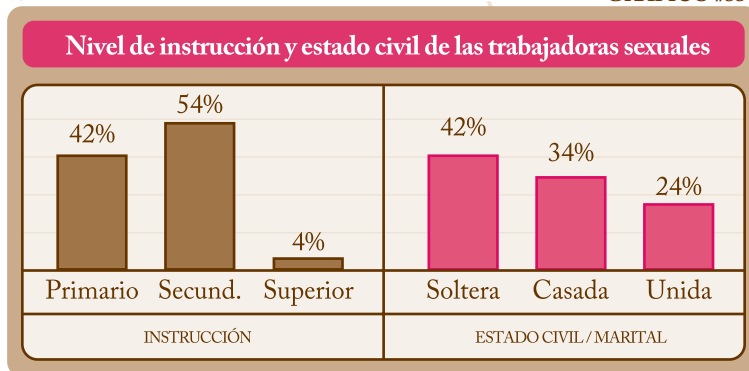
El 70% de las trabajadoras sexuales tiene entre 20 y 29 años de edad; el 18%, menos de 20 años; y, el 12%, más de 30 años. La mayoría llega de otras partes del Ecuador y del exterior, especialmente de Colombia. El 62% de mujeres llegó en los últimos 3 años.

Una de cada cinco trabajadoras sexuales es colombiana y la mayoría es refugiada o solicitante de asilo.

La mitad de las mujeres se autoidentifica como mestiza; el 28%, blanca; y, el 18%, negra. El 42% aprobó algún año de instrucción primaria y más de la mitad (54%) algún año de secundaria. La gran mayoría (98%) no está asistiendo a ningún centro de educación formal.

El 42% de las trabajadoras sexuales no tiene vínculos matrimoniales; la tercera parte es casada (34%); y la cuarta parte, unida (24%). El 40% de mujeres vive en unión libre.

GRÁFICO #33

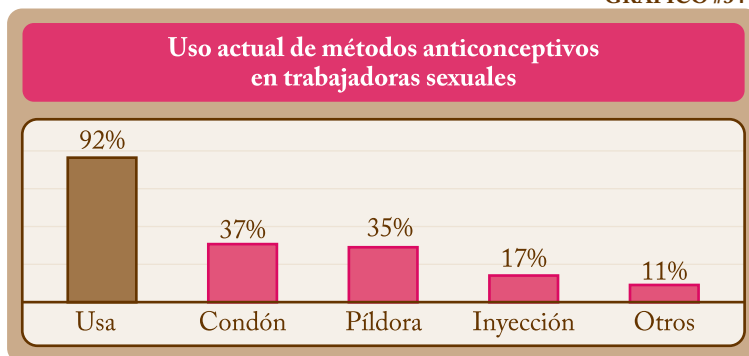


<sup>26</sup> Los sitios de trabajo fueron prostíbulos y “chongos”.

El 72% de trabajadoras sexuales tiene entre 1 y 2 hijos y el 14% no tiene hijos. El 24% de mujeres respondió que vive sola y más de la tercera parte (36%), con un compañero. El 10% vive con padres y hermanos y el 18%, con los hijos.

La gran mayoría de mujeres usa algún método anticonceptivo (92%). Utiliza el condón el 37% de los casos, la píldora (35%) y la inyección anticonceptiva (17%). La baja utilización del condón por parte de las trabajadoras sexuales es un elemento preocupante, al ejercer la actividad en un territorio de alta movilidad.

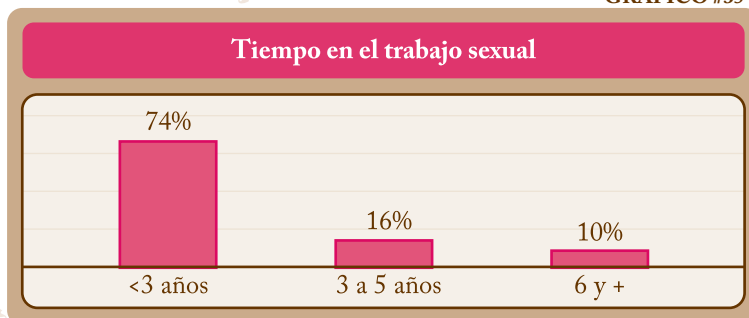
GRÁFICO #34



El 74% de mujeres son relativamente nuevas en el trabajo sexual (menos de tres años). Los clientes llegan a sus sitios de trabajo en el 62%. La mayoría trabaja por cuenta propia (70%) y el restante 30%, para un tercero.

El 88% de mujeres no tiene otra fuente de ingresos. El 58% tiene a su cargo entre 1 y 2 personas; el 32%, entre 3 y 5 personas; y, el 42%, 6 ó más personas.

GRÁFICO #35

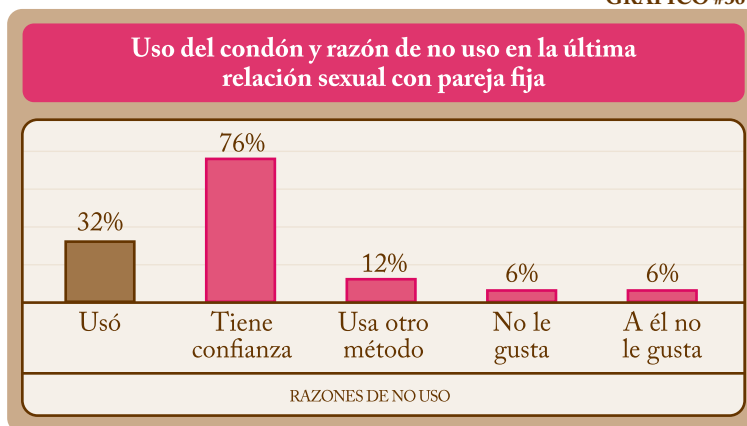


La mitad de las trabajadoras sexuales tiene pareja fija. De estas, solo la tercera parte (32%) usó condón en la última relación sexual.

Las trabajadoras sexuales que no usaron condón en la última relación sexual argumentaron que no es necesario porque: “es pareja fija, tiene confianza” (76%); “usa otro método” (12%); “a él no le gusta” (6%); y, “a ella no le gusta” (6%). En el 50% de los casos, “ella” tomó la iniciativa de usar el condón; en el 12%, “la pareja”; y en el 38% fue un acuerdo “entre los dos”.

Consistente con el uso del condón en la última relación sexual, el 52% no usó preservativo con su pareja fija en los últimos 6 meses. Solo el 20% usó el condón todas las veces y el 24%, pocas veces. La mayoría (80%) sí ha conversado sobre el VIH/ Sida con su pareja fija.

GRÁFICO #36



### *Actividad sexual con clientes*

El 58% de mujeres tiene hasta 9 clientes por día; el 36%, 10 ó más clientes; y el 6% no sabe o no recuerda. Todas utilizaron condón en la última relación sexual y el 92%, todas las veces en los últimos 6 meses. El 90% de mujeres respondió que si el cliente se niega a usar el condón ella no hace sexo y pierde al cliente. El 10% sí aceptó hacerlo sin protección.

El 28% de mujeres sí ha conversado sobre el VIH-Sida con sus clientes y más de la mitad con algunos clientes (54%). Existe un 18% que no ha conversado al respecto.

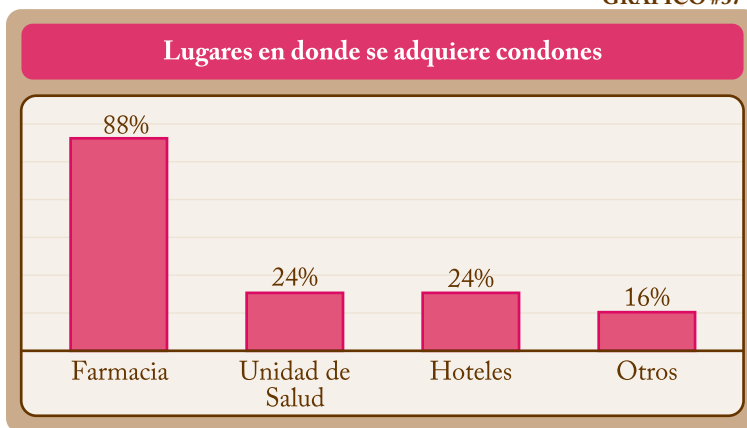
Es evidente la percepción de las trabajadoras sexuales sobre las relaciones sexuales seguras o inseguras y cómo promueven una práctica de riesgo para su salud, al asegurarse el uso del condón en su trabajo sexual; no así cuando tienen relaciones con su “pareja estable”.

### *Acceso a condones y examen ginecológico*

Las principales fuentes de obtención de preservativos son la botica y farmacia (88%), seguido con bastante distancia por la unidad de salud (24%), tiendas (8%) y hoteles, moteles y bares (24%). Prácticamente no existe acceso a condones de manera gratuita: apenas el 8% los obtiene de esa manera.

La gran mayoría de mujeres (92%) se ha realizado examen ginecológico hace menos de 6 meses en unidades de salud del MSP. El acceso que las trabajadoras sexuales tienen a las unidades del Ministerio de Salud debería ser una oportunidad para profundizar en comportamientos de riesgo (el no uso constante del condón, la violencia, las infecciones de transmisión sexual, etc.) y, coadyuvar a una salud integral de las mujeres.

GRÁFICO #37

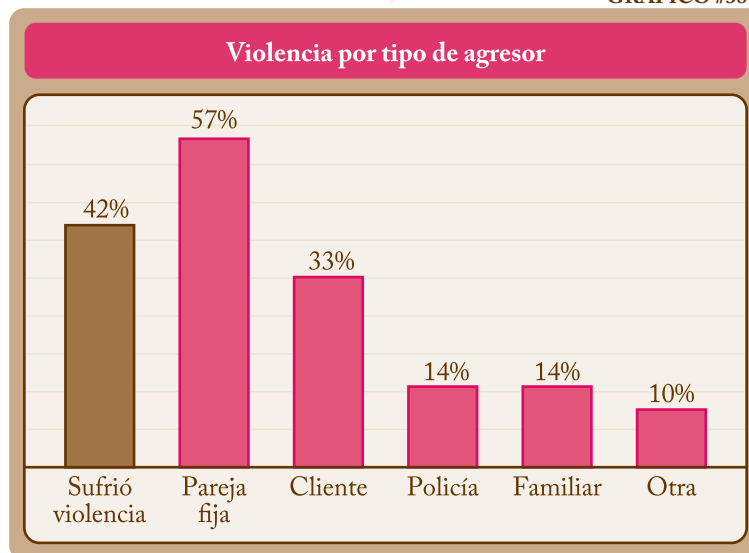


El 42% de mujeres ha sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja u otra persona. En el 57% de los casos de violencia, el infractor fue la pareja fija y en el 33%, el cliente. El 14% declaró que el agresor fue el policía y otro 14%, un familiar.

Sobre el tipo de violencia, el 62% sufrió violencia verbal o psicológica; 76%, violencia física; y, 24%, violencia sexual. Cerca de la cuarta parte ha sufrido algún tipo de violencia en los últimos 6 meses (24%).

Del 20% de trabajadoras sexuales colombianas, la mitad manifestó haber sufrido algún tipo de violencia, fue denunciada o detenida por Migración.

GRÁFICO #38

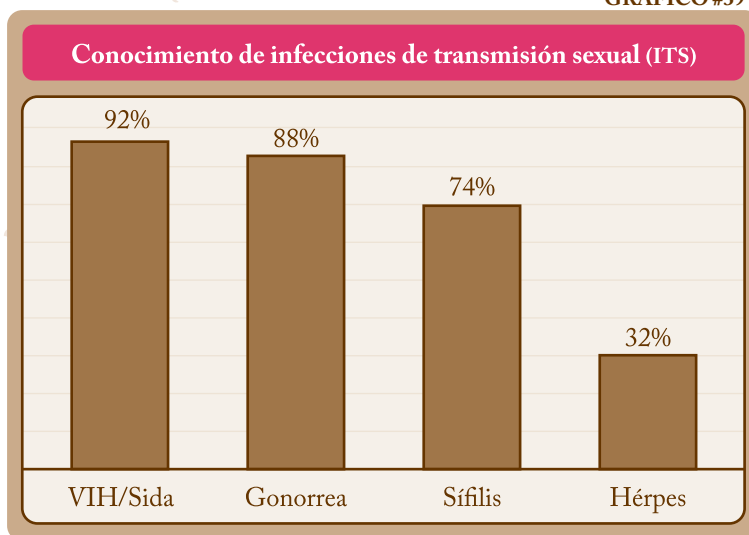


### *Conocimiento de infecciones de transmisión sexual*

La totalidad de mujeres conoce o ha oído hablar de infecciones de transmisión sexual. Las infecciones más conocidas son el VIH-Sida, gonorrea, sífilis, herpes, condiloma y la hepatitis B.

El 4% ha tenido corrimiento vaginal o anal; el 6%, úlcera, herida o verruga y algún otro síntoma de ITS. Algunos estudios se refieren a la alta frecuencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres trabajadoras sexuales y las diversas formas que tienen para enmascarar el cuadro, como automedicarse para continuar su actividad.

GRÁFICO #39

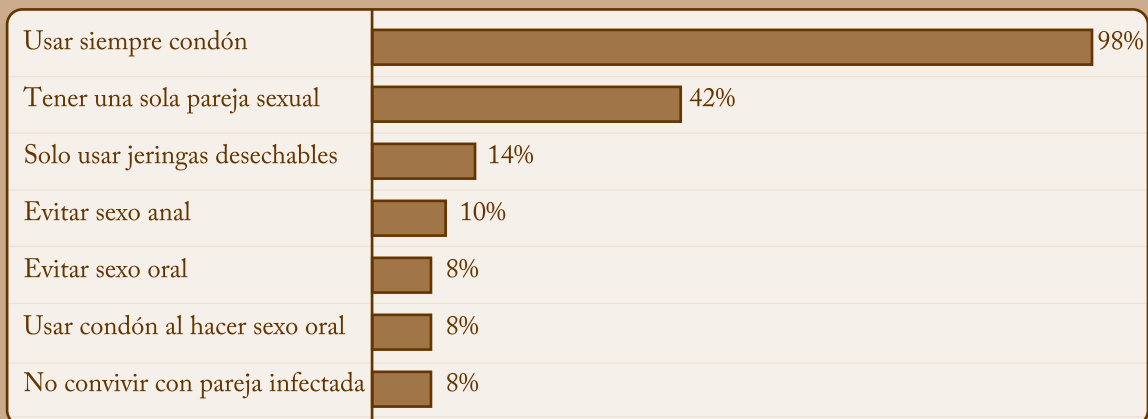


### *Conocimiento, actitudes y prácticas sobre VIH-Sida*

A la pregunta referente a si es posible que una persona esté con VIH y parezca saludable, el 80% contestó afirmativamente. Ante una serie de preguntas sobre la forma de contraer la enfermedad, las principales respuestas afirmativas fueron: relación sexual vaginal (94%), relación sexual oral (78%), transfusión de sangre (96%), usar jeringas compartidas (96%), relación sexual anal (88%) y, recibir sangre (92%).

Respecto al conocimiento de formas de evitar infectarse del VIH, en el orden de respuestas múltiples, las mujeres se pronunciaron principalmente por: usar condón siempre (98%), tener una sola pareja sexual (42%), solo usar jeringas desechables (14%), evitar hacer sexo anal (10%), el 8% afirma que se debe evitar el sexo oral, usar el condón en el sexo oral y no convivir con persona infectada. Es evidente la brecha existente entre un 98% de mujeres que habla de usar siempre el condón y el hecho de que el 52% de mujeres no lo usó en los últimos seis meses con su pareja estable. Esto conlleva a profundizar en las metodologías de capacitación que permitan trascender del conocimiento a una práctica segura, por un lado y, por otro, a promover el uso del condón en los hombres en general y en los clientes en el caso del trabajo sexual.

### Conocimiento de formas de prevención del VIH



Prácticamente todas las trabajadoras sexuales (96%) conocen sobre la prueba del VIH. El 92% conoce de algún lugar donde se puede realizar la prueba. El 90% de mujeres se ha hecho la prueba del VIH; de éstas, el 56% dijo haberse realizado la prueba voluntariamente y el 44%, por pedido de alguien. La totalidad de mujeres que se ha hecho la prueba buscó el resultado del examen.

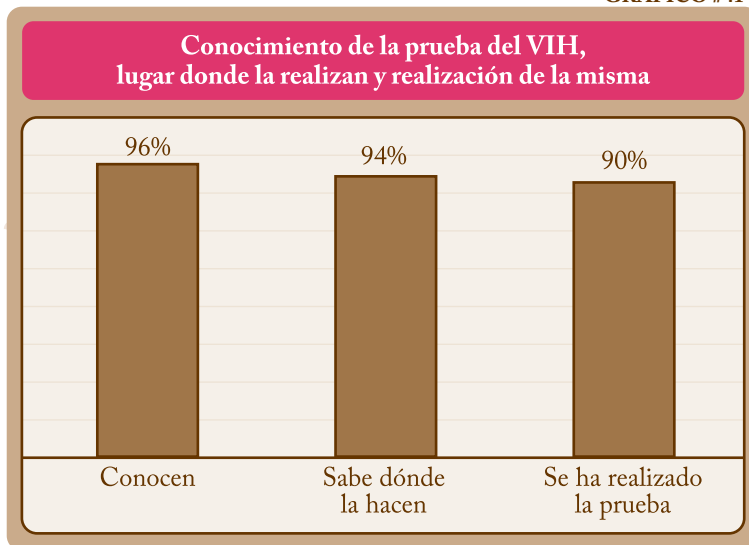
A la pregunta si una persona que tiene VIH-Sida debe usar condón en relaciones sexuales, el 96% contestó afirmativamente; el 92% consideró que era necesario para no infectar a otra persona y el 19%, para no contraer nuevamente la enfermedad.

Las respuestas sobre los medios por los cuales conoce acerca de VIH-Sida, en orden de importancia, fueron: personal de salud (66%), por televisión (56%), amigos y parientes (42%) y, por periódicos y revistas (26%).

Es notorio el conocimiento que tienen las trabajadoras sexuales sobre el VIH-Sida, a diferencia de la población en general y de los adolescentes y jóvenes, en quienes el conocimiento es menor. También es interesante observar que el personal de salud ha sido fuente de información, lo cual no ocurre con los adolescentes y jóvenes. Sin embargo, como se dijo anteriormente, hay insuficiencias en estos procesos de información, porque no garantizan una práctica segura; además, se centra en las mujeres sin incluir a los hombres.



GRÁFICO #41

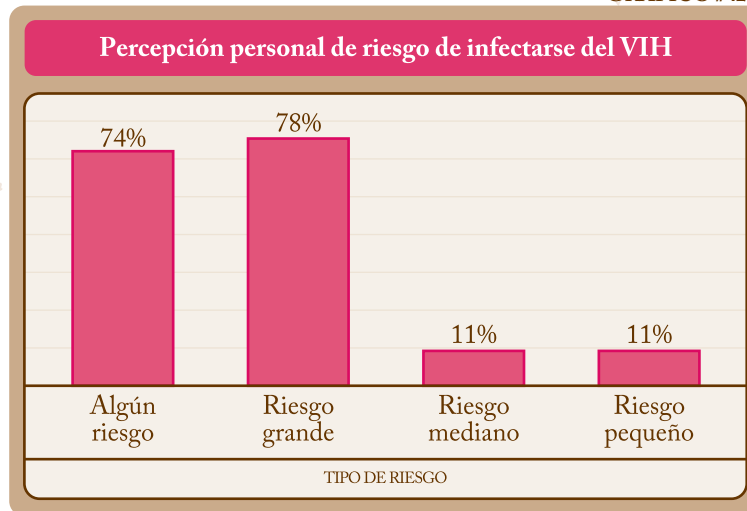


Cerca del 75% de mujeres tiene percepción de riesgo de contraer el VIH-Sida. De ellas, un alto porcentaje considera que el riesgo es “alto” (78%). Para el 11%, el riesgo es “pequeño”; y para otro 11%, “mediano”.

Entre las que consideran que no tienen ningún riesgo de contraer el VIH-Sida y, que informaron que el riesgo es pequeño, las principales razones argumentadas fueron: “usa siempre condón” (71%) y “usa condón con todos los clientes” (47%).

Para aquellas que consideraron que sí tienen riesgo mediano o grande de contraer el VIH-Sida, los principales argumentos fueron: “condones de mala calidad” (48%), “tiene varias parejas/clientes” (46%) y “no usa siempre condón” (6%).

Las respuestas de las trabajadoras sexuales corroboran un mayor conocimiento sobre el VIH en comparación al resto de población, lo cual se debe relacionar directamente con la intervención del personal de salud y de los programas de prevención en las mujeres trabajadoras sexuales.



El 56% de trabajadoras sexuales frecuenta alguna organización. La organización a la que acuden se dedica principalmente a “salud de la mujer” (75%) y la “prevención de ITS/VIH-Sida” (57%).

Los motivos para la asistencia a las organizaciones fueron para “hacerse exámenes” (54%), “realizarse algún tratamiento” (36%) y “participar en grupos” (29%). La mayoría (78%) ha asistido a reuniones y charlas sobre VIH-Sida. Los lugares de reunión son principalmente: en las unidades de salud (69%), ONGs (10%), locales de trabajo (10%) y, en congresos y encuentros (13%).

Cabe resaltar que la encuesta abordó el trabajo sexual en centros de prostitución y dejó de lado el desarrollo de la actividad en la calle y sitios clandestinos. Esto amerita nuevos abordajes, pues en los grupos focales, tanto con población colombiana como ecuatoriana, se manifestó temor debido a la falta de conocimiento en salud sexual y reproductiva de las diversas poblaciones, el no uso del condón de los hombres, la falta de educación de las y los jóvenes y, el desarrollo de la prostitución:

“vienen algunas jóvenes colombianas de 13 a 16 años, chicas que van y vienen, muchas de ellas explotadas sexualmente y que están en mayor riesgo de infectarse del VIH y Sida.”  
(Grupo focal)

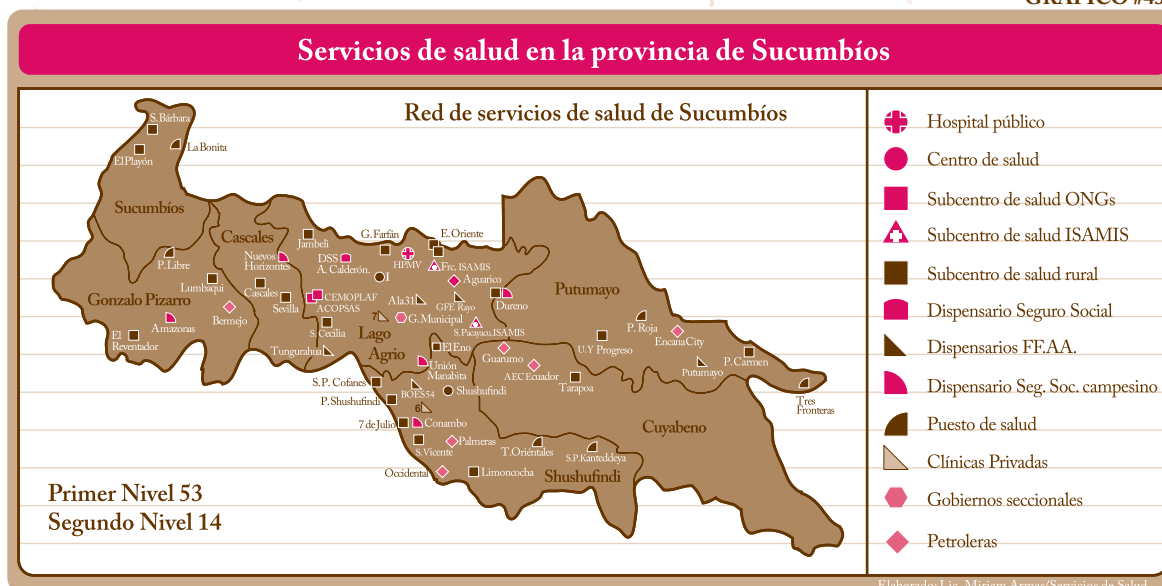
## 4.3. Capacidad de los servicios para atender las demandas del VIH-Sida

### 4.3.1. Red de servicios de salud en la provincia de Sucumbíos

La red de servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP) es mayoritaria en la Provincia y está conformada por 30 unidades operativas: 1 hospital provincial con 40 camas; 1 hospital cantonal con 15 camas; 1 centro de salud; 8 subcentros urbanos de salud (SCS); 16 SCS rurales; y, 3 puestos de salud. Estas unidades brindan sus servicios a una población total de 163 447 habitantes, distribuidos en 18 327 km<sup>2</sup> (9 hab/s km<sup>2</sup>)

Un número menor de unidades de salud opera en la Provincia y pertenece al Seguro Social, Fuerzas Armadas, Petroecuador, ONGs, municipios y sector privado.

GRÁFICO #43



Las unidades de salud del MSP están organizadas en dos áreas de salud: Área 1, cuya jefatura está en Nueva Loja; y Área 2, en el Hospital de Shushufindi. La capacidad instalada se distribuye en el territorio provincial. Sin embargo, hay zonas desprotegidas al Oeste de la Provincia y en las zonas de frontera.

Cabe destacar que el acceso a las unidades de salud respectivas, desde algunos lugares como Puerto el Carmen, Palma Roja, Playón de San Francisco, Santa Bárbara, Limón Cocha, demora más de cuatro horas debido a los caminos de tercer orden.

### *Producción de servicios y morbilidad*

El volumen anual de consultas de morbilidad es de 70 752 y se registran 5350 egresos hospitalarios. Al relacionar estas cifras, se obtiene un promedio de 0,43 x hab y 32 x 1000 hab, respectivamente. Estos índices son menores que el promedio nacional.

Los egresos hospitalarios están relacionados con complicaciones del parto, abortos, traumatismos, neumonía, enfermedades infecciosas intestinales y malaria.

Las unidades principales de frontera están ubicadas en las poblaciones de Cascales, General Farfán, Unión y Progreso, Palma Roja y Puerto El Carmen, y cubren al 13% de la población de la Provincia (19 861 habitantes), cuya morbilidad está dada por infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA) y malaria. Estas poblaciones sufren también las consecuencias de las fumigaciones aéreas en la frontera con Colombia, por lo cual presentan enfermedades dermatológicas y degenerativas.

### *La atención del VIH-Sida*

Sucumbíos registra un total de 32 casos acumulados –17 VIH y 15 Sida<sup>27</sup>– desde 1999 hasta el 2006 y, 2 muertes en el mismo periodo. Hasta mayo del 2007 se registraron dos casos nuevos.

<sup>27</sup> Ministerio de Salud Pública, Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria sujetas a Vigilancia Epidemiológica, Ecuador, 1996-2006 (mimeo).

La tasa de Sida es la tercera (3,93 x 100 000 habs) después de Guayas y Manabí. La mayor parte de los casos de VIH-Sida ha sido atendida en el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza que, como cabeza de la red de servicios del MSP, cuenta con infraestructura para el diagnóstico y tratamiento de esta afección.

Se destaca la instalación en el 2006 de la Clínica del Sida en el Hospital Provincial, con el propósito de brindar atención integral a los pacientes. Es un espacio físico adecuado que coordina con los servicios correspondientes y cuenta con su reglamento operativo. Sin embargo, presenta limitaciones en recursos humanos.

La participación de otras unidades operativas de menor complejidad en la prevención y atención del VIH-Sida, se restringe a algunas actividades de tamizaje con embarazadas en algunos subcentros de salud y remisión ocasional de pacientes que requieren pruebas de diagnóstico y/o tratamiento al Hospital Provincial, pues las actividades de atención de VIH están concentradas en este centro de salud.

En las pruebas de laboratorio intervienen el Instituto Nacional de Higiene (INH-Lago Agrio) y, los laboratorios del Patronato Municipal y de las clínicas privadas. Todas las pruebas de confirmación se canalizan a través del INH-Lago Agrio al INH-Regional Quito, con un tarifario establecido de 16 dólares por prueba y una demora promedio de un mes para el retorno de los resultados.

Para conocer algunos detalles de las condiciones de servicio existentes sobre salud sexual y reproductiva en la provincia de Sucumbíos, incluido el VIH-Sida, se realizó una encuesta a los establecimientos de salud del MSP y de otras instituciones prestadoras de servicios. Los resultados se presentan a continuación.

#### ***4.3.2. Resultados de la encuesta a establecimientos de salud***

La investigación sobre oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y VIH-Sida se realizó en las 20 unidades de salud de los cantones Lago Agrio, Putumayo y Shushufindi; de ellas, 14 corresponden a las áreas 1 y 2 de la Dirección Provincial de Salud de Sucumbíos.

### Distribución de las Unidades de Salud en la provincia de Sucumbíos

N°	Cantón	Parroquia	Nombre	Institución	Tipo	Población
01	Lago Agrio	Nueva Loja	Marco Vinicio Iza	MSP	HG	58142
02	Lago Agrio	Nueva Loja	Abdón Calderón	MSP	CS	27261
03	Lago Agrio	Santa Cecilia	Santa Cecilia	MSP	SCU	4494
04	Lago Agrio	Nueva Loja	Puerto Aguarico	MSP	SCU	9123
05	Lago Agrio	Dureno	Dureno	MSP	SCR	3606
06	Lago Agrio	General Farfán	General Farfán	MSP	SCR	6803
07	Lago Agrio	Pacayacu	Pacayacu	MSP	SCR	8135
08	Lago Agrio	El Eno	El Eno	MSP	SCR	6865
09	Shushufindi	S. Pedro Cofanes	San Pedro Cofanes	MSP	SCR	3088
10	Putumayo	El Carmen	El Carmen	MSP	SCU	2368
11	Shushufindi	Shushufindi	Shushufindi Central	MSP	HB	24517
12	Shushufindi	Shushufindi	Jivino Verde	MSP	SCR	1999
13	Shushufindi	San Roque	San Vicente	MSP	SCR	1120
14	Shushufindi	Shushufindi	7 de julio	MSP	SCR	1903
15	Lago Agrio	Nueva Loja	San Francisco de Palán	Privado	SCU	
16	Lago Agrio	Nueva Loja	Cemoplaf	ONG	Dispensario	
17	Lago Agrio	Nueva Loja	C. Med. Materno Infantil	ONG	Dispensario	
18	Lago Agrio	Nueva Loja	Patronato Prov. de Salud	C. Provincial	Dispensario	
19	Lago Agrio	Nueva Loja	Pat. Mun. de Lago Agrio	Municipio	Dispensario	
20	Lago Agrio	Nueva Loja	Dispensario del IESS	IESS	Dispensario	

FUENTE: Sistema regionalizado de los Servicios de Salud. Modelo de gerencia de Servicios de Salud. MSP 2006.

Los resultados de la encuesta corresponden a las 14 unidades operativas del MSP seleccionadas en los tres cantones. Los encuestados fueron principalmente el director de la unidad de salud o el funcionario que más conocía sobre las variables que se estudiaban.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) inició en 2004-2005 un proceso de licenciamiento de las unidades de Salud del MSP, con el propósito de asegurar las condiciones básicas de calidad en la atención a los usuarios. El 75% de las unidades indagadas fue aprobado.

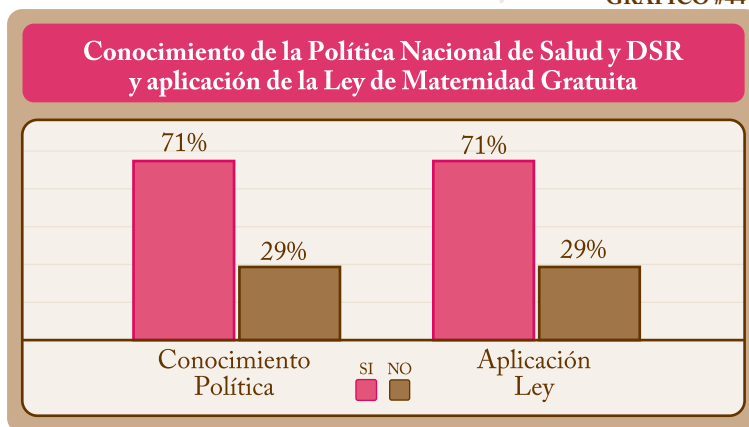
En los 14 establecimientos laboran 175 personas; 51 de ellas son auxiliares de enfermería (29%), 44 enfermeras (25%), 28 médicos generales (16%), 14 odontólogos (8%), 7 médicos especialistas, 7 obstetras, 7 personal administrativo (4% en cada caso) y 17 otro personal (7%).

En 10 unidades (71%) sí se conoce la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y se aplica la Ley de Maternidad Gratuita. En 4 unidades no se aplica la Ley; las razones son la falta de medicinas, de convenios y la no asignación oportuna de recursos económicos.

En 13 unidades (93%) disponen del Programa Nacional de VIH-Sida del MSP y, en 10 unidades (71%) conocen el Plan Estratégico Provincial de VIH-Sida de la Dirección Provincial de Salud.

En 12 unidades (86%) se realizan acciones para la prevención de casos de VIH-Sida. Las principales acciones tienen que ver con charlas, consejería pre y post prueba, afiches y pruebas a mujeres embarazadas.

GRÁFICO #44



En el año 2006, 11 unidades (79%) recibieron capacitación sobre manejo de temas de salud sexual y reproductiva (SSR) y VIH-Sida. En 7 unidades (50%) existe algún tipo de coordinación con otras instituciones a nivel local, provincial y nacional sobre salud sexual y reproductiva (SSR) y VIH-Sida.

Los principales requerimientos para el desarrollo del Plan Estratégico Provincial de VIH-Sida en las unidades operativas de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), están relacionadas con: capacitación al personal, dotación de laboratorios, estabilidad laboral del personal y actividades de concientización sobre el peligro de la enfermedad.

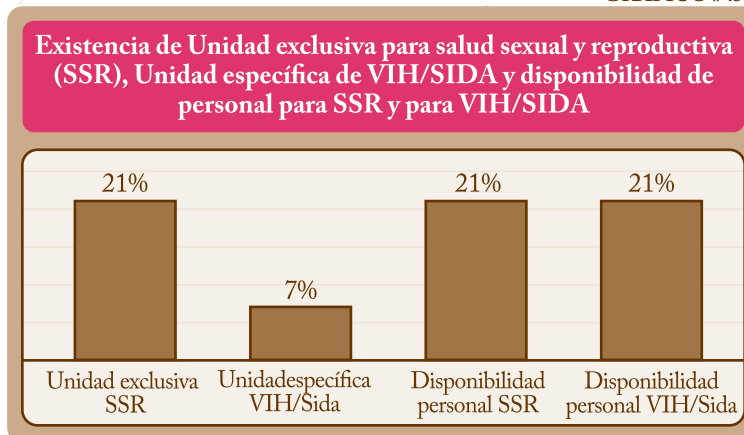
La capacitación del personal de salud es urgente y amerita un cambio de enfoque, pues no solo se trata de incidir en el mejoramiento de su calidad técnica, sino abordar las relaciones sociales con la salud y la atención integral en VIH, como la normativa jurídica en la garantía del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la movilidad humana, la interculturalidad, el género y, lo intergeneracional, entre otros.

### *Condiciones para atención en salud sexual y reproductiva (SSR) y VIH-Sida*

Solo en tres unidades (21%) existe una unidad específica para la atención de los problemas de salud sexual y reproductiva y, se cuenta con personal de salud capacitado. Estos son: Hospital Marco Vinicio Iza, Subcentro de Salud General Farfán y Centro de Salud Abdón Calderón.

Solo en el Hospital Marco Vinicio Iza existe una unidad específica para la prevención y atención del VIH-Sida. En tres unidades hay personal para brindar atención en VIH-Sida: Hospital Marco Vinicio Iza, Subcentro de Salud General Farfán y Centro de Salud Abdón Calderón.

GRÁFICO #45





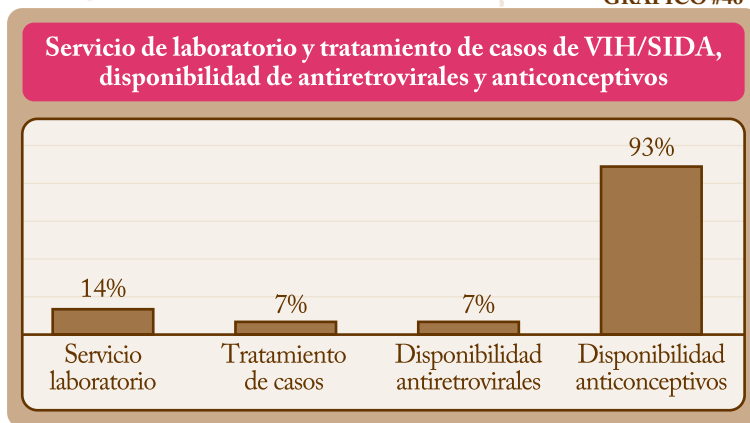
En 13 unidades (93%) se realizan actividades de prevención de ITS y VIH-Sida. Las principales actividades, para el efecto, son la distribución de anticonceptivos, consejería/charlas.

Apenas dos unidades cuentan con servicio de laboratorio para VIH-Sida (Hospital Marco Vinicio Iza y Subcentro de Salud El Eno). La prueba de carga viral y CD4 se la realiza en el INH.

Solo en una unidad fueron tratados casos de VIH-Sida (Hospital Marco Vinicio Iza); en el año 2006 se atendieron 5 casos. Esta unidad dispone de medicamentos antiretrovirales para el tratamiento, según las normas nacionales.

En 13 unidades (93%) se dispone de anticonceptivos; 10 unidades disponen de DIU; 11, de inyección anticonceptiva; y, en 12, de preservativos. Las instituciones que proveen de anticonceptivos son, principalmente, la Dirección Provincial de Salud y la Jefatura del Área 1.

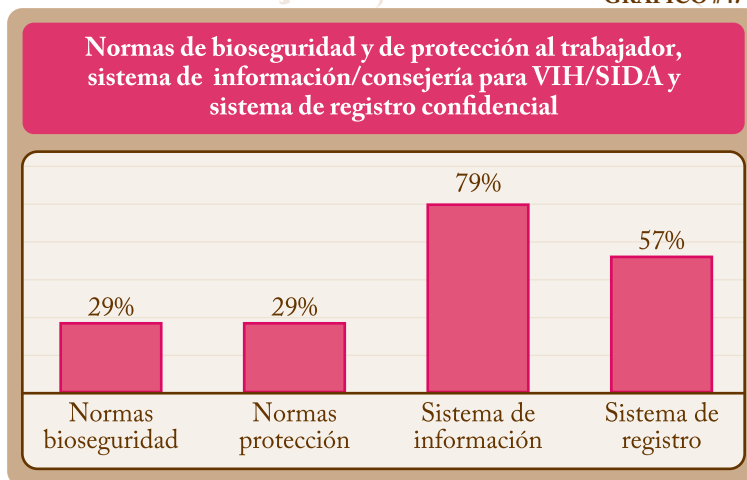
GRÁFICO #46



En cuatro unidades (29%) existen normas de bioseguridad para laboratorio, quirófano, etc., con sus respectivas normas para la protección de los trabajadores de la salud.

En 11 unidades (79%) existe algún sistema de información y consejería sobre VIH-Sida. En 8 unidades (57%) funciona un sistema de registro confidencial. En 3 unidades (21%) se utilizan indicadores para monitoreo del VIH-Sida.

GRÁFICO #47



En 8 unidades (57%) han sido tratados casos de infecciones de transmisión sexual.

Solo en 2 unidades se ha instalado un dispensario de condones (Subcentro General Farfán y Subcentro El Eno). En una unidad cuentan con un mapeo de factores de riesgo y vulnerabilidad del VIH-Sida.

En 11 unidades (79%) tienen algún boletín informativo o material educativo sobre SSR y VIH-Sida.

Los datos, en general, muestran una capacidad instalada en la Provincia que podría ser potenciada con procesos de seguimiento de las diversas actividades y un intercambio de experiencias entre el personal de las diversas unidades, en el marco de un enfoque que potencie la red de servicios públicos y garantice una atención integral en VIH y Sida con la promoción de los derechos humanos.

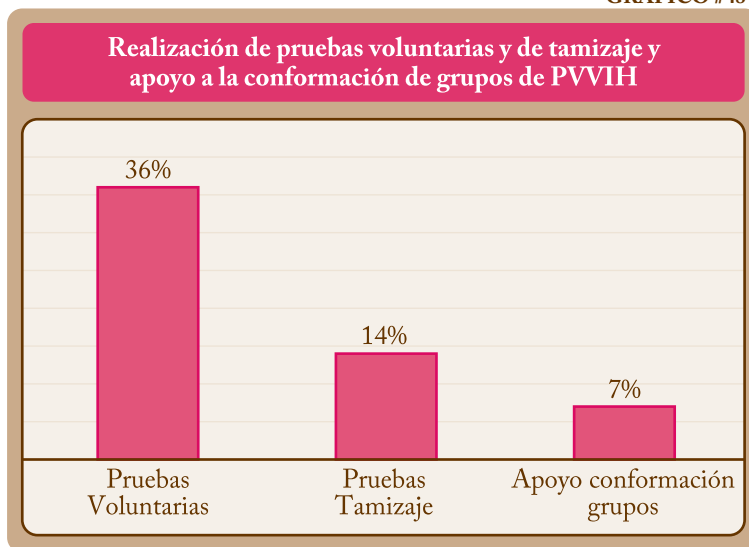
Es importante fortalecer la capacidad de los agentes tradicionales de salud en temas de SSR, VIH y Sida/ ITS.

En 11 unidades el personal ha sido capacitado en SSR y VIH-Sida. En 4 unidades (29%) se han realizado talleres de sensibilización, dirigidos a las organizaciones de la sociedad civil. Solo una unidad ha efectuado capacitación a agentes tradicionales de salud de nacionalidades indígenas, sobre temas de SSR y VIH-Sida (Subcentro Puerto Aguarico).

En cinco unidades (36%) se realizan pruebas voluntarias de VIH previstas en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI). En las unidades que no se realizan, la razón principal es la falta de laboratorio.

Solo en una unidad se ha apoyado la conformación de grupos de personas viviendo con VIH (Centro Salud Hospital de Shushufindi). En dos unidades se realizan pruebas de tamizaje en profilaxis a trabajadoras sexuales.

GRÁFICO #48



Cuatro unidades (29%) han recibido apoyo del Plan Provincial de VIH-Sida. Dos unidades han recibido colaboración de otras entidades nacionales e internacionales, especialmente de UNICEF y OCP (Oleoducto de Crudos Pesados). El tipo de apoyo ha consistido en medicamentos y ayuda para la construcción de la unidad.

Aun cuando la encuesta no abordó la calidad de la atención, la información cualitativa deja algunas pistas que pueden ser útiles en la acción provincial para el mejoramiento de la calidad de servicios.

El grupo focal de colombianos en Nueva Loja plantea:

“En el Hospital de Nueva Loja no es buena la atención y existe mucho tiempo de espera. Debe mejorarse el laboratorio”.

“Debe brindarse igual trato, atención y servicios a ecuatorianos y colombianos”.

“Que la atención que brinda el profesional sea con amor y dedicación”.

“Poner reglas claras y que no se debe mezclar la política con el servicio”.

“Se debe elaborar y presentar propagandas actuales y motivadoras”.

El grupo focal de ecuatorianos y colombianos en Puerto Nuevo destacó que cuando alguien se enferma de gravedad tiene que salir a Nueva Loja, ya que en Pacayacu y Dureno no siempre está el médico y prefieren no perder tiempo e ir directo a la ciudad. Acuden más a consultorios privados, pues en el hospital tienen que esperar mucho tiempo en la sala de emergencia y no les atienden bien.

Una mujer con VIH contó que ha recibido buen trato a pesar de ser colombiana. Señaló que le han tratado bien y le han ayudado a levantar su autoestima. Recomendó hacerse atender en el hospital. Afirmó que sí tratan bien a sus paisanos en los servicios de salud. Dijo no sentirse rechazada. Sin embargo, planteó que el “hospital debe mejorar la atención y realizar exámenes completos de laboratorio, ya que me toca trasladarme a Quito por la carga viral”.

## Conclusiones

- La mayoría de la población de la provincia de Sucumbíos es inmigrante, ya sea de otros lugares del Ecuador o de otros países, especialmente de Colombia. La población colombiana vive en calidad de refugiada, muchas son personas con necesidad de protección internacional o esperan un permiso para trabajar. En este estudio, el número de mujeres colombianas encuestadas fue mayor que el de hombres –10% de mujeres colombianas y 4% hombres colombianos, del total de encuestadas y encuestados– aun cuando los hombres viven en condiciones regulares más que las mujeres.

Por la alta movilidad humana que ocurre en la Provincia, casi la tercera parte de adolescentes y jóvenes llegó a vivir en el lugar de la encuesta en los últimos 5 años. Lo mismo sucede en la población de hombres y mujeres en general.

- La población encuestada es predominantemente mestiza y los hombres tienen mayores niveles de instrucción. En cambio, los adolescentes y jóvenes tienen similares niveles de instrucción, sin diferencias por sexo. La asistencia a establecimientos de educación de una tercera parte de este grupo poblacional es equitativa.
- Como en el resto del país, la gran mayoría de la población de Sucumbíos no tiene protección alguna en materia de seguridad social. Tres de cada cuatro hombres y más del 90% de mujeres no cuentan con un seguro de salud. Sin embargo, la encuesta no consideró las coberturas de la Ley de Maternidad Gratuita.
- Las uniones consensuales en los adolescentes y jóvenes son superiores a las uniones legales. En el caso de varones, la unión libre corresponde al doble de los casados; en las mujeres, es casi el triple.
- La fecundidad de las mujeres es alta, comparada con la nacional: 2,73 hijos por mujer (2,10 hijos a nivel nacional, Endemain 2004). El promedio de embarazos por mujer es de alrededor de 3,9.

El promedio de controles prenatales está de acuerdo con la norma del MSP. Los establecimientos de salud del MSP cubren la demanda de control de embarazo en el 71%; pero la atención del parto baja al 59%. Los partos sin atención profesional representan una cuarta parte.

El 44% del total de mujeres de 12 a 24 años ha tenido al menos un embarazo, similar a lo encontrado en la Endemain 2004 para toda la región. Este porcentaje sube al 80% en mujeres con experiencia sexual, pues más de la mitad de embarazos de adolescentes ocurre entre 15 y 17 años de edad. La edad promedio al primer embarazo es alrededor de 17 años, cuatro años menos al de la persona que la embarazó.

Llama la atención el hecho de que cerca de la mitad de las adolescentes (46%) no volvió a estudiar y, cerca de las dos terceras partes (64%) no volvió a trabajar.

- En hombres y mujeres en general existe un alto conocimiento de métodos anticonceptivos, superior al 90%. Sin embargo, la prevalencia anticonceptiva de las mujeres (59%) es menor a la registrada por la Endemain 2004 para toda la región de la Amazonía (65%).

El conocimiento de métodos anticonceptivos en el grupo de adolescentes y jóvenes es mayor en mujeres que en hombres y, en jóvenes en comparación con adolescentes. Un poco más de la cuarta parte utiliza algún método anticonceptivo. La prevalencia anticonceptiva de las mujeres es del 23%. La inyección anticonceptiva y la píldora son los principales métodos utilizados.

Se observa en la población encuestada una brecha entre el conocimiento y el uso de anticonceptivos; situación que evidencia la fuerza de una cultura inequitativa de género, que reproduce la permisividad en los hombres y la responsabilidad unilateral en las mujeres, lo cual no es neutralizado por procesos educativos y trasciende la edad.

- Preocupa que la gran mayoría de adolescentes y jóvenes en Sucumbíos (60%) conozca “poco” o “nada” sobre sexualidad. Más de la tercera parte planteó que su conocimiento es “regular”. El desconocimiento es mayor en adolescentes que en jóvenes.

El bajo conocimiento sobre sexualidad de los adolescentes y jóvenes es contradictorio con el alto porcentaje que manifestó haber recibido información sobre sexualidad por parte de profesores. Esto podría significar que la información proporcionada no fue adecuada. La encuesta no registra mayor participación de los profesionales de salud, más aún cuando los adolescentes y jóvenes manifiestan que en caso de necesitar información sobre sexualidad y SSR acudirían, preferentemente, a servicios de salud del MSP. La actitud positiva de estos funcionarios podría ser una oportunidad para contactar con la población joven e incidir con información de calidad.

El caso de los jóvenes y adolescentes es contrario al de las trabajadoras sexuales, quienes se han informado con bastante frecuencia por medio del personal de salud.

- La edad promedio de la primera relación sexual de los varones es de 15,1 años y de las mujeres 16,9 años. Al comparar por grupo de edades, se determina que la primera experiencia sexual en ambos sexos se hace cada vez más precoz.

Muy pocos hombres y mujeres en general (menos del 18%) usaron algún anticonceptivo en la primera relación sexual. El condón fue el principal método utilizado. Si bien existe actualmente un alto conocimiento de métodos por parte de la población, a la edad de tener la primera relación sexual no se utilizó algún anticonceptivo por falta de conocimiento sobre ellos.

- Solamente la tercera parte de hombres y pocas mujeres utilizaron condón en sus relaciones sexuales en los últimos tres meses. Las razones principales de uso fueron evitar el embarazo, sobre todo en las mujeres; y, en los hombres, prevenir el VIH-Sida y las ITS.

Casi toda la población de Sucumbíos conoce o ha oído hablar de enfermedades que pueden ser transmitidas a través de las relaciones sexuales. La más conocida es el VIH-Sida. Además, existe un alto conocimiento de los medios de infección y de las tres formas de prevención primaria de la transmisión, aunque este conocimiento es menor en el caso de las mujeres. Cabe resaltar que la monogamia es una forma de prevención que se percibe con mayor frecuencia en las personas adultas, así como el uso del condón en la población joven. Sin embargo, el uso del condón desdice de la importancia referida por los diversos grupos.



- La mayoría de la población conoce o ha oído hablar de la prueba del VIH-Sida y sabe dónde la realizan. Ello permite afirmar que en Sucumbíos existe un alto conocimiento sobre el VIH-Sida, respecto a los datos nacionales y amazónicos.

La televisión es el principal medio para el conocimiento sobre el VIH-Sida. Muy atrás está el conocimiento por otros medios, en especial el que pueden impartir los profesionales de la salud, específicamente el personal de las unidades operativas del MSP. La situación es diferente en las trabajadoras sexuales: su fuente de información es el personal de salud.

- La totalidad de adolescentes y jóvenes tiene un importante conocimiento sobre ITS/VIH-Sida. No obstante, la auto percepción del riesgo de contraer el VIH es menor. Esto no ocurre con las trabajadoras sexuales, quienes tienen una alta percepción del riesgo de contraer VIH, aun cuando se observa en ellas un uso menor del condón con sus parejas estables.

Los resultados de la encuesta y, casi sin diferencias por sexo, muestran que la cuarta parte de hombres y mujeres (28% y 27%, respectivamente) percibe su riesgo de infectarse del VIH. En el caso de las mujeres, el porcentaje de la encuesta es superior al registrado por la Endemain 2004 para toda la región, que fue del 21%. Entre las razones principales por las cuales las personas percibieron estar en riesgo, se señalaron: “tienen otra(s) pareja(s)”, “no sabe con quién se junta” y “su pareja pasa mucho tiempo fuera de casa”.

En general, toda la población considera que mantener una relación estable no representa un riesgo para infectarse de VIH, lo cual enmascara la problemática de las relaciones concurrentes y las redes sexuales, cuyas dinámicas en territorios de gran movilidad, como Sucumbíos, deben profundizarse. Esta estabilidad de la pareja, ligada al insuficiente conocimiento de la salud sexual y reproductiva, al estigma de la fidelidad y la dificultad del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y jóvenes, son comportamientos de riesgo y situaciones de vulnerabilidad que deben considerarse.

- De acuerdo con la información proporcionada por la Dirección Provincial de Salud, Director del Área No. 1 y Epidemiólogo, el número de sitios de trabajo sexual registra-

dos no ha variado significativamente en los últimos cinco años. En ese sentido, afirman que el número de trabajadoras sexuales registradas puede haber tenido variaciones poco significativas.

Los resultados de la encuesta realizada a las trabajadoras sexuales muestran un alto conocimiento del VIH y una práctica segura en su actividad. Además, la mayoría –superior al 90%– se realiza los exámenes exigidos en las unidades de salud del MSP. Se puede afirmar que el trabajo sexual, desde la intervención a las trabajadoras sexuales, está controlado, aun cuando un porcentaje importante de trabajadoras sexuales afirma no usar condón con su pareja estable.

El problema en la Provincia, igual a lo que ocurre en el resto del Ecuador, es el trabajo sexual clandestino y callejero que se desarrolla en bares, discotecas, hoteles, pensiones, calles, plazas, etc., donde los clientes son trabajadores petroleros o turistas con más dinero. Este trabajo sexual significa mayor riesgo a las mujeres, pues se lo relaciona con explotación sexual.

- En relación con la red de servicios de salud, las fortalezas para enfrentar el VIH y Sida son: a) Un buen grado de conocimiento de las políticas y normas de atención de aspectos relacionados con salud sexual y reproductiva (SSR), ITS y VIH-Sida; b) La existencia del Plan Provincial de prevención y atención del VIH-Sida, con participación interinstitucional, que incluye a gobiernos locales y la cooperación interagencial de Naciones Unidas; c) La organización y funcionamiento inicial de la Clínica del Sida en el Hospital Provincial; d) La capacitación inicial de personal de salud, de los servicios de la red, en normas para manejo sindrómico de ITS y VIH-Sida; y, e) La aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita en actividades preventivas y de atención del VIH-Sida, en particular, la realización de pruebas voluntarias de tamizaje, previa consejería y tratamiento, sin costo para mujeres, niñas y niños con VIH-Sida, con lo que se ha reducido mecanismo de transmisión vertical.

Las debilidades de los servicios de salud son: a) Concentración de recursos para prevención, diagnóstico (incluido laboratorio) y tratamiento en el Hospital Provincial MVI; b) Falta de estrategia de participación de otras unidades de la red, mediante me-

canismos de desconcentración para la realización de actividades preventivas (educación, consejería), pruebas de tamizaje, diagnóstico y seguimiento de pacientes; c) Falta de una mayor capacitación y participación del personal de los servicios primarios en las actividades preventivas y de vigilancia del VIH-Sida; d) Cobro de exámenes de laboratorio para pruebas de confirmación (CD4) en el INH-Quito; e) Limitación de beneficios de Ley de Maternidad Gratuita a pacientes mujeres, niñas y niños menores de 5 años; f) Escasez de recursos físicos, humanos y materiales en las comunidades de frontera, para atender la problemática relacionada con SSR, ITS y VIH-Sida; y, g) Insuficiente información del personal de los servicios de salud sobre la situación del VIH-Sida, seguimiento de grupos vulnerables y su vinculación con el conflicto derivado del Plan Colombia.

Respecto a la atención de salud en establecimientos públicos, más de las dos terceras partes de los usuarios consideran que los horarios de atención son convenientes y el tiempo de espera para ser atendido aceptable.

La mitad de la población usuaria de servicios de salud en establecimientos públicos declaró que ha tenido que pagar por la atención de salud recibida. La mayoría encuestada consideró dicho pago como “adecuado”.

Cabe resaltar que la información cualitativa habla de insuficiencias en la calidad de atención de los servicios. Sin embargo, estos datos ameritan mayores profundizaciones en las estrategias de intervención a través de acciones de capacitación-acción.

## Recomendaciones

Este estudio, eminentemente cuantitativo, deja algunas recomendaciones en dos aspectos fundamentales para mejorar la intervención en atención y prevención del VIH y el Sida: la investigación y la acción.

Se requiere profundizar la información con estudios cualitativos que den cuenta de las significaciones que esconden los números, muy importantes para avanzar en una acción representativa para todos los actores.

Es recomendable abordar con mayor intensidad la perspectiva de género e incluir a los grupos étnicos, cuya construcción cultural en salud sexual y reproductiva, así como la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y, la prevención del VIH, deben tener características específicas y particulares. Estas características están configuradas por su forma de vivir la sexualidad, derivadas del ser hombre o del ser mujer y, su pertenencia a un grupo indígena.

La mirada de la migración debe ser profundizada desde los actores y en los temas de sexualidad estudiados. Esto implica abordar la relación entre los migrantes y los colonos, con el fin de generar espacios de convivencia más saludables.

La capacitación-acción es una estrategia que puede implementarse a la luz de las percepciones y representaciones de los diversos sujetos, desde quienes se construirán nuevos caminos y significaciones. La inclusión de los hombres es fundamental.

El sector educativo es clave en el abordaje tanto de conocimiento como de acción. En materia de derechos sexuales y, derechos reproductivos y prevención del VIH, es urgente profundizar la relación de los principales actores educativos: maestras, maestros, estudiantes, padres y madres de familia, en un contexto de respeto.

La calidad de atención en los servicios de salud debe empezar con procesos de capacitación al personal de salud, que incluyan temas relacionados con promoción de los derechos sexuales y, los derechos reproductivos y, el rol del funcionario público en la garantía del derecho a la salud. Hay que profundizar en los enfoques de género, interculturalidad e intergeneracional en el ámbito de la salud.

En lo que se refiere al trabajo sexual es importante examinar, con las propias trabajadoras sexuales, las formas de prevención del VIH. La prostitución debe considerarse en forma integral, de tal manera que deje de incidir particularmente en las trabajadoras sexuales e incluya a clientes, explotadores, dueños de locales de trabajo sexual y, los contextos en los que se fortalecen y generan cadenas internacionales de explotación sexual.

## Bibliografía

Alfonso, J. (2007). *El mundo de los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2007). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2008). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2009). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2010). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2011). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2012). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2013). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2014). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2015). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2016). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2017). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2018). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2019). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2020). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2021). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2022). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2023). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2024). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Alfonso, J., & Escarot, J. (2025). *Los dinosaurios*. Madrid: Alianza.

Acosta, María Elena, Perfil epidemiológico por la infección por VIH en los hombres gays y en otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en el Ecuador, FAMILI-VIDA y Fundación Ecuatoriana Equidad, Financiado por USAID y co-auspiciado por ASICAL y Kimirina, Quito, 2003.

Barragán, Silvia y Jacques Laufer, Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH-Sida 2007-2015, Documento de Trabajo, Quito, abril, 2007.

Camacho, Lourdes, Mujeres al borde: refugiadas colombianas en el Ecuador, UNIFEM, Quito, 2005.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), Encuesta demográfica y de salud materno infantil, ENDEMAIN-IV Ecuador, Informe Final, Quito, 2005.

Cloet, Rita, Nunca pensé que esto me podía pasar a mí, VIH-Sida y género en el Ecuador, Quito, 2006.

Coalición para el seguimiento y difusión de la convención internacional para la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias, Informe del estado ecuatoriano sobre el cumplimiento de la Convención Internacional para la Protección de los Derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias, Quito, 2008.

Covarrubias, Sonia, Sistematización de cinco experiencias latinoamericanas de prevención y atención en VIH-Sida, Red de Salud de las Mujeres de Latinoamérica y El Caribe (RSMLAC), Santiago de Chile, 2008.

Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH-Sida (ONUSida), Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2008, Ginebra, 2008.

Family Care Internacional, Los objetivos de desarrollo del milenio y la salud sexual y reproductiva, Fichas informativas, New York, 2005.

Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Prevención y Atención de VIH-Sida e ITS, Publicación semestral 4, Quito, junio, 2008.



Ministerio de Salud Pública, Priorización para el acceso universal a la prevención, atención integral, cuidado y apoyo en VIH-Sida Ecuador 2008-2013, Policopia, Quito, 2008.

Ministerio de Salud Pública, Sistematización del proyecto “Fortalecimiento del Sector Salud en los preparativos para la atención de población refugiada en las provincias del Ecuador afectadas por el conflicto armado de Colombia”, Quito, 2004.

OPS/OMS-Ecuador, Análisis de Situación de salud, Ecuador, 2006 (mimeo).

Oviedo, Nelson, La Salud Materna en el Ecuador, Revista Correo Poblacional, CEPAR, Volumen 14, No. 1, Quito, Marzo, 2006.

Salud Integral para la Mujer (SIPAM), Sistematización del Proyecto “Jóvenes, Radio, Mujeres, Sida, Jóvenes radialistas y mujeres afectadas por el VIH-Sida a favor de la salud, la no discriminación y la libre expresión, SIPAM, México, 2005.

# Anexos



## Anexo 1.

### *Propuesta para el fortalecimiento del Plan Provincial Interinstitucional de Prevención de VIH y Sida en la provincia de Sucumbíos*

#### *1. Características generales del Plan*

El Plan Provincial, desde su lanzamiento a finales de julio de 2006, tuvo dos características principales:

- a)* Generar una respuesta integral al VIH-Sida en la provincia de Sucumbíos, para lo cual se formularon actividades en tres ejes o componentes:
- Políticas públicas para trabajar en el tema de VIH-Sida con un enfoque de derechos humanos.
  - Prevención del VIH-Sida.
  - Atención integral del VIH-Sida en el marco de la salud y derechos sexuales y reproductivos.
- b)* La acción interinstitucional e intersectorial coordinada a fin de optimizar acciones y recursos y potenciar sus resultados, con el liderazgo de la DPS-S y la cooperación interagencial de Naciones Unidas.

Cabe destacar la participación de organismos del Estado y la sociedad civil y el involucramiento de los organismos seccionales (Prefectura y municipios).

#### *2. Avances realizados en el primer año de gestión*

A la fecha de cierre del presente informe (mayo 24 de 2007), el tiempo de ejecución del Plan es de 10 meses. Y, en consideración del cúmulo de actividades propuestas en los tres ejes de acción, se registra en este periodo el cumplimiento de importantes avances<sup>28</sup>, como:

---

<sup>28</sup> De ningún modo esta apreciación constituye una evaluación del Plan, porque no ha sido el propósito del presente trabajo. Por ello, solo se presenta un sumario de las acciones realizadas como precedente de orientación general para la formulación de la propuesta de fortalecimiento del Plan.

### ***Eje 1: Políticas***

- Conformación del Comité Provincial (Ejecutivo y Operativo), presidido por la autoridad sanitaria.
- Difusión de la política nacional, del plan provincial y situación del VIH-Sida.
- Capacitación a actores locales.
- Inicio de coordinación con la contraparte colombiana (Programa Binacional-TCC-Vigilancia VIH-Sida).
- Impulso a la creación de ordenanzas municipales (dispensadores de condones).

### ***Eje 2: Prevención***

- Programas educativos con jóvenes en SDDR y VIH/ Sida (talleres, PEI, campo acción estudiantil).
- Programas de IEC a población en riesgo y población en general (talleres, caravanas, marcha cívica por el Día Mundial de Prevención del VIH/ Sida).
- Capacitación a agentes tradicionales de salud (FONAKISE) y a personal de unidades operativas.
- Pruebas de tamizaje para prevención de transmisión vertical (Programa de Maternidad Gratuita).
- Apoyo a pruebas de tamizaje-profilaxis a trabajadoras sexuales (coordinación con INH-Lago Agrio).
- Diseño de campañas de prevención de transmisión vertical del VIH y difusión de prueba voluntaria (Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia), (Plan con CODEMUS).

### ***Eje 3: Atención***

- Implementación de centro de asesoría para prueba voluntaria (adecuación espacio-centro de atención y profilaxis).
- Fortalecimiento de laboratorios (equipos entregados al INH-Lago Agrio).
- Gestión para la construcción y adecuación del área física para pruebas confirmatorias (planos OIM-Quito).

Sin duda, quedan algunas actividades pendientes de ejecución; otras, están en curso y otras que han sido eliminadas deberán ser consideradas en la formulación de la segunda fase del Plan.

### ***3. Propuesta de fortalecimiento del Plan Provincial de VIH-Sida<sup>29</sup>***

#### ***3.1. Objetivos de la propuesta***

- Incorporar en el Plan de VIH/ Sida la perspectiva del derecho a la salud, las políticas de SSYDSR, la dinámica de fronteras, los efectos del conflicto colombiano y el Plan Ecuador.
- Fortalecer los mecanismos de coordinación interinstitucional y gestión desconcentrada del Plan.
- Asegurar el acceso equitativo y universal a los beneficios del Plan, eliminando barreras de acceso.
- Ampliar la cobertura de actividades del Plan a zonas de frontera, con especial atención a la vigilancia de riesgos y poblaciones vulnerables.
- Mejorar la capacidad de respuesta para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/ Sida.
- Establecer un sistema de monitoreo del Plan, sobre la base de indicadores-trazadores de los resultados.
- Impulsar la organización y participación social en el proceso.
- Promover la institucionalización y sostenibilidad financiera del Plan.

---

<sup>29</sup> Esta propuesta ha sido mejorada en base a la que fue preparada para el taller realizado el 24 de mayo, 2007 en Nueva Loja, con la participación de los integrantes del Comité Ejecutivo del Plan Provincial (presidido por el Director Provincial de Salud) y del Comité Operativo. Las actividades sugeridas, con énfasis en las más importantes, no son todas las que debe contener el Plan (en su segunda fase) y son referenciales para la inclusión o exclusión de aquellas que resulten de la evaluación de la primera fase de ejecución del Plan.

### ***3.2. Recomendaciones para el fortalecimiento de las actividades del Plan***

#### ***Eje 1: Políticas públicas***

- Fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales mediante la programación y ejecución de actividades compartidas y el intercambio oportuno de información.
- Mejoramiento de la coordinación del Plan Provincial con el Programa Nacional de VIH/ Sida del Ministerio de Salud Pública, con la cooperación interagencial.
- Realización de alianzas estratégicas de cooperación y coordinación con organismos seccionales y otras entidades públicas y privadas de desarrollo local en las acciones del Plan (Planes cantonales).
- Multiplicación de reuniones binacionales de frontera con contrapartes de Colombia para compartir información, redes de atención y estrategias de vigilancia y control del VIH/ Sida.
- Creación de base de datos que sirva de soporte al sistema de información, para seguimiento y evaluación de las actividades y resultados del Plan.
- Promoción de organización de personas viviendo con VIH/ Sida y de trabajadoras sexuales para el ejercicio de sus derechos, mediante la participación efectiva de PVVS, GLBT, jóvenes y trabajadoras sexuales.
- Participación de integrantes del Plan Provincial en el intercambio de experiencias a nivel nacional e internacional.
- Revisar y aplicar sistemáticamente el Reglamento del Plan por todos los actores integrantes del Comité Provincial.

#### ***Eje 2: Prevención del VIH-Sida***

- Integración conceptual y programática de acciones de prevención y atención del VIH/ Sida en conjunto con las ITS.

- Reforzamiento de educación sanitaria orientada a grupos vulnerables (adolescentes-jóvenes, embarazadas, trabajadoras sexuales, HSH, desplazados, GLBT) y, su extensión a comunidades de frontera.
- Realización de alianzas con comunicadores y medios de comunicación (radio, prensa, etc.) para el desarrollo masivo y sostenido de actividades de IEC sobre ITS y VIH/ Sida.
- Mejoramiento de la calidad del servicio de atención en profilaxis a trabajadoras sexuales (local, tratamiento, medicación, anticonceptivos, consejería, etc.).
- Fortalecimiento y apoyo de las medidas de vigilancia y control del trabajo sexual clandestino y la adopción de medidas preventivas.
- Elaboración y aplicación de un instrumento para la evaluación y seguimiento de los programas de capacitación en educación sexual, con énfasis en el VIH/ Sida, en los establecimientos educativos de la provincia.
- Dar cumplimiento al Acuerdo Ministerial, a través de mecanismos de coordinación para la instalación de dispensadores de condones en lugares adecuados y con acceso discrecional, especialmente de las y los jóvenes (bares, discotecas, baños de colegios, entre otros).

### *Eje 3: Atención integral del VIH-Sida*

- Apoyo a la implementación efectiva de clínica para el VIH/ Sida en el Hospital Provincial MVI, como cabeza del sistema de atención. (Incluye: dotación de espacio adecuado, participación de equipo interdisciplinario, seguimiento de casos y su registro estadístico, coordinación de la red de servicios).
- Eliminación de barreras de acceso (políticas, económicas, sociales y culturales) a los servicios de atención del VIH/ Sida a la población en general, que incluya a las personas desplazadas o refugiadas.
- Gestionar el financiamiento correspondiente para cubrir el acceso gratuito y universal de la población a las pruebas de laboratorio de VIH (MSP e INH-Sucumbíos), y la

dotación de medicación ARV a todos los pacientes de VIH/ Sida que lo requieran en la provincia.

- Fortalecimiento de la red de servicios de salud públicos y privados, sin fines de lucro, para su participación en las actividades de prevención y atención del VIH/ Sida.
- Promover la colaboración de jefaturas de áreas de Salud del MSP para la desconcentración de procesos de diagnóstico (pruebas rápidas) y la referencia oportuna de pacientes de VIH/ Sida y, colaborar con la vigilancia del cumplimiento del tratamiento, preservando su confidencialidad (conformar la Clínica de VIH/ Sida en Hospital Shushufindi).
- Continuación de capacitación del personal de servicios (hospital y red periférica) en manejo sindrómico de ITS y VIH/ Sida, con aplicación de un sistema de monitoreo y la colaboración de técnicos del Programa Nacional.
- Programación de pasantías de observación a los integrantes de la clínicas del VIH/ Sida existentes en los servicios de los hospitales de Quito (Maternidad “Isidro Ayora”, Hospital “Baca Ortiz”) y Guayaquil (Hospital de Infectología).
- Realización de informes epidemiológicos periódicos de morbi-mortalidad por VIH/ Sida, según características socio-demográficas básicas existentes en los registros vigentes.

#### ***4. Recomendaciones finales para el fortalecimiento del Plan Interinstitucional***

- Mantener el abordaje del VIH/ Sida en el marco del derecho a la salud y la protección social y el acceso equitativo a servicios, sin exclusiones ni discriminación alguna.
- Asignación de persona de la DPS-S dedicada (a medio tiempo) a apoyar el desarrollo y seguimiento continuo del Plan, así como de un espacio físico ad hoc que identifique al Plan en la población y en los actores institucionales del Comité.
- Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación y gestión del Comité interinstitucional, para ampliar las actividades de información y acción compartida interinstitucional.



- Creación de una clínica de VIH-Sida en el Hospital Cantonal de Shushufindi, como parte del proceso de desconcentración y ampliación de cobertura.
- Poner en marcha un sistema de información y seguimiento del Plan con base en los indicadores seleccionados (monitoreo del Plan), para lo cual es necesario también la creación de una base de datos correspondiente.
- Sobre la base de la experiencia de ejecución de la primera fase, en la segunda fase (2007-2008) se sugiere precisar las actividades más efectivas (mayor impacto) y ejecutables (de acuerdo a capacidad institucional y recursos disponibles).
- Además del buen uso de los recursos de la cooperación interagencial y de los aportes institucionales locales, se recomienda intensificar las gestiones con las empresas petroleras u otras fuentes para asegurar la institucionalización y sostenibilidad financiera del Plan.

Por último, para fortalecer la información ciudadana y el posicionamiento del Plan, se sugiere programar un acto de relanzamiento del Plan en su segunda fase de ejecución, en la que se destaque la gestión del Comité y los avances logrados.

## Anexo 2.

### *Sistema de monitoreo para el plan provincial interinstitucional de prevención de vih y Sida en la provincia de sucumbíos*

#### *1. Consideraciones generales*

El Plan provincial de VIH-Sida de Sucumbíos en su marco lógico tiene claramente definido los resultados y actividades, e inclusive indicadores de cumplimiento. No obstante, no hay un plan de monitoreo y menos uno de evaluación, lo que ha impedido sistematizar los avances y logros y/o realimentar el proceso de gestión en este primer año de ejecución del Plan.

En este sentido, se ha considerado indispensable la formulación de este plan de monitoreo y evaluación, en la perspectiva de su ejecución en su segunda fase y la sostenibilidad futura del Plan. En la presente consultoría, se ha desarrollado una propuesta general para este emprendimiento por parte del Comité Interinstitucional, creado para la gestión del Plan, con la participación de varios actores públicos y privados de la Provincia, con la conducción del Ministerio de Salud Pública.

Esta propuesta para el desarrollo del plan de monitoreo y evaluación tiene el propósito de determinar si las actividades del proyecto son implementadas de acuerdo con lo planificado, valorando su nivel de cumplimiento. A la vez, persigue evaluar el cumplimiento de las actividades proyectadas, de acuerdo con lo previamente planificado.

Para el efecto, en los dos talleres realizados con el Comité Interinstitucional, a más de analizar las actividades cumplidas y las sugerencias para el fortalecimiento del Plan, se puso en consideración de sus participantes una propuesta de indicadores y las fuentes de información respectivas, con el fin de que los propios actores seleccionen estos indicadores y se apropien de la metodología de trabajo.

También se analizó, aunque someramente, la necesidad de constituir una base de datos, sencilla pero segura, para el suministro regular de la información correspondiente, así como incluir estas nuevas actividades en la reformulación del Plan para el siguiente periodo, la organización interna y la coordinación operativa, según los tres componentes o ejes de acción establecidos en el Plan.

## ***2. Propuesta para un sistema de monitoreo y evaluación***

En el marco de lo antes señalado, se propone lo siguiente:

### ***Objetivo general del sistema***

Asegurar el cumplimiento de las actividades (procesos) y metas y los resultados propuestos (impacto) en cada uno de los tres ejes de acción del Plan Interinstitucional (políticas, prevención y atención integral).

### ***Objetivos específicos***

- a) Orientar a los equipos técnicos y de conducción que participan en la gestión del Plan, sobre actividades de monitoreo y evaluación correspondientes, realimentando la toma de decisiones correctivas pertinentes para su cumplimiento.
- b) Enfocar las actividades de monitoreo y evaluación en un conjunto básico de indicadores clave, definidos por cada resultado establecido en el Plan y que tengan incidencia en cada uno de ellos.
- c) Establecer la necesidad de implementar una base de datos para sustentar la información requerida y sistematizar su utilización en el monitoreo y evaluación.
- d) Formular guías o pautas para el desarrollo de la evaluación de impacto del Plan, especialmente a su término.
- e) Apoyar el proceso de institucionalización del Plan y el fortalecimiento de las instituciones participantes en estas materias.

### ***Estructura organizativa***

Como se mencionó anteriormente, la responsabilidad de estas actividades se centran en los integrantes del Comité Interinstitucional (Comité Operativo), de acuerdo a la organización de comisiones técnicas coordinadoras por cada uno de los componentes del plan de acción.

Sin embargo, se sugiere considerar al interior de cada equipo la necesidad de definir una persona responsable de estas actividades, en términos de una mayor dedicación de tiempo para el cumplimiento de las labores inherentes a su seguimiento continuo y el acceso permanente a las bases de datos respectivas.

Para el efecto, se puede establecer un organigrama sencillo que instituya las relaciones entre las instancias de decisión y de operación, así como la frecuencia, forma de entrega y uso de los informes de monitoreo.

### *Identificación y selección de indicadores*

Esta parte constituye el núcleo de todo plan de monitoreo y evaluación. Por ello, como se mencionó antes, se puso énfasis en las reuniones de trabajo con los integrantes del Comité Operativo del Plan. Incluye las actividades de identificación, selección, definición e implementación (con la base de datos respectiva).

Un indicador es una unidad de información que se mide en el transcurso del tiempo y que documenta cambios en una condición o variable específica. Según las necesidades, hay varios tipos de indicadores, pero se insiste en que un buen indicador cumple los criterios de ser medible (factible de ser registrado cuantitativa o cualitativamente), preciso (definido de la misma manera por todas las personas), consistente (no cambia, siempre que se mida la misma cosa), sensible (cambia en respuesta a los cambios de la condición o variable) y sencillo (fácil de obtener, medir y costo/efectivo).

Al final, en el punto 5.3, se presenta la propuesta de indicadores que fue analizada en el taller de trabajo con el Comité Ejecutivo y el Comité Operativo del Plan de VIH-Sucumbíos (Matriz).

### *Línea de base/base de datos*

Para que el sistema de monitoreo y evaluación funcione, es indispensable disponer de la información sobre los indicadores seleccionados. Estos servirán como base para observar el grado de avance obtenido (progresos) con las intervenciones programadas en cada uno de los tres componentes del Plan; y establecer una línea de base que permita la comparación cuando se realicen las evaluaciones al final de las operaciones del Plan; se recomienda, en todo caso, realizarlas al menos una vez por año.

Esta información, según los indicadores establecidos, puede ser de carácter socio-demográfica, de conocimientos, actitudes y prácticas, de coberturas, de calidad de atención y de resultados epidemiológicos (tasas de prevalencia e incidencia de VIH/ Sida, mortalidad por Sida, según grupos étnicos, sexo, lugar, etc.). Y, si se establece en la unidad de coordinación y gestión del Plan un centro de acopio, procesamiento y análisis específico (con ayuda de una base de datos electrónica), se puede decir que se cuenta con una base de datos estandarizada, para uso del monitoreo y evaluación del Plan.

Para el caso específico del Plan Provincial de VIH en Sucumbíos, se recomienda armar la línea de base/base de datos, con la información disponible en las instituciones participantes, en particular, en las fuentes de registro epidemiológico del MSP, de las encuestas recientes realizadas por UNFPA, CEPAR y ACNUR en la provincia de Sucumbíos y, de la evaluación del primer año de ejecución del Plan Provincial de VIH/ Sida, en sus tres componentes.

En relación con la evaluación, hay que tomar en cuenta los indicadores y las fuentes de información respectivas de los dos tipos de evaluación:

a) Evaluación de procesos. Tiene relación directa con el sistema de monitoreo, en tanto se basa en el análisis sistemático de los problemas operacionales que se detectan durante la ejecución de las actividades del Plan, de tal forma que ayuden, en forma oportuna, a conocer y razonar los hechos que dificultan u obstaculizan el cumplimiento de las normas de rendimiento esperado por la gerencia del Plan y, orienten las decisiones para corregir los desvíos operacionales. Los indicadores más empleados tienen que ver con algunas coberturas parciales de las intervenciones programadas en los grupos sociales beneficiarios.

b) Evaluación de impacto. Esta evaluación, por su naturaleza (valoración de los efectos y resultados de las intervenciones), se realiza al final de Plan una vez que las intervenciones directas han concluido. Su objetivo es la medición de los resultados obtenidos (indicadores de resultado) y su comparación con los objetivos previstos y la información de la línea de base correspondiente.

Obviamente, existe una diversidad de fuentes en las cuales se puede obtener la información requerida para valorar el cumplimiento de los indicadores. La mayoría se obtiene, fundamentalmente, de registros regulares y comunes de la entidad rectora (MSP-DPS) y de otras instituciones participantes (informes de actividades, estadísticas de producción de servicios, informes epidemiológicos, etc.). Algunos indicadores van a requerir de fuentes primarias de investigación (aunque sencillas y de poco costo), como encuestas CAP, entrevistas a grupos vulnerables, grupos focales, etc.

### ***Cronograma de implementación***

A manera de ejemplo, se propone el siguiente cronograma (primer año) con las principales actividades a tomar en cuenta en la implementación de un plan de monitoreo:

### Matriz de indicadores para el monitoreo, según ejes de trabajo del plan

Actividades principales		Meses												Responsable	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	Definición de necesidades en relación a resultados del Plan	■													
2	Identificación y selección de indicadores ( proceso y resultado)	■	■												
3	Diseño de línea basal, con información socio-demográfica y epidemiológica		■	■											
4	Coordinación e información con entidades participantes en el Plan				■										
5	Ejecución de actividades de monitoreo (supervisión estructurada por indicadores)				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
6	Elaboración de informes técnicos trimestrales y entrega al Comité						■			■				■	

### 3. Propuesta de indicadores y fuentes de información

MATRIZ #2

#### Matriz de indicadores para el monitoreo, según ejes de trabajo del plan

Resultados	Indicadores	Fuentes de información
<b>Eje 1: Políticas</b>		
Actores institucionales y comunitarios de la provincia coordinan, gestionan recursos e institucionalizan políticas y acciones en VIH/SIDA, a nivel provincial y cantonal	Número de actividades conjuntas realizadas por miembros de Comité Interinstitucional (al menos 2) Número de planes cantonales de VIH/SIDA en ejecución	Actas del Comité Informe de coordinadores Actas y registro de actividades de Comité
Niñas, niños, adolescentes y jóvenes acceden a educación sexual orientada al conocimiento de calidad y a la toma de decisiones responsables de autocuidado, para prácticas sexuales seguras y la reducción de riesgos	Porcentaje de adolescentes que acepta que el condón es un mecanismo de prevención del VIH y lo utiliza Porcentaje de instituciones educativas que imparte educación sexual, que incluye la prevención de VIH/SIDA en todos los niveles educativos	Encuesta CAP/ Grupos focales/ Entrevistas  PEI elaborados
La población de Sucumbíos informada sobre VIH/ SIDA en el marco de la salud sexual y reproductiva, con enfoque de equidad, interculturalidad y diversidad	Número de parteras y promotores comunitarios de nacionalidades indígenas capacitados Número de personas con necesidad de protección internacional, informada y capacitada sobre VIH/ SIDA	Registro de actividades de capacitación
Acceso a herramientas de prevención. Primera fase	Porcentaje de personas que usó condón en la última relación sexual con personas distintas a su pareja estable	Encuesta con muestra de grupos vulnerables
Incremento de pruebas de VIH para mujeres embarazadas	Porcentaje de embarazadas atendido en el sector público y privado sin fines de lucro, que aceptó realizarse la prueba de tamizaje para VIH luego de recibir consejería	Registro de unidades de salud
<b>Eje 2: Prevención</b>		
Atención integral y gratuita a pacientes VIH/SIDA con calidad y calidez, institucionalizada y sin discriminación, en los servicios de salud	Número de unidades de Salud que realiza manejo sindrómico de las ITS y VIH/ SIDA Número de PVVS, de niñas y niños de madres VIH+ que recibe tratamiento, según norma Número de usuarias y usuarios, por grupo étnico, que se realizó la prueba de VIH de forma gratuita Número de internaciones anuales de pacientes con SIDA Tasa de mortalidad por enfermedades oportunistas asociadas al SIDA	Observación y registro de actividades Registro y seguimiento de casos Registro de servicios de laboratorio MSP-INH Registro hospitalario Registro Civil R. MSP (Epidemiología)

## Anexo 3

### *Tamaño de la muestra: distribución de la población y encuestas por cantón y sexo.*

FÓRMULA #1

#### Formula de muestreo aleatorio simple para proporciones

$$n = \frac{N \frac{Z_{\alpha}^2}{2} \pi(1-\pi)}{d^2(N-1) + \frac{Z_{\alpha}^2}{2} \pi(1-\pi)}$$

Simbología de la fórmula	Personas de 15 a 59 años	Personas de 12 a 24 años
Población estimada según datos INEC (N)	36945	15374
Nivel de confianza (Z)	95%	95%
Proporción de éxito ( $\pi$ )	50%	50%
Nivel de error admitido (d)	4%	5.5%
Tamaño muestral calculado (n)	591	311
Ajuste por redondeos	607	312

La distribución de la muestra por población cantonal, sexo y edad fue la siguiente:

TABLA #5

#### Encuesta a hombres y mujeres en general

Cantón	Población			Encuestas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Lago Agrio	14313	12530	26843	229	200	429
Putumayo	548	468	1016	9	7	16
Shushufindi	5225	3861	9086	84	62	145
<b>Total</b>	<b>20086</b>	<b>16859</b>	<b>36945</b>	<b>321</b>	<b>270</b>	<b>591</b>



TABLA #6

Encuesta a adolescentes y jóvenes						
Cantón	Población			Encuestas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Lago Agrio	5492	5677	11169	111	115	226
Putumayo	195	214	409	4	4	8
Shushufindi	1986	1810	3796	37	37	77
<b>Total</b>	<b>7673</b>	<b>7701</b>	<b>15374</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>311</b>

Para la selección de viviendas (hogares) se eligieron sectores de viviendas, en el caso de personas de 15 a 59 años, se eligieron 127 sectores y para el grupo de 12 a 24 años se eligieron 125 sectores, lo cual garantiza la dispersión geográfica de la muestra.

La selección de los sectores a visitar se la realizó de manera sistemática con la metodología Probabilidad Proporcional al Tamaño (PPT) tomando como criterio de orden, el cantón, la parroquia, la zona y, el sector.

En cada sector seleccionado, se eligió al azar la vivienda a ser visitada, según el número de viviendas pre-establecidas para visitar por sector. La selección de los individuos a encuestar se realizó con la utilización de la metodología de “cuotas” respecto al sexo y edad del informante.

## Anexo 4

### *Temas De Investigación Incorporados En Los Diversos Instrumentos De Estudio*

Encuesta a hombres y mujeres en hogares

- Identificación geográfica y muestral
- Consentimiento informado
- Resultado de las encuestas

1. Sección I: Características de las personas encuestadas
2. Sección II: Salud sexual y reproductiva
3. Sección III: Prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva
4. Sección IV: Violencia contra la mujer
5. Sección V: Conocimiento, actitudes y prácticas sobre VIH-Sida
6. Sección VI: Atención de salud

#### Encuesta a adolescentes y jóvenes en los hogares

- Identificación geográfica y muestral
- Consentimiento informado
- Resultado de las encuestas
  1. Sección I: Características de las personas encuestadas
  2. Sección II: Conocimiento de derechos humanos y temas de sexualidad
  3. Sección III: Prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva
  4. Sección IV: Violencia física, psicológica y sexual
  5. Sección V: Conocimiento, actitudes y prácticas sobre VIH-Sida

#### Investigación sobre oferta de servicios de salud

- Identificación geográfica e institucional
- Sección I: Personal
- Sección II: Producción del servicio
- Sección III: Guía de preguntas al Director de la Unidad de Salud
- Sección IV: Condiciones para la atención en salud sexual y reproductiva y, VIH-Sida

#### Estudio de casos a trabajadores sexuales

- Identificación geográfica

- Consentimiento informado
- Resultado de las encuestas
  1. Sección I: Características de las encuestadas
  2. Sección II: Actividad sexual
  3. Sección III: Conocimiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)
  4. Sección IV: Conocimiento, actitudes y prácticas sobre VIH/ Sida