

Proyecto de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva de Emergencia con énfasis en VIH /SIDA,

para comunidades receptoras de población en búsqueda de protección
internacional en el Ecuador. San Lorenzo y Tambillo, provincia de Esmeraldas



Programa de
Asistencia de Emergencia
para personas en búsqueda
de protección internacional a lo
largo de la frontera colombiana con
Ecuador, Panamá y Venezuela.

Primera edición: Quito – Ecuador, febrero 2008

Organización Internacional para las Migraciones, OIM
Misión Ecuador

La OIM está consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad que los acoge. En su calidad organismo intragubernamental, la OIM trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para ayudar a encarar los crecientes desafíos que plantea la gestión de la migración a nivel operativo, fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración; y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo del Departamento de Estado de los Estados Unidos de América, Buró de Población, Refugiados y Migración (PRM).

Apoyo Técnico
Programa VIH Sida OIM Colombia
Unidad de Prensa OIM Colombia

Corrección de Estilo
Departamento de Comunicación OIM Ecuador

Diseño y diagramación
ziette

Fotografía
OIM

Impreso y hecho en Ecuador

INDICE

	Pag.
1. INTRODUCCION	5
2. ANTECEDENTES DEL VIH/SIDA	
Prevalencia del VIH en América Latina y el Caribe	6
Situación del VIH en Ecuador	7
Situación del VIH en la provincia de Esmeraldas	8
3. PROYECTO DE SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE EMERGENCIA CON ÉNFASIS EN VIH/SIDA PARA POBLACIÓN EN BÚSQUEDA DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL Y LAS COMUNIDADES RECEPTORAS DE SAN LORENZO Y TAMBILLO, PROVINCIA DE ESMERALDAS	
Antecedentes	9
Justificación	9
Objetivos	10
Metodología	10
Resultados	10
4. CONCLUSIONES DEL PROYECTO Y LECCIONES APRENDIDAS	13
5. HISTORIA DE VIDA	15
6. ESTUDIO DE PREVALENCIA Y DE FACTORES DETERMINANTES DE ITS-VIH/SIDA	
6.1. Objetivos	16
6.2. Materiales y Métodos	16
6.3. Resultados	20
7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	40
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO	44
GLOSARIO	45

1

INTRODUCCIÓN

La migración de colombianos hacia las fronteras de los países vecinos, por causa de la violencia, se está haciendo cada vez más compleja y está creciendo en magnitud. Las instituciones y organizaciones, tanto de Gobierno como sociedad civil, en posición de brindar asistencia en las zonas fronterizas de Venezuela, Ecuador y Panamá requieren de acompañamiento y apoyo para cubrir las necesidades básicas y proveer una respuesta adecuada a la emergencia humanitaria que afecta a los colombianos en búsqueda de protección internacional y las poblaciones locales.

Por esta razón, el 2005 inició el Programa de Asistencia de Emergencia para Personas en Búsqueda de Protección Internacional a lo largo de la frontera colombiana con Ecuador, Panamá y Venezuela. El donante de este Programa es el Buró de Población, Refugiados y Migración (PRM) del Gobierno de Estados Unidos. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) esta implementando el Programa de Cooperación Técnica para las Migraciones para la población en búsqueda de protección internacional, en consorcio con la Fundación Panamericana de Desarrollo (FUPAD) y en alianzas con otras contrapartes nacionales e internacionales, entre las cuales se encuentran los Ministerios de Relaciones Exteriores de Colombia, Panamá, Ecuador y Venezuela, el Sistema de Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil.

Este Programa brinda asistencia a personas que buscan protección internacional en las 3 áreas de fronteras, así como a las comunidades que los acogen.



Dentro del marco de este Programa, en el Ecuador se identificó la necesidad de trabajar en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH, motivo por el cual se desarrolló un proyecto de emergencia piloto en las comunidades de San Lorenzo y Tambillo, en la provincia de Esmeraldas (frontera con Colombia), receptoras de población en búsqueda de protección internacional.

El propósito de esta publicación es dar a conocer el proceso y los resultados de este Proyecto, cuyo objetivo principal fue contribuir a la disminución de la vulnerabilidad relacionada con la salud sexual y reproductiva, con énfasis del VIH/Sida-ITS, a través de la implementación de una estrategia de prevención que incluye componentes de fortalecimiento de los servicios de salud, prevención y vigilancia en salud pública a hombres y mujeres (población en búsqueda de protección internacional y local en San Lorenzo y Tambillo, provincia de Esmeraldas).

Así también, la posibilidad de incidir en el sistema de salud pública para que brinde mayor asistencia en el tema de VIH/Sida – ITS a esta zona del país, ya que de acuerdo con los resultados del Proyecto, el cantón San Lorenzo muestra valores muy altos, en relación a los promedios nacionales.

Consideramos que, los estudios, resultados, logros y lecciones de este Proyecto son una guía para futuras intervenciones.

ANTECEDENTES DE VIH/SIDA

PREVALENCIA DEL VIH EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

PREVALENCIA DEL VIH EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En el 2006, casi 1,7 millones de personas vivían con VIH/Sida en América Latina y el Caribe, dos tercios de las cuales habitan los cuatro países más grandes: Brasil, México, Colombia y Argentina. Solo el año pasado se contagiaron con VIH aproximadamente 140.000 personas y unas 60.000 murieron a causa del Sida. En los últimos 20 años, el Sida ha cobrado un total de 600.000 víctimas en la región. Las últimas estimaciones de ONUSIDA publicadas en noviembre de 2006 indican que la frecuencia del VIH es mayor en los países más pequeños de América Central: apenas algo menos de 1% en El Salvador, Guatemala y Panamá, 1,5% en Honduras y 2,5% en Belice en 2005. El impacto del VIH/Sida es especialmente pronunciado en el Caribe, donde la tasa de prevalencia del virus en la población adulta es la más alta fuera de la región de África al sur del Sahara. En el Caribe, un total de 250.000 personas viven con VIH/Sida, incluidas 27.000 personas recientemente infectadas en el año 2006. En el Caribe, el VIH/Sida es una de las principales causas de muerte en jóvenes y adultos entre los 15 y 44 años de edad. El diagnóstico de nuevos casos de VIH en mujeres embarazadas disminuyó en Barbados, Bahamas y Bermuda. En Haití, el país del Caribe con la tasa de prevalencia más alta de VIH/Sida en la población adulta (3,8%), este flagelo disminuyó en las zonas urbanas de 9,4% en 1993 a 3,7% en el período 2003-2004 y se redujo a la mitad en las mujeres embarazadas. Con excepción de Cuba, Bahamas y Barbados, donde existe un alto acceso a la terapia antirretroviral, el tratamiento es dispar y menos de 20% de las personas que lo necesitan tienen acceso a él¹.



1 : Reseña temática: El VIH/Sida en América Latina y el Caribe. [Sitio en Internet]. Disponible en: web.worldbank.org. Acceso en diciembre, 2007.



Los factores que contribuyen a la propagación del VIH/Sida en América Latina y el Caribe son, entre otros:

- **Factores sociales** incluyen la pobreza y las relaciones desiguales entre los géneros, donde las mujeres dependen económicamente de los hombres y tienen menos oportunidades de negociar y tener relaciones sexuales seguras, violencia de género, así como la actividad sexual precoz entre los jóvenes.
- **Inestabilidad política y económica** conducente a la migración y movilidad de las personas, lo que deriva en la separación de las familias y el establecimiento de nuevas relaciones que facilitan la transmisión del virus. Otra consecuencia de la inestabilidad es la disminución de los recursos disponibles para ejecutar programas contra el VIH/Sida.
- **Estigma y discriminación** son realidades que enfrentan las personas que viven con VIH/Sida —homosexuales, trabajadoras sexuales, consumidores de drogas inyectables y demás grupos de riesgo. Estas actitudes alimentan la epidemia al mantenerla oculta.
- **La falta de capacidad de ejecución** debilita la efectividad de los programas diseñados para prevenir el contagio del VIH o brindar tratamiento a quienes viven con la enfermedad. La alta rotación de recursos humanos, exacerbado por las crisis políticas y económicas y la epidemia misma, debilita aún más la capacidad de los países de reaccionar ante la epidemia.

SITUACIÓN DEL VIH EN ECUADOR

Los datos a disposición indican que la República del Ecuador, durante el período evaluado, es decir, aquel comprendido entre el 2003 y el 2005, enfrenta una epidemia de baja prevalencia y concentrada con prevalencia de VIH/Sida que según los estudios realizados fluctúan entre 4,0

y 23,4% en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en trabajadoras sexuales entre 0,5% y 1,7% y en embarazadas entre 0% y 1,05%. El crecimiento de la epidemia de VIH/Sida en el Ecuador se incrementó en 836% en los últimos 13 años, observándose en el 2003 una tasa de incidencia nacional de 6,91 por 100.000 habitantes. El número de casos de VIH y de Sida acumulados y registrados hasta el 2003 fue de 5.291. Solo en el año 2004, se registraron 1006 nuevos casos en adultos, un aumento de 25% en relación al año anterior, sumando el número de casos totales a 6.297 adultos. Y en el año 2005, se han registrado 1.369 casos en adultos, es decir 363 más que los registrados en el 2004 (36% de aumento), con un número acumulado de 7.666 casos totales. En cuanto a los niños menores de 15 años, en el año 2003, se reportaron 77 casos; en el 2004, 102 casos y, 65 casos, en el 2005².

El comportamiento de la epidemia del VIH/Sida en el Ecuador está determinado por el contexto socio económico (pobreza, desempleo, subempleo), cultural, estilos de vida no saludables, la inequidad de género que conlleva a violencia sexual y de género y marginación a grupos vulnerables.

Aunque existen iniciativas del Ministerio de Salud Pública (MSP), apoyados con recursos económicos del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, facilitando el acceso al diagnóstico y tratamiento con antirretrovirales, siendo mayormente beneficiadas las gestantes, con la implementación de clínicas de VIH. Epidemiológicamente el VIH demuestra una tendencia al incremento a partir del primer caso detectado en 1984; para diciembre del 2006 se registra un acumulado de 9.833 casos de VIH.

Durante el año 2006, según datos oficiales de cada provincia, se pudo determinar que son 7 provincias las de mayor número de casos: Guayas, El Oro, Pichincha, Manabí, los Ríos, Sucumbíos y Galápagos³.

2 Sida Amenaza global. Breve Resumen del Estado de la Epidemia y de la Respuesta Brinda. [Sitio en Internet]. Disponible en: www.expreso.ec/sida/sida6.asp. Acceso en diciembre 2007-

3 Ministerio de salud Pública del Ecuador, Programa nacional de Prevención y Control del VIH/Sida ITS. Informe de Gestión 2006.

La “feminización” de la epidemia continúa: mientras hace pocos años había 10 hombres con VIH por cada mujer con VIH, en 2005 hubo 2,4 hombres por cada mujer, y en lo que va del 2006 son apenas 1,7 hombres por cada mujer. Es decir, hay cada vez más mujeres afectadas por el VIH en Ecuador, igual que en el resto del mundo. El mito que la enfermedad es exclusiva de hombres homosexuales es hoy en día solo eso, un mito. Una epidemia viral no reconoce género ni orientación sexual⁴.

En la clausura de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/Sida celebrada en junio de 2001, el Ecuador entre un total de 189 Estados Miembros, adoptó La Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida. Declaración que hace eco del consenso mundial dentro de un amplio marco para alcanzar el Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio para detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH/Sida antes de 2015. Para lograr las metas del milenio y dadas las tendencias observadas del VIH/Sida, la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio reconoce que será necesario realizar esfuerzos adicionales y fortalecer su programa respectivo, para que pueda desarrollar acciones preventivas y de control, garantizando la sostenibilidad a mediano y largo plazo de las actividades técnicas. Uno de esos esfuerzos será para el año 2006, la implantación y desarrollo de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de segunda y tercera generación según las recomendaciones de ONUSIDA y de la Organización Mundial de la Salud. El punto de partida será la línea base que se prevé realizar con los recursos del Fondo Global⁵.

SITUACIÓN DEL VIH EN LA PROVINCIA DE ESMERALDAS

Las infecciones de transmisión sexual ocupan las primeras causas de morbilidad en esta provincia. El bajo nivel de conocimiento de los jóvenes y adolescentes en el tema de la prevención, asociado al limitado uso de condón aumenta los riesgos para la población joven y adulta.

Los datos reportados por las distintas provincias, ajustadas por el tamaño poblacional, evidencian que la región más afectada es la costa, cuyas provincias presentan tasas de VIH-Sida más altas en relación con el resto de las provincias de la sierra y el oriente. La tasa de incidencia del VIH en la provincia de Esmeraldas se ha ido incrementando. Para 1999, la tasa de incidencia se registraba en 2,54 por cada 1.000.000 habitantes, ya para el año 2002 aumenta a 61,26⁶.

EL VIH se propaga rápidamente allí donde hay pobreza, falta de poder de intervención e inestabilidad social. En las condiciones de conflicto y la permanente afluencia de población colombiana, los servicios de salud se ven perturbados y congestionados o completamente interrumpidos. Así las pocas personas que se encuentren informadas, poco pueden hacer para protegerse, lo que las hace especialmente vulnerables.

Dentro de los factores que favorecen la propagación del VIH en las comunidades en búsqueda de protección internacional se encuentran: la vulnerabilidad de las personas desplazadas al abuso sexual y la violencia, la posibilidad de que los niños y niñas, sin nadie que se ocupe de ellos pase a ser sexualmente activos antes de lo habitual; el fenómeno del comercio sexual, se convierte en una de las opciones de sobre vivencia y el deslazamiento de población rural a zonas densamente pobladas, donde pueden encontrarse en situación de mucho riesgo.

A pesar del aumento continuo y sostenido de los casos de VIH/Sida en la provincia de Esmeraldas, sólo hace dos años los servicios de salud y la mayoría de profesionales han recibido algún tipo de capacitación sobre el tema, infraestructura y algún equipamiento para abordar esta patología.



4 Humberto Mata. Ante la Epidemia del VIH/Sida. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2006/11/28/0001/21/ECB31999A4274B84A14127FA81CFB5EB.aspx>. Accesible en: Noviembre 2007.

5 MSPE. Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida, UNGASS. Informe Intermedio de la República del Ecuador Relativo al Seguimiento de sus Obligaciones. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006>. Accesible en noviembre 2007.

6 Perfil Epidemiológico De La Infección Por El Virus De Inmunodeficiencia Humana (VIH) En los hombres Gay y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en el Ecuador. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.asical.org/es/todo/ATT1124550279-1.pdf>. Accesible en octubre 07.

3

PROYECTO DE SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE EMERGENCIA CON ÉNFASIS EN VIH/SIDA PARA POBLACIÓN EN BÚSQUEDA DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL Y LAS COMUNIDADES RECEPTORAS DE SAN LORENZO Y TAMBILLO, PROVINCIA DE ESMERALDAS.

ANTECEDENTES

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), dentro del marco del *Programa de Asistencia de Emergencia para personas en Búsqueda de Protección Internacional, a lo largo de la frontera colombiana con Ecuador, Panamá y Venezuela*, desde Agosto 2007 ha implementado el Proyecto de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva de Emergencia con énfasis en VIH/Sida, para población en búsqueda de protección internacional y las comunidades receptoras de San Lorenzo y Tambillo, provincia de Esmeraldas.

Para la implementación de este Proyecto, se ha contado con el aporte de varias instituciones como el Ministerio de Salud Pública (Plan Nacional de VIH/Sida-ITS), a través de los Hospitales de San Lorenzo, Subcentro de Salud de Tambillo, Hospital de Limones; la Dirección Provincial de Esmeraldas, la Fundación de Salud Cordero y la Cruz Roja Ecuatoriana.

JUSTIFICACIÓN

De los cinco países colindantes con el territorio colombiano, la frontera con el Ecuador parece ser la más permeable por cuatro factores: tradición de intercambios culturales y económicos entre los países; accesibilidad geográfica: natural y construida; deficiencias en el control policial y migratorio y predisposición humanitaria del gobierno receptor en los campos legal y operativo.

Son tres provincias ecuatorianas las que integran la zona de frontera: Esmeraldas (Costa), Carchi (Sierra) y Sucumbíos (Amazonía). De acuerdo al censo del 2001, la población de las 3 provincias es de 667,087 habitantes, el 5.5% de la población total del país.

El 41% de la población de la provincia de Esmeraldas es urbana y el 59% es rural. Esta región presenta una exclusión histórica del Estado ya que se halla en zona de foresta tropical, hasta hace poco tiempo inaccesible,

razón por la cual las condiciones de desarrollo son muy precarias. En entrevistas con los actores claves de la lucha contra el Sida en Ecuador, se logró confirmar, que dentro de las provincias del país y de la zona de frontera con Colombia, esta provincia sigue siendo excluida de las acciones del Estado.

La provincia de Esmeraldas está compuesta por los siguientes cantones: San Lorenzo, Muisne, Quinindé, Eloy Alfaro, Esmeraldas, Atacames, y Río Verde. Tiene la mayor concentración de población afro ecuatoriana y tres nacionalidades indígenas: Chachis, Awá y Eperas. La población de San Lorenzo ha ido mejorado su capacidad de brindar asistencia en casos de flujos de colombianos que ingresan a su territorio, pero lamentablemente no en aspectos vinculados a la salud.

San Lorenzo cabecera cantonal, registra población peri urbana de origen colombiano y en Tambillo existe población que permanece en ella y ha solicitado refugio en el Ecuador, pero que no se ha desplazado al interior. En el diagnóstico del año 2005 realizado por la OIM, se evidenció el desconocimiento acerca del VIH/Sida por parte de esta población colombiana.

En Agosto 2007, se inició la implementación de un proyecto de emergencia piloto de prevención en salud sexual y reproductiva, en las poblaciones de San Lorenzo y Tambillo, ambas pertenecientes al cantón San Lorenzo. Este Proyecto considera las características y necesidades de la población en búsqueda de protección internacional, así como de la población local; tomando en cuenta las debilidades de los servicios de salud, la inexistencia de acciones de prevención, promoción y atención relacionadas con el VIH/Sida y la salud sexual y reproductiva y la falta de respuesta nacional e internacional frente a la epidemia del VIH/Sida en estos contextos.

Dada la alta prevalencia de casos en la provincia de Sucumbíos y Esmeraldas, es prioritaria la respuesta al VIH/Sida.

Con respecto a la tasa de incidencia, la provincia de Esmeraldas se ubica entre las provincias con mayor reporte de casos durante el año 2007, alcanzando una incidencia de 16.4 por cien mil habitante⁷.

En las condiciones de conflicto los servicios de salud se ven perturbados y congestionados o completamente interrumpidos.

Dentro de los factores que favorecen la propagación del VIH en las comunidades en búsqueda de protección internacional se encuentran: la vulnerabilidad de las personas desplazadas al abuso sexual y la violencia, la posibilidad de que los niños y niñas no tengan quien se ocupe de ellos y se hagan sexualmente activos antes de lo habitual; el fenómeno del comercio sexual se convierte en una de las opciones de sobre vivencia y el desplazamiento de población rural a zonas densamente pobladas, donde pueden encontrarse en situación de mucho riesgo⁸.

OBJETIVOS

Objetivo General

El objetivo principal del Proyecto es contribuir a la disminución de la vulnerabilidad relacionada con la salud sexual y reproductiva, con énfasis en el VIH-Sida-ITS en población de colombianos en búsqueda de protección internacional y la población local de las comunidades receptoras de San Lorenzo y Tambillo, provincia de Esmeraldas, Ecuador; a través de la implementación de una estrategia de prevención que incluye componentes de atención emergente de los servicios de salud, prevención y vigilancia en salud pública.

Objetivos Específicos

1. Contribuir al fortalecimiento los servicios de atención en SSR, con énfasis en VIH/Sida-ITS en comunidades receptoras de colombianos en búsqueda de protección internacional (San Lorenzo y Tambillo); a través de una capacitación y actualización en diagnóstico, asesoría pre y pos test y prevención del VIH/Sida-ITS, dirigida al personal de salud y líderes de la comunidad, con enfoque de personas en búsqueda de protección internacional y población local, cuya mayoría étnica es afro-descendiente.
2. Ofrecer información básica para la prevención de VIH/Sida a la comunidad en búsqueda de protección internacional y receptora de San Lorenzo y Tambillo, a través de metodología de pares (intervenciones micro grupales) y medios de comunicación impresos, incluida la promoción del diagnóstico para VIH.

3. Estimar la prevalencia del VIH e identificar los factores asociados, en las comunidades de San Lorenzo y Tambillo, con énfasis en la población en búsqueda de protección internacional, para fortalecer el sistema nacional de salud en esta área, generar una línea de base que permita medir el impacto de las acciones de prevención y generar insumos para la orientación de las estrategias de prevención, promoción y atención.

METODOLOGÍA

La metodología del Proyecto contempla desde la identificación del problema, causas y efectos, propósito, objetivos, actividades y resultados. Este Proyecto piloto plantea lo siguiente:

- Adecuación de espacios físicos para Salas de Consejería en el Hospital de San Lorenzo y el Subcentro de Tambillo.
- Capacitaciones a personal de salud y miembros de la comunidad sobre VIH/Sida
- Conformación de un equipo local de consejeros/as en VIH/Sida
- Talleres de sensibilización a diferentes grupos locales
- Diseño e implementación de un plan de información, educación y capacitación
- Estudio de prevalencia y factores determinantes de las ITS-VIH/Sida, mediante la implementación de una línea de base, que se realizó a través de encuestas CAP a la población sobre ITS-VIH/Sida.
- Acceso a las pruebas de VIH
- Diseño e impresión de material de comunicación

RESULTADOS

Salas de Consejerías

El proyecto instaló dos salas de consejería en el Hospital Divina Providencia y SCS de Tambillo y como contraparte una en la Clínica San Lorenzo, espacios que tienen por objeto dar privacidad a la atención de usuarios que demanden la prueba o necesiten mayor información sobre el VIH/Sida.

Capacitación

Se planificaron y realizaron 17 talleres y 4 foros, los temas abordados fueron:

7 : Ministerio de Salud Pública, Programa nacional de Prevención y Control del VIH/Sida ITS, Revista informativa de enero a octubre del 2007, Ecuador.

8 : ONUSIDA, Los refugiados y el Sida. Actualización técnica, 1999.

- Capacitaciones a Profesionales Salud de San Lorenzo, Tambillo y Limones a Líderes Comunitarios, los temas desarrollados fueron: Sensibilización en VIH, Transmisión vertical y atención integral de Personas Viviendo con el VIH/Sida (PVVS) según normativa del MSP. De éste grupo se conformó el equipo de Consejeros.
- Sensibilización VIH/Sida, dirigida a 8 colegios, profesores y medios de comunicación,
- Foros dirigidos a Fuerzas Armadas, Policía Nacional, personal del municipio y estudiantes de planteles secundarios. Los temas tratados fueron sobre transmisión y prevención del VIH/Sida.

Total de capacitados según beneficiarios y meses de intervención

Beneficiarios	AG.07	SEP. 07	OCT.07	NOV. 07	ENE.08	TOTAL	%
PCBPI*	0	0	0	156	37	193	16
Adultos población receptora	0	0	60	410	349	819	66
Jóvenes población receptora	0	0	70	39	18	127	10
Personal de Salud	13	20	0	32	6	71	6
Líderes Comunitarios	6	14	0	0	4	24	2
TOTAL	19	34	130	637	414	1234	100
Hombre	12	20	58	294	374	758	61
Mujer	7	14	72	343	40	476	39

* PCBPI: Población Colombiana en Búsqueda de Protección Internacional

Fuente: Registros de asistencia a los Talleres y Foros de VIH/Sida, San Lorenzo, Agosto/07 a Enero/08
Elaborado por: OIM

Con el objetivo de lograr una mayor demanda de la población masculina para la realización de las pruebas, se coordinó con el personal de salud de las empresas Palmicultoras PALESEMA, Los Andes y Ales Palma, a más de involucrar a la población de los barrios Las Carmenes y San Martín. Con estos sectores se ejecutaron talleres de prevención del VIH.

Encuestas realizadas con los hallazgos más relevantes

Para el desarrollo de las encuestas de conocimientos actitudes y prácticas (CAP) ITS-VIH/Sida, se capacitó a dos encuestadores, se entregó el respectivo instructivo y se realizó la supervisión y validación de campo para verificar su realización y manejo adecuado. Es importante indicar que éstas encuestas forman parte de la metodología aplicada en el Estudio de Prevalencia de VIH en San Lorenzo y Tambillo.

La encuesta fue aplicada a los siguientes grupos de población:

- 140 Hombres y mujeres mayores de 27 años edad, que no se pueden clasificar como jóvenes y que no se encuentran dentro de los grupos descritos de mayor vulnerabilidad.
- 352 jóvenes (14 a 26 años)
- 50 mujeres trabajadoras sexuales
- 27 hombres que tienen sexo con hombres
- 30 usuarios de drogas.

Para lograr mayor participación en las encuestas de la población colombiana en búsqueda de protección internacional (PCBPI) se coordinó con HIAS y ACNUR.

Se realizaron 599 encuestas CAP sobre ITS-VIH/Sida, las mismas que fueron realizadas en octubre de 2007.

Los resultados de las encuestas CAP se podrán observar en el capítulo del Estudio de Prevalencia, cuyo análisis ha sido complementado con los criterios de los profesionales del MSP, CRE y FSC; además, de los doctores: Dr. Walter Moya y Dr. Nelson Cevallos. Los resultados connotan varias situaciones de riesgo de la población de contraer ITS-VIH/Sida.

Pruebas de Tamizaje

El Proyecto promovió y facilitó a la población de San Lorenzo y Tambillo el acceso a las pruebas rápidas. El MSP dotó de 600 pruebas y la OIM de 850, provisión que se realizó en razón de la demanda de la población sensibilizada.

Pruebas realizadas en Unidades de Salud de San Lorenzo y Tambillo

Unidad Operativa	Meta-Prueba Inicio del Proyecto	2007					2.008	Realizadas
		Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	
Hospital Divina Providencia	900	33	124	79	81	73	466	856
Clínica San Lorenzo	150	0	0	49	52	10	39	150
ScS Tambillo	400	0	0	35	49	33	58	175
Total	1450	33	124	163	182	116	563	1.181

Fuente: Concentrados mensuales de laboratorio ITS- VIH/Sida, de las Unidades de Salud HDP y SCS Tambillo, (Esmeraldas), Enero 2008
Elaborado por: OIM

Desde agosto del 2007 hasta finales de enero del 2008, 1.181 usuarios se realizaron la prueba de tamizaje para VIH. En el periodo del 2007, se detectaron 2 casos confirmados y en lo que va del año 2008, 3 casos se mostraron reactivos con tres pruebas de tamizaje y 1 doblemente reactivo, cuyas muestras han sido trasladadas hasta el Instituto Nacional de Higiene (INH) - Esmeraldas para someter estos resultados a la prueba confirmatoria con WB. Los casos detectados corresponden a San Lorenzo, no hubo ningún caso en la parroquia Tambillo.

ONUSIDA señala que por cada persona que sabe que vive con el VIH hay diez que no lo saben.

Plan de Información Educación y Capacitación

Se elaboró y ejecutó un Plan de Información, Educación y Comunicación (IEC), el mismo que incorporó las actividades de capacitación, los talleres de sensibilización, foros; difusión en medios de comunicación locales, mediante la adaptación y difusión de 4 cuñas radiales, 4 spots para televisión y boletines de prensa. Se diseñó y distribuyó el material gráfico con mensajes de prevención: dípticos, trípticos, afiches, calendarios y agendas.

Por el Día Mundial de Lucha Contra el Sida, se desarrollaron dos eventos especiales en las ciudades de San Lorenzo y Limones, con el fin de concienciar a la población en general sobre los riesgos de la epidemia. Alrededor de 1,200 personas de estas comunidades y de Tambillo participaron en estos Eventos.

4

CONCLUSIONES DEL PROYECTO Y LECCIONES APRENDIDAS

CONCLUSIONES

Los principales logros del Proyecto son:

- El fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva vinculada a la temática de VIH, mediante la capacitación al personal de salud, quienes se muestran pro-activos frente a la problemática del VIH.
- Contar con espacios dedicados únicamente a tratar a los usuarios que demanden la prueba.
- La implementación de este Proyecto permitió brindar el servicio de consejería y pruebas de tamizaje tanto a población colombiana como receptora.
- Dentro de las unidades de salud se logró que su personal adopte registros de referencia y contrarreferencia, creando de esta manera datos estadísticos confiables.
- Se promovió una mejor coordinación entre las unidades operativas en su respectiva jurisdicción, en los cantones San Lorenzo y Eloy Alfaro con la Dirección Provincial de Salud de Esmeraldas y el Instituto Nacional de Higiene.
- El Hospital Civil de Limones mantuvo una participación activa a lo largo de la implementación del Proyecto, comprometiendo a un mayor número de recursos.

Las capacitaciones a los diferentes grupos: líderes comunitarios, estudiantes, profesores, medios de comunicación, policías, militares y obreros de palmicultoras, permitieron facilitar información oportuna sobre el VIH/Sida; generando interés en el tema y motivando a los participantes para realizarse la prueba.

Mediante el desarrollo del proyecto, se ha permitido que PCBPI conozca más sobre derechos en cuanto al acceso a varios servicios de salud establecidos en las leyes



ecuatorianas. En el caso de las mujeres por ejemplo, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, que beneficia a todas las usuarias embarazadas y el Programa de Control y Prevención de las ITS-VIH/Sida.

La aplicación de la encuesta CAP en ITS-VIH/Sida puso de manifiesto un conjunto de factores determinantes o de riesgo de infección del VIH, factores que deben ser considerados en futuras intervenciones. Básicamente, los factores observados en la población de San Lorenzo y Tambillo tienen que ver con comportamientos inadecuados en el manejo de su sexualidad: varias parejas sexuales, no uso del preservativo, antecedentes de ITS en un porcentaje considerable de encuestados, entre las más importantes.

El mayor acceso a la prueba rápida se logró gracias a estrategias que permiten que la población se atienda en horarios adaptados a su dinámica de trabajo, obteniendo un incremento significativo del acceso de los hombres a la prueba, quienes constituyen aproximadamente el 42% del total de las pruebas realizadas.

Se evidenció una mejor calidad de la información en la población capacitada, fruto de la información recibida. Se debe recalcar que el 100% de los encuestados manifiesta el interés por conocer más del tema.



14

Con este Proyecto se demuestra la problemática del VIH/Sida - ITS tanto de PCBPI como en la población local de San Lorenzo y Tambillo, mostrando una alta prevalencia, debilidad de los servicios de salud, alto nivel de pobreza, poca presencia de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajen en estos aspectos. Por estas razones, es imprescindible continuar ayudando con proyectos similares, con el objeto de que incidan sobre todo para que las organizaciones gubernamentales de salud logren una respuesta sostenible y que les permita brindar mayor asistencia a la población más vulnerable.

LECCIONES APRENDIDAS

Como ejemplo de mejores prácticas en este Proyecto, se señala la cooperación con el Ministerio de Salud Pública a nivel nacional, provincial y cantonal, la Cruz Roja Ecuatoriana e instituciones privadas como la Fundación de Salud Cordero. El trabajo coordinado entre estas instituciones ha permitido fortalecer a los establecimientos de salud que operan a nivel local en San Lorenzo y Tambillo.

El MSP ha cumplido su rol como rector de la salud, asumiendo directamente con el desarrollo de las actividades en respuesta a la problemática del VIH a través del Proyecto de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva

de Emergencia con énfasis en VIH/Sida, para comunidades receptoras de población en búsqueda de protección internacional en el Ecuador. Mediante el Estudio de Prevalencia se ha obtenido información que ayuda a las autoridades de salud según el perfil epidemiológico a determinar los comportamientos de riesgo determinantes para la infección de esta enfermedad.

Este Proyecto permitió que las organizaciones locales en salud con una capacidad instalada en San Lorenzo, interaccionen entre sí, siendo la OIM la facilitadora y promotora del trabajo en red entre las organizaciones participantes. Sin embargo, se hace imprescindible que espacios como el Comité Cantonal de Salud se fortalezcan y permitan la respuesta de las entidades públicas y privadas a las necesidades reales de la población.

Los grupos poblacionales con los que se trabajó principalmente fueron jóvenes y adultos, quienes expresaron sus inquietudes y mantuvieron el interés en el tema, su aporte muestra la necesidad de trabajar con un enfoque más sostenible y desde edades más tempranas en la educación; además de incluir estos temas en los planes y programas curriculares de educación.

La respuesta positiva de la comunidad a las actividades del proyecto, estuvo basada en el acercamiento e interacción de las organizaciones participantes con la realidad de la comunidad. De allí, que el trabajo organizado y ejecutado desde las bases facilitó el logro de los objetivos e involucró a los miembros de la comunidad como sujetos de cambio.

La estrategia de establecer las brigadas de atención hasta las comunidades de difícil acceso geográfico y económico con un equipo básico de atención para la prestación del servicio de consejería y pruebas ha sido muy exitosa, ya que permite a las áreas de salud cumplir las metas establecidas en el marco de las coberturas de atención. Sin embargo, existe un limitante por los escasos recursos económicos y humanos con los que cuentan las unidades de salud del MSP.

Los epidemiólogos, médicos tratantes, tecnólogos y otros visualizaron las limitaciones del proceso de atención a los usuarios que solicitan la prueba, lo que les permitió conciliar un lenguaje homogéneo en cuanto a la información que se le da al usuario independientemente de su resultado y tratar de evacuar las dudas de quienes demandan el servicio.

Considerando la dinámica migratoria hacia San Lorenzo y Tambillo, se hace necesario que el MSP incorpore acciones de seguimiento y visita domiciliaria a los usuarios positivos de VIH para una mejor atención y respuesta a esta epidemia.

La comunidad generó un nivel de concienciación sobre la problemática y la necesidad de realizarse la prueba nuevamente, luego de tres meses de realizarse la primera.

5

HISTORIA DE VIDA

TESTIMONIOS, ENTREVISTAS

EMPEZAR DE CERO

Hay quienes dicen que todo tiempo pasado fue mejor, pero este no es el caso de Miriam, una colombiana del departamento de Nariño, quien ha tenido que vivir la difícil experiencia de la pérdida de una hija y de cruzar la frontera hacia Ecuador en busca de protección internacional ante la violencia que azota su tierra natal.

Con ocho meses y cuatro días de embarazo Miriam se dirigía hacia la población de Tumaco para realizarse un control, pero antes de darse cuenta se vio abordada por un grupo armado al margen de ley. Miriam fue golpeada y como consecuencia dio a luz antes de tiempo. Las difíciles condiciones del parto ocasionaron la muerte de su hija solo 6 horas después de nacer. La violencia le arrebató su hija, sus sueños e ilusiones. Ante semejante tragedia, y temiendo que esto volviera a suceder en el futuro, Miriam dejó todo para buscar una nueva vida, y Ecuador se la ofreció.

“Empezar de cero”. De esta forma se refiere Miriam a la vida que emprendió en la parroquia de Tambillo, ubicada a 30 minutos desde San Lorenzo por vía marítima. Ella nunca pensó que lejos de su país le iban a tender la mano, pero en esta población de pescadores, con caminos sembrados de conchas y casas en madera, ella encontró a la OIM, que con el apoyo de la *Oficina de Población, Refugiados y Migración* del Departamento de Estado de Estados Unidos, le dio asistencia humanitaria, incluyendo una prueba para asegurar que no fuera portadora del virus del VIH.

En este momento, Miriam tiene una nueva razón de vida, pues tiene seis meses de embarazo. Por eso la prueba de VIH, el apoyo del consejero y sus charlas antes de la prueba, fueron tan importantes para asumir con tranquilidad su nuevo estado. Al igual que Miriam, buena parte de los

habitantes de Tambillo se sensibilizaron para entender el virus del VIH y la enfermedad que éste causa. Afortunadamente, tras las pruebas realizadas en Tambillo, ninguna persona de la población resultó ser VIH positivo.

Por ahora Miriam y toda su comunidad esperan más campañas y mejoras a la parroquia para una mejor calidad de vida. “Muchas gracias por el apoyo que nos han dado”, dice Miriam con una sonrisa todavía tímida, y agrega “que no nos abandonen que aquí los necesitamos”.

PALABRAS QUE SALVAN VIDAS

Sus ojos reflejan el correr del tiempo; su rostro, una vida que solo un hombre de más de 60 años puede expresar. Aunque no puede decir una sola palabra acerca de su desplazamiento desde Colombia hacia Ecuador, Rodrigo Morales, beneficiario del proyecto de VIH, transmite sus conocimientos a personas que, debido a la falta de información, están en riesgo de ser víctimas del VIH/Sida.

Con entusiasmo Rodrigo nos enseña que la edad no importa cuando se trata de aprender cosas nuevas, que el pasado quedó atrás, que la vida es de oportunidades y es necesario darlas al que las necesita. Él, al igual que 53 personas entre colombianos y ecuatorianos, asistieron a los talleres brindados por la OIM, en los cuales aprendieron a ser consejeros en el tema del VIH y a desmentir los mitos y tabúes que existen alrededor de la transmisión de este virus.

Gracias a la capacitación, Rodrigo aprendió que el VIH ataca sin distinciones de raza, edad ó género, y que todos somos vulnerables. *“Afortunadamente San Lorenzo respondió bien a la llamada para practicarse la prueba del VIH y la gente tomó conciencia sobre este buen habito” afirma orgulloso.*

Ahora cuando Rodrigo habla con la comunidad San Lorenzo, tiene más confianza y sabe que puede responder a las inquietudes que existen sobre el tema de VIH/Sida e ITS, no solo en el marco del Proyecto sino también con las personas que lo rodean en los ambientes de la vida cotidiana. Siente que realmente puede brindar una ayuda sin juzgar la situación por la que estén pasando otras personas y de esta forma fomentar una mejor calidad de vida.

“Agradezco a la OIM por todo el esfuerzo que ha realizado para llegar a estos lugares tan vulnerables” dice Rodrigo como despedida. Él seguirá en San Lorenzo, ayudando con sus palabras a las personas que se acerquen a él buscando información sobre el difícil tema del VIH.



ESTUDIO DE PREVALENCIA Y DE FACTORES DETERMINANTES DE ITS-VIH/SIDA

6

El siguiente estudio tiene como objetivo estimar la prevalencia de VIH/Sida y factores determinantes en población colombiana, en búsqueda de protección internacional y en comunidades receptoras de San Lorenzo y Tambillo, desde agosto 2007 hasta enero 2008.

El material y metodología incluyó aspectos cuantitativos y cualitativos de tipo transversal desde un enfoque epidemiológico. Se aplicaron 599 encuestas de conocimiento, aptitudes y prácticas (CAP) de ITS-VIH/Sida; que facilitaron la determinación de los factores de riesgo con respecto a estas enfermedades. La encuesta estuvo dirigida a cinco grupos específicos: 140 personas mayores de 27 años, 352 jóvenes de 14 a 26 años, 27 hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 50 trabajadoras comerciales del sexo (TCS) y 30 usuarios de drogas (UD).

Paralelamente, durante este periodo se procedió a realizar 1.181 pruebas de tamizaje a la población que voluntariamente y previa consejería accedieron a la prueba, en las unidades de salud pública y privada de San Lorenzo y Tambillo: Hospital Divina Providencia, Clínica San Lorenzo, y Subcentro de Salud Tambillo (que corresponde al Hospital Civil de Limones).

De acuerdo a los resultados del estudio, se puede concluir que los principales factores que influyen en el tema de VIH/Sida en la población de San Lorenzo y Tambillo, tienen que ver con comportamientos inadecuados en el manejo de su sexualidad.

El estudio permite constatar la alta prevalencia del VIH en embarazadas de la población de San Lorenzo.

6.1. OBJETIVOS

Los objetivos del Estudio son los siguientes:

Objetivo General

Estimar la prevalencia del VIH-Sida en población colombiana, en búsqueda de protección internacional y en comunidades receptoras de San Lorenzo y Tambillo, provincia de Esmeraldas, desde agosto 2007 hasta enero 2008.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas y comportamiento sexual de los grupos sujetos del estudio: jóvenes de 14 a 26 años, mayores de 27 años, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras comerciales del sexo (TCS) y usuarios de drogas (UD).
- Describir los factores determinantes a la infección por VIH/Sida-ITS de los jóvenes de 14 a 26 años, mayores de 27 años, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras comerciales del sexo (TCS) y usuarios de drogas (UD).
- Estimar las prevalencias del VIH-1 en jóvenes de 14 a 26 años, mayores de 27 años, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras comerciales del sexo (TCS) y usuarios de drogas (UD).

6.2. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio cuanti-cualitativo de tipo transversal con enfoque epidemiológico, ya que, busca determinar la prevalencia del VIH/Sida y los factores determinantes.

Es transversal porque se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo⁹, considerando aspectos relacionados con la población que se estudiará, los sujetos de quienes se obtendrá información y la información que se busca captar.

Tiene enfoque epidemiológico, ya que busca determinar la población mas afectada, frecuencia, y distribución de los fenómenos de salud- enfermedad (estudios descriptivos), en un tiempo¹⁰ y lugar determinado. Su limitación para establecer causalidad se compensa por su flexibilidad para explorar asociaciones entre múltiples exposiciones y múltiples efectos¹¹. Es un estudio cualitativo porque mediante la encuesta se exploran conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente a las ITS-VIH/Sida¹².

9 Universidad nacional de Loja, maestría en salud familiar y Comunitaria, Diseño de Proyectos de Investigación, Agosto 2005

10 Hernández B, Velasco-Mondragón H, Encuestas transversales. Salud Pública de México 2000; 42:5, 447-455.

11 Hernández B, Velasco-Mondragón H, Encuestas transversales. Salud Pública de México 2000; 42:5, 447-455.

12 UNL, MSFC, Diseño De Proyectos De Investigación, Esmeraldas-Ecuador, Agosto de 2005

VARIABLES CONSIDERADAS EN LA ENCUESTA CAP

Para todos los grupos	<ul style="list-style-type: none">• Condiciones socioeconómicas• Conocimientos sobre formas prevención• Creencias correctas sobre las formas de transmisión• Uso del preservativo en la última relación sexual penetrativa• Razón por la que no se usó el preservativo• Número de parejas sexuales• Uso de drogas• Antecedentes de signos de ITS y diagnóstico de ITS• Antecedente de violencia sexual• Relaciones sexuales con personas del mismo sexo• Realización de la prueba voluntariamente
Jóvenes de 14 a 26 años	<ul style="list-style-type: none">• Edad de la primera relación sexual• Uso del preservativo en la primera relación sexual• Número de parejas sexuales en el último año
Hombres que Tienen Sexo con Hombres	<ul style="list-style-type: none">• Relaciones sexuales con mujeres• Relaciones sexuales con hombres• Uso de preservativo en la última relación sexual penetrativa oral con hombres• Uso de preservativo en la última relación sexual penetrativa anal con hombres
Trabajadoras Comerciales del Sexo	<ul style="list-style-type: none">• Edad del inicio del trabajo sexual• Parejas sexuales: estable, cliente y casual• Uso del preservativo con las parejas: estable, clientes y ocasionales• Frecuencia del uso de preservativo con los clientes• Número de clientes por día
Usuarios de Drogas	<ul style="list-style-type: none">• Consumo de droga intravenosas• Tipo de droga• Tratamiento

VARIABLES CONSIDERADAS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA

Para la determinación de prevalencia se consideraron los casos positivos de VIH. Para obtener el resultado de la prueba confirmatoria por IFI o WB, previamente se realizó las pruebas de tamizaje (inmunocromatográficas) y las pruebas rápidas en sangre total y plasma; las dos pruebas con la misma muestra pero con diferente principio activo.

POBLACIÓN Y SITIOS DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en las comunidades de San Lorenzo y Tambillo.

Para la determinación de los factores determinantes de VIH se aplicó encuesta CAP con una muestra de 599 personas de diferentes grupos: mayores de 27 años, jóvenes de 14 al 26 años, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras comerciales del sexo (TCS) de establecimientos reconocidos localmente y usuarios de drogas (UD). Por consiguiente la selección de la muestra será intencional, considerando que cada grupo está conformado por 46% de colombianos y 54% de ecuatorianos.

Prevalencia	Efecto diseño=1		Efecto diseño=1,5		Efecto diseño=2	
	2%	5%	2%	5%	2%	5%
5%	437	73	656	110	874	146
10%	796	137	1.194	206	1.592	274
15%	1.091	193	1.637	290	2.182	386
20%	1.332	240	1.998	360	2.664	480
25%	1.526	281	2.289	422	3.052	562
30%	1.679	313	2.519	470	3.358	626
35%	1.794	338	2.691	507	3.588	676
40%	1.874	356	2.811	534	3.748	712
45%	1.921	367	2.882	551	3.842	734

De acuerdo a estos escenarios, se considera como un adecuado tamaño de muestra entre 562 y 626 personas, lo que permitiría un error muestral que oscila entre 2,5%, cuando la prevalencia esperada es de 5%, y 6%, cuando la prevalencia esperada es de 45%. El tamaño de muestra de 599 personas se tuvo en cuenta para cada grupo de población abordado

Para la estimación de la prevalencia se consideró a todos los usuarios que voluntariamente y debidamente informada accedieron a realizarse la prueba en los servicios de salud de las unidades operativas de: Hospital Divina Providencia, Clínica San Lorenzo y Subcentro de Salud Tambillo.

Proceso

a. Aplicación se encuesta CAP

Se aplicaron 599 encuestas de vigilancia de comportamiento frente al VIH/Sida realizadas en la ciudad de San Lorenzo y la parroquia de Tambillo, las mismas que sirvieron para determinar conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de la población en búsqueda de protección internacional y local.

Mediante instrumentos adaptados a partir de la encuesta CAP, proporcionada por la OIM-Colombia y validada en Ecuador, así como la consideración de otras guías utilizadas en estudios previos realizados por el Programa Nacional del Sida del Ecuador y la Guía para las Encuestas de Vigilancia de Comportamientos (EVC); el cuestionario consolidó datos sobre características socio-demográficas, conocimientos, actitudes y prácticas acerca de ITS y VIH.

Para la georreferenciación de los grupos intervenidos, se contó la participación de los actores locales, la OIM, Hospital Divina Providencia, Clínica San Lorenzo identificando a TCS, HSH, UD y los asentamientos de población colombianos. En el caso de HSH, UD y TCS, se encuestó

a las personas que aceptaron voluntariamente a participar en la misma. Los sectores o barrios intervenidos con mayor concentración de población de colombianos/as fueron: Sector San Martín, Barrio Nueva Esperanza, Barrio 9 de Octubre, Barrio San José, Barrio Santa Rosa y Sector Palestina.

b. Diagnóstico de la infección-VIH

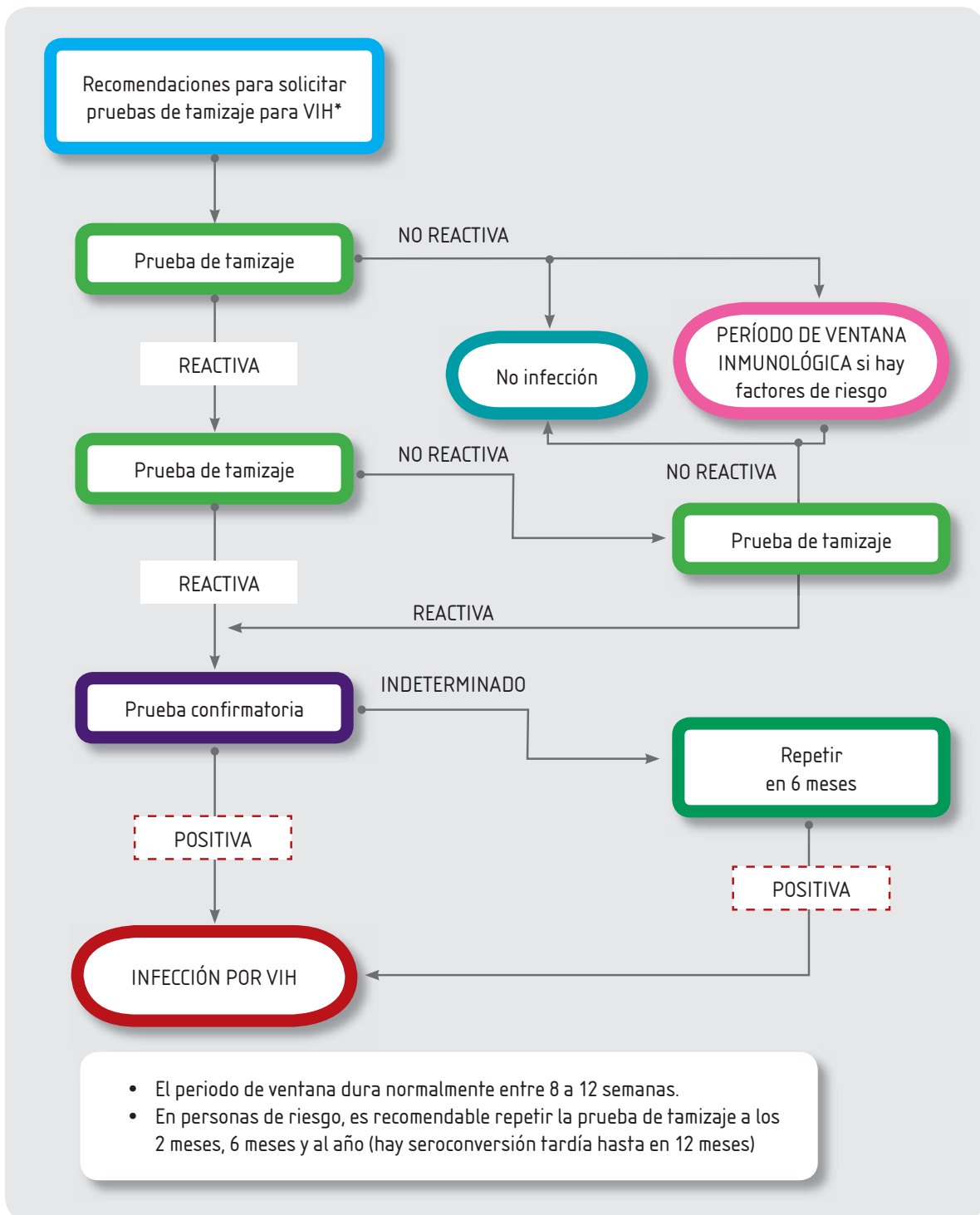
Se realizaron 1.181 pruebas rápidas serológicas en tres unidades de salud (Hospital Divina Providencia, Clínica San Lorenzo y Subcentro de Salud Tambillo). De acuerdo al algoritmo de atención en el tema de VIH/Sida del MSP, las pruebas se realizaron con la consejería pre-prueba, el respectivo consentimiento escrito del usuario para realizarse la prueba o de su representante legal y la consejería post-prueba tanto en los casos reactivos como no reactivos.

Para lograr la accesibilidad de la población a las pruebas rápidas, se involucró a varias unidades de salud pública y privada antes mencionadas en las localidades de intervención del estudio.



Se define a una persona infectada con VIH cuando presenta resultados reactivos en 2 pruebas de tamizaje con principios activos diferentes (la primera de sensibilidad y la segunda de especificidad alta en una misma muestra) y si da positivo en una prueba confirmatoria por IFI o WB con la misma muestra.

Todos los casos confirmados de infección por VIH se reportaron obligatoriamente por las instituciones públicas y privadas a las direcciones provinciales de salud y departamentos de epidemiología; utilizando el formato correspondiente del Sistema de Vigilancia.



6.3. RESULTADOS

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ITS-VIH/SIDA

I. Datos socio – económicos

Tabla 1: Promedio de edad por grupo de estudio

Grupo	Total por grupo	Edad
Mayores 27 años	140	35
Jóvenes de 14 a 26 años	352	17
HSH	27	30
TCS	50	28
UD	30	28
Total	599	27.6

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Tabla 2: Nacionalidad de los encuestados de acuerdo al grupo de estudio

Grupo	Total	Ecuatorianos		Colombianos	
		No.	%	No.	%
Mayores de 27 años	140	62	44	78	56
Jóvenes de 14 a 26 años	352	216	61	136	39
HSH	27	17	63	10	37
TCS	50	25	50	25	50
UD	30	18	60	12	40
Total	599	338	56	261	44

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Los datos de la tabla 1, reflejan que el promedio de edad de la población encuestada y corresponde a Población Económicamente Activa (PEA). Con nivel de confianza del 95%.

La muestra poblacional intervenida para la encuesta CAP (Tabla 2), integró a población en búsqueda de protección internacional y a población receptora, en un 44% y 56% respectivamente. En la muestra de jóvenes y de HSH es donde se encuentra el menor porcentaje de población en búsqueda de protección internacional.

Tabla 3: Encuestados de acuerdo al sexo

Grupo	Total	SEXO			
		Masculino		Femenino	
		No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Mayores de 27 años	140	68	49	72	51
Jóvenes de 14 a 26 años	352	174	49	178	51
HSH	27	27	100	0	0
TCS	50	0	0	50	100
UD	30	29	97	1	3
Total	599	298	100	301	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH-Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

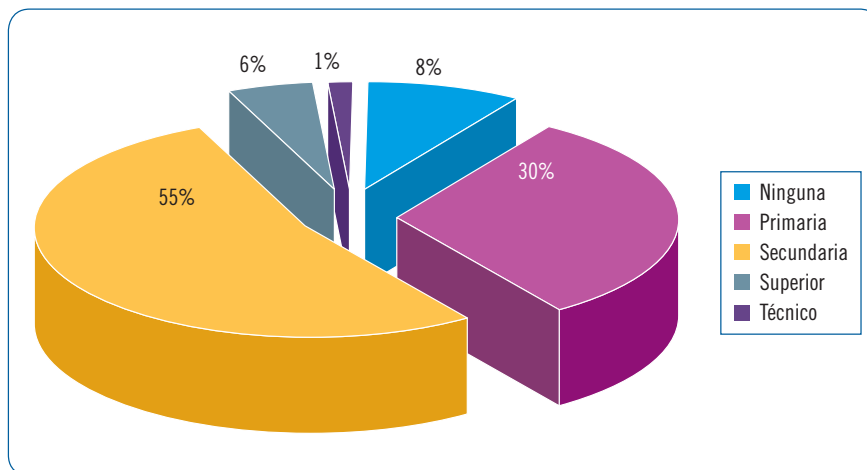
Como se observa en la Tabla 3, tanto en el grupo de adultos como de jóvenes la constitución de la muestra es casi paritaria entre hombres y mujeres. Se destaca que entre los usuarios que consumen droga apenas el 3 % son mujeres.

Tabla 4: Nivel de educación de los encuestados por grupo

Nivel de Educación	Grupo					Total	Porcentaje
	Mayores de 27 años	Jóvenes 14 a 26 años	HSH	TCS	UD		
Ninguna	10	26	0	6	3	45	8 %
Primaria	46	88	10	14	23	181	30%
Secundaria	48	238	14	26	4	330	55 %
Superior	32	0	3	3	0	38	6 %
Técnico	4	0	0	1	0	5	1 %
Total	140	352	27	50	30	599	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Porcentaje nivel de educación de los encuestados



Se evidencia en la tabla 4, un 8% de población que no tiene ningún nivel de educación. Se destaca, que 238 personas de la población joven que representa el mayor porcentaje de éste grupo ha cursado o cursa la secundaria; sin embargo, no se puede negar la evidencia de exclusión de los jóvenes a la educación.

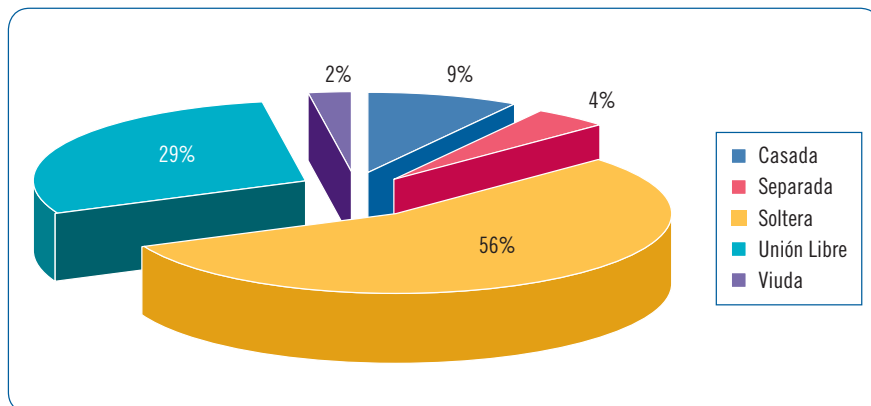
Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Tabla 5: Estado civil de los encuestados por grupo

Estado Civil	Grupo			
	Mayores de 27 años	Jóvenes de 14 a 26 años	Total	Porcentaje
Casado/a	35	11	46	9
Separado/a	12	6	18	4
Soltero/a	26	248	274	56
Unión Libre	62	80	142	29
Viudo/a	5	7	12	2
Total	140	352	492	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Porcentaje del estado civil de la población mayor de 27 años y de jóvenes de 14 a 26 años



Esta pregunta se realizó en población mayor de 27 años y jóvenes de 14 a 26 años. De forma general, los porcentajes más elevados corresponden a solteros y unión libre. Como se observa en la gráfica, hay un 56% de población soltera y en unión libre el 29%. Hay que considerar que la región se caracteriza por un bajo porcentaje de población casada.

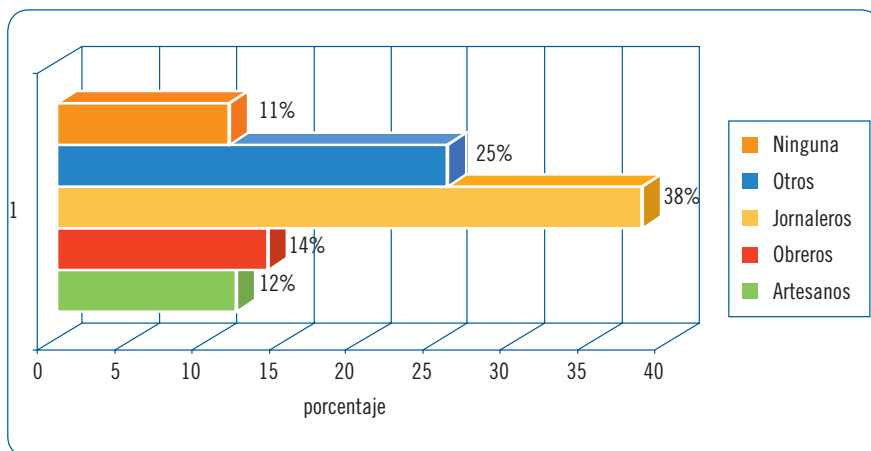
Fuente: Encuesta CAP de ITS/VIH-Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Tabla 6: Actividad principal de los encuestados por grupo

ACTIVIDAD PRINCIPAL	GRUPOS				
	Mayores de 27 años	HSH	UD	Total	Porcentaje
Artesanos	10	8	5	23	12
Obreros	19	2	6	27	14
Jornaleros	53	10	12	75	38
Otros	36	7	7	50	25
Ninguna	22	0	0	22	11
Total	140	27	30	197	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS/VIH-Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Porcentaje de actividad principal en encuestados



Fuente: Encuesta CAP de ITS/VIH-Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Con respecto a las actividades que desarrollan los encuestados, el análisis que se describe corresponde a tres grupos (mayores de 27 años, HSH y UD). El porcentaje de población que no realiza ninguna actividad es el 11% de la población mayor de 27 años encuestada,

Como se observa en la tabla 6 y el gráfico, la actividad con mayor porcentaje es la de jornalero, la misma que incluye a cocheros, trabajadores de palmeras, comerciantes, entre otros. Un 12% son artesanos que trabajan principalmente como pescadores, chóferes y albañiles.

Tabla 7: Lugar de residencia donde los encuestados han vivido en el último año

LUGAR DE RESIDENCIA	GRUPO					Total	Porcentaje
	Mayor 27 años	Jóvenes 14 a 26 años	HSH	TCS	UD		
Cantón San Lorenzo	35	160	11	4	13	223	37
Otros Cantones- Esmeraldas	10	27	4	9	4	54	9
Otras Provincias	16	29	2	12	1	60	10
Otros (país)	79	136	10	25	12	262	44
Total	140	352	27	50	30	599	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

En el lugar de residencia por grupo, podemos observar que la ciudad de San Lorenzo acoge a población de diferentes lugares de la provincia de Esmeraldas, de otras provincias y de diversos lugares de Colombia.

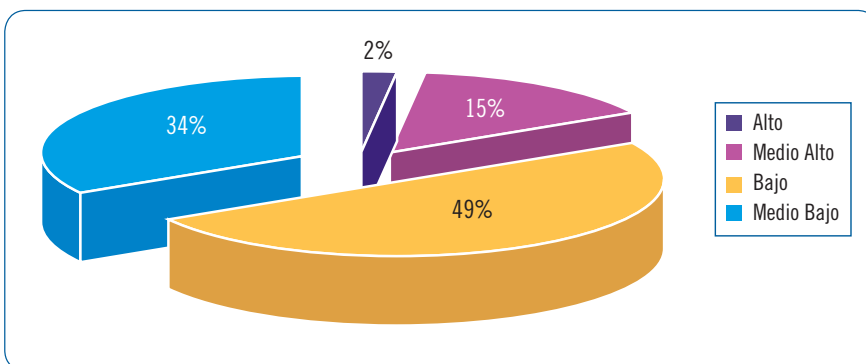
La residencia es entendida como comunidad o municipio donde se vivió en el último año. La población colombiana proviene de los departamentos de: Nariño (Tumaco), Huila y Valle del Cauca (Cali).

Tabla 8: Nivel económico según percepción de los encuestados

Grupo	Alto	Medio Alto	Bajo	Medio Bajo	Total
Adulto	0	18	72	50	140
Jóvenes	7	69	164	112	352
HSH	1	0	8	18	27
TCS	2	5	26	17	50
UD	0	0	26	4	30
Total	10	92	296	201	599

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Porcentaje de encuestados según nivel económico



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH-Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

La información que se describe en el gráfico, hace referencia a la percepción que tiene la población encuestada sobre su nivel económico. De acuerdo a la información que se describe en la tabla 8 y a la ilustración del gráfico, el 49% y 34% de la población percibe su nivel económico como bajo y medio bajo.

Percepción que no se escapa de la realidad, ya que, los cantones de la zona norte de la provincia de Esmeraldas se encuentran entre la población con el mayor índice de pobreza. Siendo la pobreza un problema estructural del Ecuador como consecuencia de las desigualdades sociales heredadas desde la época colonial y del estancamiento económico no superado.

En el Ecuador, 1 de cada 5 ciudadanos vive en condiciones que no alcanzan a cubrir sus necesidades alimenticias, el 38% de la población rural está en extrema pobreza, el índice de vulnerabilidad social alcanza el 32%, mientras que la atención en salud a la población bajó de 17 a 8 dólares en 1999¹³.

Tabla 9: Población colombiana que se considera en búsqueda de protección internacional

Grupo	Total población colombiana	PCBPI	Porcentaje
Mayores 27 años	78	51	32%
Jóvenes de 14 a 26 años	136	99	62%
HSH	10	2	1%
TCS	25	2	1%
UD	12	5	3%
Total	261	159	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

De los 261 colombianos, el 61% de ellos se considera población en búsqueda de protección internacional, siendo el grupo más representativo el de los jóvenes. De la población total de colombianos y/o población en búsqueda de protección internacional, el 61% se considera desplazado. De los cinco países vecinos de Colombia, Ecuador es el mejor preparado para atender a la población refugiada colombiana. A diferencia de Venezuela o Panamá, Ecuador cuenta, desde 1992, con una legislación en materia de refugio que se ajusta a los principios de la normativa internacional sobre refugiados. Además,

Ecuador, a diferencia de otros países vecinos, ha aplicado los principios de la Declaración de Cartagena, que amplía el marco regional de protección a las víctimas de la violencia generalizada, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público. En este contexto, se trata del país vecino que más refugiados colombianos ha reconocido. Igualmente, la documentación y asistencia de la población refugiada se ha realizado con la cercana cooperación del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)¹⁴.

II. Conocimiento de Enfermedades Sexuales:

Tabla 10.1: Encuestados que respondieron adecuadamente a 10 preguntas sobre conocimientos de transmisión y prevención del VIH/Sida

Abreviatura conocimientos	Mayores de 27 años	Jóvenes 14 a 26 años	HSH	TCS	UD	Total	Porcentaje
RSTE	131	346	27	50	29	583	97
SITSM	66	130	14	34	9	253	42
SITSH	67	135	22	29	22	275	46
CVIH/SIDA	131	350	25	48	27	581	97
CAIVIH	28	70	13	24	6	141	24
CPV	84	184	19	30	22	339	57
PTPF	102	252	23	36	24	437	73
PERS	95	221	17	33	23	389	65
PIPM	73	172	10	29	5	289	48
PIIA	123	303	27	45	24	522	87
Total por grupo	140	352	27	50	30	599	100

13 : Jarrín. Oswaldo. Nueva Sociedad. [Sitio en Internet]. Disponible en Internet: http://www.nuso.org/upload/anexos/foro_258.pdf. Accesible en Diciembre de 2007

14 : Centro de Documentación de Derechos Humanos. Refugiados Colombianos en Ecuador (III). [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.lainsignia.org/2005/marzo/soc_003.htm. Accesible en: Noviembre 2007

RSTE: Ha escuchado hablar que *las relaciones sexuales transmiten enfermedades*

SITSM: Conoce algún *síntoma de ITS en mujeres*

SITSH: Conoce algún *síntoma de ITS en hombres*

CVIH/SIDA: Conoce sobre el VIH o la enfermedad llamada Sida (mucho, poco y más o menos)

CAIVIH: Conoce a alguien que esté infectado con VIH o que haya muerto con Sida

CPV: Utilizar condón en todas las relaciones sexuales protege a las personas del virus que causa el Sida

PTPF: Puede una persona protegerse del VIH si tienen una pareja fiel que no esté infectada.

PERS: Puede una persona protegerse del VIH si evita tener relaciones sexuales

PIPM: Una persona puede infectarse con VIH por la picadura de un mosquito

PIIA: Una persona puede infectarse con VIH al inyectarse con una aguja que utilizó otra persona

Tabla 10.2: Encuestados que respondieron adecuadamente a 9 preguntas sobre conocimientos de transmisión y prevención del VIH/Sida

Abreviatura conocimientos	Mayores de 27 años	Jóvenes 14 a 26 años	HSH	TCS	UD	Total	Porcentaje
EICB	124	289	25	45	23	506	84
ICBL	103	226	22	40	22	413	69
VPDCTV	104	206	14	33	10	367	61
PDSIV	45	126	8	12	9	200	33
PIVC	84	181	22	40	20	347	58
PICE	73	143	18	28	16	278	46
CMPPVPI	72	214	16	25	13	340	57
ICAIV	76	174	20	33	15	318	53
CATPIV	67	138	19	29	16	269	45
Total por grupo	140	352	27	50	30	599	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

EICB: Una mujer embarazada que está infectada con VIH puede contagiar a su bebe

ICBL: Una mujer infectada con VIH puede contagiar a su bebe a través de la lactancia materna

VPDCTV: Solo con ver a una persona, usted podría darse cuenta que tienen VIH

PDSIV: Una persona que dona sangre puede infectarse con VIH

PIVC: Si un pariente se infecta con VIH, usted estaría dispuesto a cuidarlo

PICE: Un profesor infectado con VIH debe continuar enseñando en la escuela

CMPPVPI: Comer del mismo plato que utiliza una persona infectada con VIH, puede infectarle a usted.

ICAIV: Invitaría a comer a su casa a alguien infectado con VIH

CATPIV: Compraría alimentos en una tienda donde la persona que la atiende está infectado con el VIH

La información obtenida (Tablas 10.1 y 10.2), esta basada en los conocimientos que la población tiene con respecto a ITS, modo de transmisión, prevención del VIH y sobre el conocimiento de alguna persona portadora del VIH/Sida.

De forma general, el 80% de los encuestados muestran un conocimiento adecuado. El 97% ha escuchado que las relaciones sexuales pueden transmitir enfermedades, un 80% que la fidelidad es una forma de protección y 80% conoce de la posibilidad de infección al inyectarse con aguja que haya utilizado otra persona.

En la pregunta relacionada con la donación de sangre, el 70% de los encuestados considera que al donar sangre pueden infectarse del VIH. Por otro lado, el 57% de los encuestados responden negativamente a la posibilidad de que una persona viviendo con el VIH puede continuar su vida normalmente. Este tipo de respuesta indica ciertas actitudes estigmatizantes y discriminantes de la población frente a las personas portadora del virus.

Son los UD, los que presentan los porcentajes más bajos de conocimientos adecuados en cuanto a conocimiento de signos de ITS en una mujer, el 20% conoce de alguna persona que tiene VIH/Sida, y sólo el 17% sabe que la infección no se transmite por la picadura de un mosquito y el 33% dice que no se puede solo con mirar saber que una persona es portadora del VIH.

Tabla 11: Encuestados de acuerdo a el nivel de conocimiento sobre el VIH/Sida

CONOCE DEL VIH	Mayores de 27 años	Jóvenes de 14 a 26 años	HSH	TCS	UD	Total	Porcentaje
Mucho	17	143	11	14	1	186	31
Poco	51	76	14	7	12	160	27
Mas o menos	63	131		27	14	235	39
Nada	9	2	2	2	3	18	3
Total	140	352	27	50	30	599	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/SIDA, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado: OIM

Como se observa en la tabla 11, los resultados muestran grado de conocimientos sobre el VIH bajos. Los encuestados que no conocen del VIH son el 3% (18).

Tabla 12: Medios por donde los encuestados conocieron sobre el VIH

Medios de Comunicación	mayores de 27 años	Jóvenes de 14 a 26	HSH	TCS	UD	Total respuestas	Porcentaje
Televisión	108	287	20	43	27	485	81
Radio	54	145	18	23	21	261	44
Periódico	32	119	9	21	1	182	30
Revista	28	94	11	18	0	151	25
Profesionales de salud	33	134	9	24	0	200	33
Familia	11	92	2	6	0	111	19
Amigos(as)	20	72	3	14	0	109	18
Compañeros de trabajo o estudio	13	58	2	10	0	83	14
Profesores	23	134	4	7	0	168	28
Otros	15	25	4	13	0	57	10
Total por grupo	140	352	27	50	30	599	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

El medio por el cual la mayoría de la población ha conocido sobre el VIH (Tabla 12), es la televisión, radio y profesionales de la salud. Es la familia el espacio donde menos han conocido del tema.

III. En preguntas personales y vida sexual:

Tabla 13: Consumo de drogas según grupo de intervención

¿Consumes usted alguna de estas sustancias?	Grupo				Total	Porcentaje
	Mayores de 27 años	Jóvenes de 14 a 26 años	HSH	TCS		
Bebidas alcohólicas	101	218	26	40	408	91
Morfina	0	0	0	0	0	0
Marihuana (bareta)	1	2	1	0	4	1
Cocaína (perica)	1	1	0	0	2	0
Bazuco	1	0	0	0	23	5
Éxtasis	1	1	0	0	2	0
Rubíol	1	0	0	0	1	0
Inhalantes (pegante, gasolina)	1	0	0	0	1	0
Hongos	1	0	0	0	1	0
Otras sustancias	0	0	0	1	3	1
Total	108	222	27	41	445	74

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Al indagar sobre el consumo de sustancias más del 60% de la población mayor de 27 años, jóvenes, TCS y HSH consume alcohol y en porcentajes menores al 1% consumen morfina, marihuana y otras. Hay que considerar que, el grupo que presenta el mayor consumo de bazuco son

UD. El gráfico señala que los usuarios de drogas, no consumen ningún tipo de drogas inyectables, descartándose a este como un factor que incrementa la probabilidad de transmisión de la infección del VIH.

Tabla 14: Encuestados que alguna vez han tenido relaciones sexuales según grupo encuestado

	No. encuestados que han tenido Relaciones Sexuales	Total Grupo	Porcentaje
Adulto	135	140	96
Jóvenes	244	352	69
HSH	27	27	100
TCS	50	50	100
UD	30	30	100
Total	486	599	81

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Tabla 15: Edad de la primera relación sexual en población joven de 14 a 26 años

A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	Mayores de 27 años	Jóvenes de 14 a 26 años
Media	15,2	9,7
Mediana	15	13
Desviación estándar	4,2	6,8

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

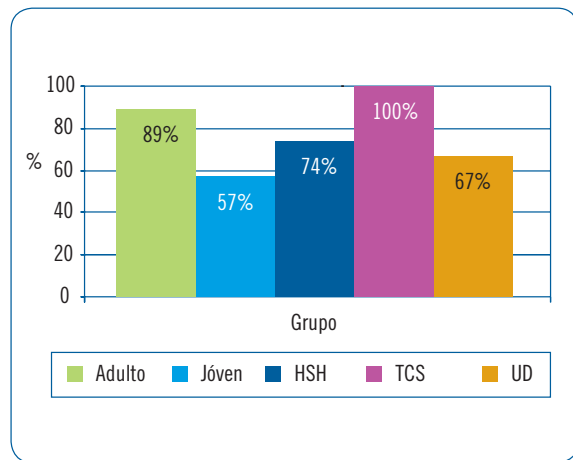
Como se observa en las Tablas 14 y 15, la mayoría de la población encuestada ha tenido relaciones sexuales. Solo el 31% de la población joven no ha tenido su primera relación sexual. Aunque uno de los resultados que se obtuvo mediante esta encuesta es la edad promedio en la que los jóvenes han tenido su primera relación sexual, es alarmante y constituye un aspecto importante para analizar como un factor que aumenta el riesgo de la población joven de ser infectado del VIH y de cualquier otra ITS. El promedio de los jóvenes de iniciación de la vida sexual es de 10 años (9,7); dato que se obtiene con un 95% de nivel de confianza.

Tabla 16: Relaciones sexuales en los últimos 12 meses por grupo

Grupo	Total grupo	Frecuencia	Porcentaje
Mayores de 27 años	140	124	89
Jóvenes de 14 a 26 años	352	201	57
HSH	27	20	74
TCS	50	50	100
UD	30	20	67
Total	599	415	69

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Porcentaje de encuestados que han mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

28

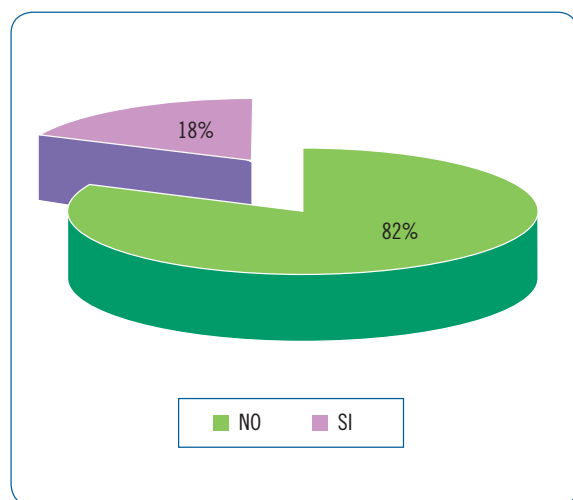
Tabla 17: Población joven de 14 a 26 años según uso del preservativo en la primera relación sexual

¿Utilizaste condón la primera vez que tuviste relaciones sexuales?	Frecuencia	Porcentaje
No	201	82
Si	43	18
Total general	244	100

De acuerdo a la tabla 16 más de la mitad de los encuestados han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

Del total de población adolescente, el 69% han tenido relaciones sexuales, de éstos únicamente el 18% utilizó preservativo en su primera relación sexual.

Porcentaje de población joven de 14 a 26 años según utilización del preservativo en la primera relación sexual



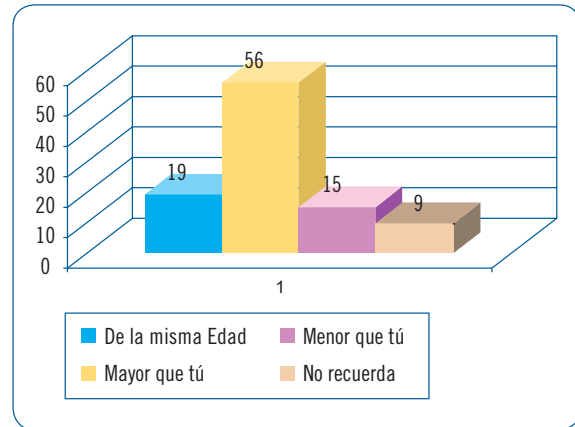
Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Tabla 18: Edad que tenía la persona con la que tuvieron la primera experiencia sexual en la población joven de 14 a 26 años

Alternativas	Sexo	
	Frecuencia	Porcentaje
De la misma Edad	47	19
Mayor que tú	137	56
Menor que tú	37	15
No recuerda	23	9
Total	244	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Porcentaje según edad de la persona con quien tuvieron su primera experiencia sexual en población joven de 14 a 26 años según



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Tabla 19: Número de parejas sexuales en la población joven de 14 a 26 años en los últimos 12 meses

Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Solo 1	121	63
De 2 a 5	62	32
De 6 a 9	6	3
De 10 y mas	3	2
Total	192	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

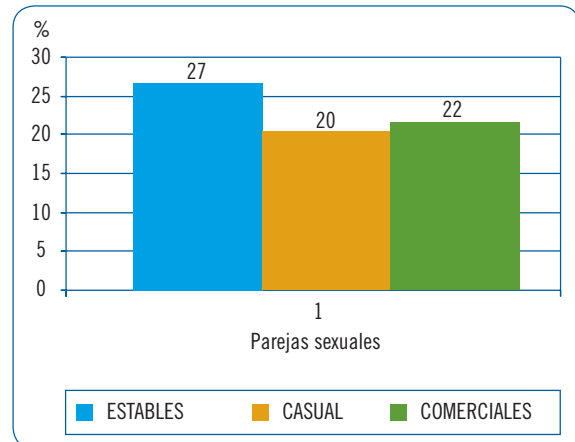
Como se observa en la tabla 18, el 56% de jóvenes encuestados indica que los adolescentes mantuvieron su primera relación sexual con personas mayores que ellos. En la población joven un 63% mantiene una sola pareja en el último año y el 32% dice haber tenido de 2 a 5 parejas en el mismo lapso de tiempo, esto visualiza conductas de riesgo para contraer el VIH.

Tabla 20: Población mayor de 27 años que utiliza condón según pareja sexual

Parejas	Total con pareja	No. que utiliza el preservativo	Porcentaje
Estables	137	26	27
Casual	71	19	20
Comerciales	64	20	22
Total	272	65	65

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Porcentaje de población mayor de 27 años que han usado el preservativo en la última relación sexual



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Según lo observado en la tabla 20, pese a que la población mayor de 27 años tiene varias parejas sexuales, solo el 65% ha utilizado el preservativo en su última relación sexual.

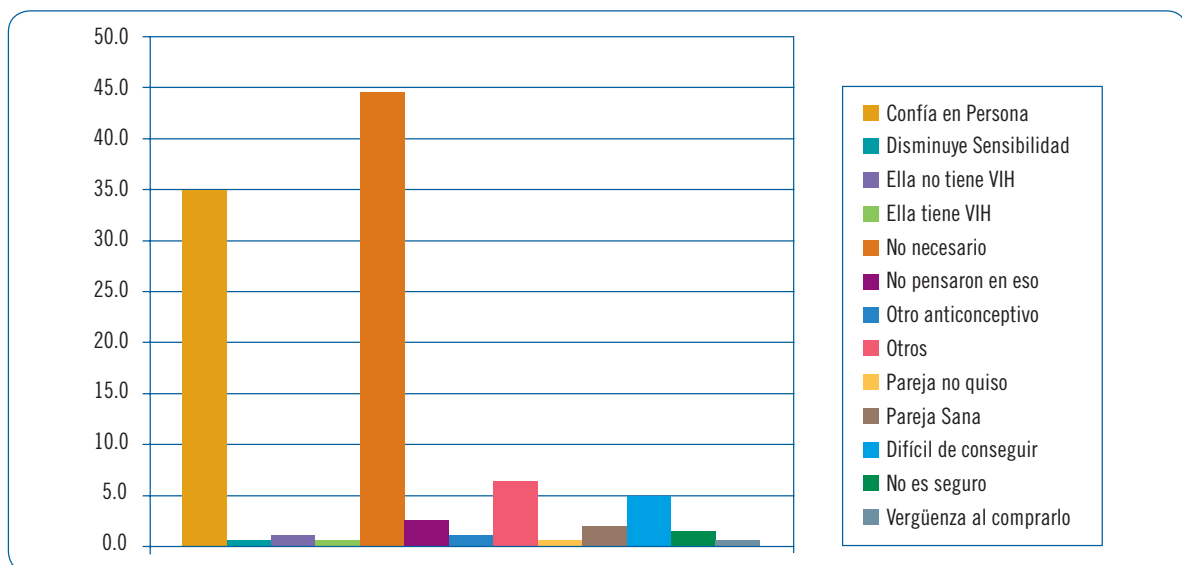
Hay que destacar que de la población que mantiene relaciones sexuales con parejas comerciales sólo el 22% utiliza el preservativo, incrementándose el riesgo de transmisión del VIH.

Tabla 21: Razones por lo que la población mayor de 27 años no utilizó el preservativo con sus parejas sexuales

RAZÓN	PAREJAS				
	Estable	Casual	Comercial	Total	Porcentaje
Confía en persona	58	9	5	72	34,8
Disminuye Sensibilidad	0	1	0	1	0,5
Ella no tiene VIH	2	0	0	2	1,0
Ella tiene VIH	0	1	0	1	0,5
No necesario	26	31	35	92	44,4
No pensaron en eso	3	1	1	5	2,4
Otro anticonceptivo	0	2	0	2	1,0
Otros	9	3	1	13	6,3
Pareja no quiso	1	0	0	1	0,5
Pareja sana	3	1	0	4	1,9
Difícil de conseguir	8	2	0	10	4,8
No es seguro	1	1	1	3	1,4
Vergüenza al comprarlo	0	0	1	1	0,5
Total	111	52	44	207	100,0

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Población mayor de 27 años según razón por la que no usaron preservativo con sus parejas



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Tabla 22: Mayores de 27 años de acuerdo a quien sugiere el uso del preservativo en la última relación sexual con las diferentes parejas sexuales

Quien sugirió	PAREJAS			Total	%
	Estable	Casual	Comercial		
Decisión de los dos	14	8	9	31	48
No sabe / no recuerda	0	0	1	1	2
Su pareja	3	1	0	4	6
Usted	9	10	10	29	45
Total general	26	19	20	65	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

De la población mayor de 27 años que han tenido relaciones sexuales ya sea con parejas estables, comerciales o casuales en los últimos seis meses, sólo el 23,8% utilizó el preservativo en su última relación sexual; las principales razones son porque consideran que no es necesario y porque confían en sus parejas.

Existe un 4,8% de la población que indica que la razón por la que no utilizaron el preservativo es porque es difícil conseguir. De aquellos que respondieron otros motivos, un porcentaje importante se refiere a formas tradicionales de anticonceptivos.

Con la información anterior se observa que la posibilidad de adquirir el VIH aumenta al valorar la frecuencia con la que se utiliza el preservativo con las diferentes parejas sexuales.

Tabla 23: Antecedentes de signos de ITS según grupo de estudio

Grupo	Signo de ITS		Total	Porcentaje
	Pus	Úlcera		
Mayor de 27 años	3	3	6	12
Jóvenes 14 a 26 años	16	10	26	53
HSH	2	1	3	6
TCS	6	1	7	14
UD	4	3	7	14
Total	31	18	49	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

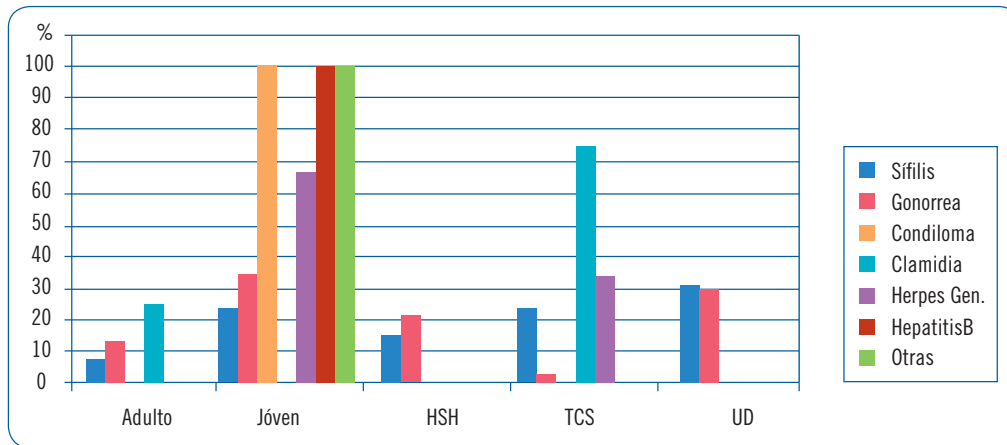
Aunque el porcentaje de personas con antecedentes de signos de ITS, puede percibirse como bajo en relación al total de la población encuestada, alrededor de un 8%, el grupo más afectado es el de jóvenes, seguido de mayores de 27 años y UD. Los grupos que han presentado en menos porcentaje signos de ITS son los HSH y TCS.

Tabla 24: Diagnóstico de infección de transmisión sexual por grupo

Grupo	Infección de Transmisión Sexual						
	Sífilis	Gonorrea	Condiloma	Clamidia	Herpes Genital	Hepatitis B	Otras
Mayor de 27 años	1	6	0	1	0	0	0
Jóvenes 14 a 26 años	3	16	2	0	2	1	1
HSH	2	10	0	0	0	0	0
TCS	3	1	0	3	1	0	
UD	4	14	0	0	0	0	0
Total	13	47	2	4	3	1	1
Porcentaje	18	66	3	6	4	1	1

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Porcentaje antecedentes de diagnóstico de ITS según grupo



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

La población mayormente afectada según los diagnósticos de ITS son los jóvenes. Se observa en la gráfica que los jóvenes han sido afectados por varios tipos de infecciones, siendo la gonorrea la de mayor incidencia, presentando una razón de 5,3 infectados con gonorrea por cada joven con sífilis.

En los otros grupos se observa una diferencia de la tendencia. Aquí se observa en segundo lugar de diagnósticos

de ITS a las TCS, esto puede estar relacionado, con la frecuencia en que las TCS son sometidas a exámenes médicos periódicos. Los UD es otro de los grupos que muestran altos porcentajes de infecciones de transmisión sexual.

Otras ITS de mayor consideración por su gravedad y consecuencia que se han presentado en los jóvenes son: Condiloma, Herpes y Hepatitis B.

32

Tabla 25: Encuestados que se han realizado la prueba de VIH alguna vez en su vida

GRUPO	PRUEBA DEL VIH						
	Total que se realizó la prueba	Solicitada	Voluntaria	RESULTADO			
				Positivo	Negativo	Indeterminado	No resultado
Mayor 27 años	51	18	33	0	48	0	3
Jóvenes 14 a 26	100	30	70	2	74	2	22
HSH	19	5	14	0	19	0	0
TCS	49	13	36	0	49	0	0
UD	7	0	7	0	7	0	0
Total	226	66	160	2	197	2	25

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

En esta tabla se puede observar, según información proporcionada por los encuestados que el 38% de la población se ha realizado la prueba del VIH, de éstos, un 2% del grupo de jóvenes ha tenido resultado positivo. Dos infectados de VIH por cada 100 personas que se realizan la

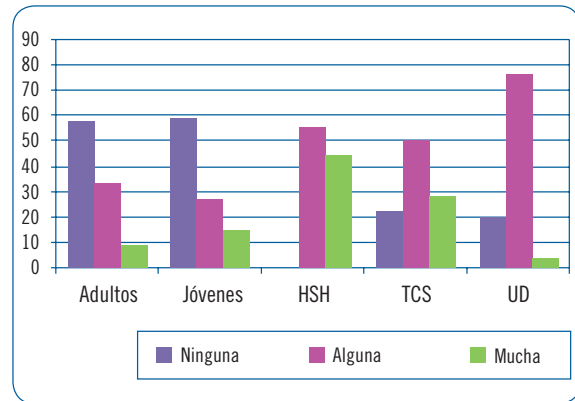
prueba, es un dato de relevancia, ya que, según ONUSIDA, por cada persona que se sabe que vive con el VIH hay diez que no lo saben. Al relacionar este resultado con la información del diagnóstico de ITS, se ratifica que la población joven es la mayormente afectada.

Tabla 26: Posibilidad de adquirir el VIH según percepción de los encuestados

GRUPO	Ninguna Posibilidad	Alguna posibilidad	Mucha posibilidad
Adultos	81	47	12
Jóvenes	207	94	51
HSH	0	15	12
TCS	11	25	14
UD	6	23	1
Total	305	204	90

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Porcentaje de los encuestados según posibilidades de adquirir el VIH



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Al preguntarle a la población sobre su posibilidad de adquirir el VIH, indagando en la percepción de los riesgos, más del 50% de la población de adultos y de jóvenes, señalan no tener ninguna posibilidad de adquirir la infección y son los grupos que tradicionalmente han sido identificados de mayor riesgo. Los HSH y las TCS, se perciben con un mayor porcentaje de infectarse con el VIH.

Tabla 27: Víctimas de abuso sexual según encuestados

Grupo	Total grupo	Víctimas de abuso sexual	Porcentaje
Mayor 27 años	140	8	6
Jóvenes 14 a 26 años	352	9	3
HSH	27	10	37
TCS	50	9	18
UD	30	3	10
Total	599	39	7

De la población encuestada el 7% ha sido víctima de abuso sexual, de estos, los grupos más afectados son los HSH, TCS y UD.

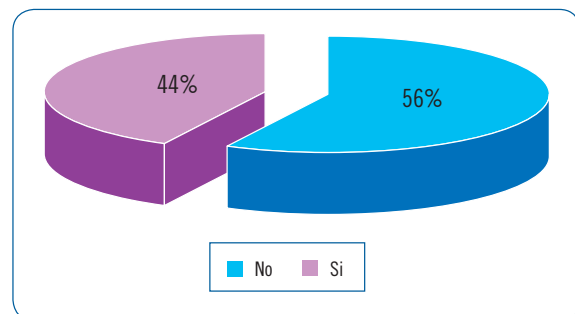
Cuestionario HSH

Tabla 28: Hombres que tienen sexo con hombres que alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una mujer

Respuesta	Frec.	Porcentaje
No	15	56
Si	12	44
Total general	27	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Porcentaje de HSH que han tenido alguna vez en su vida relaciones sexuales con parejas sexuales femeninas



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Como se ilustra en la gráfica, 44% de los HSH han mantenido relaciones sexuales con una pareja femenina.

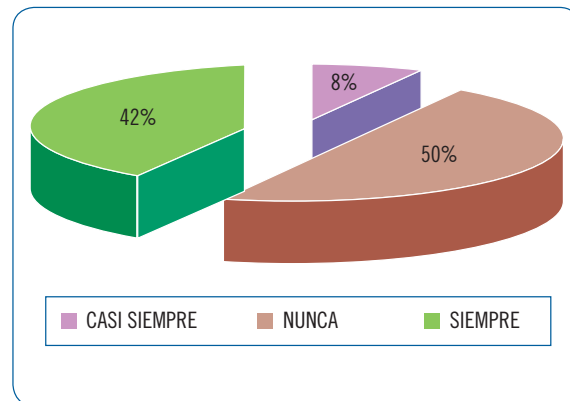
Tabla 29: HSH según frecuencia del uso del preservativo con su/s pareja/s femeninas

Frecuencia	No.	Porcentaje
Casi Siempre	1	8
Nunca	6	50
Siempre	5	42
Total general	12	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Las relaciones con parejas sexuales femeninas, cobra importancia al valorar la frecuencia con la que han utilizado el preservativo los HSH en los últimos seis meses. Un 8% incrementa su posibilidad de adquirir la infección porque no ha utilizado nunca el preservativo en sus relaciones sexuales con mujeres y en su condición de HSH también han mantenido relaciones sexuales con hombres.

Porcentaje de HSH según frecuencia del uso del preservativo con la/s pareja/s femeninas



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Tabla 30: HSH que han tenido relaciones sexuales con pareja/s femeninas según razón por la que no utilizaron el preservativo en su última relación sexual

¿Por qué usted y ella no utilizaron condón?	No.	Porcentaje
Confía en persona	3	42
No les gusta	2	29
Pareja sana	2	29
Total general	7	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Las principales razones por la cual los HSH no utilizaron el preservativo en la última relación sexual con su pareja femenina, radica en la percepción que tienen sobre la otra persona, como la confianza en la pareja y el considerar que es una pareja sana. Un porcentaje considerable no utiliza el preservativo porque no les gusta.

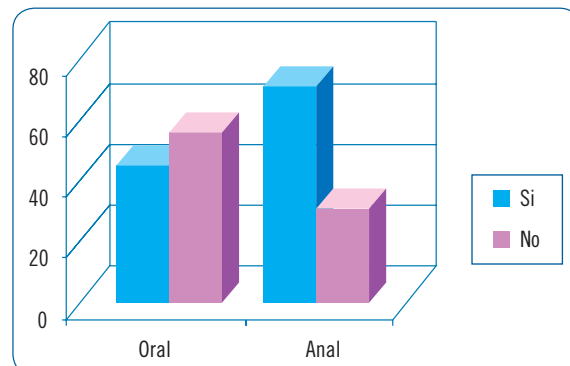
34

Tabla 31: HSH Según relaciones sexuales orales y anales con la pareja sexual masculina en los últimos seis meses

Relación Sexual	Oral		Anal	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Si	12	44	19	70
No	15	56	8	30
Total	27	100	27	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS VIH-Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado: OIM

Porcentaje de HSH según relaciones sexuales orales y/o anales



Fuente: Encuesta CAP de ITS VIH-Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas).
Octubre 2007
Elaborado: OIM

La información descrita en la tabla. 31, indica que el 44% de la población HSH ha mantenido sexo oral en los últimos 6 meses y el 70% tuvo sexo anal. Dándose una razón de 1.5 HSH, que tienen sexo anal por cada HSH que tiene sexo oral.

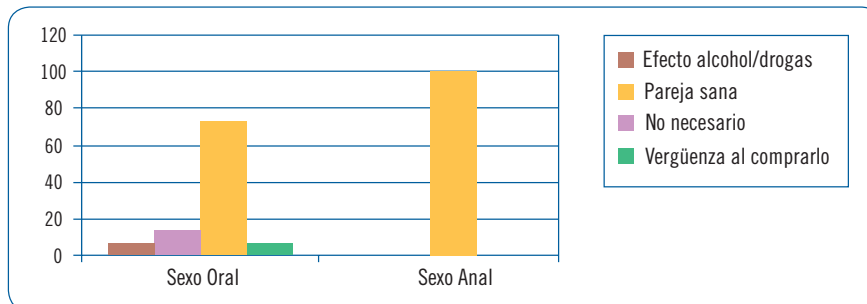
El riesgo de los HSH aumenta su posibilidad de adquirir el VIH, ya que, tiene sexo oral, anal y sin el uso del preservativo. Se debe considerar también, el alto porcentaje de HSH que han tenido relaciones sexuales con parejas femeninas, lo que genera una dinámica epidemiológica que amplía la posibilidad de que las mujeres adquieran el VIH.

Tabla 32: HSH de acuerdo a la razón por el cual no usarán preservativo en la última relación sexual anal u oral con la pareja sexual masculina

¿Por qué razón tú y tu pareja no utilizaron condón?	TIPO			
	Sexo Oral		Sexo Anal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Efecto alcohol/drogas	1	7	0	0
No necesario	2	13	0	0
Pareja sana	11	73	8	100
Vergüenza al comprarlo	1	7	0	0
Total	15	100	8	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/SIDA, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado: OIM

Porcentaje de HSH según razón por la que no utilizaron el preservativo



Tanto el el 44% de HSH que tuvieron sexo oral como el 42% que tuvieron sexo anal, no utilizaron el condón en su última relación sexual por considerar que su pareja estaba sana.

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/SIDA, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado: OIM

Cuestionario de TCS

Tabla 33: Cambiar numeral esta tabla ha sido incluida trabajadoras comerciales del sexo según edad de inicio del trabajo sexual

¿A qué edad recibió por primera vez dinero o alguna cosa a cambio de relaciones sexuales?	
Media	15,7
Mediana	16
Desviación estándar	2,4

Tabla 34: Trabajadoras comerciales del sexo de acuerdo al uso del preservativo con sus parejas sexuales

Respuesta	Estable		Ocasional	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Si	47	94	31	62
No	3	6	19	38
Total	50	100	50	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

De acuerdo a la información que se detalla en la tabla 34, el 62% de las TCS tienen parejas ocasionales y estables. Es posible que por este factor, las TCS sea uno de los grupos que presentan un mayor porcentaje de antecedentes de ITS diagnosticadas, sin olvidar que hay un mínimo porcentaje que ha mantenido relaciones sexuales con sus clientes sin preservativo. Al preguntarles la razón por la cual no utilizaron preservativo no se obtuvo ninguna respuesta.

Tabla 35: Trabajadoras comerciales del sexo de acuerdo al uso del preservativo con sus parejas sexuales en la última relación sexual

Uso del Preservativo	PAREJAS					
	Estable		Ocasional		Clientes	
	Frec.	Porcentaje	Frec.	Porcentaje	Frec.	Porcentaje
Si	23	49	12	39	44	88
No	24	51	19	61	6	12
Total	47	100	31	100	50	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Se observa que, aunque las TCS sepan que deben realizar su actividad con preservativo, en San Lorenzo el 12% de las TCS no ha utilizado preservativo con sus clientes en la última relación sexual, el 51% con las parejas estables y el 61% con parejas ocasionales.

36

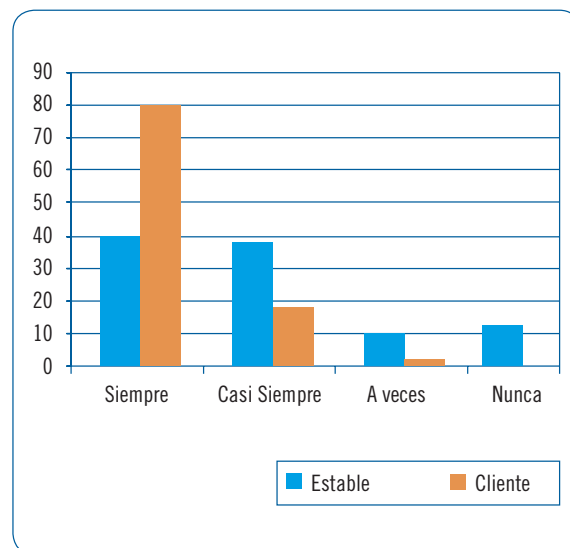
Tabla 36: Trabajadoras comerciales del sexo según frecuencia del uso del preservativo y parejas sexuales

FRECUENCIA	PAREJAS	
	ESTABLE	CLIENTE
Siempre	20	40
Casi Siempre	19	9
A Veces	5	1
Nunca	6	0
Total	50	50

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Como se puede observar en la tabla 36, el 80% que equivale a 40 TCS siempre usan el preservativo con sus clientes y es el 20% de TCS utilizan el preservativo con sus clientes con una frecuencia irregular.

TCS según frecuencia con la que han utilizado el preservativo en el último año con sus parejas sexuales



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Tabla 37: Trabajadoras sexuales de acuerdo al número de clientes por mes

Ciente/mes	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 10	4	8
De 11 a 20	4	8
De 21 a 30	2	4
De 31 y más	40	80
Total	50	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Al relacionar los resultados de la tabla 36, con los datos arriba descritos en la tabla 37, el 80% sobrepasan los 30 clientes mensuales y si vemos que el 20% de ellas no utilizan siempre el preservativo, aumenta considerablemente el riesgo de la transmisión del VIH, siendo afectadas ellas y sus parejas sexuales estables y ocasionales.

TCS de acuerdo a número de clientes por mes

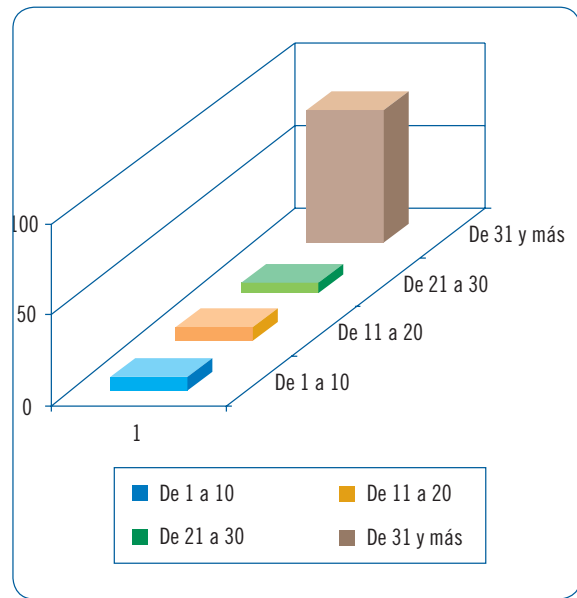
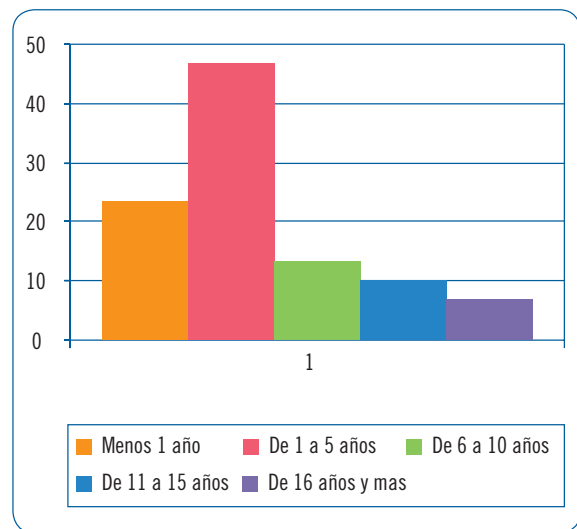


Tabla 38: Usuarios de drogas según tiempo de consumo

Años	Frecuencia	Porcentaje
Menos 1 año	7	23
De 1 a 5 años	14	47
De 6 a 10 años	4	13
De 11 a 15 años	3	10
De 16 años y mas	2	7
Total	30	100

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Usuarios de drogas según años de consumo de la sustancia (droga)

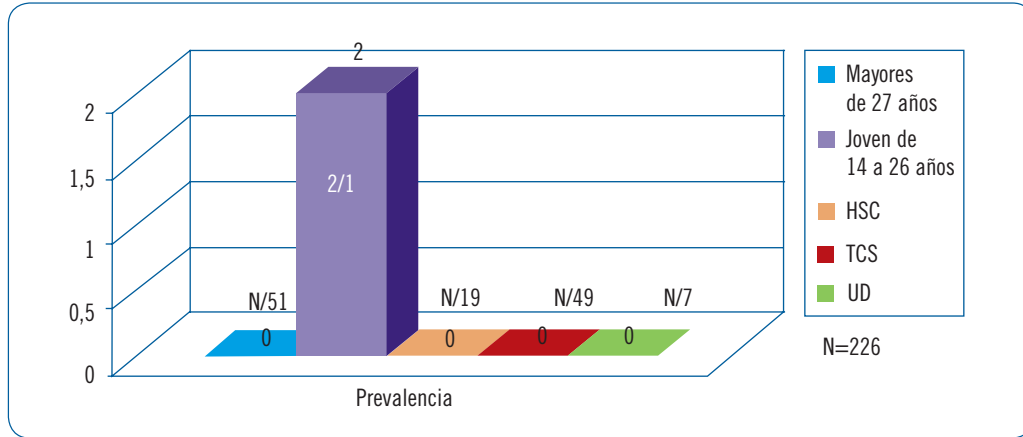


Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Según los datos precisados en la tabla 13, los UD no consumen drogas intravenosas, por lo que éste factor no es determinante en la infección del VIH; sin embargo, son otras las condiciones que facilitarían la transmisión, como el número de parejas sexuales que tienen, los pocos conocimientos sobre la infección del VIH, las relaciones sexuales que mantienen estando bajo el efecto de las drogas y el no uso del preservativo, sin dejar de lado aspectos socioeconómicos como la pobreza y el bajo nivel de escolaridad.

Prevalencia-VIH

Prevalencia del VIH en encuestados que indican haberse realizado la prueba



Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/Sida, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

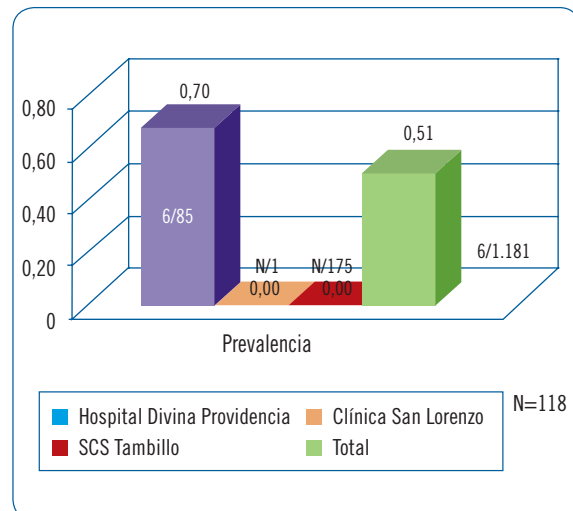
El gráfico ilustra la prevalencia en la población encuestada se ha realizado la prueba de VIH algunas vez en su vida. Los resultados indican que el grupo más afectado son los jóvenes, población que obtuvo dos resultados de VIH confirmatorios, de éstos, los infectados son un hombre y una mujer.

Tabla 39: Prevalencia del VIH en usuarios que se realizaron la prueba en las unidades de salud que intervinieron en el proyecto

Unidad Operativa	Pruebas Realizadas	Pruebas Reactivas	Prevalencia
Hospital Divina Providencia	856	6	1
Clínica San Lorenzo	150	0	0
SCS Tambillo	175	0	0
Total	1.181	6	1

Fuente: Parte mensual de laboratorio para tamizaje de VIH y Sífilis, de san Lorenzo y Tambillo
Elaborado por: OIM

Prevalencia de VIH en usuarios que se realizaron las pruebas en unidades de salud dentro del proyecto



Los resultados de las pruebas de los usuarios que demandaron la prueba en las diferentes unidades de salud de San Lorenzo y Tambillo, muestran la prevalencia de VIH más elevada en el Hospital Divina Providencia. De 220 pruebas realizadas en esta unidad, 6 pruebas fueron reactivas y han sido confirmadas como casos de VIH. De estos, cinco son mujeres embarazadas y uno es hombre.

Diagnóstico de la infección-VIH

Tabla 40: Pruebas realizadas según unidad operativa en San Lorenzo y Tambillo

Unidad Operativa	Meta- Prueba Inicio del Proyecto	2007					2.008	Realizadas
		Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	
Hospital Divina Providencia	900	33	124	79	81	73	466	856
Clínica San Lorenzo	150	0	0	49	52	10	39	150
ScS Tambillo	400	0	0	35	49	33	58	175
Total	1450	33	124	163	182	116	563	1.181

Fuente: Encuesta CAP de ITS-VIH/SIDA, San Lorenzo Tambillo (Esmeraldas). Octubre 2007
Elaborado por: OIM

Para facilitar el acceso de la población a la prueba rápida se dotó de 1450 pruebas para las poblaciones de San Lorenzo y Tambillo, siendo distribuidas de acuerdo a la capacidad resolutoria de cada unidad de salud como se describe en la tabla 40; mensualmente se incrementaba la demanda de la población a la prueba, resultado que fue posible a el planteamiento y ejecución de una campaña de información, educación y capacitación en varios niveles: organizaciones públicas y privadas, barrios, colegios (estudiantes y maestros), medios de comunicación locales.

De agosto/07 hasta finales de enero del 2008; 1.181 usuarios acudieron a realizarse la prueba de tamizaje para VIH. De estos en el periodo del 2007 se detectaron 2 casos confirmados y en lo que va del año 2008, son ya 3 casos están reactivos con tres pruebas de tamizaje y 1 doblemente reactivos. Están pendientes los resultados confirmatorios.

De agosto a diciembre 2007 la prueba fue demandada mayoritariamente por mujeres la mayoría embarazadas beneficiarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que se hicieron atender en el Hospital Divina Providencia. La población de hombres fue captada mayoritariamente durante el mes de enero, ya que, en coordinación con sectores específicos como palmicultoras y barrios, se pudo encontrar la mayor concentración de población masculina y se logró que ellos accedan a la prueba, talleres y consejería pre y post prueba.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

7



La determinación de la prevalencia de los factores de riesgo asociados con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH 1) en una población determinada, es de mucha importancia ya que nos permitirá el establecer políticas de educación y prevención que disminuyan su impacto en grupos vulnerables por sus conductas de riesgo.

El nivel de conocimiento de la infección por el VIH 1 en la población general y en los grupos vulnerables puede ser una de las herramientas que permitan disminuir su prevalencia, en las mismas poblaciones en riesgo.

Fueron estas razones, las que nos impulsaron a la realización dos estudios en el que se involucra los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en poblaciones mayores de 27 años (140) y de 14 a 26 años (352), escogidas por ser grupos que tanto a nivel mundial como nacional presentan mayor prevalencia e incidencia de la infección por VIH 1. También se incluyó en el Estudio a 27 hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 50 trabajadoras comerciales del sexo (TCS) y 30 usuarios de drogas (UD), grupos escogidos porque sus prácticas sexuales, en los dos primeros son de mayor riesgo para la infección, mientras que los UD se involucraron en el estudio para determinar el uso de drogas intravenosas, que puedan explicar otras formas, diferentes a la sexual, de transmisión del VIH 1.

El Estudio de los resultados de las pruebas determinó la prevalencia de la infección por VIH 1 en los usuarios que acudieron en busca de atención médica y con previa consejería, voluntariamente aceptaron la realización de la prueba de tamizaje, en el período comprendido entre agosto de 2007 a enero de 2008. Para esto, se encogieron tres centros de salud de alta demanda en las comunidades de San Lorenzo y Tambillo, como son: el Hospital Divina Providencia, Clínica San Lorenzo y Subcentro de Salud Tambillo. En total se tamizaron a 1.181 usuarios.

La encuesta CAP, herramienta prediseñada y validada, fue aplicada a 599 personas, de las cuales, 49,7% fueron hombres y 51,3% mujeres, de estos, el 56% son de nacionalidad ecuatoriana y el 44% colombianos. La edad promedio fue de 27,6 años. En cuanto al nivel de instrucción de la población encuestada, el 8% son analfabetos, el 30% tienen instrucción primaria, el 55% instrucción secundaria, el 6% superior y el 1% técnica. El estado civil predominante fue soltero con un 56%, esto se explica ya que fue la población joven la encuestada preferentemente. Hay que considerar que la región costa se caracteriza por un bajo porcentaje de población casada.

La percepción del nivel económico que tienen los encuestados sobre su condición, no se escapa de la realidad, ya que, los cantones de la zona norte de la provincia de Esmeraldas se encuentran entre la población con el mayor índice de pobreza. Siendo la pobreza un problema estructural del Ecuador como consecuencia de las desigualdades sociales heredadas desde la época colonial y del estancamiento económico no superado. En el Ecuador, 1 de cada 5 ciudadanos vive en condiciones que no alcanzan a cubrir sus necesidades alimenticias, el 38% de la población rural está en extrema pobreza, el índice de vulnerabilidad social alcanza el 32%, mientras que la atención en salud a la población bajó de 17 a 8 dólares en 1999¹⁵.

15 : Jarrín, Oswaldo. Nueva Sociedad. [Sitio en Internet]. Disponible en Internet: http://www.nuso.org/upload/anexos/foro_258.pdf. Accesible en Diciembre de 2007



De los 261 encuestados de nacionalidad colombiana, 159 (60,9%) se consideran población en búsqueda de protección internacional. De los cinco países vecinos de Colombia, Ecuador es el mejor preparado para atender a la población refugiada colombiana. A diferencia de Venezuela o Panamá, Ecuador cuenta, desde 1992, con una legislación en materia de refugio que se ajusta a los principios de la normativa internacional sobre refugiados. Además, Ecuador, a diferencia de otros países vecinos, ha aplicado los principios de la Declaración de Cartagena, que amplía el marco regional de protección a las víctimas de la violencia generalizada, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público. En este contexto, se trata del país vecino que más refugiados colombianos ha reconocido. Igualmente, la documentación y asistencia de la población refugiada se ha realizado con la cercana cooperación del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)¹⁶.

En cuanto a la percepción de conocimiento sobre el VIH/Sida en la población estudiada, el 69% dice tener poco o ningún conocimiento, mientras que apenas el 31% refiere tener conocimiento de la infección por VIH, esto indica que el riesgo de infección en la población que desconoce sobre VIH, es mayor. Este dato de conocimiento contrasta con lo reportado con el estudio ENDEMAIN 2004, según el cual el 65% o más de la población de la provincia de Esmeraldas tienen conocimiento del VIH, sin especificar el grado o nivel del mismo.

El 64,7% de los encuestados reconocen el ABC (por sus siglas en inglés), de la protección contra la infección por VIH. El 64,9% de los encuestados, reconoce la abstinencia (A) como medida protectora, la fidelidad (B) en

el 72,9% y el uso del condón (C) en el 56,5%. Sin embargo, a pesar del nivel adecuado de conocimiento se ha evidenciado que los grupos encuestados, mantienen comportamientos y prácticas de riesgo para ITS y VIH.

De la población encuestada, el 84,4% reconoce como riesgo de infección por VIH la transmisión materno-fetal. De los datos obtenidos en el Estudio de Prevalencia, el 1,8% de las 220 mujeres embarazadas que se tamizaron en el Hospital de la Providencia resultaron positivas; este dato es seis veces mayor a lo reportado en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito en el 2006, que fue del 0,33%. Se conoce también, que el número de controles prenatales apenas llega a tres controles por embarazo. De confirmarse este dato en otros estudios de prevalencia, en mujeres embarazadas de la ciudad de San Lorenzo y Tambillo, indicaría que la epidemia del VIH es de tipo generalizado en este grupo en particular, por lo cual, se hace urgente la toma de medidas para evitar la propagación de esta pandemia.

Es conocido por todos que la epidemia del VIH/Sida afecta principalmente a poblaciones económicamente activas comprendidas entre los 15 y 49 años de edad, esto

16 : Centro de Documentación de Derechos Humanos. Refugiados Colombianos en Ecuador (III). [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.lainsignia.org/2005/marzo/soc_003.htm. Accesible en: Noviembre 2007

es verdad a nivel mundial, nacional y por lo que vemos, no es ajeno a lo encontrado en el Estudio de Prevalencia de VIH en la población de San Lorenzo y Tambillo. Entre quienes se realizó las entrevistas CAP, 2 de 226 personas que reportaron haber sido reactivos en pruebas de tamizaje realizadas anteriormente al estudio, pertenecen al grupo de 14 a 26 años (0,8% de prevalencia). De igual manera, 5 de 1.181 usuarios positivos para VIH en el estudio de prevalencia, el 100% de ellos pertenecen a este grupo etareo (0,5% de prevalencia).

Otro dato importante de recalcar es la “feminización” de la epidemia, 4 de los cinco resultados positivos para VIH son mujeres. Este hecho esta concordante con datos mundiales y nacionales, ya que la relación hombre-mujer en inicios de la epidemia era de 8 casos de hombres por 1 mujer; en el 2006 fue de 1,7 hombres por cada mujer.

Estos dos hechos anteriores pueden tener algunas explicaciones como son: en este grupo de edad la percepción de riesgo de infección por VIH 1, al mantener conductas sexuales de riesgo es muy baja, el 85,5% consideran que tienen muy baja o ninguna posibilidad de adquirir VIH 1, esta baja percepción de riesgo se ve reflejado además por la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), 7,1%, de ellos presentaron diferentes tipos de ITS, especialmente gonorrea. A esto debemos sumar el uso inconsistente de protección, el 82% de los mismos no utilizaron protección en su primera relación sexual y el 56% no lo utilizaron en su última relación sexual.

Esta baja percepción de riesgo por una personalidad en estructuración y “pensamiento mágico” (“a mi no me sucede nada”), les lleva a la búsqueda de placer, especialmente de tipo afectivo; sin medir los riesgos, esto da como resultado el uso inconsistente de protección y por tanto la presencia ITS, entre ellas VIH.

Por otro lado, la cultura machista de nuestro medio, en la cual la mujer no puede negociar el uso del preservativo con su pareja estable, 27% los encuestados utilizaron protección; y la falsa o errada confianza en su pareja, 79,2% de las parejas no utilizaron protección porque confían en su pareja o no consideran necesario su uso, esto hace que las mujeres incrementen su riesgo para infectarse por el VIH 1. Esto nos permite explicar la “feminización” de la epidemia y el hecho de que las amas de casa son el segundo grupo en riesgo en los estudios epidemiológicos de país.

El inicio temprano de las relaciones sexuales, en el grupo de 14 a 26 años la media es de 9,7 años y en el grupo de mayores de 27 años la media es de 15 años, permite una exposición más temprana y prologada a la infección de VIH y el 37,3% tienen dos o más parejas sexuales en un año. Aunque de forma general, en América Latina y

el Caribe la edad de la primera relación sexual es significativamente más baja para los hombres que para las mujeres. Un estudio de jóvenes en 11 países, encontró que la edad promedio de la primera relación sexual para los varones varía de 12.7 años en Jamaica a 16.0 años en Chile; para las mujeres, varía de 15.6 años en Jamaica a 17.9 años en Chile. En el Caribe, casi dos tercios de los adolescentes no han tenido relaciones sexuales. Del tercio de adolescentes con experiencia sexual, alrededor de la mitad reportó que su primera relación fue forzada. Más de la mitad de los varones sexualmente activos y alrededor de un cuarto de las mujeres adolescentes sexualmente activas reportaron ser menores de 10 años al momento de su primera experiencia sexual¹⁷.

Esto nos permitirá ya delinear algunas propuestas de trabajo como son el inicio de programas de educación sexual orientada a la prevención de la infección por VIH 1 en la escuela primaria, reforzar el uso consistente y adecuado de preservativo, tomando en cuenta que este solo logra disminuir, más no evitar el riesgo de infección; retardar el inicio de las relaciones sexuales, así como la fidelidad mutua de la pareja. Actividades similares a las aquí planteadas en programas de prevención desarrollados en Uganda, dieron como resultado la reducción significativa de la prevalencia e incidencia de la infección por VIH.



17 : Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssaludsexual.pdf>. Accesible en: Diciembre/2007



En los meses previo al estudio en el grupo de mayores de 27 años, el 34,2% tuvieron relaciones sexuales con parejas casuales y/o TCS, el 68,75% que tuvieron relaciones con TCS no utilizó protección, sumado a esto la baja percepción de riesgo de contraer la infección por VIH, 91,6%, considera tener poca o ninguna posibilidad; pone a este grupo en riesgo de infección por VIH, debiendo enfocar el trabajo de educación y prevención en los mismos puntos ya mencionados anteriormente. En este grupo las ITS, excepto de VIH, se presentaron en el 5,7%, siendo la gonorrea la de mayor frecuencia.

El uso de preservativo en el grupo de mayores de 27 años, fue una decisión compartida en el 60,87% de los casos, sin embargo, se desconoce cuales fueron los motivos de su uso, si fue con fines de planificación familiar o con fines de prevención de transmisión de ITS, ya que un dato tan alto de acuerdo mutuo con fines de prevención de ITS no esta acorde con lo que se reporta en la literatura y con el contexto social para países de Latinoamérica.

En el análisis de las conductas de riesgo de los HSH, se ha de tomar en cuenta que el 88,8% de ellos declaran que su orientación sexual es homosexual. En este grupo el 44,4% de los encuestados declaran tener muchas posibilidades de riesgo de infección por VIH y esto justifica que el 70% de ellos se hayan realizado alguna vez pruebas para la detección de VIH.

Sin embargo, el 55,5% de los que mantuvieron relaciones sexuales orales y el 77,7% de los que mantuvieron relaciones sexuales anales, utilizaron protección en su

última relación sexual con pareja masculina, lo que hace suponer que la percepción de riesgo de contagio por vía oral es mínima y esto les hace sentir seguridad y no utilizar preservativo.

La prevalencia de infección por VIH en HSH en el país fluctúa entre el 4 y el 23,4%, este dato epidemiológico añadido a la elevada frecuencia de alteraciones en la cavidad oral que presentan los pacientes infectados con VIH además de la mala calidad de higiene bucal en el país es otro dato a tomar en cuenta dentro de los factores que incrementan el riesgo luego de una relación sexual oral.

El 44,4% de los HSH, presentan ITS, lo que contrasta con la frecuencia del uso de preservativo en las relaciones anales, esto puede darse ya sea por la mala calidad del preservativo o por su uso inadecuado.

En cuanto a las trabajadoras comerciales del sexo (TCS), la prevalencia de la infección por VIH es del 0,5 al 1,7%. En 1991 la prevalencia de seropositividad en las TCS en Esmeraldas fue del 1,04%, este dato es duplicado en relación al reportado en Quito en el mismo año que fue del 0,5%.

La percepción de riesgo de infección por VIH en el grupo de TCS es elevada, ya que el 78% de las encuestadas considera que tienen algunas o muchas posibilidades de contagio, esto se ve reforzado por el hecho de que el 88% de las TCS utilizaron protección durante su última relación sexual con clientes, siendo ellas, en el 68% las que decidieron el uso de condón.

Sin embargo, solo el 38% de ellas utilizaron siempre preservativo con la pareja ocasional, y el 48,9% lo utilizaron siempre con su pareja estable. El 16% de ellas presentaron algún momento ITS, siendo las más frecuentes sífilis y clamidia. Lo que nos hace pensar que la fuente principal de infección de estas ITS son las parejas ocasionales y/o su pareja estable con quienes tienen una menor frecuencia del uso del preservativo.

Es importante recordar que las ITS y principalmente las ulcerativas, como es el caso de la sífilis; incrementan el riesgo de adquirir VIH por vía sexual genital. La sífilis fue diagnosticada en el 37,5% de las TCS con ITS, lo que refuerza el hecho de que la infección por *Treponema pallidum*, ha incrementado en la última década y acompaña con frecuencia la infección por VIH al compartir vías de transmisión.

En los usuarios de drogas el 80% de ellos, consideran tener alguna o muchas posibilidades de riesgo de contraer el VIH; sin embargo, es de recordar que ninguno de los encuestados utilizan drogas intravenosas, por lo cual esta percepción esta más bien relacionada con sus conductas sexuales, de hecho el 66,6% de ellos presentan ITS, siendo la gonorrea en el 70% la más frecuente.

La percepción de riesgo no se relaciona con el uso de protección en sus relaciones sexuales, reflejado por la elevada prevalencia de ITS en este grupo y el 73,3% acuden a TCS.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

8

La aplicación de la encuesta CAP para determinar los factores determinantes de ITS – VIH/Sida, puso de manifiesto conductas de la población que incrementan el riesgo de contraer VIH. Básicamente los factores observados en la población de San Lorenzo y Tambillo tienen que ver con comportamientos inadecuados en el manejo de su sexualidad:

- Varias parejas sexuales: de la población mayor de 27 años 65 (46%) tiene varias parejas sexuales (estable, comercial y ocasional)
- No uso del preservativo: solo utilizó el preservativo el 23,8% de los encuestados mayores de 27 años que tuvieron relaciones sexuales en los últimos seis meses.
- Antecedentes de ITS: el 12% de los encuestados han sido diagnosticados con una o más ITS.
- Edad temprana del inicio de la vida sexual: el promedio de inicio de actividad sexual en esta zona es de 10 años.
- Población víctima de abuso sexual: un 7% de la población ha sido víctima de abuso sexual, siendo los más afectados HSH, TCS y UD, sin olvidar que también los mayores de 27 años y jóvenes presentan un porcentaje considerable. HSH y TCS son los grupos con el mayor porcentaje abuso sexual.
- En lo que respecta a los UD, el Estudio determinó que estos usuarios no son consumidores de drogas intravenosas, que es la situación que aumenta la vulnerabilidad de adquirir el VIH al compartir agujas infectadas. Sin embargo, otros factores que incrementa la vulnerabilidad en el grupo de UD están directamente relacionados por sus bajos niveles económicos y de escolaridad.
- La prevalencia de VIH de los encuestados es más alta en jóvenes. El 2% de los jóvenes presentaron resultado positivo de la población que acudió voluntariamente a realizarse la prueba en las unidades de Salud que intervinieron en el Proyecto. La prevalencia es de 0,51/1.181; de éstos 6 de los casos fueron reportados en el Hospital Divina Providencia siendo; siendo el grupo más afectado el de mujeres embarazadas.



GLOSARIO

SIGLAS	DEFINICIÓN
ACNUR.	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados
CAP.	Conocimientos Actitudes y Prácticas
CRE.	Cruz Roja Ecuatoriana
DPSE.	Dirección Provincial de Salud de Esmeraldas
FUPAD.	Fundación Panamericana de Desarrollo
FSC.	Fundación de Salud Cordero
HIAS.	Hebrew Immigrant AID Society
HSH.	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IEC.	Información Educación y Capacitación
INH.	Instituto Nacional de Higiene
ITS.	Infecciones de Transmisión Sexual
MSP.	Ministerio de Salud Pública
OIM.	Organización Internacional para las Migraciones
ONUSIDA.	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PCBPI.	Población Colombiana en Búsqueda de Protección Internacional.
PEA.	Población Económicamente Activa
PNS.	Programa Nacional del VIH/Sida
PRM.	Buró de Población Refugiados y Migración
PVVS.	Personas Viviendo con VIH/Sida
SCS.	Subcentro de Salud
SIDA.	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR.	Servicio en Salud Sexual y Reproductiva
TCS.	Trabajadoras Comerciales del Sexo
TV.	Transmisión Vertical
UD	Usuarios de Drogas
UNGASS. (Siglas en Ingles)	Asamblea General de las Naciones Unidas
VIH.	Virus de Inmunodeficiencia Humana

