



INDICE DE ESTIGMA Y
DISCRIMINACIÓN HACIA
LAS MUJERES TRANS
FEMENINAS, EN LOS
SERVICIOS DE SALUD DE 9
CIUDADES DEL ECUADOR

INFORME

PREPARADO POR

KIMIRINA

María Elena Acosta R.

Lupe Orozco R.

Ernesto Pinto R.

Orlando Montoya H.

Jimmy Medina

Amira Herdoiza R.

CEPVVS

Fausto Vargas

José Luis Nieto

INDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN HACIA LAS MUJERES TRANS FEMENINAS, EN LOS
SERVICIOS DE SALUD DE 9 CIUDADES DEL ECUADOR

INFORME



José Bosmediano Quito – Ecuador

Teléfono: 2449585

Kimirina@kimirina.org

www.Kimirin.org

CONTENIDO

CONTEXTO	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	4
OBJETIVOS	5
<i>General</i>	5
<i>Específicos</i> :	6
COMPONENTE CUANTITATIVO.....	7
METODOLOGÍA	9
<i>Muestra</i>	9
<i>Muestra</i>	13
<i>Distribución de la muestra</i>	13
<i>Instrumentos de recolección de datos</i>	14
<i>Recolección de datos</i>	14
<i>Selección de los participantes</i>	14
<i>Proceso de reclutamiento de los participantes</i>	15
<i>Administración del cuestionario de la encuesta</i>	15
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	16
RESULTADOS.....	16
<i>Rendimiento de la muestra</i>	16
CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS	17
<i>experiencias de estigma y discriminación en unidades de salud</i>	23
<i>Estigma y discriminación en unidades de salud</i>	25
<i>Servicios de Emergencia</i>	28
<i>Servicios de Consulta Externa</i>	29
<i>Servicios de Consulta Hospitalización</i>	31
<i>Prueba de VIH</i>	34
<i>Denuncia de los actos de Estigma y discriminación en Salud</i>	37
Componente Cualitativo	40
METODOLOGÍA	42
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	43
Resultados – MTF.....	44
<i>Las participantes</i>	44
<i>Estigma y discriminación en los servicios de salud</i>	48
<i>Estigma y discriminación relacionado con la prueba de VIH</i>	50
<i>Redes de apoyo</i>	51
<i>Recomendaciones finales</i>	52
ANEXOS	53

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de encuestados por ciudad. Ecuador, 2018.....	17
Tabla 2. Distribución de las MTF por país de Nacimiento. Ecuador, 2018.....	17
Tabla 3. Distribución de las MTF por tiempo de Residencia en la ciudad. Ecuador, 2018.....	17
Tabla 4. Distribución de las MTF por nivel de estudios. Ecuador, 2018	19
Tabla 5. Distribución de las MTF por ocupación.....	19
Tabla 6. Distribución de las MTF por recursos económicos. Ecuador, 2018.....	20
Tabla 7. Distribución de las MTF por identificación de etnia. Ecuador, 2018.....	20
Tabla 8. Distribución de las participantes por estado civil. Ecuador, 2018.....	21
Tabla 9. Distribución de las MTF por su autoidentificación de género. Ecuador, 2018.....	21
Tabla 10. Orientación Sexual. Ecuador, 2018.....	22
Tabla 11. Conocimiento de la Orientación Sexual. (respuesta múltiple). Ecuador, 2018	22
Tabla 12. Formas de discriminación o rechazo por su orientación sexual, su identidad de género y/o comportamiento sexual. Ecuador, 2018.....	24
Tabla 13. Distribución de las razones por las que se oculta la orientación sexual, identidad de género y/o su comportamiento sexual. Ecuador, 2018.....	25
Tabla 14. Distribución del Tipo de Maltrato recibido en la unidad de salud. Ecuador, 2018	25
Tabla 15. Distribución de las MTF que solicitaron ayuda a los servicios de salud. Ecuador, 2018.	26
Tabla 16. Distribución de motivos por los que no solicitaron a los servicios de salud. Ecuador, 2018.....	26
Tabla 17. Distribución de los servicios de salud, al que acudieron por ayuda. Ecuador, 2018	27
Tabla 18. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio por tipo de personal en los servicios de emergencia Ecuador, 2018	28
Tabla 19. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio frecuencia de las mismas, en los servicios de emergencia Ecuador, 2018.....	29
Tabla 20. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio por tipo de personal en los servicios de consulta externa Ecuador, 2018	30
Tabla 21. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio según frecuencia de las mismas, en los servicios de consulta externa. Ecuador 2018	31
Tabla 22. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio por tipo de personal en los servicios de consulta externa Ecuador, 2018.....	32
Tabla 23. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio según frecuencias de las mismas, en los servicios de hospitalización Ecuador 2018.....	33
Tabla 24. Distribución participantes por el tiempo en que se realizaron la prueba de VIH. Ecuador 2018.....	34
Tabla 25. Distribución de la pertenencia de las unidades en donde se realizaron la prueba de VIH. Ecuador 2018	34
Tabla 26. Distribución de las razones por las cuales se realizaron la prueba de VIH. Ecuador 2018.....	35
Tabla 27. Distribución de las MTF por la decisión de realizarse la prueba de VIH por primera vez. Ecuador 2018.....	36
Tabla 28. Distribución de las MTF de acuerdo a la recepción de consejería antes y después de la prueba. Ecuador 2018	36
Tabla 29. Distribución de las MTF según la calificación a la manera que le dieron los resultados. Ecuador, 2018.....	37
Tabla 30. Distribución de las MTF según los resultados de la prueba de VIH. Ecuador, 2018	37
Tabla 31. Distribución del lugar en donde hicieron la denuncia (respuesta múltiple) Ecuador, 2018.....	38
Tabla 32. Distribución de los motivos por lo que no hicieron la denuncia Ecuador, 2018.....	38

CONTEXTO

ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

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

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

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

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

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/Sida constituyen un “proceso de desvalorización” de las personas afectadas por el VIH/Sida y está relacionada fundamentalmente con las formas de transmisión como son las relaciones sexuales y el consumo de drogas intravenosas. (10)

Según afirma ONUSIDA en su informe "Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond", una de cada 5 personas seropositivas, tienden a ocultarse y a solicitar asistencia sanitaria más tarde por temor a ser estigmatizada o discriminada a causa del VIH, en los servicios de Salud. Las PVVs, que perciben altos niveles de estigma relacionado con el VIH, tiene 2.4 veces más probabilidades de retrasar la atención hasta que estar enfermos. (12)

El informe de ONUSIDA subraya que estos temores no son infundados, una de cada cuatro personas seropositivas ha sido discriminada en entornos sanitarios y una de cada tres mujeres que viven con el VIH ha sufrido al menos un tipo de discriminación en contextos sanitarios con respecto a su salud sexual y reproductiva. (12)

El estigma y discriminación afecta también a las poblaciones clave, como son las Trabadoras Sexuales (MTS), Hombres que tiene Sexo con Hombres y Transexuales, determina también que las poblaciones clave enfrentan barreras considerables para el acceso a los servicios de salud, empezando con el uso frecuente de términos peyorativos, deshumanizantes y que refuerzan los estereotipos y finalizando en la actitudes hetero normativas impuestas por profesionales de la salud. (8) (13) (14)

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

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

OBJETIVOS

GENERAL

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

ESPECÍFICOS:

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

COMPONENTE CUANTITATIVO

METODOLOGÍA

MUESTRA

Para la selección de las muestras a ser estudiadas, se utilizará un muestreo multi-etapas: En la primera etapa del muestreo se seleccionó las provincias, buscando una representación nacional. Para el efecto se utilizó los siguientes criterios y procedimiento:

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

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

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

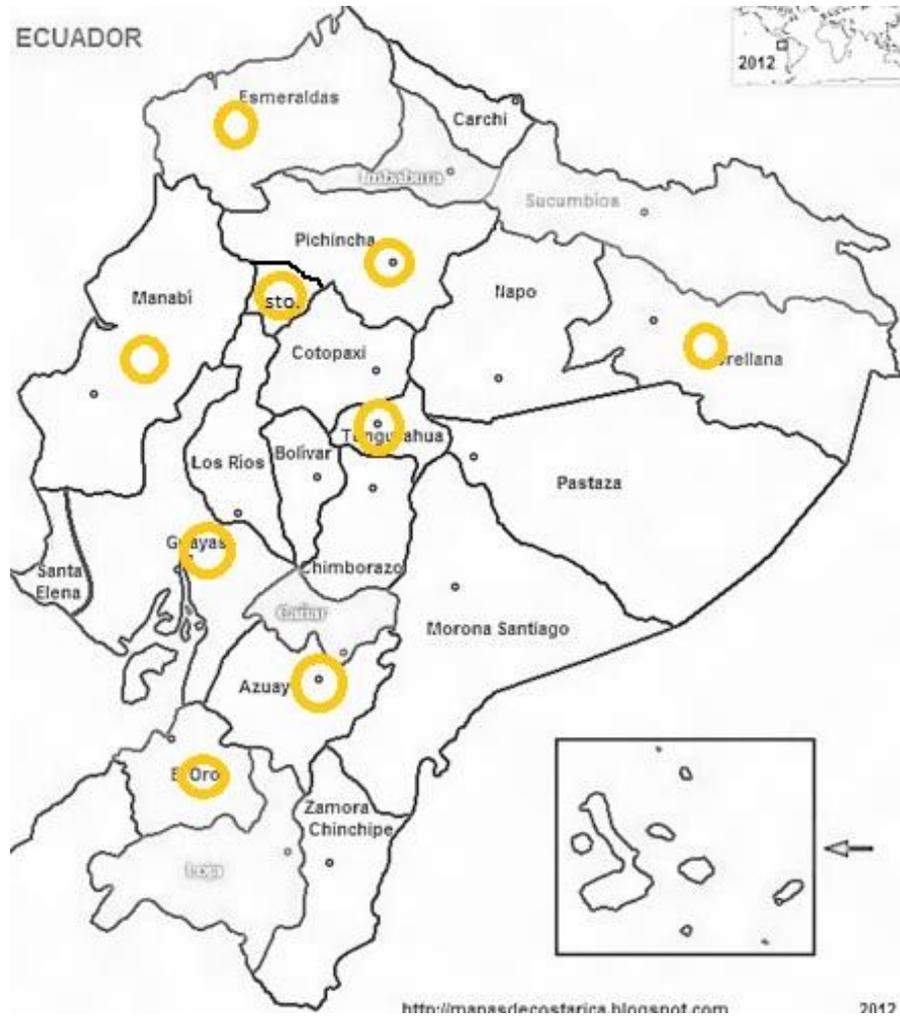
- Manabí es una provincia culturalmente diferente a las otras provincias de la Costa. Además fue la provincia más afectada por el terremoto del 2016
- Esmeraldas es la provincia con mayor proporción de población afro-ecuatoriana (40%), culturalmente diferente a las otras provincias de la Costa
- Sto.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

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

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

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

Ilustración 1. Ciudades seleccionadas



Selección de provincias según criterio. . Ecuador 2018

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

Muestra

Tamaño de la muestra

Una vez seleccionadas las provincias y cantones a ser estudiados, se calculó el tamaño de la muestra utilizando la siguiente fórmula:

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

En donde

- n = Tamaño de la muestra
- N = tamaño de la población MTF del cantón pre seleccionado. En los cantones en los cuales no se realizó la estimación de manera directa, se asignó el valor del promedio nacional = 8990
- z = nivel de confianza, = 1.96
- p = porcentaje de la población que ha experimentado estigma en el último año = 50%
- q = proporción de la población que no ha experimentado estigma en el último año = 50%
- e = Error máximo admisible en términos de proporción= 5%

El resultado de la aplicación de la formula fue de 369, cifra a la que se incrementó un 10% de no respuesta, dando un total de 406 MTF a ser encuestadas.

Distribución de la muestra

Este número fue distribuido, proporcionalmente para cada cabecera cantonal seleccionada. El número de encuestas a realizar en cada cantón (zona urbana) se presenta en la tabla No. 1,

En cada uno de las ciudades las encuestas se distribuirán en sectores del norte, centro y sur, seleccionándoles al azar utilizando para el efecto los mapas generados en el estudio MAPLE-2015.

***Distribución de la muestra por ciudades pre seleccionadas.
Ecuador 2018.***

CIUDAD.	NÚMERO DE MTF
Cuenca	35
Quito	75
Santo Domingo de los Colorados	28
Ambato	16
Machala	19
Esmeraldas	11
Guayaquil	197
Portoviejo	20
Francisco de Orellana (El Coca)	5
TOTAL	406

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se elaboró un cuestionario (Anexo 2) que incluyó preguntas relacionadas con:

- Aspectos demográficos
- Homofobia internalizada, para lo cual se utilizó una escala elaborada y validada por Carlos Alejandro Pineda Roa y publicada en su artículo "Propiedades psicométricas de una prueba de homonegatividad internalizada en varones homosexuales y bisexuales colombianos" (Psicología desde el Caribe Vol. 33, n.º 1, enero-abril 2016).
- Discriminación en los servicios de salud
- Discriminación relacionada con las pruebas de VIH

RECOLECCIÓN DE DATOS

Selección de los participantes

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

- Criterios de inclusión
 - Ser mayor de 18 años.
 - Ser homosexual, bisexual o trans femenina.
 - Aceptar voluntariamente participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión
 - Tener una discapacidad o trastornos que limiten su comprensión o comunicación.
 - Estar bajo los efectos del alcohol o drogas.

Proceso de reclutamiento de los participantes

Como no es factible obtener una muestra probabilística de la población clave objeto de estudio, se conformará la muestra con individuos que estén localizables en el momento de la encuesta, en el sector asignado.

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

Administración del cuestionario de la encuesta

Una vez identificado el participante se explicó el objetivo de la encuesta; la confidencialidad de la información; los aspectos positivos y negativos de su participación; y, el tiempo que tomara la aplicación del formulario. Los participantes firmaron el consentimiento informado correspondiente y a través de él conocieron su derecho a participar o no, contestar o no contestar a cualquiera de las preguntas y el interrumpir su participación en el momento que lo deseó. Una vez obtenido el consentimiento informado, se procederá a aplicar el cuestionario.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio consideró los principios éticos básicos, es decir: el respeto a la autonomía de las personas y la búsqueda del bien.

Respecto a la autonomía en este estudio, se garantizó que la participación de las personas fuera voluntaria y sin ningún tipo de presión, por lo cual cada una fue informada de los objetivos; su derecho a aceptar o negarse a participar o a retirarse en momento en que lo considere pertinente; y, las características y origen del financiamiento de esta investigación. Además esta investigación no ha intentado recabar información que involucre la privacidad de los entrevistados(as).

Esta investigación contará con un comité asesor con la participación de representantes de las poblaciones objetivo es decir HSH/MTF, PVVs y personal de salud. Adicionalmente contará con el apoyo de líderes comunitarios para posicionar el tema en sus respectivas sociedades y servirán de intermediarios para identificar a las personas que actuaran como encuestadores

Sobre la búsqueda del bien común, se pretende que los resultados de este estudio sirvan para mejorar el acceso y calidad de servicios de salud por parte de las poblaciones clave.

Las encuestas fueron anónimas, con el fin de proteger a los participantes de potenciales retaliaciones.

Los participantes firmaron un formulario de consentimiento informado (Anexo 3)

RESULTADOS

RENDIMIENTO DE LA MUESTRA

Se realizaron 396 de las 406 encuestas programadas, es decir el 95.07%, cinco de las nueve ciudades cumplieron entre el 98% al 100%, Cuenca, y Ambato y El Coca cumplieron porcentajes inferiores (62,86%, 68,75% y 80,00% respectivamente. *Tabla 1*

Tabla 1. Distribución de encuestados por ciudad. Ecuador, 2018.

Ciudad	Programado		Ejecutado		% Ejecutado
	N	%	n	%	
Cuenca	35	8,62	22	5,70	62,9
Quito	75	18,47	75	19,40	100,
Santo Domingo de los Tsachilas	28	6,90	28	7,30	100
Ambato	16	3,94	11	2,80	69
Machala	19	4,68	19	4,90	100
Esmeraldas	11	2,71	11	2,80	100
Guayaquil	197	48,52	195	50,50	99
Portoviejo	20	4,93	21	5,40	105
Francisco de Orellana (El Coca)	5	1,23	4	1,00	80
TOTAL	406	100,00	386	100,00	95

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS

De las 386 entrevistadas, el 95.3% nacieron en el país, en porcentajes mucho menores son provenientes de otros países como Colombia, Venezuela y Estados Unidos. *¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..* Distribución de las MTF por país de Nacimiento. Ecuador, 2018

País	Nº	%
Ecuador	368	95,3
Colombia	11	2,8
Venezuela	5	1,3
USA	1	0,3
Otro	1	0,3
Total	386	100,0

En relación al tiempo que las MTF viven en la ciudad o cantón de nacimiento, el 75.3% lo han hecho toda la vida, el 20.3% entre uno y 20 años, únicamente 1 MTF tiene menos de un año de residencia. *Tabla 2*

Tabla 2. Distribución de las MTF por tiempo de Residencia en la ciudad. Ecuador, 2018

Tiempo de residencia	Nº	%
> 1 de un año	1	0,3
1 - 10 años	48	13,0
11 – 20 años	27	7,3
21 - 30 años	9	2,4
31 - 40 años	3	0,8
41 - 50 años	2	0,5
55 años	1	0,3
Toda la vida	278	75,3
Total	369	100.0

Como lo demuestra el siguiente cuadro, el 67,1% de las MTF entrevistadas han terminado la secundaria, un 15,3% declara tener un nivel superior y un 11,7% ha terminado la primaria, el 5,4 % no responden. *Tabla 3*

**Tabla 3. Distribución de las MTF por nivel de estudios.
Ecuador, 2018**

Nivel	Nº	%
No responden	21	5,4
Primaria	45	11,7
Secundaria	259	67,1
Superior	59	15,3
Otra	2	0,5
Total	386	100,0

En relación a la ocupación de las MTF, el porcentaje mayor corresponde a las que se dedican al trabajo sexual 37,6%, seguido por las que se dedican a la artesanía 28,2%, un 10,6% tienen un trabajo a tiempo completo. *Tabla 4*

**Tabla 4. Distribución de las MTF por ocupación.
Ecuador, 2018**

Ocupación	n	%
Estudiante	8	2,1
Empleado a tiempo completo	41	10,6
Empleado a tiempo parcial	15	3,9
Comerciante	19	4,9
Artesano	109	28,2
Trabajador independiente	30	7,8
Profesional independiente	2	0,5
Profesional –relación de dependencia	1	0,3
Trabajo sexual	145	37,6
Pensionado, jubilado o rentista	1	0,3
Actividades del hogar	3	0,8
Desocupado	2	0,5
Otro	5	1,3
Estudiante y otras actividades	5	1,3
Total	386	100,0

Al analizar como los recursos económicos le alcanzan al final del mes, el 81.3% afirma si le alcanzan, de los cuales el 48.7% con las justas y el 32,5% con holgura, mientras que al 10,9% no le alcanza y el 7,3% de las MTF llegan con deudas. *Tabla 5*

***Tabla 5. Distribución de las MTF por recursos económicos.
Ecuador, 2018***

Recursos económicos	Nº	%
Le alcanza con holgura	126	32,6
Le alcanza con las justas	188	48,7
No le alcanza	42	10,9
Llega al fin de mes con deudas	28	7,3
Otra	2	0,5
Total	386	100,0

El 71,8% se identifica como Mestizo, seguido por blanco 15,5%, Afro/negro 7,8% y un 2,1 % como indígena. *Tabla 6*

***Tabla 6. Distribución de las MTF por identificación de etnia.
Ecuador, 2018***

Identificación	Nº	%
Afro/negro	30	7,8
Mestizo	277	71,8
Blanco	60	15,5
Indígena	8	2,1
Otro	11	2,8
Total	386	100,0

Al analizar el estado civil de las entrevistadas se observa que el 78,5% manifiestan ser soltero, el 17,1% mantiene una unión libre con un hombre, las otras opciones planteadas tienen porcentajes muy inferiores a los mencionados. *Tabla 7*

Tabla 7. Distribución de las participantes por estado civil. Ecuador, 2018

Estado Civil	Nº	%
Soltero	303	78,5
Unión Libre con persona Trans	4	1,0
Casado con Mujer	7	1,8
Unión libre con Mujer	1	0,3
Unión libre con Hombre	66	17,1
Separado/Divorciado	4	1,0
Viudo	1	0,3
Total	386	100,0

En la siguiente tabla se observa que el 92,5% de las entrevistadas se auto identifican como Trans, mientras que el 5,2% como masculino y únicamente el 2,3% como de género femenino. *Tabla 8*

Tabla 8. Distribución de las MTF por su autoidentificación de género. Ecuador, 2018

Género	Nº	%
Masculino	20	5,2
Femenino	9	2,3
Trans	357	92,5
Total	386	100,0

A cerca de la orientación sexual, casi la totalidad de las entrevistadas se identifican como homosexuales 97,7% y únicamente el 2,3 % como se identifica como bisexual. *Tabla 9*

Tabla 9. Orientación Sexual. Ecuador, 2018

Orientación sexual	Nº	%
Homosexual	377	97,7
Bisexual	9	2,3
Total	386	100,0

En relación a que a más de la pareja masculina, gay, bisexual o trans, las entrevistadas afirman que conocen de la orientación sexual y en particular del comportamiento sexual con trans y/o gais/bisexual, el 93,0% de las MTF manifiestan que la familia, el 94% los amigos, el 81,1% los vecinos, el 58,0% en el trabajo con un porcentaje bastante inferior en la institución educativa 29,7%. *Tabla 10*

Tabla 10. Conocimiento de la Orientación Sexual. (respuesta multiple). Ecuador, 2018

Personas	N	%
Familia	359	93,0
Amigos	363	94,0
Pareja Mujer	5	1,3
Vecinos	313	81,1
Escuela/colegio	80	20,7
Trabajo	224	58,0
Otros	12	3,1

TRANSFOBIA/HOMOFOBIA INTERNALIZADA

EL porcentaje de entrevistados que respondieron de manera que evidencia auto homofobia varía entre 8 y 34. En este grupo poblacional, el porcentajes más altos se observan en las preguntas “Las personas trans rompen la división natural entre los sexos” y “La mayoría de los homosexuales acaban solos y aislados. *¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.*

Tabla 11. Transfobia internalizada Sexual. Ecuador, 2018

Afirmación	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
La homosexualidad es una desviación	2,1%	6,3%	7,7%	45,5%	38,4%	100,0%
La mayoría de los homosexuales acaban solos y aislados	5,6%	22,0%	11,1%	34,9%	26,5%	100,0%
La homosexualidad es una expresión normal de la sexualidad	41,8%	36,5%	8,7%	6,3%	6,6%	100,0%
No me molestaría tener hijos o hijas que fueran homosexuales o lesbianas	50,0%	25,4%	5,3%	6,9%	12,4%	100,0%
El sexo con una persona trans no es natural	7,4%	8,5%	13,2%	31,5%	39,4%	100,0%
Las personas trans rompen la división natural entre los sexos	14,0%	20,1%	12,2%	25,9%	27,8%	100,0%
Desearía ser heterosexual	4,2%	2,4%	5,0%	25,7%	62,7%	100,0%
Si fuera posible, aceptaría la oportunidad de ser completamente heterosexual	3,4%	3,7%	6,1%	24,3%	62,4%	100,0%
Me gustaría que me atrajeran sexualmente solo las mujeres	2,4%	3,4%	2,9%	19,3%	72,0%	100,0%
Si existiera una pastilla que cambiara mi orientación sexual me la tomaría	4,5%	2,9%	4,0%	18,3%	70,4%	100,0%
Si fuera heterosexual probablemente sería más feliz	6,3%	5,8%	4,5%	19,8%	63,5%	100,0%

EXPERIENCIAS DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN UNIDADES DE SALUD

Al preguntar a las entrevistadas si, en los últimos 12 meses, han recibido demostraciones de desprecio, rechazo o le han ofendido por su orientación sexual, su identidad de género y/o comportamiento sexual el 44.6% lo afirman mientras que el 55.4% no lo han recibido.

De la siguiente tabla se desprende que en todas las formas de discriminación los porcentajes más altos son que nunca, pero si se toma en consideración los que sí han percibido discriminación una y más de veces, en orden de importancia son: ha sido excluido/a de reuniones o actividades sociales 61,0%, con porcentajes alrededor del 50%: ha sido excluido/a de actividades familiares y le negaron comprar o arrendar una vivienda; entre el 40% y 50%: ha sido excluido de actividades laborales, le negaron atención en alguna tienda o restaurante, le han solicitado la prueba de VIH únicamente por su orientación sexual, identidad de género y/o su comportamiento sexual, el resto de formas se ubican en porcentajes menores al 40%. *Tabla 12*

Tabla 12. Formas de discriminación o rechazo por su orientación sexual, su identidad de género y/o comportamiento sexual. Ecuador, 2018

Variable	Nunca	Una sola vez	2-3 veces	4 y 5 veces	6 y más veces	Total
Ha sido excluido/a de reuniones sociales	39,0	40,7	14,5	3,5	2,3	100
Ha sido excluido/a de actividades familiares	48,3	29,7	16,3	2,9	2,9	100
Ha sido excluido de actividades laborales	55,2	26,7	13,4	0,6	4,1	100
Le han solicitado la renuncia o lo han despedido	74,4	17,4	5,8	1,7	0,6	100
Le negaron un ascenso laboral	75,6	14,5	7,6	1,2	1,2	100
Le negaron comprar o arrendar una vivienda	49,4	21,5	15,7	4,9	8,0	100
Le negaron atención en alguna tienda o restaurante	51,2	25,0	10,5	7,0	6,4	100
Le han solicitado la prueba de VIH únicamente por su orientación sexual	52,3	19,8	16,9	7,6	3,5	100
Le han negado su ingreso o inscripción a alguna institución laboral	69,2	16,3	9,9	3,5	1,2	100
Le han negado su ingreso o inscripción a alguna institución educativa	84,3	12,8	0,0	1,7	1,2	100
Le han negado participar en servicios religiosos o espirituales	81,4	10,5	5,2	0,0	2,9	100
Le han negado participar en actividades de diversión o recreación	79,1	8,1	3,5	2,9	6,4	100

Estigma y discriminación en unidades de salud

Las mayor parte 93,3% de las MTF entrevistadas consideran no es necesario ocultar su orientación sexual, identidad de género y/o su comportamiento sexual que cuando reciben servicios de salud.

De las que consideran que es necesario, el temor a ser discriminado es la razón fundamental de ocultarlo 69,2%. *Tabla 13*

Tabla 13. Distribución de las razones por las que se oculta la orientación sexual, identidad de género y/o su comportamiento sexual. Ecuador, 2018

Motivos	Nº	%
Por temor a ser discriminado	18	69,2
No quiero que se entere mi familia que soy homosexual /bisexual o Trans	1	3,8
No quiero que se enteren de que tengo relaciones sexuales con Gais, trans, bisexuales y/o otros hombres	3	11,5
No considero necesario	2	7,7
Otro	2	7,7
Total	26	100,0

De las 26 MTF entrevistadas, la mitad considera que ha sido víctima de maltrato en el servicio de salud.

El tipo de maltrato recibido en la unidad de salud, el 61,5% considera que ha sido verbal, el 46,2% físico y el 53,8% psicológico. *Tabla 14*

Tabla 14. Distribución del Tipo de Maltrato recibido en la unidad de salud. Ecuador, 2018

Tipo de maltrato	SI		No.	
	Nº	%	Nº	%

Maltrato verbal	8	61,5%	5	38,5
Maltrato físico	6	46,2%	7	53,8
Maltrato psicológico	7	53,8%	6	46,2

En los últimos 12 meses 143 entrevistadas, necesitó ayuda por motivos de salud (88,3%) quienes acudieron a los servicios de salud para solucionar su problema. *Tabla 15*

Tabla 15. Distribución de las MTF que solicitaron ayuda a los servicios de salud. Ecuador, 2018.

Solicito ayuda	Nº	%
Si	143	88,3
No	19	11,7
Total	162	100,0

Fundamentalmente: el no tener dinero; y, no era necesario son los motivos por los que no acudieron a solicitar ayuda en los servicios de salud con un 26,3% cada uno, con un valor más bajo se ubica el miedo 10,5%, por vergüenza y porque soy MTF un 5,3% cada ítem. *Tabla 16*

Tabla 16. Distribución de motivos por los que no solicitaron a los servicios de salud. Ecuador, 2018.

Motivo	Nº	%
No tenía dinero	5	26,3
No era necesario	5	26,3
Miedo	2	10,5
Vergüenza	1	5,3
Porque soy HSH/MTF	1	5,3

Otro	5	26,3
Total	19	100,0

Cerca de las dos terceras partes de las MTF 61,7% acudieron a los servicios de consulta externa para solucionar problemas relacionados con salud, el 30,5% a emergencia y con un porcentaje mucho menor (12,4%) acudieron a hospitalización. *Tabla 17*

Tabla 17. Distribución de los servicios de salud, al que acudieron por ayuda. Ecuador, 2018

Servicio	Nº	%
Emergencia	43	30,5
Consulta externa	87	61,7
Hospitalización	12	12,4
Otro	1	2,2
Total	143	106,8

Servicios de Emergencia

Los servicios de emergencia a los que acudieron en su mayoría 74,4%, pertenecen al Ministerio de Salud Pública, el 11,6% a la privada, el 9,3% al IESS.

Las actitudes discriminatorias fuertes fundamentalmente fueron realizadas por las enfermeras, auxiliares de enfermería y el personal de información. *Tabla 18*

Tabla 18. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio por tipo de personal en los servicios de emergencia Ecuador, 2018

Personal	Sí fuerte	Sí pero moderada	Ninguna	No sé, no responde	Total
Médicos	9,3	16,3	74,4	0,0	100
Enfermeras	16,3	14,0	69,8	0,0	100
Auxiliares de Enfermería	18,6	7,0	74,4	0,0	100
Personal de laboratorio/RX/Eco	4,7	4,7	83,7	7,0	100
Trabajadoras/es sociales	0,0	4,7	86,0	9,3	100
Conserjeras/os	2,3	4,7	81,4	11,6	100
Personal de Admisión y Estadística	9,3	14,0	69,8	7,0	100
Personal administrativo	0,0	11,6	79,1	9,3	100
Personal de Psicología	7,0	9,3	76,7	7,0	100
Personal de limpieza	7,0	11,6	76,7	4,7	100
Personal de información	11,6	11,6	67,4	9,3	100
Personal del servicio de alimentación	4,7	4,7	83,7	7,0	100
Guardias o personal de seguridad	9,3	20,9	67,4	2,3	100
Otros Pacientes	4,7	27,9	62,8	4,7	100

Las actitudes discriminatorias recibidas por las participantes en el estudio fueron, los Murmullos, miradas o risas sobre su persona y la demora en la atención fueron las más percibidas aunque la mayor parte de ellas era con frecuencia de una sola vez, con porcentajes menores son opinión negativa sobre su vida y prácticas sexuales, atención

con disgusto, evitaron el contacto físico, mostraron temor al momento de realizar la atención. *Tabla 19*

Tabla 19. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio frecuencia de las mismas, en los servicios de emergencia Ecuador, 2018

Variable	Nunca	Una sola vez	2-3 veces	4 y 5 veces	6 y más veces	Total
Se demoraron más, en atenderlo(a) que al resto de usuarios/pacientes	55,8	30,2	11,6	0,0	2,3	100
Realizaron Murmullos, miradas o risas sobre su persona	48,8	20,9	23,3	2,3	4,7	100
Se le/la culpabilizó, deslegitimó, o calificó por su orientación sexual	76,7	14,0	7,0	2,3	0,0	100
Opinaron negativamente sobre su vida y prácticas sexuales	81,4	14,0	4,7	0,0	0,0	100
Le atendieron con disgusto, indiferencia o despectivamente	62,8	27,9	9,3	0,0	0,0	100
Evitaron cualquier contacto físico	62,8	27,9	9,3	0,0	0,0	100
Mostraron temor al momento de realizarle curaciones, suturas, aplicar inyecciones u otros procedimientos	67,4	20,9	7,0	2,3	2,3	100
Existió un trato inapropiado, brusco o irrespetuoso durante el tratamiento, revisión o realización de pruebas	69,8	20,9	7,0	2,3	0,0	100
No le dieron cita	86,0	11,6	2,3	0,0	0,0	100
Pusieron reparos en atenderle	81,4	14,0	4,7	0,0	0,0	100

Servicios de Consulta Externa

Los servicios de consulta externa los que acudieron en su mayoría 78,2%, pertenecen al Ministerio de Salud Pública, el 5.7% al IESS, el 3.4% a FFAA y el 12,6% a instituciones privadas..

Las actitudes discriminatorias fuertes fundamentalmente fueron el personal de admisión y estadística, guardias de seguridad y otros pacientes. *Tabla 20*

Tabla 20. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio por tipo de personal en los servicios de consulta externa Ecuador, 2018

Personal	Sí fuerte	Sí pero moderada	Ninguna	No sé, no responde	Total
Médicos(as)	6,9	28,7	64,4	0,0	100
Enfermeras(os)	6,9	31,0	62,1	0,0	100
Auxiliares de enfermería	4,6	23,0	69,0	3,4	100
Personal de laboratorio/RX/Eco	5,7	13,8	75,9	4,6	100
Trabajadoras/es sociales	3,4	11,5	81,6	3,4	100
Consejeras/os	3,4	16,1	78,2	2,3	100
Personal de Admisión y Estadística	10,3	19,5	67,8	2,3	100
Personal administrativo	5,7	14,9	73,6	5,7	100
Personal de Psicología	4,6	20,7	69,0	5,7	100
Personal de limpieza	3,4	12,6	79,3	4,6	100
Personal de información	8,0	13,8	70,1	8,0	100
Guardias o personal de seguridad	16,1	23,0	56,3	4,6	100
Otros pacientes	10,3	23,0	60,9	5,7	100

Las actitudes discriminatorias recibidas por las participantes en el estudio fueron, los Murmullos, miradas o risas sobre su persona y la demora en la atención fueron las más percibidas, aunque la mayor parte de ellas era con frecuencia de una sola vez. *Tabla 21*

Tabla 21. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio según frecuencia de las misma, en los servicios de consulta externa. Ecuador 2018

Variable	Nunca	Una sola vez	2-3 veces	4 y 5 veces	6 y más veces	Total
Se demoraron más, en atenderlo(a) que al resto de usuarios/pacientes	60,9	26,4	10,3	2,3	0,0	100
Realizaron Murmullos, miradas o risas sobre su persona	31,0	33,3	12,6	18,4	4,6	100
Se le/la culpabilizó, deslegitimó, o calificó por su orientación sexual	85,1	8,0	3,4	2,3	1,1	100
Opinaron negativamente sobre su vida y prácticas sexuales	83,9	11,5	2,3	2,3	0,0	100
Le atendieron con disgusto, indiferencia o despectivamente	72,4	8,0	16,1	2,3	1,1	100
Evitaron cualquier contacto físico	72,4	17,2	5,7	3,4	1,1	100
Mostraron temor al momento de realizarle curaciones, suturas, aplicar inyecciones u otros procedimientos	80,5	11,5	6,9	1,1	0,0	100
Existió un trato inapropiado, brusco o irrespetuoso durante el tratamiento, revisión o realización de pruebas	80,5	11,5	5,7	2,3	0,0	100
No le dieron cita	87,4	9,2	2,3	1,1	0,0	100
Pusieron reparos en atenderle	83,9	13,8	1,1	1,1	0,0	100

Servicios de Consulta Hospitalización

Los servicios de hospitalización a los que acudieron las MTFen su mayoría el 83,3, pertenecen al Ministerio de Salud Pública, el 8,3% tanto al IESS como a instituciones privadas.

Las actitudes discriminatorias fuertes fundamentalmente fueron el personal médico, auxiliares de enfermería, de admisión y estadística, administrativo, de admisión y estadística, servicios de alimentación y otros pacientes. *Tabla 22*

Tabla 22. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio por tipo de personal en los servicios de consulta externa Ecuador, 2018

Personas	Sí fuerte	Sí pero moderada	Ninguna	No sé, no responde	Total
Médicos(as)	33,3	8,3	58,3	0,0	100
Enfermeras(os)	8,3	16,7	75,0	0,0	100
Auxiliares de enfermería	33,3	0,0	66,7	0,0	100
Personal de laboratorio/RX/Eco	0,0	0,0	100,0	0,0	100
Trabajadoras/es sociales	0,0	8,3	91,7	0,0	100
Consejeras/os	0,0	0,0	100,0	0,0	100
Personal de Admisión y Estadística	16,7	0,0	83,3	0,0	100
Personal administrativo	25,0	0,0	75,0	0,0	100
Personal de Psicología	0,0	25,0	75,0	0,0	100
Personal de limpieza	8,3	0,0	83,3	8,3	100
Personal de información	8,3	8,3	75,0	8,3	100
Servicio de alimentación	16,7	0,0	83,3	0,0	100
Guardias o personal de seguridad	16,7	16,7	66,7	0,0	100
Otros pacientes	25,0	0,0	75,0	0,0	100

Las actitudes discriminatorias recibidas por las participantes en el estudio fueron: demora en la atención; murmullos, miradas o risas sobre su persona y demora en la atención, con porcentajes menores se menciona a: que evitaron contacto físico, mayor limpieza que a los demás pacientes, apoyo en labores de higiene entre otras. *Tabla 23*

Tabla 23. Distribución participantes por fuerza de actitud discriminatorio según frecuencias de las mismas, en los servicios de hospitalización Ecuador 2018

Variable	Nunca	Una sola vez	2-3 veces	4 y 5 veces	6 y más veces	Total
Se demoraron más, en atenderlo(a) que al resto de usuarios/pacientes	58,3	33,3	8,3	0,0	0,0	100,0
Realizaron Murmullos, miradas o risas sobre su persona	58,3	25,0	16,7	0,0	0,0	100,0
Se le/la culpabilizó, deslegitimó, o calificó por su orientación sexual	91,7	0,0	8,3	0,0	0,0	100,0
Opinaron negativamente sobre su vida y prácticas sexuales	91,7	0,0	8,3	0,0	0,0	100,0
Le atendieron con disgusto, indiferencia o despectivamente	75,0	25,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Evitaron el contacto físico	75,0	16,7	8,3	0,0	0,0	100,0
Pusieron más atención en la limpieza que con el resto de pacientes	83,3	16,7	0,0	0,0	0,0	100,0
Mostraron temor al momento de realizarle curaciones, suturas, aplicar inyecciones u otros procedimientos	75,0	16,7	8,3	0,0	0,0	100,0
Solicitaron que se desechen los materiales que utilizaron con usted	83,3	8,3	0,0	8,3	0,0	100,0
Existió un trato inapropiado, brusco o irrespetuoso durante el tratamiento, revisión o realización de pruebas	83,3	0,0	8,3	0,0	8,3	100,0
No se respetó su intimidad o se le forzó a situaciones de desnudez innecesarias	91,7	8,3	0,0	0,0	0,0	100,0
La atención o el tratamiento que le brindaron, se realizó acompañado de quejas, gritos o groserías	91,7	0,0	8,3	0,0	0,0	100,0
Se demoraron, o se negaron a realizar labores de limpieza	83,3	16,7	0,0	0,0	0,0	100,0
Se demoraron, o se negaron a apoyo para su higiene	76,9	15,4	7,7	0,0	0,0	100,0
Se demoraron, o se negaron con el servicios de alimentos, realización de higiene	84,6	7,7	0,0	7,7	0,0	100,0

Prueba de VIH

Casi la totalidad de las entrevistadas se realizaron la prueba de VIH 95,6%. Como se aprecia en el siguiente cuadro casi el 60% se realizaron la prueba en menos de 6 meses, seguido de entre 6 y 11 meses. *Tabla 24*

Tabla 24. Distribución participantes por el tiempo en que se realizaron la prueba de VIH. Ecuador 2018

Tiempo	Nº	%
> 1 mes	21	5,7
1 - 5 meses	193	52,6
6 - 11 meses	79	21,5
1 año	36	9,8
2 - 4 años	30	8,2
5 - 10 años	8	2,2
Total	367	100,0

Las participantes afirmaron que los lugares en donde se realizaron las pruebas más de la mitad 55,6% pertenecían al Ministerio de Salud Pública, seguido por una ONG y a instituciones privadas. *Tabla 25*

Tabla 25. Distribución de la pertenencia de las unidades en donde se realizaron la prueba de VIH. Ecuador 2018

Tipo de unidad de salud	Nº	%
NR	3	0,8
Unidades de salud del MSP	205	55,6
Centro de atención de Seguridad Social	2	0,5
Unidad de salud privada	66	17,9
Una ONG	87	23,6
Otro	6	1,6
Total	369	100,0

Es importante anotar que la mayor parte de las participantes se realizaron la prueba porque: querían saber sobre su estado de salud 71.3%, solo un 18.5% se la realizan por razones de empleo, todo el resto de razones tienen valores inferiores al 4%. *Tabla 26*

Tabla 26. Distribución de las razones por las cuales se realizaron la prueba de VIH. Ecuador 2018

Razones	Nº	%
Por razones de empleo	80	18,5
Por embarazo	0	0,0
En preparación para el matrimonio/relación sexual	5	1,2
Fui referido/a por una clínica de infecciones de transmisión sexual	7	1,6
Fui referido/a debido a síntomas sospechosos relacionados con el VIH	18	4,2
Mi esposo/esposa/pareja/un miembro de mi familia resultó positivo	2	0,5
Enfermedad o muerte de mi esposo/esposa/pareja/miembro de mi familia	2	0,5
Simplemente quería saber sobre mi salud	308	71,3
Otro	10	2,3
Total	432	100,0

Es muy importante señalar que casi la totalidad de las participantes tomaron por sí mismas la decisión de realizarse, por primera vez, la prueba de VIH (91,1%) y únicamente el 2,4% se realizó por presión de otras personas.

Tabla 27. Distribución de las MTF por la decisión de realizarse la prueba de VIH por primera vez. Ecuador 2018

Autonomía	Nº	%
Sí, yo mismo/a tomé la decisión de hacerme la prueba (y fue voluntaria)	336	91,1
Sí, yo tomé la decisión de hacerme la prueba, pero fue bajo presión de otras personas	9	2,4
Sí, en campañas	16	4,3
No, se me forzó a hacerme la prueba de VIH (coerción)	3	0,8
No, se me hizo la prueba sin mi conocimiento	1	0,3
No, me di cuenta después de que la prueba había sido hecha	0	0,0
No responde	4	1,0
Total	369	100,0

Casi las tres cuartas partes de las entrevistadas manifiestan que han recibido consejería tanto pre como post prueba de VIH 74,5%. *Tabla 28*

Tabla 28. Distribución de las MTF de acuerdo a la recepción de consejería antes y después de la prueba. Ecuador 2018

Consejería	Nº	%
Recibí consejería tanto pre y post prueba de VIH	275	74,5
Solamente recibí consejería pre prueba de VIH	13	3,5
Solamente recibí consejería post prueba de VIH	16	4,3
No recibí consejería cuando me hice la prueba de VIH	64	17,3
NS/NR	1	0,3
Total	369	100,0

El 98.9% de las MTF conoció los resultados de la última prueba realizada. Según las entrevistadas que conocieron los resultados de la última prueba de VIH, al 89.6% le entregaron en forma amable, cálida, cercana, el 7,9% fue en forma indiferente. *Tabla 29*

Tabla 29. Distribución de las MTF según la calificación a la manera que le dieron los resultados. Ecuador, 2018

Calificación	Nº	%
Adecuada (amable, cálida, cercana)	327	89,6
Indiferente (sin contacto visual, fría)	29	7,9
Inadecuada (ruda, irrespetuosa, invasiva, irónica)	4	1,1
NS/NR	5	1,4
Total	365	100,0

De los resultados de la prueba de VIH el 86,6% fue negativo y el 5.5% positivo. *Tabla 30*

Tabla 30. Distribución de las MTF según los resultados de la prueba de VIH. Ecuador, 2018

Resultado	Nº	%
Positivo	20	5,5
Negativo	316	86,6
Indeterminado	1	0,3
NS/NR	28	7,7
Total	365	100,0

Denuncia de los actos de Estigma y discriminación en Salud

Las MTF que recibieron acciones relacionadas con el estigma y discriminación en salud, únicamente el 9,3% realizaron algún tipo de denuncia.

El mismo servicio de salud fue el lugar en que el 55,6% hicieron la denuncia, también lo hicieron en la Defensoría del Pueblo el con el 33,3%, el 30,9% organización GLBT y además el 16,7% menciona a la comisaría. *Tabla 31*

Tabla 31. Distribución del lugar en donde hicieron la denuncia (respuesta múltiple) Ecuador, 2018

Lugar	Nº	%
En el mismo servicio de salud	20	55,6
Defensoría del Pueblo	12	33,3
Comisaría	6	16,7
Organización No Gubernamental (ONG)	2	5,6
Organización GLBT	11	30,6
Fiscalía	3	8,3

Las personas que no realizaron la denuncia 90,7% mencionaron los siguientes motivos para no realizarla, con valores entre el 15% 17% se encuentran: miedo a represalias, no fue lo suficiente serio o grave, se requieren muchos trámites o mucho tiempo; con valores alrededor del 10% se encuentran: la falta de confianza en instituciones públicas y no sabía en donde realizar la denuncia.

Tabla 32

Tabla 32. Distribución de los motivos por lo que no hicieron la denuncia Ecuador, 2018

Motivos	Nº	%
Falta de confianza en instituciones públicas	38	10,9
Falta de pruebas	25	7,2
Usted lo resolvió con el autor del hecho	13	3,7
No fue lo suficientemente serio o grave	57	16,4

Por miedo a represalias	59	17,0
No quería ver expuesta mi orientación sexual y/o mi comportamiento sexual públicamente	20	5,7
No quería nada que ver con las autoridades de seguridad	20	5,7
No sabía en donde formular la denuncia	35	10,1
Se requieren muchos trámites o mucho tiempo	54	15,5
Falta de confianza en el servicio de salud donde sucedió	15	4,3
Otro	5	1,4

COMPONENTE CUALITATIVO

METODOLOGÍA

Con el fin de profundizar en los hallazgos cuantitativos, se realizaron grupos focales con HSH, MTF, en Quito, Guayaquil, Manabí y Cuenca, por ser provincias culturalmente diferentes entre sí.

Se elaboró una guía de preguntas que facilite la recolección de información tomando en consideración los resultados del cuestionario cuantitativo sobre el Índice de estigma y discriminación a los HSH, con una serie de preguntas sobre los tópicos principales de ese estudio, a modo de orientación para cada entrevistador (ver Anexo 4). La guía fue adaptada por el entrevistador para ajustarla a las características particulares de cada grupo. Algunos de los temas considerados fueron: significados de E&D; situaciones y ámbitos en los que se presentan; temores relacionados, situaciones vividas; sentimientos experimentados; proyectos de vida; impacto del diagnóstico de VIH; y recursos para afrontar el E&D, entre otros.

La estrategia de convocatoria y reclutamiento de los entrevistados se desarrolló a través de las redes de contactos desarrolladas por los brigadistas y socios de Kimirina

Se realizaron en total 2 grupos focales y 2 minigrupos de discusión con MTF. Los criterios de selección incluyeron: ser mayores de 18 años y residir en las ciudades previamente seleccionadas. Los encuentros se llevaron a cabo en las instalaciones de Kimirina y contaron con la participación de una moderadora y un observador, miembros del equipo de investigación.

Cada grupo focal estuvo conformado por 4 a 6 personas. La realización del grupo de análisis contó con un moderador y un observador. Cada una de las sesiones tuvo una duración promedio de 60 minutos.

En todos los casos la participación de las personas entrevistadas fue voluntaria y se han mantenido los criterios de privacidad y confidencialidad de la información. Para garantizarla se elaboró un documento de consentimiento informado especificando los objetivos del proyecto, beneficios y posibles perjuicios, el cual fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Internacional del Ecuador y firmado por cada uno de los entrevistados. (Anexo 3)

Al inicio se explicó a los participantes el objetivo de la investigación, las condiciones de participación y se gestionó el consentimiento informado. Durante el desarrollo de cada sesión se promovió la intervención de cada uno de los participantes. Los grupos de

discusión fueron grabados en su totalidad con el consentimiento de los participantes; posteriormente se realizó la transcripción de todas las grabaciones. El registro de cada entrevista grupal se complementó con resúmenes ejecutivos elaborados por los moderadores u observadores.

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

1. Análisis vertical o intra-entrevista grupal, que incluye una lectura general y en profundidad del discurso de cada entrevista, la identificación de asociaciones y recurrencias, y la selección de segmentos representativos o excepcionales.
2. Análisis transversal o inter-entrevistas grupales, comparando los datos obtenidos mediante una lectura horizontal de los tópicos relevados. Se evaluar si las temáticas que surgen en un grupo también surgen en otros; hasta alcanzar la saturación de los datos y/o la saturación teórica.
3. Re-lectura crítica del discurso para análisis de los procesos que ocurren en las interacciones sociales.

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

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Cumpliendo con las normas éticas establecidas por Comité de Bioética para Investigación en Seres Humanos, para el desarrollo de investigaciones bajo su auspicio, el diseño de estudio correspondiente a esta investigación fue revisado y aprobado el 28 de marzo del 2018 (Anexo No.5).

Como parte de los requisitos éticos de este estudio, se solicitó consentimiento informado (Anexo No. 3) a todos los participantes, el documento fue leído al informante y firmado por el participante. Una copia les fue entregada a los participantes que lo solicitaron.

RESULTADOS

LAS PARTICIPANTES

Participaron 30 mujeres trans femeninas quienes tenían entre 22 y 47 años, que residían en Guayaquil, Cuenca, Quito y Portoviejo, que se identificaban como mujeres trans femeninas. Se reconocen como tales desde la infancia hasta la adolescencia.

“Desde que era un niño, siempre me senti diferente, primero fui gay y luego trans”

“Toda mi vida me he considerado mujercita”

“Desde los,12”,

“ “Desde los 18 años”,

“Una nace no se hace”

“Desde que me acuerdo”

Los sentimientos que muchas participantes experimentaron al reconocer su orientación e identidad, fue miedo a NO ser aceptada por la familia, y con más frecuencia por el padre.. Algunas MTF fueron aceptadas y apoyadas por su familia

Recordemos en el tiempo, hace 13 años atrás, cuando fue mi primera experiencia, el tabú era muy grande en nuestra sociedad, más bien el machismo del padre hacia los hijos, era el rechazo a que no te permitieran a tener un hijo homosexual, en mi caso me dio a no floearme tan pronto, como cohibido, poco a poco entendí, demostré, hablé y hasta ahí, ahora estoy bien

En mi caso por lo general, mi familia, por parte de mi mama, si tengo tíos que también son así, pero mi papá era una de las personas que no aceptaba lo que uno era, en cambio mi mamá si, mi mamá era como más unida a mí

“ (Tengo miedo a) Ser dicriminadas por la familia de mis parejas”

“Me toco decir que me violaron aunque no fue asi, siempre me senti bien”,

“Mi familia nunca me rechazó porque nunca se dieron cuenta lo que yo era, simplemente yo me fui por algún tiempo, regresé pero nunca me encontraron, pero yo sentía un miedo de que me fueran a rechazar”
“Fue difícil las personas me criticaban, me hablaban, mi familia no me apoyo, todos hablaban a mis espaldas porque que me veían como mujer, no creía en mí al inicio, luego me di cuenta que era normal y que tenía que seguir siendo feliz, no sabía que hacer de mi vida”

El hecho de ser y vivir como Trans femenina, ha generado comentarios estigmatizantes, por transgredir los patrones culturales de género. Cabe anotar que no todas las participantes comprendían el significado de estigma y discriminación

“Si muchas, en algunos lugares discriminan mucho, nos hacen comentarios, por vernos femeninas”
“Una chica me decía en un taller el y le dije que me diga ella, la gente es cerrada, igual te tratan como hombre aunque tengas tetas, ”
“ a mí me respetan ”
“En la calle la gente nos ve diferente y hacen comentarios”
“Nos ven como hombres”,
“Se mofan de nosotras”
“Siempre llamamos la atención cuando vamos a una unidad de salud”
“Igual la discriminación es que si a mí no me aceptan si quiero ir al cine o quiero ir a un restaurante y por mi condición, no me dejan pasar; o cuando voy a la universidad, me dicen no usted se va a este curso, esas cosas son”
“Si es difícil, ya que no es fácil conseguir trabajo, las personas te ven diferente que el resto, te hacen burlas, murmuran porque somos visibles, solo podemos acceder a trabajos específicos, en una oficina no me contratarían, aunque tenga las capacidades” “Ya no es tan común ahora respetan, toleran aunque si hay algunitos por ahí que te dicen ofensas, pese a que ahora es diferente el acceso a trabajo sigue siendo difícil, estudiar y vivienda”.

Son los chicos sin educación, los chicos de la calles los que las discriminan más, sin embargo, también encionan a las mujeres cuando estan en grupo.

“Chicos sin educación, chicos vulgares, de la calle, no saben más que andar en el ocio y la vagancia”

“Cuando hay grupos entre hombres y mujeres, las mujeres son las que más”

La reacción frente a los actos de E&D, son variables, algunas reaccionan con violencia, mientras otras simplemente dejan pasar la ofensa.

“Nos apartan de la sociedad, nos discriminan, como que somos un cero a la izquierda”

“Nos hacen comentarios, bromas, se burlan las personas en la calle, cuando nos ven murmuran”

“A mí me ha tocado cruzar la calle y viene un señor en bicicleta y viene y me dice yo de su papá le doy una paliza, no tomé en cuenta, viré la cara y sonreí y seguí caminando”

“Igual la discriminación es que si a mí no me aceptan si quiero ir al cine o quiero ir a un restaurante y por mi condición, no me dejan pasar; o cuando voy a la universidad, me dicen no usted se va a este curso, esas cosas son.”

“Me tratan a mí de mujer, y ya”

Consideran que su comportamiento también influye en la forma en la que las personas actúan frente a ellas.

“A veces somos la burla de la gente heterosexual, porque la gente mismo lo permite, porque si andamos por la vida con la frente en alto, seamos lo que seamos, vestido de hombre vestida de mujer, tenemos principios y morales, pero hay homosexuales que andan brincando, gritando, la gente hace chacharas, la gente nos cataloga por igual, aunque no todas seamos iguales”

“Tú tienes un poquito de preparación, pero no todas las personas soportan eso, hay personas que solo con mirarlas repudian o insultan, a quien las mira mal, a quien las habla, y más las chicas trans”

A pesar de las dificultades que han afrontado, no cambiaría su orientación e identidad sexual; sin embargo conocen que algunas personas intentan cambiar para complacer a su familia.

“No, porque me siento bien como soy como me veo”,

“Ya no, me costo tanto”

“Me siento bien mujer”

“No, me siento bien como estoy, disfruto de mi vida, todo lo que he vivido en mi vida a aportado lo que soy en dia, haci naci y asi me quedo, jamas asi como reinas”

“Yo me considero como mujer, pero la sociedad nos ve diferente,”

“Si he escuchado casos de personas que dicen, cambi6, pero no lo est6 haciendo verdaderamente, lo est6 haciendo por la familia, solamente por fuera”

En los momentos difciles de la vida e las trans, cuentan con el apoyo de sus redes personales, m6s que de su familia.

“tenemos un grupo, un v6nculo, quiz6s tenemos problemas en las familias, pero entre nosotras pasamos momentos amenos, nos alegamos, muchas cosas, es una segunda familia”

Existe el consenso que la educaci6n a la poblaci6n, ha disminuido y puede continuar este descenso en el estigma y discriminaci6n de la que son objeto; se menciona tambi6n la necesidad de contar con grupos de trabajo que visiten las casas de las personas trans que son m6s repudiadas. Otro grupo considera que el cambio se dar6 cuando su autoestima mejore y finalmente algunos consideran que esta situaci6n no cambiar6

“Si se puede educando a las personas”,

“Diciendo que somos mujeres trans, nos ven con burlas,

“Es difícil hacerles entender a esas personas”

“Bueno, ahora último ha cambiado un poquito, antes era como más frontal a las chicas, antes si vivíamos discriminación, pero como todo va cambiando, evoluciona”

Con charlas, digo yo, como haciendo un grupo de consejería, que visiten las casas donde vean que la gente son más repudiadas.

Yo pienso también valorar lo que nosotros somos

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

En los servicios de salud, las mujeres transfemeninas son objeto de discriminación que se manifiesta a través de

- murmullos,
- burlas,
- no reconocimiento de su identidad
- demora en la atención médica,
- la relación con las infecciones de transmisión sexual, por lo que son calificados negativa y atendidos de manera poco comedida.
- El maltrato

“Nos dicen que todos tenemos Sida”,

“A la transfobia””

“A los murmullos”,

“Para mí fue algo fatal, estaban en los celulares, les decía que me atendieran, pero nunca me hicieron caso, de ahí salí y gracias al médico que está a la vuelta de mi casa, gracias a él me pude recuperar un poquito más; no se las demás”.

“A que los médicos nos manden de lado a lado y que no nos atiendan”,

“Que nos traten como a hombres”

Deberían también, si nosotros llegamos, si vamos de manera distinta vestidas, deberíamos ser tratadas como tal, no que trate como a ellos les dé la gana, y no solo lo que es centros de salud, sino en los lugares públicos

“Desde que uno va llegando comienzan a criticar, siendo los doctores, de parte de las enfermeras y de todos, yo tuve un problema y yo tuve que pasar de todo, es más, nunca me atendieron, por eso yo a ese hospital no acudo”

“Uno es homosexual, uno va a hacerse atender a un centro de salud, lo primero que se le vienen a los doctores o la enfermera, bueno, como son homosexuales vienen con una enfermedad contagiosa y desde ahí te van cogiendo con asco y todo eso”

“A que no nos atiendan, que el personal de salud discrimine por nuestra orientación sexual, que las personas que nos ven en las unidades de salud hagan murmullos”

“Es el temor, como somos homosexuales piensan que portamos algo contagioso, por eso es que nos discriminan, un doctor es para salvar vidas, no para dejar morir a las personas, ellos piensan que por uno ser gay, uno carga una enfermedad contagiosa”

Las situaciones discriminatorias y estigmatizantes, no son frecuentes en los hospitales de Quito y Guayaquil, gracias al hecho que el personal de salud ha participado en procesos de capacitación y dispone de manuales de atención.

“No son frecuentes, los centros de salud están más concientizados y su personal también, hay manuales de atención”

“No eso pasaba antes, ahora las personas están capacitadas y sensibilizadas”

Algunas de las acciones de E&D por su rudeza determinan que las personas Trans, no deseen acudir a las unidades de salud; adicionalmente, perciben una falta de decisión para atenderles.

“Para que voy si no me van atender, me desnudaron en frente de los estudiantes pasantes”

“Nos asocian con el VIH, nos mofan los guardias”

“Yo hice el cambio de identidad y debía tener mi carné con mi nueva identidad, la chica secretaria de ahí se opuso, demoro muchos días para hacerme el cambio”

“A veces nosotros creemos que nos estigmatizan o ya lo vemos como normal, los servicios de salud deben ser de calidad, inclusivos, te interrogan para acceder a los servicios y no brindan una información rápida ”

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN RELACIONADO CON LA PRUEBA DE VIH

¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba?, ¿Qué les ha motivado para hacerse la prueba de VIH ¿Pidieron la prueba ustedes mismos o se la sugirió el médico? Si se la hace de rutina, ¿cada cuándo se hacen la prueba? ¿Sería posible hacerse la prueba cada 3 meses? ¿Por qué?

La mayoría de las participantes se han realizado la prueba de tamizaje para VIH en los últimos 6 meses. Las razones para ello están relacionados con:

- Autocuidado y prevención
- Por seguridad para los usuarios (trabajo sexual)

“Si me realizado una prueba de VIH”

“Hace 1 mes”

“Hace 3, meses”

“Hace 6 meses”

“Por prevención, por cuidarnos, por riesgo a contagiarnos, por darles a nuestros usuarios, parejas”

“Con mi pareja siempre nos cuidamos, por precaución ya que soy trabajadora sexual y mis clientes siempre me preguntan sobre mi salud, mi familia, amigos me insisten que me realice controles para estar sana”

“Tantas cosas que ya se ven, caras vemos corazones no sabemos”

Los servicios visitados voluntariamente para obtener el servicio de tamizaje para VIH fueron Kimirina, y servicios privados. Además de la prueba de VIH las participantes recibieron:

*“Aquí en Kimirina”
“Alfíl”
“Clínica privada”
“En laboratorio”
“Centro de Salud”
“Me dan información”
“me educan”,
“ la información que me dan, me ayuda siempre”
“por mi salud”,
“mejoran mis practicas”,
“con informacion no me asustaria”*

Frente a la posibilidad de vivir con VIH, las MTF manfiestan que es posible tener una buena calidad de vida, si se realiza los controles médicos correspondientes.

*“Normal con mis chequeos, nadie muere por eso, se puede vivir normal”
“Ahora es más fácil vivir con VIH, anteriormente no”*

Redes de apoyo

Frente a las acciones de E&D las personas trans-femeninas se apoyan en sus familiares y amigos, pero también han desarrollado comportamientos para prevenir estas situaciones o para enfrentarlas. No conocen o no creen organizaciones que teróricamente podrían apoyarles en el caso de requerirlo, para la defensa de sus derechos.

*“La familia, amigos, porque me quieren”,
“(La familia) nos quieren porque les damos plata, somos un ingreso economico”
“Saber comportarnos”,
“No dejarnos de las personas que nos minimizan”
“Solo conocemos a Kimirina, ellos van al tema de salud, pero no más por derechos, simplemente para prevenir las enfermedades sexuales, VIH”
“No ninguna, la unica que conocemos es kimirina, buscamos en internet la informacion cuando algo nos pasa, no creemos en organizaciones por que no hacen nada”*

“Alfil, nos ayuda cuando violentan nuestros derechos, también fundación Pakta”

RECOMENDACIONES FINALES

Para disminuir e incluso eliminar el E&D en las unidades de salud, las mujeres trans femeninas recomiendan la capacitación del personal de salud, desde su formación en las universidades

“Más capacitación al personal de salud, que nos respeten”

“Que dentro de la universidad les enseñen al personal de salud para que nos traten como seres humanos,”

“Charlas y talleres”

“Que las personas estén sensibilizadas, capacitadas que reciban cursos siempre, la capacitación es muy importante, cursos de relaciones humanas”

“A ese tipo de personas deberían darles más charlas, para que ellos aprendan que todos somos seres humanos, el hecho de que nosotras seamos trans o gais como quieran decirlo, ellos deben aprender a valorar la vida, se supone que si ellos estudian medicina es para valorar la vida”

ANEXOS