

En la intimidad del buen vivir



Una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas sobre
ITS, VIH y SIDA de los pueblos indígenas del Ecuador

En la intimidad del buen vivir



Una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas sobre
ITS, VIH y SIDA de los pueblos indígenas del Ecuador

En la intimidad del buen vivir

Una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS, VIH y SIDA de los pueblos indígenas del Ecuador

Autores

Family Care International, FCI/Ecuador
Interarts
ECUARUNARI
FLACSO

Edición

FCI/Ecuador	Maritza Segura Villalva
FCI/Sede NY	Cristina Puig Borràs

Equipo de investigación FLACSO - Programa de Género

Coordinadora	Ana María Goetschel
Investigador	Ferran Cabrero
Apoyo al trabajo de campo	Soledad Varea
Transcripción	Sirley Lupa

Equipo de apoyo a la investigación - ECUARUNARI

Daniel Tigre	Dirigente de Salud
Josefina Lema	Dirigenta de Salud de Imbabura
Delia Caguana	Dirigenta de Salud de Chimborazo
Manuel Montero	Dirigente de Salud de Azuay
Rosa Andi	Presidenta de la AMNKISE
Alicia Aguinda	Dirigenta de la Mujer de la FONAKISE
Santiago de la Cruz	Director de la DINEIB de Esmeraldas
Alfredo Pianchiche	Técnico de la DINEIB de Esmeraldas

Diseño e impresión

graphus® 290 2760 - 322 7507

FCI/Ecuador
Leonidas Plaza N24 287 y Lizardo Garcia
Telefax.: (593-2) 255 8321
Quito - Ecuador
ecuador@fcimail.org
www.familycareintl.org

Quito - Ecuador 2009

El contenido de esta publicación puede ser reseñado, resumido, traducido o reproducido, total o parcialmente, sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Family Care International (FCI) Ecuador es una ONG internacional legalmente reconocida en Ecuador. Su misión es trabajar para contribuir a que las mujeres y las personas jóvenes tengan acceso a la información y a servicios necesarios para mejorar su salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en hacer el embarazo y el parto seguros, y prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. En este marco, en Ecuador FCI trabaja desde el año 2003 con varias organizaciones indígenas del país, con el objetivo de contribuir a mejorar las condiciones de acceso de las mujeres indígenas a información y servicios de maternidad segura, culturalmente adaptados.







INTERARTS fundada en 1955, es una agencia privada con proyección internacional cuya misión responde a tres objetivos:

- Asesorar en el diseño de políticas culturales;
- Contribuir a los procesos de desarrollo desde el sector cultural y;
- Facilitar la transferencia de conocimiento e información en el campo de la cultura.

Así mismo, entre los ámbitos de innovación en los que INTERARTS opera actualmente se encuentran los derechos culturales y el asesoramiento para la creación de nuevas empresas culturales. La voluntad de incorporar una dimensión cultural en toda aproximación al desarrollo es la principal razón de ser de INTERARTS.

Esta publicación se realizó con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo AECID en el marco del proyecto “Factores culturales en la prevención del VIH y SIDA en mujeres indígenas del Ecuador”.

Contenido

	7	Presentación
	9	Introducción
	13	Enfoque de derechos, salud y pueblos indígenas
	14	- Derecho internacional, pueblos indígenas y VIH y SIDA
	16	- Pueblos indígenas en el Ecuador
	19	El derecho a la salud y los pueblos indígenas
	19	- Condiciones de salud de los pueblos indígenas
	22	- Concepción de salud de los pueblos indígenas
	25	VIH y SIDA en el Ecuador
	28	- Datos sobre VIH por provincia y pertenencia étnica
	35	Estudio CAP: Investigación participativa con población indígena
	37	- Metodología
	42	- Sucumbíos
	49	- Imbabura
	60	- Chimborazo
	65	- Esmeraldas
	70	- Azuay





76 Hallazgos sobre los factores culturales y el VIH



83 Recomendaciones

84 - A nivel de políticas y programas

85 - A nivel de acciones y proyectos



89 Bibliografía seleccionada



92 Anexos 1: Información socio-demográficos de las provincias del estudio

95 Anexo 2: Guía metodológica para los grupos focales

Presentación

En el marco de los respectivos mandatos institucionales, en el año 2007 FCI/Ecuador e INTERARTS conjuntamente con el presidente, el dirigente de salud y la dirigente de la mujer y la familia de ECUARUNARI,¹ analizan las prioridades de salud de las comunidades y organizaciones afiliadas a la ECUARUNARI. Se establece al VIH y SIDA como un tema de salud poco conocido por la población indígena y ausente en sus líneas de trabajo en salud. Desde su experiencia, la ECUARUNARI sugiere la posibilidad de que existan casos de personas indígenas infectadas, que no se reflejan en las estadísticas. Es así que se construye conjuntamente el proyecto “Factores culturales en la prevención del VIH en mujeres indígenas del Ecuador”, actualmente auspiciado por la AECID, con el objetivo de fortalecer la capacidad de organizaciones de mujeres indígenas de abogar por el respeto a la inclusión –en las políticas y los programas nacionales de lucha contra el VIH en el Ecuador– de los factores culturales, para disminuir su vulnerabilidad al VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Para avanzar con este objetivo común, FCI/Ecuador y ECUARUNARI realizan un mapeo de la inclusión de los factores culturales en las políticas públicas referentes al VIH y SIDA. Más adelante FCI/Ecuador, ECUARUNARI, AMNKISE - FONAKISE² y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-sede Ecuador), realizan conjuntamente el presente estudio participativo para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas³ que la población indígena del Ecuador tiene sobre el VIH y SIDA y adicionalmente sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); esperando aportar a la disminución de la vulnerabilidad a estas infecciones mediante recomendaciones para las estrategias de prevención e incidencia política.

- 1 ECUARUNARI; acrónimo del kichwa: “ECUADOR RUNACUNAPAC RICCHARIMUI” (Confederación de los Pueblos de Nacionalidad Kichwa del Ecuador).
- 2 FONAKISE: Federación de Nacionalidades Kichwa de Sucumbíos Ecuador. AMNKISE: Asociación de Mujeres de la Nacionalidad Kichwa de Sucumbíos Ecuador. Se suman a este proyecto al iniciarse el estudio, como actores claves en la Amazonía norte del Ecuador, con más de veinte años de trabajo en salud preventiva, seis de ellos profundizando el tema de Salud Sexual y Reproductiva, maternidad segura, y particularmente el VIH y SIDA.
- 3 Estudio genérico conocido en ciencias sociales como “CAP”.

El estudio recoge uno de los primeros frutos de este esfuerzo participativo, donde las mujeres y hombres indígenas son los protagonistas; y, devela una parte de su realidad y necesidades, especialmente de las mujeres indígenas. Pero, otro de los aportes es el acercamiento entre un tema “viejo” y un escenario “nuevo”, manteniendo coherencia con lo que se estipula en los acuerdos internacionales y las políticas nacionales sobre mejorar el acceso a información sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR), el apoyo a las investigaciones que permitan una mejor comprensión del tema y generen productos para la incidencia política.

Esta publicación esperamos provea de material interesante y fundamentado para fortalecer las políticas públicas en torno a la adecuación intercultural de los servicios de salud, y para la propuesta e implementación de una variedad de estrategias tendientes a disminuir, y poco a poco eliminar, las barreras culturales.

Para la ECUARUNARI, además, es un paso contundente a favor de la salud de los pueblos y nacionalidades indígenas. Su trabajo en salud y en género se nutre de estos insumos, que son parte de la base para exigir a las autoridades correspondientes y al Estado mismo, el cumplimiento con su rol como garantes de derechos; y para fortalecer la capacidad de sus pueblos y nacionalidades de rescatar todos los elementos culturales que garanticen el *alli kawsay*.

Humberto Cholango
Presidente ECUARUNARI

Dr. Fernando Calderón
Director Nacional de Salud Intercultural
Ministerio de Salud Pública

Dr. Rodrigo Tobar
Director del Programa Nacional de VIH/SIDA
Ministerio de Salud Pública

Introducción

En sus manos tiene un estudio inédito en el Ecuador; producto de la colaboración conjunta de la cooperación internacional (AECID, INTERARTS, FCI/Ecuador), y dos de las organizaciones indígenas representativas del Ecuador (ECUARUNARI y AMNKISE - FONAKISE), para conocer de manera más concreta la situación de los pueblos indígenas de este país ante el desafío que representa la respuesta mundial al VIH y SIDA. Se puede decir que desde la aparición del primer caso de VIH en Ecuador en 1984, los estudios dirigidos a este grupo específico poblacional, los pueblos indígenas, han sido escasos cuando no inexistentes. En los últimos años, no obstante, se ha llamado la atención sobre este vacío desde distintos espacios nacionales e internacionales; de manera específica desde organizaciones indígenas e instituciones del ámbito del desarrollo que trabajan con los pueblos indígenas.

Este estudio representa un paso fundamental en un escenario en el que hay ausencia de estadísticas sobre VIH y SIDA desagregadas por etnia, aspecto que añadido a los datos sobre las condiciones de vida de las comunidades indígenas y su acceso limitado o inexistente a servicios e información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, hacen evidente la vulnerabilidad para la salud de las comunidades respecto al VIH y SIDA. Para las organizaciones indígenas como la ECUARUNARI, la FONAKISE - AMNKISE y sus filiales, está claro que, de no solventarse estos vacíos y si no se implementan políticas públicas que incluyan factores culturales (sumada la difundida percepción entre su población de que VIH y SIDA es una "enfermedades de fuera"), el impacto del VIH en los pueblos indígenas probablemente será significativo y con graves consecuencias para las comunidades.

Estas páginas muestran un trabajo colectivo en donde las organizaciones, las comunidades y los agentes de salud indígenas han puesto toda su colaboración y conocimiento para que la información sistematizada beneficie tanto a los/as hacedores/as de políticas, como a los pueblos y nacionalidades indígenas y a la población en general.

Dos consideraciones finales; la primera, tener en cuenta para la lectura de este documento que a lo largo del estudio también se abordó el tema de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) aunque con menos énfasis que el tema de VIH, que es el eje fundamental de esta publicación. En

segundo lugar anotar que, paralelamente a este estudio FCI/Ecuador colaboró con la FONAKISE - AMNKISE y RIOS (Red Internacional de Organizaciones de Salud) en la elaboración de un estudio cuantitativo sobre la situación del VIH y SIDA en las comunidades kichwas de Sucumbíos Ecuador, cuyo resultado presentará la FONAKISE - RIOS en un documento aparte y seguramente serán una fuente complementaria de la información aquí entregada.

Hemos dividido el estudio en dos partes, en la primera planteamos un marco general del enfoque de derechos que guía este estudio, y apuntamos varios datos sobre la situación de los pueblos indígenas y el VIH en el país, relacionándola con la realidad internacional, especialmente de la región. En la segunda parte, iniciamos con una descripción de la metodología y sistematizamos los CAP, agrupándolos de acuerdo a temas: existencia de la infección y formas de prevención, las formas de transmisión y factores que incrementan la vulnerabilidad y, finalmente el acceso al diagnóstico y tratamiento. Al final se presentan los principales hallazgos y las recomendaciones, basadas siempre en las propuestas que realizaron las personas de los pueblos y nacionalidades indígenas participantes en la investigación.



Enfoque de derechos, salud y pueblos indígenas

El llamado “enfoque basado en derechos humanos” (EBDH) es un marco metodológico relativamente nuevo, que tiene su origen en las Naciones Unidas, para tratar de revertir la pobreza y la marginación de las poblaciones más desfavorecidas por los procesos de ciertos modelos de modernización y desarrollo. Desde este enfoque, la reducción de la pobreza no se limita a una cuestión de paliar “necesidades” de la gente (cumpliendo mandatos morales o políticos), sino que parte de la certeza de que la gente tiene derechos (evidenciados en las declaraciones y tratados firmados por los Estados en los últimos años). En este sentido, la reducción de la pobreza pasa de ser un acto de caridad a ser una obligación jurídica.⁴

La idea básica del EBDH es que las políticas y las instituciones orientadas a la reducción de la pobreza han de estar basadas explícitamente en las normas y los valores establecidos en la legislación internacional sobre derechos humanos, en los valores, principios y normas de la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena 1993) y los subsiguientes tratados vinculantes: los dos Pactos, y las cinco convenciones de la ONU que protegen los derechos de las mujeres, de los niños, de los trabajadores migrantes, etc.

Sobre la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) tenemos las Declaraciones y Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD - Cairo 1994), de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague 1995), y de la Cumbre del Milenio (2005), referentes a asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva como un derecho humano. En el caso de América Latina, están por ejemplo, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem Do Pará), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Facultativo.

4 De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano 2000, los derechos humanos y el desarrollo humano comparten una visión común y un mismo objetivo: asegurar la libertad, el bienestar y la dignidad de todas las personas allí donde se encuentren.

En este marco, está claro que promover el cumplimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es velar por los derechos humanos. Especialmente si se sabe que las principales causas de muerte y discapacidad de las mujeres son los problemas de salud reproductiva, con lo cual, los años de vida productiva general de las mujeres disminuyen considerablemente y se añaden costos para los sistemas de salud pública. Por otra parte, el cumplimiento de estos derechos implica (y en general la inversión en la igualdad y equidad entre hombres y mujeres significa) acelerar el progreso social y económico, y tener efectos duraderos sobre las futuras generaciones (UNFPA. 2007).

Derecho internacional, pueblos indígenas y VIH y SIDA

En julio del 2008 se realizó la Segunda Pre-conferencia sobre Pueblos Indígenas y VIH/SIDA, en la que se evidenció la alta vulnerabilidad de estas poblaciones. Además de las débiles garantías por parte de los Estados para fortalecer las políticas, programas y servicios que profundicen en la situación de los pueblos indígenas respecto del VIH y SIDA. Uno de los problemas más cruciales es la discriminación en sus diversas facetas: por ser indígenas, por ser pobres, por ser personas viviendo con VIH, y en el caso de las mujeres por su género. Esta situación impide y/o limita no sólo el acceso a información, sino al diagnóstico y tratamiento de la infección en sus primeras etapas y, posteriormente del SIDA. Ante este panorama uno de los mayores logros políticos de los pueblos indígenas, en este espacio, fue promover el tema de VIH como una prioridad de salud para su población y enfatizar la importancia del uso y difusión de los acuerdos internacionales como un paraguas legal fundamental para el logro de los derechos.

En este sentido también se debe remarcar el valor del Convenio N° 169 de la OIT “sobre pueblos indígenas y tribales” (de 1989, en vigor desde 1991) que hasta hoy es el único instrumento del derecho internacional específicamente para los pueblos indígenas. En este, se reconoce por primera vez los derechos colectivos de estos pueblos en tanto que “pueblos” (no sólo como personas individuales).⁵ De especial importancia es la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena

5 Adicionalmente los reconocen otros instrumentos como los dos Pactos Internacionales (sobre derechos civiles y políticos, y sobre derechos económicos, sociales y culturales), que afirman el derecho de todos los pueblos a la autodeterminación; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre los Derechos del Niño (véase en especial el artículo 30, sobre el derecho de los niños/niñas indígenas a mantener su cultura); así como el Convenio sobre la Diversidad Biológica (con su importancia para la protección y la promoción de los conocimientos tradicionales).

1993) que representó un antes y un después en la defensa de los derechos de los pueblos indígenas. En la declaración y en su programa de acción se reconoce la dignidad inherente y la contribución única de los pueblos indígenas en el desarrollo y la pluralidad de la sociedad, e igualmente se reafirma el compromiso de la comunidad internacional en su bienestar económico, social y cultural y en el gozo de los frutos del desarrollo sostenible.

Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)

Párrafo 20 de la parte I

“La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la dignidad intrínseca y la incomparable contribución de las poblaciones indígenas al desarrollo y al pluralismo de la sociedad y reitera firmemente la determinación de la comunidad internacional de garantizarles el bienestar económico, social y cultural y el disfrute de los beneficios de un desarrollo sostenible. Los Estados deben garantizar la total y libre participación de las poblaciones indígenas en todos los aspectos de la sociedad, en particular en las cuestiones que les conciernan. Considerando la importancia de las actividades de promoción y protección de los derechos de las poblaciones indígenas y la contribución de esas actividades a la estabilidad política y social de los Estados en que viven esos pueblos, los Estados deben tomar medidas positivas concertadas, acordes con el derecho internacional, a fin de garantizar el respeto de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las poblaciones indígenas, sobre la base de la igualdad y la no discriminación, y reconocer el valor y la diversidad de sus diferentes identidades, culturas y sistemas de organización social”.

Por otra parte, la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2006),⁶ refuerza los acuerdos de las llamadas Décadas de los Pueblos Indígenas (del 1994 al 2004 y del 2005 al 2014) y fortalece la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas,⁷ lanzada en septiembre de 1993 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS) donde hubo el compromiso de:

- 6 A partir de 1993 a nivel de las Naciones Unidas, se ha fortalecido la importancia de la cooperación con los pueblos indígenas, hasta que el 13 de septiembre de 2006 la Asamblea aprobó finalmente y de manera histórica la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, donde se reconoce su derecho a la autodeterminación. Cabrero (2008).
- 7 OPS/OMS (s.f.) "Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas OPS/OMS". Documento interno. Otras conferencias relevantes son la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). En la primera se afirmó que los derechos reproductivos requieren el respeto a las condiciones étnicas, culturales y religiosas de los Estados. En la segunda, en el numeral 18 de la Declaración de Beijing se insta a intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a todas las mujeres y las niñas que enfrentan múltiples barreras para lograr su potenciación y su adelanto por factores como la raza, la edad, el idioma, el origen étnico, la cultura, la religión o la discapacidad, o por pertenecer a la población indígena.

“Reconocer, valorar y rescatar la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de los pueblos indígenas y promover actividades coordinadas con otros organismos, tanto gubernamentales como no gubernamentales, destinadas a mejorar las condiciones de salud y vida de los pueblos indígenas en sus países”.

Todas estas resoluciones instan a los gobiernos a establecer o fortalecer comisiones mixtas de alto nivel para abordar la salud de los pueblos indígenas; y a promover la transformación de los sistemas de salud y el apoyo de modelos alternativos, con lo que se estarían fortaleciendo los mecanismos de exigibilidad de los pueblos indígenas respecto de la prevención, diagnóstico y acceso a tratamiento para el VIH y SIDA.

Pueblos indígenas en el Ecuador

En el territorio del Ecuador conviven 13 nacionalidades que abarcan 14 pueblos indígenas⁸ ubicados en la Sierra, Costa y Oriente, y que representan entre el 6 y el 40 por ciento del total de la población ecuatoriana, mayormente rural, según diferentes estimaciones.⁹ Las “nacionalidades indígenas” del país son las siguientes: Kichwa, Awá, Chachi, Épera, Tsá'chila, A'í'cofán, Secoya, Siona, Waorani, Shiwiar, Zápara, Shuar; y Achuar. Los pueblos indígenas de la nacionalidad kichwa son los siguientes: Karranti, Natabuela, Otavalo, Kayambi, Kitu kara, Panzaleo, Chibuleo, Salasaka, Waranka, Puruhá, Kañari, Saraguro, y Kichwa de la Amazonía. En la costa se encuentra el pueblo Manta-Wankavilca-Puná.

Los pueblos indígenas reconocen la definición del Relator en 1986 de la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección de las Minorías de las Naciones Unidas, en la que se remarcan tres aspectos

- 8 Se anotan dos definiciones sobre nacionalidad y pueblo que, por sí solas, permitirían una profundización en los conceptos, dada la complejidad que presentan. Martínez Cobo (1986) “Estudio del problema de la discriminación contra las poblaciones indígenas: conclusiones, propuestas y recomendaciones”: E/CN.4/Sub.2/1986/7/Add.4 (pgs. 28-30). De acuerdo al estudio: “son comunidades, pueblos y naciones indígenas los que, teniendo una continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y precoloniales que se desarrollaron en sus territorios, se consideran distintos a otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios o en parte de ellos. Constituyen ahora sectores no dominantes de la sociedad y tienen la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales”.
- 9 Según el Censo de 2001, los datos del cual no han sido aceptados plenamente por las organizaciones indígenas (debido a que se sienten sub-registradas), el 6.6% de la población de 15 años o más, habla una lengua nativa o se autodefine como indígena. Sin embargo, según las estimaciones del CODENPE los habitantes indígenas en el país son el 40%.

fundamentales:

La continuidad histórica de estos pueblos antes de la colonización europea (incluyendo la ocupación y uso de un territorio específico); su actual posición no dominante en los Estados donde viven; y la autoidentificación.

Sin embargo, más allá de definiciones, existe una tal diversidad de pueblos que se autoidentifican como indígenas y una no menos variedad de intereses alrededor de cualquier definición (por parte de los Estados y las empresas, por ejemplo) que últimamente se tiende a no definir el concepto.

A pesar de la diversidad y riqueza cultural del país y aún con la deficiencia y limitación de los datos desagregados por etnia disponibles, todas las estadísticas nacionales muestran disparidades¹⁰ como los altos índices de pobreza en la población indígena del todo desproporcionado respecto a la media nacional. Los datos del INEC sobre pobreza en la zona urbana y rural permiten apreciar esta diferencia, teniendo en cuenta que la mayoría de la población indígena está asentada en las zonas rurales.

La pobreza nacional urbana registró en 2006 el 24,8% y la pobreza nacional rural el 82,2%. (INEC: 2008)

Como subraya la Evaluación Común de País (CCA, en sus siglas en inglés) del Sistema de las Naciones Unidas en el Ecuador (SNUE),¹¹ “son evidentes las disparidades que existen hoy en la calidad de vida de la población ecuatoriana. Las barreras que impiden el pleno ejercicio de los derechos de la población están asociadas a las categorías sociales además de la residencia, el origen cultural y racial, el sexo y la edad de las personas. La exclusión social afecta principalmente a la población del campo, a los grupos indígenas y afroecuatorianos, a las mujeres, a los adultos ma-

10 Véase el último Censo de Población y Vivienda (2001), la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 1995 y 1999, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos (ENIGHU) 2003-2005, y la Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo Urbano y Rural (ENEMDUR) 2003-2006, del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); así como la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), del CEPAR, la última de las cuales data de 2004.

11 <http://www.un.org/ec/onu/CCA-undaf>

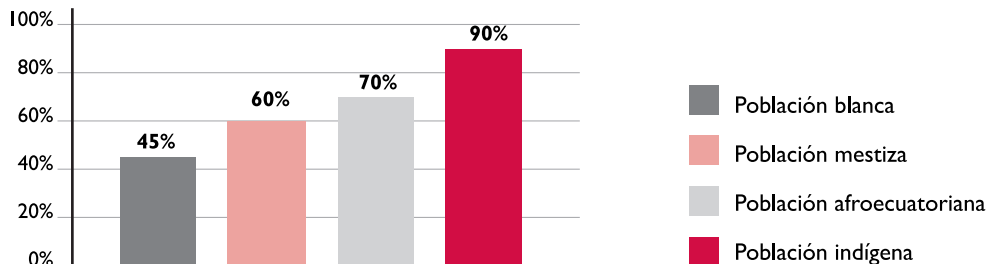
yores y a la niñez; es decir, afecta a una parte importante de la población, sino a la mayoría”. De manera similar; en el 2003 el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial observó para el Ecuador que, pese a las garantías constitucionales y legales, sigue existiendo discriminación contra las poblaciones indígenas; aspecto que se remarcó en el Informe para el país del anterior Relator Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de los Indígenas, Rodolfo Stavenhagen, en su visita al país en el 2006. Finalmente es de tomar especial interés que en el Informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) sobre el estado mundial de la población del 2005 y del 2008 se remarca que las mujeres pobres son quienes tienen menos acceso a servicios de salud y están más expuestas al embarazo no deseado, a las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y SIDA, y a la violencia por motivos de género. Añadiendo además que los factores culturales, entre otros, vuelven a las mujeres más susceptibles que los hombres a la infección por VIH, con lo cual las mujeres indígenas estarían más expuestas. Por estas razones, entre otras, es que particularmente en el último informe 2008, se insta a tener en cuenta un enfoque de sensibilidad cultural en los programas de SDRS y prevención de VIH y SIDA.

El derecho a la salud y los pueblos indígenas

Condiciones de salud de los pueblos indígenas

En el Ecuador, como en la mayor parte de países de Latinoamérica, hay dificultades a la hora de visualizar estadísticamente las brechas de pobreza y exclusión de su sociedad, especialmente por la limitada desagregación de datos. Con todo, la información estadística existente ratifica que el origen cultural y racial (o “étnico”), la residencia (rural o urbana) y el sexo determinan las oportunidades de las personas para acceder a bienes y servicios de la sociedad. En Ecuador, se estima que nueve de cada diez personas autodefinidas como indígenas son pobres. Según los datos del Censo de Población y Vivienda de 2001 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), de una población de 830.418 indígenas, un total de 746.602 son pobres; es decir, el 89,9%, a diferencia de las otras poblaciones.¹² (Véase cuadro inferior).

Porcentaje de pobreza

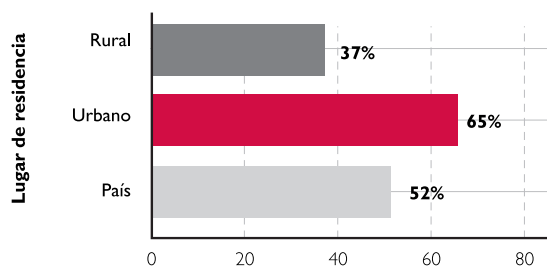


12 Para comprobar el porcentaje de pobreza basada en el consumo y los ingresos por hogar véase igualmente la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2005, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos (ENIGHU) 2003-2005, y la Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo Urbano y Rural (ENEMDUR) 2003-2006, del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

En el caso de las mujeres, a la pobreza y la discriminación étnico-racial se suma la discriminación por género (la conocida “triple discriminación”). De manera específica en el ámbito de la salud se comprueba que las mujeres indígenas enfrentan mayores problemas asociados al embarazo, al parto, al postparto, al acceso a métodos anticonceptivos, y a la prevención y atención a la violencia de género (ENDEMAIN 2004). Las mujeres embarazadas indígenas presentan controles prenatales notablemente menores a los que se realizan el promedio de mujeres en general (61%). La atención profesional del parto (que a nivel nacional llega al 74%) en mujeres indígenas apenas alcanza a 30%. En cuanto al examen papanicolau, las mujeres indígenas están por debajo del promedio, así como en la información sobre cáncer de seno, examen, autoexamen y mamografía. Estos indicadores se relacionan con la alta incidencia de la muerte materna que estaría afectando especialmente a las mujeres indígenas, así como con la elevada tasa de desnutrición infantil (crónica, global y aguda) y de mortalidad infantil, que supera en 12 muertes el promedio de 41 por mil nacidos vivos.¹³ Por otra parte, de manera alarmante, los gastos de salud de la población indígena (anual y per cápita) siempre son menores a los del promedio nacional (ENDEMAIN 2004).

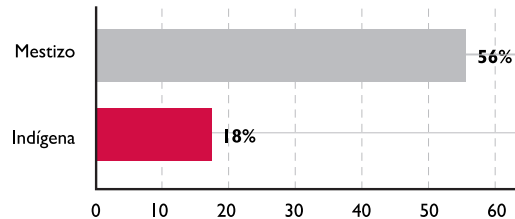
Complementando estos datos, tal como muestran los gráficos siguientes, **el cumplimiento de las normas de atención del control prenatal** evidencia claras brechas relacionadas con:

a) El lugar donde vive la madre

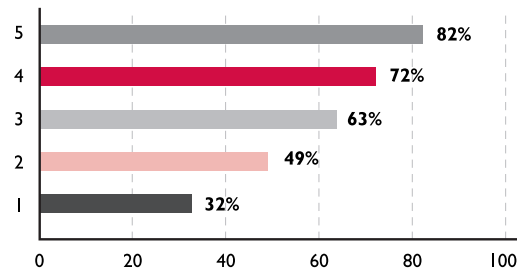


13 Otros indicadores al respecto de la ENDEMAIN 2004: prevalencia de diarrea y tratamiento, prevalencia de infecciones respiratorias y tratamiento, tenencia y uso de carnet de salud infantil, inmunización completa en niños de 12 a 23 meses. En la mayoría de estos indicadores, los niños y niñas indígenas tienen valores diferentes a la media. Según el comunicado de prensa del Ex - Relator Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de los Indígenas, Rodolfo Stavenhagen, en su visita a Ecuador en 2006: “La mortalidad infantil y la falta de acceso a servicios de salud en las áreas rurales son particularmente preocupantes”.

b) El grupo étnico al que ella pertenece



c) El quintil económico



Mención particular precisa la situación de violencia de género que persiste, especialmente la violencia psicológica, económica, física, y sexual contra la mujer. Este ha sido considerado un problema de salud pública, por la evidencia incluso de los abrumadores años de vida potencial perdidos.¹⁴ Según datos de la ENDEMAIN (2004), la mayor parte de esta violencia se da “puertas adentro”, por parte del marido o compañero. La región rural tiene porcentajes mayores a la urbana en casi todos los indicadores sobre violencia de género, y el “grupo étnico” indígena está por encima de todos los otros en estos mismos indicadores, superando el 40% de mujeres indígenas entre 15 y 49 años que han vivido violencia alguna vez en su vida.

Más adelante se presenta una sección con datos sobre el VIH en Ecuador:

14 Gómez, V. y M. López (2001) Violencia intrafamiliar y de género. Guía de prevención y atención para proveedores/as de salud. Quito: CEPAM/UNFPA/Fundación Esquel/MSP.

“En cuanto a las mujeres que conocen o han oído hablar del VIH/SIDA, el 75 por ciento piensa que puede estar contagiada del VIH y no presentar síntomas y, sobre la evidencia de que ‘no existe curación para el SIDA’ lo afirma el 83 por ciento de las entrevistadas’. Las mujeres indígenas presentan porcentajes notablemente inferiores para estos conocimientos. Los promedios de las mujeres de etnias mestiza y blanca, tienen cifras superiores al total nacional”. (ENDEMAIN 2004)

Concepción de salud de los pueblos indígenas

Las concepciones de salud propias de los pueblos indígenas están íntimamente ligadas a la “pacha mama” (madre tierra, naturaleza), a la comunidad humana, y a la dimensión espiritual.¹⁵ Esta visión interrelacionada, “holística”, sobre el mundo se amplía en base a tres principios básicos de la cosmovisión indígena: (i) Relacionalidad (se ha de ver al ser humano en su totalidad y como nodo de relaciones); (ii) Complementariedad (los opuestos son complementarios y forman un todo integral); (iii) Reciprocidad e intercambio (dinámicas que permiten un equilibrio entre el ser humano, la naturaleza, y la dimensión espiritual). El concepto de salud no se limita a la ausencia de dolor o enfermedad, sino a la armonía y al equilibrio interno de la persona (pero no como individuo aislado) en la familia, la comunidad, la naturaleza, el cosmos, y el más allá.¹⁶ Así, existe la convicción que “el mal llega cuando se rompe la armonía entre los seres humanos y todo lo creado”.¹⁷

“La salud sexual y reproductiva no es algo aislado, está integrado a todo lo que nos rodea. El cuerpo no es solamente cabeza, extremidades y tronco sino que está integrado a la familia, a la comunidad, a la historia, a la cultura y al entorno. Para hablar de cuidado y fertilidad del cuerpo hay que integrarlo al cuidado y a la fertilidad de la tierra”. (Delfa Iñamagua, ECUARUNARI, citado en VV.AA. 2003: 5).

15 Por ejemplo, tomando en consideración la cosmovisión indígena, se puede llegar a entender que el mejoramiento de la SSR es esencial para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y disminuir inclusive la vulnerabilidad ambiental.

16 Conejo, M. (2006) Jambi Huasi Causai. Historia del Jambi Huasi. Quito: FICI/UNFPA.

17 Citado en Arrobo, Almeida, y Ojeda (2005: 82). Frase que puede entenderse como menos ajena cuando uno se da cuenta de las consecuencias actuales de la contaminación y la desertificación del medio, debido sobre todo a las industrias extractivas sin un control más democrático (petróleo, madera, minería), la mayor de las veces sin un consentimiento previo, libre e informado por parte de las comunidades afectadas.

Como parte de su concepción de salud, los pueblos indígenas suelen apuntar a la necesidad de mejorar la alimentación, la calidad del agua, el medio ambiente en general, y de valorar el conocimiento tradicional de los mayores. En sus palabras: “La naturaleza y la memoria son la botica para las prácticas de salud que, junto a su impronta médica son experiencias de identidad y tradición”.¹⁸ Además, no sólo el conocimiento tradicional médico entendido meramente como prácticas de manipulación y administración de plantas debe ser reconocido y valorado.¹⁹ La fe, religión o espiritualidad indígena aportan enseñanzas inéditas, invaluable, en ámbitos de capacidad de recuperación (“resilience”) desde prácticas sociales que inciden directamente en la salud, como el alcoholismo o la violencia doméstica.²⁰

Apuntes finales

Aún quedan retos por cumplir en la legislación nacional e internacional en derechos humanos, sexuales y reproductivos acordada por el Ecuador,²¹ e igualmente para eliminar la discriminación por razón de etnia o cultura y de género. A los datos estadísticos que, evidencian desigualdad económica de los pueblos indígenas respecto a la población en general, se añade la necesidad de fortalecer la adecuación cultural de los servicios de salud, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, específicamente de información, prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS y del VIH y SIDA. No obstante, el concepto de salud intercultural está en un proceso de revalorización y poco a poco es cada vez más asumido por el Estado y la cooperación internacional en los programas de fortalecimiento, adaptación de servicios y capacitación técnica.

18 Opinión de un yachak en el congreso sobre medicina tradicional celebrado en Quito en 2003.

19 Como lo hace la industria farmacéutica a menudo sin un consentimiento previo, libre e informado y sin compartir beneficios con las comunidades que poseían originalmente ese conocimiento (mandatorio según el artículo 8j del Convenio de Diversidad Biológica).

20 Véase por ejemplo el número especial de 2008 de Pimatisiwin. A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health. Desgraciadamente, en Ecuador aún no se encuentra bibliografía al respecto.

21 De manera concreta véase sobre todo el Informe del Ex - Relator Especial sobre los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas (A/HRC/4/32/Add.2), el informe alternativo (a falta del oficial) sobre la implementación del Convenio N°169 de la OIT (García y Sandoval, 2006), así como los informes correspondientes a Ecuador del Comité contra la Discriminación Racial (2003) y del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2004).

Para terminar, remarcar que a lo largo de este documento al hablar de VIH y SIDA tenemos presente la siguiente definición:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) afecta al sistema de defensa del organismo haciendo que el cuerpo disminuya o pierda la capacidad natural de defensa frente a infecciones o enfermedades. Altera y destruye lentamente el sistema inmunitario, especialmente los llamados linfocitos T4 o CD4. Es importante diferenciar lo que significa el SIDA y el ser portador del VIH (seropositivo), pues en el primer caso la persona ha desarrollado la infección y en el VIH positivo no. El portador de VIH puede estar infectado sin desarrollar SIDA durante más de 10 años; sin embargo, es un potencial transmisor del virus. En la mayoría de los casos estas personas no saben que están infectados/as, lo que implica un grave riesgo para la transmisión. Las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad por condiciones específicas de su biología, por las condiciones que favorecen la infección, y por las desventajas de género.

VIH y SIDA en el Ecuador

Acercarse a la realidad en base a estadísticas es siempre un ejercicio complejo, abierto a diversas interpretaciones y, a menudo, condicionado por el escenario político. El caso del VIH y SIDA y las ITS no es una excepción; sobre su impacto en los pueblos indígenas, en la región no se cuenta con una base de información desagregada por “etnia” y esto influye en la ausencia de políticas específicas relacionadas con VIH y SIDA para este segmento de la población.²²

En Ecuador, se registró oficialmente sus primeros casos de VIH y SIDA en 1984, con la detección de ocho personas portadoras del virus, cinco hombres y tres mujeres. En 1994 ya ascendían a 224, y en el 2005 se reportaron 1.539 casos, de los cuales 67 eran niños y niñas. A diciembre de 2006 el acumulado de casos sumaba 9.833 personas viviendo con VIH y/o SIDA, de los cuales 5.748 eran VIH positivas y 4.085 habían ya desarrollado el SIDA.²³

Actualmente, los datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) indican que las personas jóvenes que tienen entre 20 y 39 años de edad representan el mayor porcentaje de personas viviendo con VIH y/o SIDA en el país. Por otra parte, un sector de población vulnerable es la económicamente activa y en edad reproductiva. Así, en el 2006 las mujeres alcanzaron la tasa máxima registrada en la historia, con un 32,8% de casos. Las mujeres amas de casa constituyen el segundo grupo de vulnerabilidad, luego los obreros y las obreras, por categoría de ocupación de los y las afectadas. También la prevalencia de la infección sigue creciendo, para el año 2006 había siete casos por 10.000 habitantes.

El MSP estima que si se aplicaran las proyecciones para contabilizar el subregistro la cifra de personas viviendo con VIH en el Ecuador ascendería a 98.330, de las cuales el 90% desconoce su estatus de salud.

22 Véase VV.AA. “El VIH en las comunidades indígenas” en ¡Impacto! Transnacional, invierno 2008, vol. 6: 1, Los Ángeles, APLA.

23 Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA (2007-2015) y Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA.

Las instituciones responsables de dar respuesta al VIH y SIDA y sus diversos estudios afirman que en el Ecuador la epidemia está concentrada en grupos específicos como homosexuales y trabajadoras sexuales. No obstante reconocen que es necesario complementar las estadísticas con investigaciones que permitan conocer cómo se comporta la epidemia en las otras poblaciones clave como mujeres y población indígena. Estos datos, sin duda sustentarían la construcción de una política integral del Estado y el fortalecimiento de los programas de prevención específicos.

Por otra parte, para nuestro país se establecen varios factores que colocan a las personas en situación de mayor vulnerabilidad, como el inicio cada vez más temprano de la actividad sexual y la migración, ambas acompañadas de las bajas tasas del uso de preservativos. Además, la discriminación que enfrentan las personas VIH positivas da como resultado el ocultamiento de su estatus, lo cual incide en nuevas infecciones. Sin duda, otro factor son las relaciones inequitativas de género, incluida la violencia y la limitación para la negociación del uso del condón.

Otras cifras indican que actualmente la infección de VIH llega a una relación de 2 hombres infectados por cada mujer.²⁴ De las mujeres infectadas, sólo el 5,5% corresponde a trabajadoras sexuales, mientras que el 94,5% son comerciantes, obreras, amas de casa, o profesionales en general. Esta necesidad de prevenir y continuar con las respuestas a la infección por VIH en mujeres, especialmente indígenas y víctimas de violencia, encuentra respuesta en la Constitución vigente en la que se establece que “El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad” (Art. 35), con lo que se esperarían avanzar en los pasos para el fortalecimiento de las políticas públicas correspondientes.²⁵

24 Programa Nacional del VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública.

25 La Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/SIDA dice: “La violencia contra las mujeres es un causa y consecuencia de la situación de vulnerabilidad ante el VIH”. Para artículos académicos al respecto véase, por ejemplo, Farmer, P. y M. Conner y J. Simmons (1996) *Women, Poverty, and AIDS*. Maine: Common Courage Press. A pesar de los años desde su publicación la mayoría de conclusiones se pueden aplicar hoy día. Si bien desde los Estados Unidos, para una aproximación más concreta respecto al género, la etnicidad, y el VIH y SIDA, véase: Sosnowitz, B.G. “AIDS Prevention, Minority Women and Gender Assertiveness” en Schneider y Stotler (1995) *Women Resisting AIDS*. Philadelphia: Temple University Press; Muir, M. (1991) “Environmental Contexts: Women, Minorities, and Special Needs Groups” en el libro de la misma autora *The Environmental Context of AIDS*. New York: Praeger; Worth, D. (1990) “Minority women and AIDS: Culture, Race and Gender” en Feldman, D. (ed.) *Culture and AIDS*. New York: Wesport.

“Podemos concluir que la hipótesis planteada para la investigación queda demostrada: la vulnerabilidad de las mujeres ante la infección por VIH/SIDA tiene directa relación con los esquemas, mitos y creencias de género existentes en el país, los cuales se expresan en el Ecuador en la llamada ‘cultura machista’ (Cloet. 2006.P83).²⁶

Apuntes finales

Adicionalmente a las estadísticas hay que tener en cuenta la evidencia cotidiana de las relaciones de género. Nuestro medio no es la excepción en cuanto al peso de la sociedad patriarcal y del sistema de restricciones, normas y expectativas sobre “ser hombre” y “ser mujer” y la vivencia de la sexualidad. Así, las mujeres han estado limitadas de acceder a los derechos fundamentales, aún con el reconocimiento de los mismos en el sistema jurídico nacional e internacional. Parte de esa limitación se ha reflejado en la poca libertad para la toma de decisiones sobre su vida sexual y reproductiva, más aún en las mujeres indígenas, especialmente de las áreas rurales en donde, como ya hemos visto, se suma la pobreza y la carencia de servicios e información. Asimismo, los hombres responden a una serie de patrones que exigen la demostración permanente de su masculinidad a través del ejercicio del poder y la fuerza en las diferentes relaciones sociales. Estos roles, muchas veces simbólicos, incluyen la demostración de su capacidad y potencia sexual, accediendo a relaciones sexuales, en general no protegidas, con varias parejas.

También para los hombres el uso y negociación del preservativo está lleno de mitos sobre la disminución del placer y la consecuente duda sobre su potencia sexual, y en otros casos, desconocen el condón como una forma de protección de ITS y VIH.

“Si se quiere combatir la propagación del VIH y SIDA, es fundamental que paralelamente se combatan las inequidades e injusticias en torno a las mujeres, ya que, el acceso a la educación, servicios de salud (incluyendo SSR), el acceso al mercado laboral y a información, son factores que contribuyen a que las mujeres logren un verdadero empoderamiento que les permita tomar decisiones libres sobre su vida sexual y reproductiva”.
FCI/Youth Coalition. Los ODM y la Salud Sexual y Reproductiva. Quito.2006

| 26 Cloet, Rita. (2006). Nunca pensé que esto me iba a pasar a mí: VIH/SIDA y género en el Ecuador. Quito: s.e.

Datos sobre VIH por provincia y pertenencia étnica

Los datos proporcionados por el MSP desglosados por provincia muestran una considerable disparidad. Guayas es la zona en donde habitan más personas viviendo con VIH, con un total de 754 (58,3%). La provincia que sigue es Pichincha, en donde 205 personas viven con VIH (15,7%), mientras que en Manabí hay registradas 114 (8,8%). En lo que se refiere al SIDA, en Guayas lo han desarrollado 189 personas (46,1%) seguida por Pichincha, donde 115 personas han desarrollado el SIDA (18,7%), y finalmente, en Manabí hay 20 personas viviendo con SIDA (4,9%). En este estudio relacionamos los datos del 2006 con las provincias donde se realizó la investigación. Se observa que para ese año en Esmeraldas había más personas viviendo con VIH y SIDA, con un total de 30 personas (1,8%), seguida de Azuay con 21 personas (1,2%), Sucumbíos con 13 personas (0,8%), y luego Chimborazo, donde había 5 personas (0,3%) que tenían VIH y SIDA.

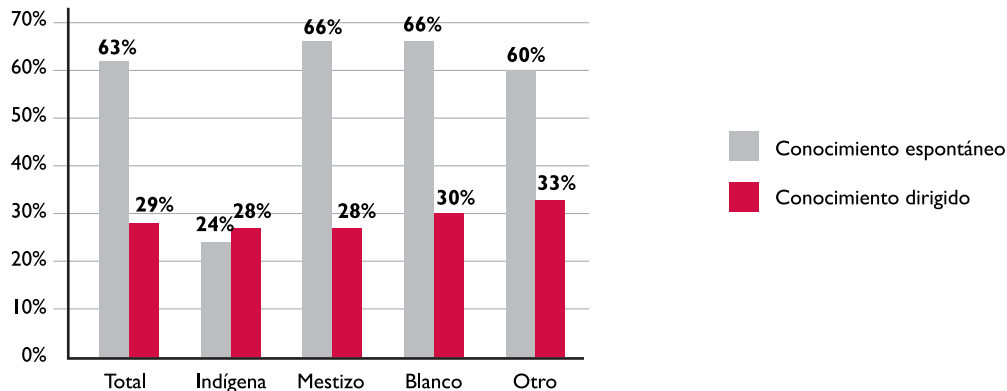
Casos de VIH y SIDA por las provincias del estudio (2006)						
Provincia	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Azuay	15	1,5	6	0,9	21	1,2
Chimborazo	2	0,2	3	0,4	5	0,3
Esmeraldas	20	1,9	10	1,5	30	1,8
Imbabura	1	0,0	1	0,1	1	0,1
Sucumbíos	2	0,2	11	1,6	13	0,8

Elaboración: Programa Nacional del SIDA/ITS.
Fuente: MSP/Direcciones Provinciales de Salud.

Las provincias en las que se realizó el estudio CAP que aquí presentamos, son las que muestran menos personas viviendo con VIH y/o SIDA, pero también son las que tienen un porcentaje de población indígena y afroecuatoriana mayor, lo que implica un factor de vulnerabilidad para esta población en particular.

El 50% del total de población indígena del país se concentra en la provincia de Chimborazo (hasta un 44% en Colta), Imbabura 10,0%, el 5,2% en Sucumbíos y el 39,9% de afrodescendientes se encuentra en Esmeraldas.²⁷ Más adelante (en la sección metodológica) analizaremos otros criterios de selección de estas provincias para realizar el estudio.

Es importante anotar que los datos de la ENDEMAIN 2004 evidencian que las mujeres indígenas tienen poco conocimiento respecto al VIH/SIDA. Como lo refleja el cuadro siguiente, el acceso a información respecto a VIH/SIDA e ITS, en general, también está relacionado con el nivel de instrucción.²⁸ El 91% de mujeres reconoce la existencia del SIDA, pero sólo el 63% lo menciona de modo espontáneo. Este conocimiento asciende según el nivel de instrucción de las mujeres (hasta un 83% las que tienen estudios superiores), así como con el nivel económico. Entre mujeres indígenas el conocimiento global es 39 puntos porcentuales menos que el promedio nacional (52%), correlativamente el conocimiento espontáneo es menor (24% frente al 66% que presentan de las mujeres blancas y las mestizas).

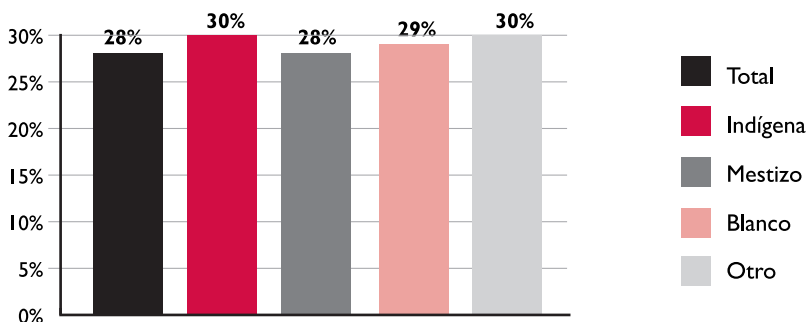


27 León, 2001.

28 Cabe apuntar que las poblaciones indígenas tienen niveles de instrucción formal bajo (véase sobre todo el estudio del PNUD, 2007).

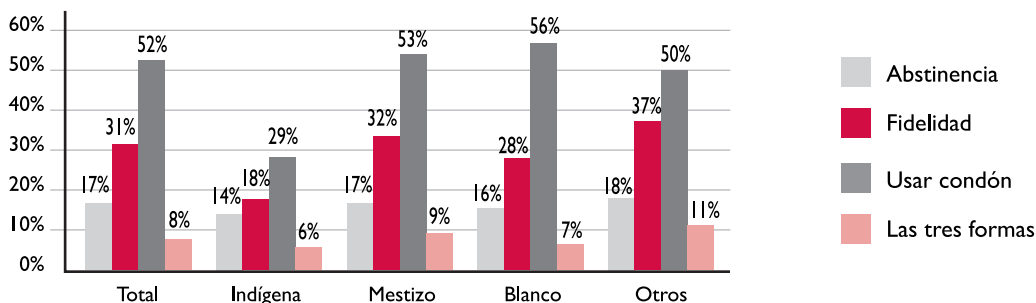
Otro dato importante es "Percepción de riesgo de infectarse del VIH/SIDA según grupo étnico", donde también se muestran marcadas diferencias entre la población blanco-mestiza y las mujeres indígenas (ENDEMAIN 2004).

Percepción de riesgo de infectarse del VIH/SIDA según grupo étnico



Adicionalmente para indagar el conocimiento que tienen las mujeres, según condición étnica, sobre las "formas de prevenir la infección", la ENDEMAIN toma como referencia la abstinencia, fidelidad y uso de condón. Siendo las mujeres indígenas el grupo poblacional con menos conocimiento: "abstinencia" (14%); "fidelidad" (18%); "usar condón" (29%); y las tres formas (6%).

Conocimiento espontáneo de las tres formas de prevención de la transmisión sexual del VIH, según grupo étnico



La utilización del preservativo entre las poblaciones indígenas es otra variable que conviene analizar. Según la misma ENDEMAIN, ante la pregunta sobre el “Uso del condón en la última relación sexual” (cuadro inferior) este parece ser más limitado entre las mujeres indígenas (3,1%) que entre las mujeres blanco – mestizas (alrededor del 6,5%); menos de la mitad porcentual.

Grupo étnico	Usó condones		Total	No. de casos
	Sí	No		
Total	6,1	93,9	100,0	6.867
Indígena	3,1	96,9	100,0	5.726
Mestizo	6,2	93,8	100,0	481
Blanco	6,8	93,2	100,0	481
Otro	5,9	94,1	100,0	337

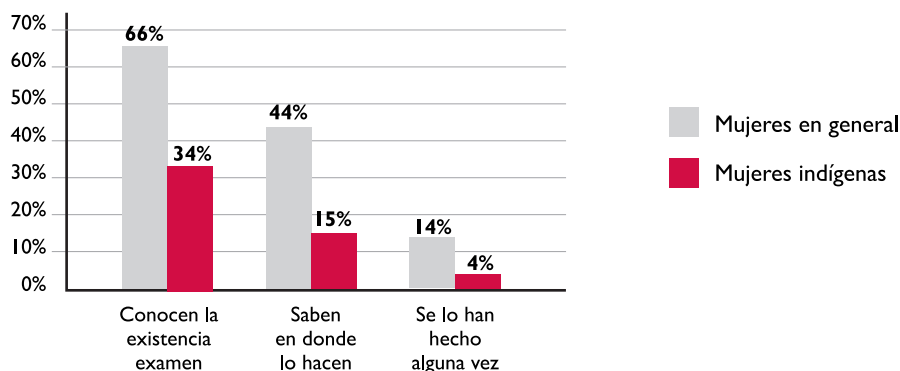
Fuente: ENDEMAIN 2004.

Respecto a las “Creencias no documentadas sobre la transmisión del VIH”, que denota el nivel de instrucción y la influencia de los mitos y factores culturales propios de cada grupo étnico, las mujeres indígenas tienen porcentajes superiores en todas estas creencias: “Usar cucharas, tenedores, platos usados por alguien que tiene SIDA” (43%, 9 puntos superior al promedio); “Trabajar con una persona que tiene SIDA” (23%, una cifra casi dos veces más alta del total del 12%); “Besar en la frente a alguien que tiene SIDA” (24% frente al 9% del total); “Darle la mano a alguien que tiene SIDA” (20%, casi tres veces más alto que el total). Sólo la creencia de transmisión “al ser picado por un mosquito o zancudo” (49% en total), es más o menos igual al promedio entre mujeres indígenas (48%) y mayor en la etnia negra (57%).

Se muestran igualmente las diferencias entre mujeres indígenas y no indígenas en el indicador de “Mujeres que conocen la prueba del SIDA, saben en donde la hacen y se han hecho alguna vez”.

A nivel nacional saben sobre este examen el 66%, conocen en donde lo hacen el 44%, y se lo han hecho alguna vez el 14%. Siguiendo la tendencia apuntada, las mujeres indígenas tienen porcentajes notablemente inferiores (34%, 15% y 4% respectivamente).

Mujeres que conocen la prueba del SIDA, saben en donde lo hacen y se han hecho alguna vez



La ENDEMAIN también muestra datos sobre la disposición que tendrían las mujeres de hacerse la prueba: “a las mujeres ecuatorianas de 15 a 49 años que saben o han oído hablar de la prueba y que nunca se la han hecho, se les preguntó su disposición de hacerla si fuera accesible económicamente. En promedio 90 por ciento contestaron afirmativamente. Las mujeres de etnia indígena tienen esta disposición aumentada 6 puntos (96%); las otras razas comparadas igual o menor cifra que la nacional”.²⁹ Finalmente, apuntar que las “Actitudes de aceptación frente a personas que viven con el VIH” muestran porcentajes inferiores en la población indígena, lo que se relaciona con el bajo conocimiento sobre el VIH y SIDA y la persistencia de mitos perniciosos.

De acuerdo con el estudio (CEPAR, 2006: 87): “Si un pariente suyo se enferma de SIDA. ¿Estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en su casa?”. El promedio afirmativo es 71 por ciento, las mujeres indígenas respondieron con 17 puntos porcentuales menos (54%); las mestizas y blancas igual que el total.

| 29 CEPAR (2006: 86).

Las de etnia negra más alta que el promedio (76%). “Si usted supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene SIDA. ¿Le compraría usted a él?”. Las mujeres indígenas mostraron mayor reserva con 17 puntos menos (31%); las otras razas dan respuesta ligeramente más alta que la media. “Si una profesora se encuentra infectada por el VIH, pero no se ve enferma. ¿Se le podría permitir que siga dando clases?” El total lo confirma en 58 por ciento. Las mujeres mestizas afirman con cifra algo superior (60%), las mujeres indígenas reducen 16 puntos a su aceptación (36%). “Si una persona de su familia se infectara con el virus del SIDA. ¿Preferiría que eso se mantuviera en secreto?”. El 53 por ciento general lo afirma. Esta preferencia es 5 puntos más alta entre mujeres indígenas y de raza negra (57% en cada caso), igual al promedio en mujeres mestizas. “Si un niño está infectado con el virus del SIDA. ¿Piensa que se le debe dejar que vaya a la misma escuela o colegio de niños(as) de su familia? Respuesta general afirmativa 55 por ciento. Las mujeres indígenas tienen 26 puntos porcentuales menos (29%). Las mujeres mestizas y blancas cifra más alta que el promedio (56% y 57% respectivamente)”.

Finalmente, junto a estos datos es importante tomar en cuenta la información de técnicos/as, prestadores/as de servicios de salud y agentes comunitarios de salud que dan cuenta de que;

“Se detectaron dos personas (indígenas) con VIH y fueron transferidas al Hospital Eugenio Espejo (Quito). Luego me enteré que habían fallecido”.

“Me consta que el SIDA ya está en las comunidades. Un amigo mío se murió de la enfermedad”.

Se ha de remarcar que uno de los principales problemas a la hora de determinar el grado de avance del VIH en las comunidades es la deficiencia en los registros:

*“En las hojas personales de registro no hay ninguna casilla que indique la condición étnica de la persona”.*³⁰

Este tipo de comunicaciones, por ser anecdóticas o “informales” no está documentadas, ni existe un registro fehaciente para verificar la información, sin embargo, al provenir de personas vinculadas al trabajo diario con casos de VIH y SIDA y/o con población indígena, es digna de considerarse como clave para acciones de investigación, información, registro, prevención, atención y acceso a medicamentos.

| 30 Entrevista a personal de salud (Quito, 3 de septiembre de 2008).

Apuntes finales

Los datos aportados tanto a nivel mundial como latinoamericano sobre el VIH y SIDA, desagregados por género y edad, evidencian la existencia de grupos con mayor vulnerabilidad. En este contexto, el Ecuador no es la excepción. Si bien es cierto que el VIH y SIDA afecta al conjunto de la población en país se considera que existe una epidemia concentrada en población homosexual y trabajadoras sexuales, y que actualmente también son grupos afectados las mujeres heterosexuales y la población joven económicamente activa y en etapa reproductiva. Asimismo, las condiciones de vida de los pueblos indígenas los hacen especialmente vulnerables al VIH y SIDA, sobre todo por factores como la baja utilización de servicios de salud, la pobreza, y la discriminación. Influye también el analfabetismo y los bajos índices de escolaridad, la migración forzada del campo a la ciudad, hacia otras provincias y países, así como el abuso del alcohol, y la persistencia de relaciones de género inequitativas. Todos estos factores aumentan la vulnerabilidad de la población indígena, especialmente de las mujeres y la juventud. Aún no se cuenta con datos fehacientes, sobre la incidencia del VIH y SIDA en las comunidades indígenas ecuatorianas, pero por el cruce de la información cualitativa y anecdótica, es muy probable que haya ciudadanos indígenas infectados con VIH y SIDA. Al relacionar esta probabilidad con los datos del ENDEMAIN 2004 se presenta un panorama ciertamente preocupante para los pueblos indígenas que requerirá estrategias de prevención a corto y mediano término.

A continuación presentamos el estudio CAP en el que han primado los compromisos asumidos en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, CCMM (Beijing 1995) y la Cumbre Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD (Cairo 1994) sobre la importancia de fortalecer la evidencia de la vulnerabilidad y la necesidad de estrategias culturalmente adecuados de sensibilización, educación y prevención sobre la transmisión y el impacto del VIH y SIDA en las comunidades indígenas. Además de lo fundamental de:

“Apoyar las investigaciones sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual que sean orientadas a la formulación de políticas y a la acción y que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres y las situaciones que las afectan, en particular sobre las estrategias que les permitan protegerse de la infección, sobre la sexualidad humana y las prácticas y actitudes arriesgadas de los hombres y las mujeres, y sobre los métodos de atención a la mujer, con la participación de las mujeres en todas las investigaciones pertinentes”³¹

| 31 CCMM Plataforma 108 (o,p); CIPD 7.38,12.13. Citado en FCI (1995).

Estudio CAP: Investigación participativa con población indígena

En este estudio, eminentemente cualitativo, tuvo el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que la población indígena ecuatoriana tiene sobre el VIH y SIDA e ITS, para aportar a las estrategias de prevención e incidencia política para disminuir la vulnerabilidad a estas infecciones.

Como objetivos específicos se planteó:

- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que la población indígena ecuatoriana tiene sobre las ITS y el VIH/SIDA, especialmente la prevención, las formas de infección, tratamiento y acceso a servicios.
- Identificar los factores culturales que influyen para mantener o incrementar la vulnerabilidad de la población indígena, particularmente de las mujeres, al VIH/SIDA.
- Proponer recomendaciones para la prevención y difundirlas para motivar la movilización de organizaciones y comunidades indígenas para la incidencia política con relación a las ITS, VIH/SIDA e interculturalidad.
- Obtener los insumos necesarios para la elaboración de un módulo de capacitación en SSR y VIH en población indígenas, especialmente mujeres, para ser usado en los procesos de capacitación, información y sensibilización de agentes comunitarios, lideresas, comunidades, etc.

Se ha tenido como reto analizar la información sobre la cultura de las comunidades indígenas a partir de los parámetros científicos básicamente occidentales modernos. Al respecto, es probable, y así esperamos, que la propia metodología participativa del estudio (que remite al concepto tradicional de ciencia de “desvelar conjuntamente” la realidad) haya contribuido a superar ese desafío.

Un referente fundamental ha sido el enfoque de derechos, particularmente nos centramos en los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. En este sentido se espera contribuir a:

- la implementación de las recomendaciones para Ecuador del Ex - Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas;³²*
- al cumplimiento para el 2015 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), fundamentalmente el ODM 5 sobre el mejoramiento de la salud materna, y el ODM 6 sobre la lucha contra el VIH/SIDA;³³*
- a cumplir lo aprobado en las Declaraciones y Programa de Acción de las diferentes Conferencias y Cumbres Internacionales³³ con relación a la salud y los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales; y,*
- al avance hacia la meta de que hacia el año 2015 se logre el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva*

Así también, se espera contribuir a lo plantado en el Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador (2007-2010), donde se señala que “la inequidad y la exclusión de los pueblos indígenas (...), el irrespeto de sus derechos colectivo (...) ha producido profundos impactos económicos y sociales”, y establece en su objetivo 3 en el que una de sus metas es desacelerar la tendencia del VIH/SIDA.

El estudio también busca contribuir a la aplicación de la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas aprobada recientemente.³⁴

32 Documento de Naciones Unidas: A/HRC/4/32/Add.2.

33 Véase PNUD (2007) II Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio para Ecuador. Quito: SNU. Las declaraciones y programas de acción de Viena, Cairo, Beijing, Copenhague y la Cumbre del Milenio (NY 2005).

34 Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2007.

Metodología

Un criterio fundamental en el proceso metodológico fue procurar que todo el trabajo estuviera desarrollado con sensibilidad cultural de acuerdo con el concepto del “buen vivir” de los pueblos indígenas, incluyendo su aproximación mayormente comunitaria a la dinámica salud-enfermedad y la sexualidad.

Se tuvieron en cuenta las directrices y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para investigaciones sanitarias participativas con estos titulares de derechos, en la cual se subraya que es necesario organizar, idear y realizar investigaciones sanitarias que tengan en cuenta las necesidades de las poblaciones indígenas y las diferencias culturales, estén basadas en el respeto mutuo, y sean beneficiosas y aceptables para todas las partes involucradas.³⁵

Por eso fue fundamental la coordinación permanente del equipo de investigación de FLACSO con las organizaciones involucradas en este estudio (FCI/Ecuador, ECUARUNARI, AMNKISE FONAKISE y la DINEIB de Esmeraldas) para la toma de decisiones conjuntas sobre el proceso a realizarse, la selección de las comunidades para el trabajo de campo y los detalles logísticos necesarios.

El equipo de investigación estuvo conformado por una coordinadora general especializada en Género y un investigador principal especializado en Sociología y Antropología. Las dos personas (ambos con experiencia en investigación y trabajo con diversidad cultural y pueblos indígenas) fueron los responsables de preparar la propuesta metodológica, coordinar la preparación del trabajo de campo con la ECUARUNARI y FCI/Ecuador, realizar la investigación misma (tanto el trabajo de campo, como la revisión bibliográfica) y elaborar el documento final de investigación. Adicio-

35 OMS / CINE (2003) Poblaciones indígenas e investigaciones sanitarias participativas: planificación y gestión/preparación de acuerdos de investigación. Ginebra: OMS. Igualmente, el estudio seguiría las líneas de acción del documento de la OPS-OMS “Promoción de la salud sexual y prevención del VIH y SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas – Abya-Yala Kunarinakui” (2003, Washington), en el que se recomienda: “Es necesario favorecer, con el acuerdo y la participación de los mismos pueblos indígenas y sus representantes, proyectos de investigación participativa” (p.32).

nalmente participó una asistente de campo que apoyó en el desarrollo de los grupos focales en terreno; y, una asistente responsable de transcribir las entrevistas y grupos focales realizados, ambas con formación en Ciencias Sociales.

Como apoyo a este equipo se integró el dirigente de salud de la ECUARUNARI, con quien se identificó en primera instancia los criterios para seleccionar las comunidades para el trabajo de campo (expuestos más adelante). Posteriormente, también de la ECUARUNARI, se sumaron los dirigentes de salud de las provincias de Imbabura y Chimborazo, el dirigente de salud de Azuay, una promotora y una técnica delegadas de la AMNKISE; y, más adelante el Director de la DINEIB de Esmeraldas. Estas organizaciones e institución, respectivamente, fueron claves para las actividades previas y durante el trabajo de campo. Fundamentalmente para la explicación en las comunidades de los objetivos del estudio, seleccionar los participantes para los grupos focales conforme a los acuerdos con el equipo de investigación, realizar la convocatoria, garantizar la asistencia y llevar la organización logística de los grupos focales. Es de destacar la importancia de su apoyo para la traducción del castellano al kichwa de la sierra y de la amazonía y al chachi, y viceversa. Todas estas actividades fueron trascendentales para cumplir con los objetivos propuestos.

Para esta investigación, que tuvo la duración de 3 meses, se tuvieron en cuenta tres unidades o niveles de análisis: (i) Estado-nación, con sus políticas públicas específicas sobre el VIH y SIDA para pueblos indígenas; (ii) Nacionalidad y pueblo indígena de pertenencia, teniendo en cuenta sus referentes históricos, sus valores, prácticas e instituciones, tomando en consideración la dimensión comunitaria, su relación con el medio, y su experiencia espiritual; y poniendo especial atención a sus distintos sistemas de parentesco, como es la familia extendida; sistemas relacionados, a su vez, con la división del trabajo y que inciden en las relaciones sociales más amplias; y (iii) Prácticas de hombres y mujeres en edad fértil, determinados por procesos de transformación cultural, secularización/laicismo y movilidad (migración), que pueden constituir factores de vulnerabilidad para la infección por VIH.

En tal sentido, se partió de una revisión bibliográfica para identificar los estudios existentes sobre VIH, sexualidad, salud sexual y reproductiva con relación a pueblos indígenas. Adicionalmente, en la misma línea, se ubicaron los marcos legales nacionales e internacionales vigentes.

El trabajo de investigación se llevó a cabo en cinco comunidades indígenas de cinco provincias ecuatorianas que abarcan las tres zonas ecológicas del país: Imbabura, Chimborazo y Azuay (Sierra norte, centro, y sur; respectivamente); Esmeraldas (Costa), y Sucumbíos (Amazonía norte). Las comunidades fueron escogidas en base a: (i) sus bajos índices socioeconómicos (según datos del INEC y la ENDEMAIN); (ii) su diversidad cultural y alto porcentaje de población indígena, aunque la incidencia de VIH fuera baja; (ii) menor dificultad de acceso (tanto de los participantes como del equipo investigador); (iii) su trabajo previo en salud (sobretudo preventiva) que permitiera un acceso a las comunidades y a la población ; y (iv) su capacidad organizativa, vinculada a la ECUARUNARI, a la FONAKISE-AMNKISE, y también a la DINEIB.³⁶

Los criterios de las edades fueron los siguientes: (i) En los pueblos indígenas el concepto de adolescencia no existe, se consideran jóvenes a las personas entre 14 y 24 años, adultas a las de 25 en adelante, y mamás y yayas (adultos mayores) a las personas de 50 en adelante; (ii) El inicio de la actividad sexual se inicia alrededor de los 14 años o incluso antes, al igual que la migración estacional para el trabajo; y (iii) La lógica participativa en los espacios indígenas sucede desde esta comprensión de las edades (esta separación de edades ha funcionado adecuadamente en experiencias anteriores).

En los grupos focales, con un promedio de 12 personas por sesión, participaron 222 personas, entre jóvenes (14 a 24 años) y adultos (25 a 50 años) de géneros femenino y masculino, según se describe en el siguiente cuadro:

36 Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe, que se sumó especialmente para organizar el trabajo de campo en Esmeraldas.



Provincia	Hombres		Mujeres		Total
	Jóvenes	Adultos	Jóvenes	Adultos	
Imbabura	23	15	20	8	66
Chimborazo	12	17	-	31	60
Azuay	7	5	8	3	23
Sucumbíos	9	17	9	8	43
Esmeraldas	11	-	8	11	30
Total	62	54	45	61	222

El trabajo de campo se realizó en idioma castellano, por acuerdo con las organizaciones indígenas, y se garantizó la presencia de un agente de salud o de educación (dirigente/a, promotor/a o docente) para solventar la necesidad de traducción del idioma local (kichwa de la sierra y la amazonía y Chachi) al castellano y viceversa.

Se elaboró y aplicó una metodología cualitativa participativa. Se usaron como instrumentos “grupos focales” en las comunidades y “entrevistas abiertas” a prestadores de servicios locales y nacionales de servicios de salud y educación, que se complementaron con “observación no participante” de las condiciones en las zonas de estudio. Al inicio de cada grupo focal o entrevista individual se acordó mantener la confidencialidad sobre las personas que dan la información, y planificar (en el marco del proyecto en curso) un proceso de devolución de los hallazgos. Para el desarrollo de los grupos focales se elaboró un cuestionario que abarcaba los ejes de conocimiento de la existencia del VIH y otras ITS, las formas de infección, de prevención; y, los servicios con que se cuenta para diagnóstico y tratamiento. Se añadieron preguntas específicas sobre la violencia y el alcoholismo como factores que inciden en la vulnerabilidad, porque estos dos temas fueron apuntados enfáticamente por las dirigentes de salud y agentes de salud indígenas con quien se fue construyendo la propuesta metodológica (Ver anexo 2). Fue importante vincular las pre-

guntas con las dimensiones relevantes en la cosmovisión de los pueblos indígenas: la dimensión comunitaria, individual y espiritual.

La información de los grupos focales ha sido organizada y así se presenta, de acuerdo a cada provincia, se utilizan citas tanto de los grupos focales como de las entrevistas individuales usando las siguientes siglas: GF para indicar que se trata de un grupo focal, seguido de MA, MJ, HA, HJ, según se trate de mujeres u hombres adultos o jóvenes. Por ejemplo, si se cita una frase de un grupo focal de mujeres adultas se anotará: GFMA. Cabe destacar que en la transcripción de las citas se han conservado las formas de expresión de las personas y de las regiones.

Finalmente, mencionar que conceptualmente hemos tenido en cuenta que los conocimientos hacen relación a la información que las personas han recibido, los conceptos que tienen y que han construido de acuerdo con su contexto social, cultural, geográfico, respecto a la sexualidad, el cuerpo, el sistema salud – enfermedad, las ITS y el VIH y factores asociados. *Las actitudes* están referidas a las reacciones que las personas tienen (sea que actúen o no esta reacción) frente a las distintas situaciones reales o hipotéticas vinculadas a las ITS y al VIH, de acuerdo a su sistema de creencias, ideología e información. Finalmente las prácticas se relacionan con lo que usualmente hacen las personas en la vida cotidiana, es decir, aquellos actos internalizados y naturalizados, “*el habitus*” que forman parte de su sistema de prácticas y valores, con relación a los temas tratados en este estudio.

Conocimientos, actitudes y prácticas son dimensiones muy imbricadas entre sí por lo que difícilmente se puede entender una sin las otras. Por esta razón, hemos preferido mantener estos conceptos ligados y organizar la información analizando los siguientes temas: a) sobre la existencia de las ITS y el VIH y como este se vincula con otros temas referidos al cuerpo y la sexualidad o al sistema salud - enfermedad, y especialmente a las formas de prevención, b) luego se analiza lo referido a las formas de transmisión y los factores de vulnerabilidad, fundamentalmente la violencia de género y el alcoholismo que agrava las situaciones de violencia, especialmente la sexual y, c) sobre el acceso al diagnóstico y tratamiento.

Los apuntes para la lectura que siguen sólo remiten al orden cronológico del trabajo de campo. En los anexos se ha considerado un cuadro con información socio-demográfica de cada provincia.

Sucumbíos

Sobre la existencia de VIH e ITS y las formas de prevención

En general se identifica que la información a la que tienen acceso (sobre el VIH y SIDA e ITS) es escasa o ausente. Tanto las personas adultas como jóvenes indican que al interior de las comunidades no existen espacios donde se hable del tema de sexualidad en general, menos aún de infecciones de transmisión sexual:

“ni en las familias, ni en la escuela, ni en la iglesia ni en los servicios de salud”. (GFMA)

“En la escuela no se habla; el sacerdote no habla”. (GFHA)

“En la familia casi no se habla”. (GFJH)

En el caso de esta zona de la Amazonía, las parteras, promotoras y promotores de salud son quienes informan sobre estos aspectos, pero afirman que pese a los conocimientos que puedan transmitir a la población y la sensibilización que se haga, la realidad económica determina que este tema pase a segundo plano, especialmente si se trata de hacerse la prueba o bien chequeos médicos.³⁷ En las comunidades indígenas no hay postas de salud (como máximos “botiquines”³⁸); de ahí que sea difícil para la mayoría acceder a estos servicios, especialmente si decidieran realizarse, aunque fuera, la prueba rápida.

Aunque en apariencia la información obtenida, revelaría que los hombres adultos están bien informados sobre las ITS, VIH y SIDA, es interesante apuntar que la mayoría de participantes fueron “Promotores de salud”, que han tenido un proceso de capacitación sobre las formas de prevención de las enfermedades más recurrentes en la zona (tuberculosis, malaria, infecciones respiratorias y digestivas, etc.), y en menor intensidad capacitación sobre salud sexual y reproductiva y/o maternidad segura

37 Desde hace catorce años, en Sucumbíos hay una experiencia innovadora y ejemplar de trabajo en salud junto con las comunidades indígenas y con enfoque de género. Actualmente tiene su expresión en el Programa Integral de Salud de la FONAKISE-RIOS. La “Warmiwankurina” (mujeres organizadas) tiene a cargo el componente de salud preventiva, sexual y reproductiva.

38 En los domicilios de promotores/as o autoridades comunitarias se tiene una dotación de medicinas e insumos básicos para primeros auxilios. Ahí se ofrece una atención emergente mientras se traslada a un servicio de salud en el centro poblado o en la ciudad principal.

(temas a cargo de las llamadas “promotoras para la vida”³⁹). Estos procesos les permiten el conocimiento de temas de salud que luego comparten en sus comunidades. Sin embargo, los temas referidos a la sexualidad, cuidados del cuerpo, reproducción, ITS, se asumen como temas ya conocidos, no tanto por ser promotores sino por ser hombres, y dan por hecho que, en consecuencia, el mismo conocimiento (sin cuestionar si es real o no) lo tienen el resto de hombres de las comunidades.

En cambio, en los y las jóvenes se aprecia un silencio profundo, o insistiendo, se obtienen respuestas guiadas. Esto permite inferir que en su caso el conocimiento también es limitado, cuando no inexistente. Lo mismo sucede respecto de los lugares donde podrían acudir para conocer respecto a las ITS o al VIH y más aún para tratamiento en caso de una posible infección.

Esta falta de información está íntimamente ligada a la educación deficiente y, en el caso de los pueblos indígenas del Ecuador, junto con aspectos familiares y comunitarios, a las condiciones en que se debe trabajar desde la DINEIB. De acuerdo con la antropóloga María Elena Albán: “Se dice que en las escuelas bilingües no se imparte educación de la sexualidad, pero en realidad se debería decir que se imparte, implícitamente, una educación no planificada e inadecuada que responde a los prejuicios en torno a la sexualidad que existen entre los padres y madres de familia y entre las y los maestros. Los mayores problemas en cuanto a este ámbito son cuatro: (i) La falta de preparación en torno a contenidos y prácticas recomendadas; (ii) el desconocimiento y/u olvido de sus propias tradiciones y de los saberes ancestrales de sus pueblos; (iii) la carencia de métodos y recursos pedagógicos que se puedan utilizar para tratar los temas de sexualidad; y (iv) la ausencia de información, así como de apoyo y estímulo a su labor docente” (VV.AA. 2003: 31).

Sobre las formas de transmisión y factores de vulnerabilidad

A pesar de que se evidencia que las mujeres adultas conocen la existencia del VIH y SIDA y de los ITS, todavía existen dudas en relación a las formas como se produce la infección.⁴⁰ Para ellas, los hombres pueden infectarse cuando salen de la comunidad o se ausentan por períodos

39 Mujeres kichwas, delegadas cada año por su comunidad para trabajar los temas de salud preventiva, sexual y reproductiva, que incluye señales de peligro durante el embarazo y el parto, Cuidados Obstétricos Esenciales (COE básico), derechos, violencia, etc.

40 Incluso persiste la creencia de que “a ellos no les va a dar porque es una enfermedad de afuera”. (Entrevista con Freddy Aylluardo, jefe del Área de Salud 1 de Sucumbíos. Lago Agrio, 12 de septiembre de 2008). Igualmente: “Hay un mito que se mantiene, que no les va a dar porque son indígenas”. (Entrevista con Marcela Aylluardo, técnica en salud de la FONAKISE/AMNKISE. Lago Agrio, 9 de julio de 2008). Sobre las kichwas del Napo, de manera similar: “En las comunidades de Archidona se piensa que las enfermedades de transmisión sexual no les afectan, ya que se considera que son enfermedades externas que se encuentran en los centros urbanos y ciudades grandes en el país” (Vallejo s.f. 55).

prolongados y tienen otras parejas. Si al regresar a la comunidad tienen relaciones sexuales con ellas entonces las pueden infectar. Pese a tener conciencia de que esta es una vía de infección, parecería que no sucede lo mismo en relación a como identificar que se han infectado o el tratamiento a seguir:

¿De ahí cómo se sabrá?... no se sabe cuando dará mismo, aquí lejos no se sabe cómo mismo será o cómo para tratamiento. Dicen que sabe dar picazón, pero no se si toque tomar algo o si toca ir al hospital. (GFMA)

Por otra parte, los hombres adultos confirman esta percepción de las mujeres al afirmar que “La fidelidad se da en la comunidad, pero cuando se sale se va perdiendo. Si uno está vivo sucede. A veces se dan [relaciones sexuales] cuando uno no quiere; y cuando uno quiere no sale ni un ‘rabo’”. (GFHA)⁴¹

Otras afirmaciones parecidas:

“Depende de la suerte, muy de repente. En la comunidad te dan garrotes si te ven así”. (GFHA)

“Cuando uno trabaja en las empresas petroleras. De repente sale una del cielo”. (GFHA)

“Como me peleé con mi mujer una ‘canita al aire’”. (GFHA)

De tal forma, se puede inferir que las mujeres adultas tienen mayor conocimiento del riesgo de infectarse por vía sexual, aún cuando no dimensionen los riesgos. Los hombres, por su parte, asumen que tener relaciones sexuales con múltiples parejas, y además sin preservativo, es una práctica propia de los hombres; pero este comportamiento conlleva poca o ninguna conciencia de las posibilidades de infectarse y de que, como portadores, podrían infectar a sus parejas sexuales incluida su esposa.

Los hombres consideran que la principal vía de entrada del VIH y SIDA es la migración y de manera específica, manifiestan su percepción de que las jóvenes adolescentes en la actualidad “se escapan” (GFHA) de la comunidad para ir a trabajar en servicio doméstico y en bares o cantinas de la ciudad (Lago Agrio). Estas últimas jóvenes, según lo que manifiestan los hombres adultos, precisamente por

41 En el grupo de jóvenes: “Los chicos de la comunidad se enamoran de chica del pueblo. A veces (ya como marido. Se va a trabajar y entonces viene el amante, mientras él está trabajando”.

no ser –según sus palabras– *“trabajadoras sexuales oficiales, pueden ser las principales víctimas (GFHA)”* y el vector más fácil de introducción de ITS y VIH en las comunidades.

“Salen a trabajar a salones y cantinas, en ciudad, vienen petroleros, campesinos, todos...”. Y más: “Esas chicas ya se forman mal, sin preservativos (...) Después cuando regresan a la comunidad dicen que hay buen trabajo, las invitan, convencen a las otras chicas, las ‘encantan’ para ir a la ciudad”. (GFHA)

En el grupo de jóvenes: “Porque en el pueblo salen a trabajar donde sea, y se acuestan donde quieren (...) En las comunidades cuidan a los hijos e hijas. El pueblos es más abierto y tienen la oportunidad de divertirse”. (GFHA)

Adicionalmente, se puede apreciar que el uso del preservativo no es común. Esto se evidencia en expresiones que son comunes en los hombres adultos, que indican que al usar condón *“Ahí no se encuentra sabor”*, o que es *“mejor pelo-pelo”*, es decir, sin protección.

Aunque la participación en actividades de salud de la organización, permite a algunos hombres intuir que estas afirmaciones quizá no serían del todo ciertas, pero si difíciles de cambiar. Es así que un promotor de salud participante en el grupo focal menciona que *“Falta un poco de conciencia”*, él dice: *“nadie es profeta en su tierra. A uno ya no le escuchan. Quizás gente de afuera sí le creerían. Como promotor a uno hasta ira le tienen”*.

Al vincular al tema del VIH y SIDA, factores como el alcoholismo y la violencia de género, los hombres adultos se muestran incómodos, especialmente cuando se evidencia que estos dos factores pueden inducir a situaciones de violencia sexual. El reconocimiento del problema y su simultánea negación es una contradicción que se hace evidente cuando en el grupo de hombres se apunta que *“Con las organizaciones de mujeres ellas ya no dejan pegarse, ni que las violen”*.⁴² A la vez se afirma que *“Se toma conciencia que el maltrato ya no es adecuado para resolver un problema”*.

“Sí hay mucha violencia, relacionada con el alcohol”; “Sobre todo los fines de semana toman ‘el puro’”. (GFJH)

42 La AMNKISE, filial de la FONAKISE, tiene una línea de trabajo para prevención de la violencia contra las mujeres que ha evidenciado que este problema existe y en la mayoría de casos están asociados al alcoholismo, especialmente la violencia sexual.

En cambio, para las y los jóvenes es menos difícil admitir abiertamente el alcoholismo y la violencia de género que existen en las comunidades, para este grupo estas son prácticas generacionales que no han podido ser eliminadas, aún con el daño que causan tanto a las personas adultas como a jóvenes.

La posibilidad de admitir este problema de manera más abierta, probablemente está ligado a los cambios generacionales que están viviendo. En el caso de las mujeres jóvenes, se aprecia una diferencia respecto de sus madres, en cuando a movilidad y acceso a otros espacios sociales, educativos, urbanos, informativos, etc. Las jóvenes mencionan que las chicas que tienen estas oportunidades, a diferencia de las que viven solamente en la comunidad, tienen cambios evidentes incluso en nuevas prácticas alrededor de hacer pareja y, en general, de la sexualidad. Como ejemplo citan, la posibilidad de tener varios “*enamorados*” e incluso relaciones sexuales con varias parejas, antes de casarse.⁴³

Contradictoriamente, a pesar de que estos cambios podrían sugerir mayor acceso a información sobre la sexualidad en general, y particularmente a salud sexual y reproductiva, prevención de VIH y SIDA e ITS, los y las jóvenes todavía se resisten a utilizar preservativo bajo argumentos como la tradición que no admite elementos “*externos*” a su cultura, y/o juicios morales con los y las jóvenes que han iniciado su vida sexual antes del matrimonio. Incluso desde su visión, llegar a un uso no prejuicioso del condón implica un cambio muy lento, por ahora apenas está más asociado a la prevención de embarazo que a la posibilidad de adquirir una ITS o el VIH.

Esto se refleja en expresiones dichas por jóvenes hombres que han tenido más educación formal, como que hay que usar “*poncho de agua para no mojarse*” (GFHJ).

43 En muchos de los casos de mujeres adultas (que ahora tienen de 40 años en adelante) el matrimonio no era una opción sino una imposición por parte de los padres que elegían al marido y acordaban los términos de la unión sin que las mujeres pudieran negarse. Una variable que hace la excepción de estos casos la documenta Blanca Muratorio (2000) en su publicación sobre la Historia de vida de una mujer amazónica: intersección de autobiografía, etnografía e historia.

Sobre el acceso al diagnóstico y tratamiento

Respecto del diagnóstico del VIH, en general, tanto en personas adultas como jóvenes hay desconocimiento de que existe la prueba, en que consiste y donde hacérsela. Más aunque esta es una situación común, se suele hacer afirmaciones que ubican a los otros como los no informados, por ejemplo se dice que *“los más jóvenes no saben de la prueba del SIDA”*.

También incide el hecho de que acudir a cualquier servicio médico a hacerse pruebas (de cualquier tipo) representa un gasto adicional, que no es parte del presupuesto familiar, bastante limitado, ya en la mayoría de los casos. Esto implica que, como lo confirman las mujeres adultas *“En la comunidad [tampoco] las mujeres embarazadas no se hacen la prueba”*.

Pero sobre todo, se encuentra que aún cuando fueran superados estos obstáculos, aún quedaría una barrera más fuerte para hacerse el examen: el temor a ser discriminados/as, juzgados/as y aislados/as de la comunidad. Esta es una idea generalizada que se evidencia en frases como las de las mujeres adultas:

*“A veces sí hay timidez. No quieren ir ellas mismas por timidez, si ni se hacen el papanicolau”.
“¿Por qué voy a hacer exámenes si soy fiel?”*

○ en las referencias que hacen los hombres:

“Se puede pensar por ‘culión’ o yukuysyky, porque se va con muchas mujeres”.

En el grupo de muchachos se apunta igualmente a la discriminación:

*“Que se ha ido a acostar sin protegerse a un prostíbulo, eso pensaríamos”
“Se ha escuchado que para ir a trabajar sí piden la prueba del SIDA, incluso para estudiar. Pero hay discriminación”*.

Otro tema común, en tanto desconocimiento, está referido al tratamiento. Para las mujeres las ITS no les son tan desconocidas en la medida que las asocian con molestias en la zona genital, pero a los nombres les son ajenos. No saben a ciencia cierta si en el caso de las ITS se trata de “*enfermedades incurables*” o si es posible tratarlas, así mismo piensan que existen ITS que no son peligrosas, ya sea porque las asumen como naturales o porque desconocen el riesgo de no tratarlas. Una situación similar sucede con los hombres y jóvenes, que asocian “transmisión sexual” con “relaciones sexuales”, pero no identifican si han tenido algún comportamiento de riesgo que pueda exponerlos/as a infecciones. Evidentemente para el caso del VIH y SIDA la existencia de un diagnóstico específico es desconocido en su totalidad.

Si acceder al diagnóstico ya representa una barrera, lo es igualmente el conocimiento al tratamiento adecuado o el acceso a este. Aunque en ninguno de los grupos reportan la existencia de casos de personas indígenas viviendo con VIH o SIDA, se presume que de haberla no se tratarían porque el miedo a ser juzgadas o discriminadas. Las mujeres adultas señalan que, al interior de las comunidades, las enfermedades incurables (que parecen o se creen incurables) son estigmatizadas. Ejemplificaron esta situación con la tuberculosis y afirmaron que lo más probable era que una persona que tenga VIH y SIDA sea aislada de la comunidad. Lo mismo afirman los hombres, quienes añaden que “*la comunidad tiene miedo y puede aislarla [a la persona enferma]*”.⁴⁴

44 Apuntan que “en la comunidad no hay SIDA, pero en una empresa petrolera sí dijeron que había una colombiana que sí tenía”. Según el coordinador Proyecto de Salud Integral FONAKSE-RIOS: “La provincia tiene 13 casos acumulados de VIH-SIDA, y en los pueblos indígenas no se ha reportado ningún caso”. Entrevista realizada en Lago Agrio, el 9 de julio de 2008.

Imbabura

Sobre la existencia de VIH e ITS y las formas de prevención

Aunque la provincia de Imbabura, específicamente su capital Otavalo, es un centro comercial y de producción dinámico, en las comunidades usualmente se evidencia falta de infraestructuras (vías de comunicación, agua potable, electricidad) y de servicios, como guardería (wawa wasi), escuelas o centros de salud. En términos de salud, si se tienen que atender por alguna emergencia o enfermedad, dependiendo de la comunidad acuden a la unidad de salud de la parroquia o bien al hospital en la ciudad misma.

En este contexto, no es de extrañar que sean pocos los lugares donde las personas identifican que pueden obtener algún tipo de información sobre su salud sexual y reproductiva, su sexualidad o particularmente sobre VIH y SIDA e ITS.

“A veces, cuando son jóvenes las mujeres y los hombres hablan con sus amigos, pero entre ellos no siempre saben aconsejar bien”. (GFMA)

“En hospital nos enseñaron algo, pero si no se está insiste, insiste, se olvida una. Como ya la cabeza también se hace vieja, como vamos a acordar de tanta cosa si no tenemos de donde aprender seguido, seguido”. (GFMA)

“En la casa también se habla cuando se tiene confianza pero en algunos casos en las casas da recelo porque la mamá y el papá tampoco han hablado en sus familias y no saben o no es fácil hablar de este tema con sus hijos”. (GFMA)

Las mujeres identifican la familia, especialmente el rol de la madre, como fundamental para la educación de la sexualidad y los cuidados del cuerpo.

“Cuando las mujeres van a enfermarse [menstruación] ahí la mamá y también el papá aconsejan a veces juntos (...) que no vayan por ahí con cualquiera, que tengan cuidado de los hombres que engañan y sólo quieren aprovecharse de la mujer. Si ya tienen enamorado ya tienen que casar pero no aceptar cosas [relaciones sexuales antes de casarse] porque después saben decir que ya no vale. (GFMA)

De manera reiterada los hombres adultos apuntan que durante su juventud nadie les informó sobre sexualidad y encuentran que hoy día en las comunidades tampoco hay sitios en donde se

de ese tipo de información, salvo puntualmente los servicios de salud, los amigos o la familia, coincidiendo con lo que mencionan las mujeres arriba, pero añaden que lo que conocen *“es a través de la televisión y de la radio”*. Aunque no especifican el tipo de mensajes y contenido que estos medios transmiten.

“A veces a los hijos también se aconseja que sólo con mujercitas serias tienen que andar, que no vale estar con una y con otra haciendo el daño, que tiene que conseguir una buena mujer se dice. Así mismo se dice que hay que respetar a las mujeres, pero a veces cuando los amigos o algunas veces los mayores que son familia le aconsejan mal, ahí sabe pasar que se pierden y andan por ahí con una y con otra”. (GFMA)

Indican como una experiencia positiva, pero de excepción para conocer sobre temas de salud sexual y reproductiva, un taller reciente impartido (agosto 2007) por médicos, en una de las casas comunales. Ahí se informó sobre *“cosas de mujeres como el papanicolau y de cómo los hombres deben tener relaciones sexuales”* (GFHA). En la comunidad ven esta actividad como una novedad puesto que dicen que usualmente *“no se habla de eso”*.

No obstante, se señala que los jóvenes de su comunidad sí conocen de temas de sexualidad porque aprenden por medio de la televisión y también en los colegios de Otavalo.

“En un curso se hizo dibujar el cuerpo de una mujer y enseñaron como está conformada.” Él tiene cuatro hijas y les enseñó lo que aprendió, porque de su experiencia:

“No se nos ha hablado del cuerpo pero nos gustaría aprender para enseñar eso en la comunidad”.

Aunque hombres y mujeres adultos/as reconocen la importancia de contar con información sobre estos temas, también manifiestan su preocupación por como esta puede influir en los cambios en las costumbres de la población indígena. Mencionan el caso del matrimonio, las mujeres adultas consideran que *“Antes los padres escogían a las parejas de los hijos, pero actualmente los jóvenes son los que deciden”* (GFMA). Los hombres por su parte cuenta que *“Para enamorar les quitábamos las pachalinas y le molestábamos y después las mujeres les decían a sus mamás que tal persona éramos los que les estábamos molestando [cortejando] y después veían que tan buenos partidos éramos y luego nos hacían casar, esa era la costumbre”* (GFHA). Esta percepción de la transformación cultural es importante puesto que evidencia cambios en el ejercicio de la sexualidad, una decisión más in-

dividual sobre el inicio las relaciones sexuales, con quién iniciarlas, y en qué condiciones. Al respecto se recogen afirmaciones sobre que *“Las épocas han cambiado (...) antes como no había muchas familias, ni trabajo, ni tampoco se viajaba a otros países se casaban con mujeres u hombres de otras comunidades. (...) Ahora son muy pocos los que escogen a sus esposas o esposos en las comunidades, está cambiando la tradición, ahora pasan primero los embarazos”* (GFMA).

Hombres y mujeres adultos/as ven estos cambios muy marcados en las generaciones jóvenes, comparando lo que llaman “sus épocas” con la forma como jóvenes –hombres y mujeres– hacen pareja actualmente. Con frecuencia mencionan que *“Antes se esperaba hasta el matrimonio. Antes era más peligroso para topar a las mujeres, ahora los tiempos han cambiado”*.

“Antes [los hombres] buscaban... en algunas comunidades todavía buscan, pero ya no es lo que más pasa. Ahora como los jóvenes salen a buscar trabajo o para estudiar ya encuentran por ahí alguien con quien estar y ellos van nomás con una mujer que no sea de la misma comunidad. Las mujercitas menos, pero también se ve que ahora ellas buscan a los muchachos. Ahí depende de lo que los padres les enseñan”. (GFMA)

Permanentemente, contrastan el cortejo de largo plazo con lo que críticamente consideran “apuro” de la juventud para iniciar las relaciones sexuales.

“Las jóvenes buscan rápido tener sexo, pero las madres enseñan a sus hijos que aprendan cómo hasta los animalitos se dan tiempo para todo: Una semana, dos semanas, tres semanas cacareando [el gallo] para que le acepte”. (GFMA)

Respecto del conocimiento del VIH, los diferentes grupos de edad coinciden en afirmar que no saben “de donde vino esta enfermedad”. En general las mujeres adultas apuntan que a su parecer viene de otros países:

“Mucha gente otavaleña va a buscar vida en otros países y se pueden dar relaciones con alguien que tiene esa enfermedad, llegan acá y puede contagiar. Tal vez que al futuro los niños nazcan con la misma enfermedad”. (GFMA)

Se reconoce que desde hace años atrás en las comunidades hay mucha migración (interna y externa, fuera del país)⁴⁵ y las mujeres adultas indican que *“muchas familias, muchos matrimonios se han acabado por esto de la migración y por eso también a veces las mujercitas se buscan otro hombre”*.⁴⁶ Además, dicen: *“se sabe que tienen relaciones con ‘gringos o gringas’ aunque tengan, aquí en la comunidad, su marido o su mujer”*. En esta línea, reafirman que el VIH viene de afuera: *“Ese cáncer del SIDA se pasa porque han estado con gringo o con muchos mishus [mestizos/as]”*.

Para no infectarse, las mujeres consideran importante *“(...) enseñar a los hijos para que no tengan mujeres en todo lado, que respeten a la mujer que tienen”*. Y sugieren que *“hay que hacerles ver que los de afuera tienen un montón de enfermedades que después vienen trayendo”*.⁴⁷

Las mujeres adultas dicen conocer las ITS pero de manera distinta de *“como se conocen en los occidentales”*. Hablan de *“un gusano que come y crece en el cuerpo, en las partes íntimas de la mujer y del hombre. Es un gusano que ni los científicos del occidente conocen”*.

“Cuando se orina se bota un gusano que crece. Este gusano aparece cuando el hombre o la mujer han estado con varias otras mujeres u hombres. Da un comezón”. Una de ellas afirma que “vio el gusano que estaba comiendo [en la tierra donde su hijo orinó. Ella contó esto al hijo y] gracias a esto [el hijo postergó la decisión de tener relaciones sexuales con una mujer que le estaba buscando]. “Porque la mujer con la que estuvo antes a lo mejor ya le pasó la primera vez el gusano y él podía pasar el gusano a la otra mujer”. (GFMA)

Por su parte, los jóvenes hombres y mujeres parecen estar mejor informados que las personas adultas: han escuchado sobre sexualidad en la escuela y en el colegio, a través del INNFA, del FODI, del Programa ORI, y de la DINAPIN; incluso en campamentos de verano organizados por

45 Usualmente a Estados Unidos y España. La mayoría se dedica a la venta de artesanías y tejidos; otros a la música “folklórica”.

46 y además: “A veces necesitan quien les ayude para criar a los hijos con los que quedan”.

47 Indican que conocen –según sus palabras– un caso “confirmado” de una mujer indígena que estuvo en España y regresó a la comunidad cuando ya tenía la infección.

la FICI y la UNORCAC.⁴⁸ Este mismo grupo conoce el nombre de algunas ITS y en su mayoría han escuchado hablar del VIH y SIDA, aunque reconocen que no identifican si existen o no formas de transmisión diferentes para cada una de estas infecciones.

Una situación recurrente que aparece relacionada a la infección por el VIH es la infidelidad. Las personas adultas apuntan que *“la enfermedad”* se da cuando *“se busca a otros hombres o a otras mujeres”* por lo que plantean como una forma de prevención la *“abstinencia”* de los y las jóvenes hasta que tengan una pareja estable, y para el caso de los hombres adultos, las mujeres plantean que ellos *“no se relacionen íntimamente con otras mujeres”* cuando tienen que salir de las comunidades.

Profundizando en el tema de prevención, respecto al preservativo se dice que *“se debe usar para ir donde otras mujeres y para no tener mucho guagua”* (GFHA), pero la afirmación general es que su uso no es bien visto en las comunidades porque se lo considera *“occidental”* y que, incluso mucha gente *“no quiere ni oír hablar de este método”*. Los hombres adultos cuentan a manera de anécdota que *“Hace unos tres meses un hombre ha tenido escondido un condón y la mujer [su esposa] no ha sabido y ha dormido [tenido relaciones sexuales] con el condón, pero que no ha pasado [el semen] del cuerpo del hombre a su esposa por eso se dividió el matrimonio, porque su esposa quería que se tenga relaciones cuerpo a cuerpo sin preservativo.”* (GFHA).

En otro caso los hombres mencionan *“Mi mujer me ha traído de donde una partera, un condón y dice que sirve para dormir con otras mujeres”* y a partir de esta afirmación, ellos dan por hecho la aceptación de la infidelidad siempre y cuando se use el preservativo; de esta manera también asumen que las relaciones sexuales con sus esposas no requieren protección.

Sobre los preservativos, las mujeres apuntan: *“Aquí se ha oído pero no se usa”*; y añaden que ellas no podrían decir a su marido que lo use porque les reclamarían que están con otros hombres o que alguien les está enseñado esta práctica *“para que tengan sexo libremente”*. Las mujeres reconocen que en la pareja *“no se acostumbra estas cosas que vienen de afuera”*.

48 Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INNFA); Fondo de Desarrollo Infantil (FODI) y Operación Rescate Infantil (ORI) Dirección Nacional para la Defensa de los Derechos de los Pueblos Indígenas (DINAPIN); Federación Indígena Campesina de Imbabura (FICI); Unión de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Cotacachi (UNURCAC).

Los y las adultas, asumen que los hombres jóvenes sí usan preservativo, no obstante en esta práctica conjugan aspectos reproductivos y morales; por eso afirman que lo usan “*para poder estar con una y con otra sin dejar hijos*”. En cambio, dicen que las mujeres jóvenes no los usan porque “*les han de decir que ya están libertinas, como las prostitutas*”.

Por otra parte, las mujeres adultas afirman que en los centros de salud “*a veces*” hablan de los preservativos, pero que en las comunidades prefieren las plantas tradicionales para evitar tener hijos. Así también relacionan su uso con la práctica de tener varias parejas sexuales.

“los que más usan condón son los que ya viene con costumbre de afuera”.

Mientras para los hombres adultos, usar preservativo o cualquier método anticonceptivo implica riesgo para la salud de las mujeres. Contradictoriamente, refieren no conocer los “*otros*” métodos que pueden usar las mujeres.

“los métodos anticonceptivos hacen daño a la salud, porque el líquido del preservativo se va al ‘coágulo’ (sic) y luego cogen su enfermedad”. (GFHA)

“Antes como no tenían esos métodos, se tenía cuatro, cinco, o seis wawas. Ahora tiene sus métodos pero se cuidan y tienen uno o dos [hijos] pero les da la enfermedad cáncer”. (GFHA)

“Tener hijo más vale”. (GFHA)

En cambio, los jóvenes parecen mejor informados. Las chicas comentan que ahora en las escuelas y colegios ya les informan sobre temas de sexualidad y como prevenir el embarazo, concretamente del condón, pero a la vez indican que “*no iríamos a comprar en la farmacia porque nos verían mal y pensarían que estamos ya teniendo sexo*”.

“una cosa es conocer y otra comprar o usar, imagínate llegar donde el enamorado y decirle que yo tengo el condón, me muero!”. (GFHA)

Para los hombres jóvenes, el uso de preservativo constituye una novedad. Una mezcla entre información de un tema del que no se habla y un elemento catalogado como “*externo a la comu-*

nidad”. Indican que a veces, a manera de un acto osado, lo llevan consigo y lo exhiben a sus amigos: “*por ahí conseguimos y a veces tenemos, pero de usar, usar no se usa. [Y entre risas afirman] Solo para exhibir a los amigos*”. Afirman que los adultos comentan que además “*no se siente nada y que para la primera vez mejor sin nada para darle placer a la chica y uno mismo sentir*”. No obstante, ninguno se arriesga a contar su propia experiencia sobre el inicio de su vida sexual o como la llevan ahora, ni si han usado preservativo o no.

“Si dicen que se puede enfermar con algo y si ya se tiene, que se puede pasar a la chica. Pero en cambio que van a decir si andamos usando, a lo mejor ella piensa que uno no sirve. Y lo amigos mismo dicen que ‘para que’ mejor sin nada... se ríen en veces”. (GFHA)

“Y también como dicen que el condón no es para el mundo indígena, que nos han traído los mestizos, dice”. (GFHA)

“O que ya viene aprendiendo a afuera y le ven mal porque piensan que uno se está volviendo de afuera”. (GFHA)

Aunque expresan su percepción de que les asusta la posibilidad de no usar protección, también se percibe el peso de las construcciones sociales sobre su masculinidad y sobre su ser “hombres indígenas”.

Sobre las formas de transmisión y factores de vulnerabilidad:

Para las mujeres adultas además de las relaciones sexuales las personas pueden adquirir el VIH también por “[compartir] *la comida [y] por la fumigación de los alimentos*”.⁴⁹ En cambio, indican que han oído que las ITS u otras enfermedades son como una “*llaga*” que se produce cuando “*la mujer está podrida por adentro y le da picazón*”. Añaden que a veces también se producen “*por ejemplo por golpes en las ‘partes’ [genitales] de la mujer cuando hay violencia, ahí también la mujer se enferma*”. (GFMA)

49 La fumigación es una práctica usual en esta zona, en las plantaciones de flores, donde se emplean mayoritariamente mujeres.

En el grupo de hombres adultos se señala que no conocen sobre las ITS, ni sus nombres ni como se transmiten. Tras silencios marcados mencionan que conocen que *“el SIDA se ha dado porque se han casado entre ‘masculinos’”*, es decir, lo atribuyen a prácticas homosexuales. Igualmente, se reservan comentar sobre la práctica de acudir a las trabajadoras sexuales, indicando que no es una práctica usual, pero mencionan que las relaciones sexuales con ellas si puede ser una forma de infectarse. Las mujeres por su parte recalcan que *“hoy en día se oye”* que las mujeres tienen relaciones sexuales con diferentes hombres y que algunas *“ya se quedan dedicadas al trabajo sexual y ahí si pueden tener cualquier enfermedad”*.

Los jóvenes admiten que *“la primera vez”* que tienen relaciones sexuales generalmente es con trabajadoras sexuales, sin protección, porque tampoco conocen de cómo hacerlo. Esta práctica parecen confirman las mujeres adultas: *“No se sabe, eso ya es de cada uno. Pero a veces si saben decir que a los varoncitos les llevan para que pruebe como es y no sea taimado”*. También se afirma que *“A veces se oía que a los hombrecitos les llevaban donde las mujeres de la vida para que tengan experiencia cuando ya estén con su mujer, pero no se les dice si tienen que cuidarse o no”*. Añaden que como parte de los cambios de costumbres *“ahora hombres y mujeres [jóvenes] son de otras ideas, tienen relaciones sexuales antes de casarse con la mujer o el hombre que les acepta para esto [para casar]”* (GFMA). Las mujeres jóvenes indican que *“más bien se oye que cuando ya son mayores a veces anda por ahí con mujeres de la vida, cuando salen a trabajar afuera, de albañil o en la ciudad y necesitan mujer, y ahí se pueden enfermar y pasar la enfermedad a la mujer que tienen en la comunidad”* (GFMJ).

En general se asocian las formas de transmisión con la migración, con las relaciones sexuales con personas no indígenas o extranjeras y en general externas a la comunidad. En otros casos se afirma que se producen infecciones por desaseo o porque el hombre les ha pegado en las partes íntimas. Desconocen la posibilidad de que una mujer con VIH y embarazada pueda transmitirlo a su hijo.

“Sólo los que están con el marido o la mujer que viene de afuera, porque no se sabe si ha estado con otro o no”. (GFMJ)

“Los que están por ahí con mujeres de afuera de la comunidad y después vienen para pedir a sus mujeres tener sexo”.
(GFHJ)

“como las mujeres ahora también andan con otros hombres y ellas también pueden traer la enfermedad”. (GFMJ)

La violencia de género y el alcoholismo, aparecen como temas relacionados con la posibilidad de infectarse de VIH. Como sucede con frecuencia con el tema de la violencia, las mujeres tanto adultas como jóvenes afirman que: *“Aquí siempre hay [violencia] pero las mujeres se callan”*; incluso aún se considera como un problema privado, es así que algunas mujeres afirman *“así nos han enseñado, que es problema de cada una, de cada familia y que no se puede estar contando por afuera”*. Para muchas mujeres exponer los malos tratos del marido significa que *“han de decir que ella mismo tiene la culpa”*.

También se indica que en algunas comunidades ya se habla del tema y se denuncia, pero que la comunidad no ve bien que se recurra a juicios y denuncias porque debería resolverse ahí mismo, en la comunidad, y no ir donde la *“gente mestiza”*, porque consideran que no saben atender bien y que además *“ni siquiera hablan kichwa”*.

“como además a veces la mujer que no sabe ser de la casa anda provocando, andando sola, buscando al hombre, ahí es cuando viene el problema, entonces ella qué va a decir que le han violado, si ella mismo está provocando”.
(GFMA)

Sobre el alcoholismo las mujeres indican que muchos negocios se pierden porque el hombre bebe y no permite que la mujer se ocupe de las ventas; lo que les genera pérdida de dinero y clientes; deteriorando además la relación de la pareja.

“Uyy!! Aquí es pan de todos los días, a veces desde jueves y todo el fin de semana ya están dedicados a tomar”.
(GFMA)

Las mujeres reconocen que cuando los hombres están borrachos agreden a las mujeres. Una mujer llora recordando las agresiones que su marido le ha dado durante treinta años de matrimonio, y cómo estas han sido más fuertes cuando él ha bebido, incluso cuando *“se le aconseja que no haga así”*.

Aunque sobre relaciones sexuales forzadas en estado de ebriedad no se dice nada con certeza, apuntan que las mujeres se enferman de *“comezón”* y *“dolor en el vientre”* cuando los maridos, estando o no borrachos, les han obligado a *“tener sexo”*.

“A lo mejor sí hay, pero las mujeres no van a contar si esto pasa. Como es el marido, qué van a decir, si él después ha de decir que para esto es mujer, para estar cuando él quiere”. (GFMA)

Sobre el acceso a diagnóstico y tratamiento:

De los conocimientos y prácticas identificadas sobre las formas de transmisión ya se puede inferir que tanto el acceso a diagnóstico como el tratamiento son limitados. Respecto al primero, los hombres adultos no conocen sobre la prueba o son renuentes a hablar de ella; en el grupo focal se mostraron callados, sin comentar nada al respecto. Sólo una persona apuntó una experiencia personal curiosa, sobre la que no se encontró ningún registro o testimonio adicional: *“Unos doctores en Quito empezaron a sacar muestras de sangre a todos y a mi también y gracias a Dios no ha salido ningún problema. Estábamos más de 500 personas y se nos hizo esa prueba”*.

Las mujeres adultas informan que se sabe si una persona está infectada porque *“está flaca y con fiebres”*.

Afirman que la mujer indígena que regresó de España con el VIH, “[estuvo] con dolores y vómitos y por eso fue a que le atendieran en la clínica. Ahí descubrieron que tenía el VIH”. (GFMA)

No todas las mujeres adultas y jóvenes han escuchado sobre la prueba e indican que no saben con certeza dónde hacérsela; suponen que deben ir al hospital o a una clínica privada, *“que a veces cuesta más pero atienden más rápido”*. ¿Quiénes deberían hacérsela? Tanto las jóvenes como las adultas coinciden en manifestar que *“Los que se han ido a otros países y han estado afuera con gringos o gringas o por ahí con las mujeres de la vida”*. También indican que las mujeres embarazadas deben hacerse la prueba *“si es que se sienten mal”*; aunque consideran que son las parteras quienes *“indican cuando [la gestante] debe ir al médico para hacerse otro examen”*.

“A veces algunos yachaks o shamanes, a menudo dicen poder curar el VIH o el SIDA”. (GFHA)

No obstante, lo que se reporta es que han logrado aliviar alguna de las dificultades físicas y/o enfermedades oportunistas que enfrentan las personas que viven con VIH o SIDA, pero al mismo tiempo indican que *“hasta el momento no tienen prueba alguna de que efectivamente puedan curar el VIH”*. (GFHA)

Con relación al tratamiento, en los grupos de personas adultas y jóvenes, y especialmente en el de mujeres adultas, se manifiesta apertura a la utilización combinada de los dos sistemas médicos, el tradicional y occidental; y, reconocen el desconocimiento de una receta efectiva contra el VIH y SIDA.

De igual forma: “Si ya la partera o el shamán no puede hacer nada van al hospital”. Pero en ocasiones las mujeres prefieren ir directo al hospital. (GFMJ)

Pese a no saber si existe una medicina para el VIH y SIDA, indican que hay que tomar aguas de las hierbas que las parteras conocen, para calmar el dolor o la comezón.

Además mencionan que si se enferman más tienen que ir al hospital para que le den medicina occidental, que *“a veces ayuda para que la tradicional tenga mejor efecto”*. Pero, en la decisión de acudir a los servicios estatales de salud para cualquier tipo de tratamiento, influyen drásticamente experiencias como las que cuentan las mujeres adultas sobre la hija de una de ellas:

“Fue al hospital porque tenía dolor en el vientre y se amortiguaba la pierna, en el hospital le recetaron medicinas que le hacían mal, le ponía peor, le faltaba el aire, sentía que se muere”. Por esto la madre decidió *“pasarle el cuy y con eso vino a aliviarse, desde ahí ni más para el hospital, que ahí hacen peor porque no conocen medicina tradicional y sus medicinas matan”*. (GFMA)

Por otra parte, es importante anotar que respecto a cómo sería recibida en la comunidad una persona con VIH o SIDA, tanto las personas adultas como las jóvenes, manifiestan actitudes valorativas. Se evidencia el peso moral con respecto a temas relacionados con la sexualidad y que, según afirman, *“dan vergüenza”*. Así, en el grupo de hombres adultos se manifestó que hasta el momento no se conoce de ningún caso de VIH o SIDA en las comunidades, pero si se diera esa situación separarían de la comunidad a la persona o personas infectadas. Los hombres jóvenes confirman que habría rechazo. Las mujeres adultas parecen mostrarse más prácticas y comprensivas, pero reconociendo las limitaciones de su realidad comunitaria, indican que *“la comunidad debería ayudar a la persona enferma, pero no siempre es posible porque cada familia se ocupa de los suyos y no deja saber cuando tienen enfermedades que dan vergüenza”*. En este sentido, se identifica que los prejuicios en la comunidad son extendidos, cuando las mujeres jóvenes dicen que si alguien tuviera la infección *“pensarían que ya ha estado teniendo sexo”* y añaden que si es mujer *“ya le verían mal porque asumirían que es una mujer que no vale porque ha de haber andado con un y con otro”*. Los hombres jóvenes en cambio, dicen que si es hombre quien tiene VIH pensarían *“que no ha respetado a la mujer”*, pero *“le enseñarían para que no vuelva a andar buscando de quien aprovecharse”*. Finalmente, las personas adultas y jóvenes coinciden en decir que en general *“la familia ayuda”*, pero que en este tipo de casos *“ahí le toca morir solo, porque nadie quiere que vean que está con alguien que ha hecho cosa mala”*.

Sin duda, esta sola afirmación requeriría un análisis particular, ya que evidencia la percepción de una barrera cultural que limita el acceso a servicios de salud en general.

Chimborazo

Sobre la existencia de VIH e ITS y las formas de prevención

En el caso de Chimborazo, se realizó el estudio en comunidades distantes correspondientes a las zonas de Cajabamba y Alausí, donde los servicios básicos, de salud y educación escasean. Eso hace suponer que quizá los CAP identificados, tengan diferencia con la de comunidades que mantienen más cercanía y relación con los centros urbanos, servicios públicos y/o programas de ONG o de la cooperación internacional. Esta información es importante tener en cuenta dado que esta provincia de la sierra central, suele ser reconocida por la permanente y fluida inversión de recursos por parte de la cooperación para temas de mejoramiento de la calidad de vida (agricultura, producción, salud, educación).

En esta zona, de manera similar a las otras provincias, la sexualidad aparece como un tabú, especialmente en las mujeres jóvenes que manifiestan que no pueden hablar de ella en ningún espacio.⁵⁰ Tanto las personas adultas como jóvenes, apenas si mencionan su percepción de que la forma de contraer matrimonio ha cambiado de manera importante en los últimos años.

“El tema de la sexualidad no forma parte de la educación doméstica. Con mayor intensidad que en la cultura urbana, la sexualidad se mantiene en el espacio secreto y de lo sagrado. Los padres casi nada dicen a sus hijos, mientras los adultos hablan de la sexualidad en sus reuniones colectivas, pero siempre desde el lado picaresco”. Tenorio (2000: 248)

En el grupo de hombres se afirma que *“la primera vez que se tiene relaciones sexuales. Cada vez sucede más fuera de la comunidad y no dentro de esta, y no siempre los hombres casan con la misma persona”*.

“Mi primo es indígena pero se fue a Quito y se casó con una chica mestiza. El asunto es casarse por amor”.
(Entrevista a HJ)

“Antes cuando entraban en las haciendas había la imposición de los patrones. Hace diez años también había que la familia se imponía, pero ahora no tanto”. (GFHA)

| 50 Lo que corroborarían estudios específicos sobre sexualidad indígena; por ejemplo Tenorio (2000:248).

Se pudo comprobar que los conocimientos sobre sexualidad, las ITS y VIH están ligados al nivel de educación, puesto que las mujeres que han estudiado o lo hacen actualmente han obtenido información respecto de estas infecciones en instituciones educativas. Sin embargo, la mayoría de mujeres jóvenes⁵¹ dicen no haber recibido suficiente información respecto a ITS, VIH y SIDA. En el caso de las mujeres adultas, ellas obtienen mayor información en las radios.⁵² Se nota la prevalencia de la afirmación de que hay cierto ligamen de “estas enfermedades” con el “trabajo duro en la tierra” o directamente con la falta de higiene. Los hombres dicen desconocer en su mayoría este tipo de infecciones. Incluso los jóvenes que asisten al sistema formal de educación afirman no tener información a respecto.

En todos los casos se apunta una falta comunicación y educación en las familias, en la escuela, en la iglesia y en los centros de salud (donde incluso hay discriminación para con los indígenas). Finalmente, todos manifiestan que existe déficit de servicios de salud, tanto en su existencia como en su calidad, la percepción generalizada es que en estos servicios se aumentan o refuerzan las barreras culturales para el acceso.

Por otra parte, respecto al conocimiento y uso del preservativo, coinciden en afirmar que “en las comunidades aún no se sabe qué es el condón”, o si se lo conoce, se lo ve como un elemento de “libertinaje” y no de prevención.

Esta evidencia de ausencia de conocimientos sobre estos temas, implica también, y así se confirma en los grupos, que tampoco conozcan o evidencien conocer y mantener prácticas preventivas.

Sobre las formas de transmisión y factores de vulnerabilidad:

Con los conocimientos limitados respecto de la sexualidad y las ITS en general, no es llamativo encontrar que la población en general tampoco identifica formas de transmisión. Esto se evidencia más en hombres y mujeres adultas que en la juventud.

51 Que adicionalmente, en el mejor de los casos han terminado la primaria y ya no asisten más al sistema educativo.

52 Se refieren a las radios como el único medio de información y adquisición de conocimiento al interior de las comunidades, sobre todo de las más apartadas.

La población adulta, entiende que la migración⁵³ puede ser un fenómeno social que facilita la transmisión del VIH y SIDA.

“Jóvenes que salen [de la comunidad], vienen más contentos, más occidentales, más superficiales, las chicas se admiran... mucha madre soltera”. (GFMA)

En este sentido, se percibe mayor “inestabilidad familiar” en las generaciones menores a 45 años que en las mayores. Se menciona la incidencia de lo que consideran “nuevas prácticas” de los jóvenes como posible factor de propagación de las ITS y el VIH. Continuamente recalcan que “esos guaguas vienen aquí sin respeto” (GFMA), refiriéndose a los o las jóvenes que viven en la ciudad y regresan a la comunidad.

“Por dinero también algunas señoritas vienen; hacen así con el bolsillo de otros hombres [hace el gesto de sacar dinero de un bolsillo ajeno y mostrar el propio bolsillo lleno] y vienen”.

“Hoy en día no tanto por amor sino por monedas, ha influido mucho la migración, los celulares también influyen. No tienen para comer o ropa pero sí para celulares”. (GFMA)

Es decir, asumen que actualmente la juventud tiene relaciones sexuales a menor edad, con varias parejas y con mayor frecuencia, que en las generaciones de sus padres y madres; influidos por una información y un contexto ajenos a la comunidad, hecho que además, según su percepción, implicaría un aumento de madres solteras.

Adicionalmente, como en otras provincias, se comprueba la prevalencia de una serie de prácticas que incidirían en la transmisión VIH: alcoholismo, violencia sexual, no usar prevención, parejas sexuales múltiples.

Las mujeres reconocen la existencia de violencia de género y específicamente sexual y aunque muchas contaron sus historias de matrimonio y violencia, no lo asocian con la posibilidad de ser infectadas. Las participantes de alrededor de 30 años manifiestan sus ideas sobre el matrimonio

53 Tienen la percepción de que “al menos el 95% del total de la población de las comunidades migran a otras zonas” (GFMA) dentro o fuera de país para actividades laborales, incluyen en esta comprensión de la migración el hecho que hay personas que viven en la capital de provincia de lunes a viernes y regresan a la comunidad el fin de semana.

distintas a las de mayor edad; una, por ejemplo, contó su proceso de rebeldía e ira frente a las percepciones negativas que se tiene en las comunidades indígenas, alrededor de las mujeres que se separan de sus maridos por los malos tratos. Indican que ahora saben *“que las mujeres no tienen porque soportar que el marido pegue y encima venga chumado”*, y que a veces las mujeres mayores ven mal que las más jóvenes piensen así y *“ya no se dejen”*.

Los hombres adultos por su parte, no reconocen abiertamente la existencia de alcoholismo o de violencia, no obstante, con preguntas guiadas finalmente indican que las dos son conductas ampliamente difundidas. Las consideran como un facilitador de infección de las ITS aunque no alcanzan a dar razones específicas para estas afirmaciones. *“El mundo andino se ha vuelto muy machista”*, afirman.⁵⁴ Añaden que la falta de trabajo, puede incrementar la violencia de género, dicen: *“La falta de trabajo y la situación económica influye mucho”* (GFHA). Igualmente indican que *“No hay comprensión entre parte y parte. Ha habido machismo en diferentes formas, pero desde el derecho de la mujer no se aguantan; a palazos, a garrote, agresión psicológica. (...) No hay unión de comprensión, sino de dominio”*. Y luego una reflexión imperativa *“Hemos de hacer el amor a la mujer como cultivamos nuestra tierra”*.

Sobre el acceso a diagnóstico y tratamiento

Es importante mencionar que en general las personas afirman que para cualquier situación de enfermedad, el acceso a servicios oportunos y de calidad es limitado, cuando no inexistente. Por tanto, con relación al tema de ITS y VIH las personas ni siquiera se plantean que hiciera falta un diagnóstico, menos aún conocen la existencia de la prueba. Acudir a un servicio de salud implica elevados costos directos o indirectos, a causa del tiempo y los recursos que se precisa para poder movilizarse desde comunidades alejadas de los principales núcleos poblacionales.

54 En términos conceptuales, para el caso concreto de América Latina se podría revisar lo referente al “complejo de bastardía”, proveniente de una visión muy crítica que merece ser discutida: aquella de que el mestizaje en América comenzó como el fruto de una violación colectiva. Ciertamente las mujeres indígenas cargaron con la culpa histórica del mestizaje. De ahí que los mestizos desarrollaran un “complejo de bastardía” que marcaría su psiquis y, en consecuencia, su comportamiento social. Véase VV.AA (2004) Derechos Humanos. Apuntes para la reflexión. Vol. 2 No discriminación. Quito: Plan País.

Como complemento, véase el análisis antropológico que realiza Úrsula Poeschel en: Las marcas de la violencia en la construcción socio-histórica de la identidad femenina indígena.

Adicionalmente, según la percepción de las mujeres, en caso de que ellas se realizaran esta prueba serían estigmatizadas, pues se pensaría que tienen relaciones sexuales y eso *“no está bien visto en la comunidad”*. De igual modo, plantean que si hubiera alguien en la comunidad viviendo con VIH y SIDA sería discriminado/a, especialmente si fuera mujer, por lo que se puede inferir el enorme peso de la discriminación de género. Los distintos grupos indican que existen casos de VIH y SIDA en las comunidades, aunque dicen que es difícil identificar de quienes se trata o la fuente original de esta información. El sólo hecho de tener *“una enfermedad de vergüenza”*, que afecta gravemente su salud, independientemente de cual sea, hace presumir que se trata de VIH, por lo que efectivamente son discriminados y aislados. Al final sólo se dice que son personas que *“llegan a morir allá”*.⁵⁵ Es de tener en cuenta que la versión de los hombres discrepa con la de las mujeres, pues ellos niegan que estos casos existan.

En general hay el convencimiento de que si existiesen casos de VIH y SIDA sería muy difícil tratarlos, porque las ITS *“generalmente no se tratan”* (y esto ya sea por desconocimiento o por difícil acceso a los servicios). Hay que anotar que los servicios de salud no llegan a las comunidades ni a través de brigadas o visitas domiciliarias y que hay comunidades en las que es muy difícil trasladarse de un lugar a otro. No obstante, apuntar que en el hospital de Alausí *“se está intentando incluir el trabajo intercultural respecto al VIH y SIDA”*⁵⁶ pero, según refieren en la zona, aún no se ha adjudicado presupuesto pero hay la expectativa de que se mantenga la voluntad personal y política. De manera quizás anecdótica citar que uno de los participantes (médico tradicional) informó sobre una fórmula basada en el limón que, junto con la *“uña de gato”*, supuestamente cura el VIH o el SIDA.⁵⁷

Finalmente, una reflexión compartida por los participantes: *“La gente casi se ha despreocupado de la salud. Sólo valora la salud cuando la pierde”*.

55 Datos no verificados puesto que las estadísticas de salud no desagregan por grupo étnico.

56 Entrevista funcionario del Hospital de Alausí, 8 de Agosto de 2008.

57 Los yachaks o chamanes a menudo dicen poder curar el VIH o el SIDA. Si bien podría ser que alivien algunos síntomas de las enfermedades oportunistas, hasta el momento no hay prueba alguna de que efectivamente puedan curarlos.

Esmeraldas

Sobre la existencia de VIH e ITS y las formas de prevención

En general los grupos de distintas edades refieren que la información sobre sexualidad que se recibe es pobre, condicionada a menudo por cuestiones culturales, que imponen “discreción” al hablar del tema. Se aprecia que el conocimiento que tiene la juventud, tanto hombres como mujeres es limitado. Una maestra indica que *“a nivel de establecimientos educativos, en sextos y séptimos años, se les dá conocimientos de acuerdo a la edad del niño o niña. En los centros de salud no reciben esta información”*.⁵⁸

“Se les enseña la tabla periódica (sic) para no quedar embarazadas, sin embargo no se les habla de condones”.
(Maestra, comunidad de Naranjal)

Se evidencia que los temas que se tratan en las clases de ciencias naturales son: *“la higiene del aparato reproductivo, sexualidad, cuidados, planificación familiar [pero] en la materia Ciencias Naturales todavía no se avanza hasta la parte de los condones”*.⁵⁹ Se añade que no se dá información en los colegios puesto que los padres y madres *“se disgustan”*. Según una de las maestras de la comunidad, a las jóvenes *“Les falta información porque si la tuvieran no se quedarían embarazadas tan rápido”*. Aún así es frecuente que, en referencia a la sexualidad, los y las jóvenes conversen con sus pares y con las madres de familia. Dicen los y las jóvenes que las mamás les suelen hablar sobre cómo no tener hijos, de las diferencias entre mujeres y hombres, y de el comportamiento de cada uno.

Las jóvenes expresan que a las mujeres si les interesa saber sobre los preservativos y estarían dispuestas a utilizarlos. Curiosamente, las que han salido a estudiar afuera y lo conocen, refieren que no lo han utilizado porque según sus experiencias, los hombres lo consideran innecesario.

“Los hombres dicen que es una cochinateda, yo no utilizo eso ¿qué voy a hacer con eso?”. (GFMJ)

58 Entrevista: maestra 1, Comunidad de Naranjal, Esmeraldas, 14 de agosto de 2008).

59 Ibidem.

Ratifican esta información los hombres adultos y jóvenes quienes reconocen que *“los chachis no utilizan ningún tipo de preservativo, sólo ‘carne-carne’, sino no hay gusto”*.⁶⁰

Tanto personas adultas como jóvenes indican que dentro de la comunidad el inicio de la actividad sexual ocurre desde temprana edad (12 o 13 años); y, sobre todo las personas adultas mencionan que hay quienes *“fracasan rapidito”* refiriéndose a los embarazos no intencionados de las adolescentes y jóvenes.⁶¹ Una misionera de la zona informa que las familias tienden a *“llenarse de hijos”*,⁶² y remarca la notoria diferencia de socialización de hombres y mujeres indígenas, en la que a los varones desde niños se les habla de la necesidad de estudiar; a diferencia de las niñas o adolescentes que *“ya son madres”*. Una situación evidente es que en las comunidades Chachis son recurrentes las madres solteras jóvenes. Además de que, hombres jóvenes y adultos, indican que es frecuente la práctica de tener relaciones fuera del matrimonio o relaciones con múltiples compañeras sexuales sin protección: *“Si hay mismo infidelidad siempre”* (GFHA).

Respecto a las ITS de manera general la población indica que se conoce poco; destacan que se sabe más, *“sólo acerca de la infección en las vías urinarias, pero no se sabe sobre la gonorrea, ni sobre el VIH, en la comunidad donde vivimos, los chachis, hay mezcla [confusión]. La mayoría está desinformada. Se ve en la tele sobre VIH, especialmente casos del país”*.⁶³ Refieren que la mayor información sobre estos temas es recibida por medio de la televisión, como lo testimonian las muchachas: *“En el último reportaje dicen que el SIDA no es mortal, dicen que no mata enseguida”*. Así mismo, algunas relacionan lo que llaman *“las enfermedades de la vagina”* con los *“quistes”*.

Finalmente, en las comunidades no se conoce con certeza que alguien hubiera muerto de SIDA, pero la población menciona que no se descarta la idea de que alguien haya sido infectado de VIH o esté desarrollando el SIDA. Se repite la información anecdótica de que *“habían comentarios de dos personas que podían estar infectadas”*, situación que como en las otras zonas del país no se puede verificar por la inexistencia de estadísticas desagregadas por grupo étnico.

60 E incluso, respecto al cambio de tradiciones: “el chachi es rápido, es directo. Ahora se casan de 20 años. Antes no”.

61 Entrevista con “maestra 3”...

62 Entrevista con “misionera 1” (Comunidad de Naranjal, 14 de agosto de 2008).

63 Entrevista: maestra 2. Comunidad de Naranjal, 14 de agosto de 2008.

Sobre las formas de transmisión y factores de vulnerabilidad

Hay conocimiento dispar sobre las formas de transmisión. Una de las muchachas del grupo, indica que ella misma está bajo tratamiento por una ITS pero que no tenía claras las razones por las cuáles la tiene. Cuenta que en el servicio de salud se le dijo de manera genérica que las razones de adquirir las ITS tienen que ver con el “*agua sucia*”.

No obstante, en general las muchachas afirman que el VIH “*se contagia*” por transfusión de sangre y que “*a las embarazadas sí les puede dar, pero hay casos en que el hijo sale sin el virus*”. Adicionalmente, indican otra información que han oído en lugares inespecíficos:

“Dicen que el SIDA es incurable. Cuando una persona está contagiada y tiene relación con otra, cuando le da un beso, cuando le presta un utensilio o un cepillo de dientes, también se pasa con jeringuillas o con transfusión de sangre”. (GFMJ)

“Es una enfermedad que aparece cuando tienen relaciones sexuales o cuando la persona contaminada dona sangre a otra. Es una cadena de contaminación”. (GFMJ)

En cuánto a las prácticas que exponen a la transmisión, las mujeres adultas afirman que “*las mujeres son quienes más se enferman porque el marido les transmite*”; e igualmente dicen que “*También están en riesgo de infectarse los más infieles*”.

En general se ve la sexual, como la principal vía de transmisión del VIH. Las mujeres adultas afirman que dentro de la comunidad existen hombres que van a donde las trabajadoras sexuales. Aunque los hombres eluden ratificar o negar esta afirmación, refieren que en una comunidad cercana, Zapallo, hay trabajadoras sexuales donde acuden algunos hombres del pueblo. Las mujeres adultas y jóvenes opinan que “*Los hombres deben controlar, no tener relaciones sexuales con otras personas, no prestar las cosas*”. Al preguntarles si es el caso que las mujeres tengan relaciones sexuales con varias parejas, afirman que no es una práctica en estas comunidades.

El tema de la infidelidad masculina aparece de manera recurrente. Los hombres adultos apuntan que antes la fidelidad era muy estricta “*pero hoy no hay control, dependiendo de cada uno, cada comunidad*”.

Los hombres afirman que en la realidad se refuerzan conductas machistas, por ejemplo, dicen: “*para evitar que le digan homosexual, acepta una relación con una mujer*”. (GFHA)

Ellos relacionan la infidelidad y la práctica de tener varias parejas sexuales y con la posibilidad de adquirir algún tipo de “enfermedad”, refiriéndose a las ITS y el VIH. En las entrevistas se afirma que es frecuente que “Los hombres están con varias mujeres y no saben de quién es el hijo”.⁶⁴ También, en contradicción con lo que afirman las mujeres adultas, se reconocen que “Hay bastante migración, se van a Esmeraldas y tienen relaciones íntimas con otras personas; las mujeres entonces llegan embarazadas”.⁶⁵ O bien para los muchachos: “Otro de los problemas es la migración. Aquí no hay ciclo diversificado (sólo hasta 10mo. año de educación básica), salen a buscar otras especialidades, otras carreras, a estudiar en el colegio o en la universidad, tienen una chica, tienen otra chica, no se dan cuenta de que peligran, aquí mismo los viejos, los adultos no toman en cuenta que tienen mujer e hijos”.

Llama la atención la vigencia de la creencia idealizada de que la población no indígena transmite a la indígena, códigos alienantes para su cultura y vulnera las prácticas con relación a la sexualidad que se consideran adecuadas en lo que denominan “el mundo indígena”. Esto lo evidencian sobre todo los testimonios, que se repiten entre la población chachi y también entre la población no indígena:

“Los hombres se han dañado, tienen relaciones sexuales con otras mujeres, ven el ejemplo de los hispanos, van afuera de la comunidad a estudiar entonces ven ese ejemplo. Antes no permitían estar abrazados, cogidos de la mano, ahora sí lo permiten” . (Entrevista a misionera 1)

Por otra parte, el tema de la migración también es asociado a la posibilidad de adquirir una ITS o el VIH pero también es visto desde otra perspectiva. Al tiempo que se reconoce que es un fenómeno presente se apunta que cuando las personas salen, si bien corren más “peligros”, también reciben más información. Esto es destacado sobre todo por la población joven que ve en la migración una posibilidad de encontrar trabajo y mejorar su situación económica.

A decir de una de las maestras entrevistadas, cuando hay casos de violencia doméstica “se denuncia a los dirigentes, hay bastantes casos en que las mujeres son agredidas, maltratadas por el marido. También se escucha casos de violencia sexual. Los matrimonios fracasan por eso”.

64 Entrevista con “maestra 1”...

65 Entrevista con “maestra 1”...

Con relación a otras prácticas relacionadas, el problema de la violencia doméstica también fue mencionado por los distintos grupos de personas adultas y jóvenes. Si bien parece que antes (refiriéndose a las generaciones mayores de 40 años) había más violencia, tanto los jóvenes como los adultos apuntan que aún existe. De manera genérica las mujeres afirman que no hay parámetros distintos cuando la comunidad sanciona la infidelidad, la violencia doméstica y sexual *“junto con los problemas de tierras”*.⁶⁶

Como factor relacionado con la violencia sexual las mujeres informan que hay mucho consumo de alcohol sin control y desde muy temprana edad.

Sobre el acceso a diagnóstico y tratamiento

Aunque –como se dijo antes– es notorio que la población en general asume que la vía de transmisión sexual es la más probable, hay una información aún muy limitada sobre el acceso a diagnóstico y tratamiento. Las pocas mujeres adultas que afirman haber escuchado sobre la prueba del VIH y SIDA dicen que tuvieron que hacérsela cuando estaban embarazadas por indicación médica durante el control prenatal. Una de ellas también aseveraba lo siguiente: *“Se diagnostica cuando hacen exámenes en la sangre. Yo he visto películas sobre el SIDA y también lo he visto con los niños en el subcentro [CEMOPLAF]”*⁶⁷, dice, refiriéndose a los que ella presume eran niños infectados por el VIH. Otras mujeres afirman que en la comunidad se habla del riesgo de infectarse y se sabe que hay que hacerse la prueba, aunque no se sabe muy bien de que se trata. Según las muchachas, todas las personas deberían hacérsela, pero en especial las personas adultas y *“los muchachos a partir de 12 años”*, asumiendo que a esta edad empiezan los cambios físicos y que una vez que se concretan ya pueden tener relaciones sexuales. No obstante, ellas mismas y también los jóvenes, manifiestan que se pensaría mal si alguien se hace la prueba, comentan que *“si algo así se sabía en la comunidad se sospecharía que tiene SIDA”* y que *“Una vez dijeron [los adultos] que le quitarían, le mandarían sacando de la comunidad”*. (GFHJ)

66 Según las mujeres: “Debería castigarse a los hombres infieles”.

67 Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar.

Sobre el tratamiento, las muchachas del grupo no conocen las formas de tratamiento ni de las ITS, ni del VIH y SIDA. Reconocen que en general, cuando las mujeres indígenas se enferman, no “se curan”, es decir, no acuden a ningún servicio de salud; pero tampoco suelen usar medicina tradicional. Dicen que esto es porque no les gusta conversar sobre estos temas, e incluso tienen vergüenza de ir al médico. Aparte, también existe el problema de difícil acceso a los servicios y a medicinas. Las mujeres adultas afirman que el tratamiento de las ITS fuera de la comunidad cuesta “unos 70 dólares”, y “el examen de papanicolau lo entregan en cuatro meses, incluso se sabe que una mujer de la comunidad murió de cáncer de útero”;⁶⁸ presumiblemente por la demora en conocer los resultados del examen y hacerse tratar. Actualmente no se conoce si alguien en la comunidad pueda tener VIH, pero reiteran la información de que si la gente supiera de algún caso, se alarmarían; y, por desconocimiento y miedo, “aislarían” a esta persona, e incluso se la castigaría con “la ley chachi”.⁶⁹

Azuay

Sobre la existencia de VIH e ITS y las formas de prevención

La realidad en Azuay es similar a las otras provincias.⁷⁰ Se confirma que la sexualidad es un tema del que no se suele hablar “ni en los centros educativos, en donde tendría que tratarse obligadamente”. Según las mujeres adultas, en el centro de salud local se habla sobre todo de planificación familiar, pero indican que no han recibido información sobre el VIH. Las mujeres jóvenes indican que conocen formas de prevención para no quedar embarazadas, porque esta es la información que reciben mayoritariamente. Sobre todo a través de los medios de comunicación y por alguna clase en el colegio local urbano (que afirman, es impartida por iniciativa personal del profesor); a este último se refieren los muchachos como la principal fuente donde obtienen información sobre sexualidad; luego indican que hablan con sus amistades, antes que con la familia y en los centros de salud.

68 Entrevista a maestra 2.

69 Existen una serie de leyes chachis, como en el caso de la infidelidad. Cuando una persona no cumple con estas leyes le aplican el “cepo” como castigo.

70 Hay que precisar que los grupos focales se efectuaron en zona urbana, con índices de pobreza y alfabetización menores al área rural, aunque participaron personas adultas y jóvenes de las comunidades.

De acuerdo a un estudio especializado: “La virginidad transita los polos del bien y del mal, sin mediaciones posibles: o es virtud cuando se la posee, o es pecado cuando se la pierde sin la autorización de otro que aparece como dueño y amo de la mujer: la religión y la familia”. (Tenorio, 2005: 158).

Adicionalmente, evidencian ausencia de diálogo entre padres e hijos; apenas mencionan consejos muy determinados por creencias y dirigidos especialmente a las hijas para que *“fuera del matrimonio no tengan relaciones sexuales”*, o como dicen las muchachas: *“Los padres no dicen a sus hijos que usen condón porque es una comunidad bastante religiosa. No es común que los chicos compren condones en las tiendas. Las chicas tienen recelo de comprar condones”*.

Según Vallejo (s.f. 18), en este caso sobre los kichwas del Alto Napo: *“Tradicionalmente, las mujeres eran vigiladas por sus madres y, si una mujer tenía relaciones sexuales antes de que sus padres acordaran el matrimonio, como castigo la casaban con un viudo. Esto se explica porque consideraban negativo que las mujeres se embarazaran antes del matrimonio”*. Y luego, desde una perspectiva femenina: *“No soltaban las mamás a las hijas si no estaban casadas, era como una seguridad para que luego no les fueran a botar”* (citado en Vallejo, s.f. 21).

Muchos hijos e hijas de migrantes (a Estados Unidos, España e Italia), viven y crecen con los abuelos y abuelas que, según afirman, les transmiten, valores diferentes a los que pudieran transmitirles sus padres y madres, evidentemente de generaciones más cercanas, determinando que la sexualidad y las relaciones sexuales sean parte de los temas que no se hablan en las familias.

En general las personas adultas y jóvenes han oído hablar sobre el VIH, pero no identifican con certeza de que se trata. Aunque, es llamativo que al hablar de las formas de prevención las mujeres adultas mencionen los *“preservativos para mujeres”*, y *“la fidelidad con la pareja”*. Sobre el uso del preservativo (masculino) opinan que:

“No es muy seguro, el virus es pequeñito y a veces con el condón no se protege”. (GFMA)

Sin embargo, afirman que sus hijos e hijas saben más que ellas respecto al virus. Así, sobre el VIH las mujeres jóvenes saben que se trata de *“un virus que atenta contra la inmunidad de las personas, hace que la gente se quede sin defensas, están más propensos a enfermarse. El VIH es la primera etapa, algunas personas no desarrollan el SIDA. El SIDA es la segunda etapa”* (GFMJ). Los hombres jóvenes coinciden con estos últimos comentarios y también parecen bien informados; la mayoría saben de la existencia del VIH y SIDA y de sus principales vías de transmisión. Además, igual que

las mujeres, saben que *“el SIDA es una enfermedad mortal y por lo tanto hay que prevenirla”* (GFHJ). Los conocimientos que la población joven evidencia, indica que han tenido más acceso a información específica sobre el tema, frecuentemente difundida fuera del ámbito educativo. Lo que haría presumir que también estarían mejor informados con respecto a la prevención, aunque en la práctica mencionan que ni las mujeres ni los hombres jóvenes suelen usar preservativo por vergüenza de comprarlo y de proponer a su pareja su uso, o por temor a que se cuestione su masculinidad o a que se piense que las chicas son *“fáciles y con experiencia [sexual]”* (GFMJ) o porque piensan que no se infectarán.

“a mí no me va a pasar, si sólo es una vez o si sólo estoy con ella”. (GFHJ)

Las mujeres y hombres adultos consideran el preservativo como *“una legalización de la promiscuidad”*, y hacen referencia a su percepción de un incremento de actividad sexual *“sin control”* de los y las jóvenes y a la infidelidad de los hombres adultos. Añaden, lo que denominan, *“los gustos personales”*, refiriéndose a la opción masculina de usar o no preservativo durante la relación sexual, de acuerdo a si sienten o no placer. Pero aquí surgen contradicciones y percepciones similares a las que aparecen en las otras provincias de este estudio. Según los hombres adultos: *“No es usual la utilización del preservativo. Incluso las mujeres quieren tener un placer directo”*.

Por su parte, las mujeres adultas están de acuerdo en el uso del preservativo, del que afirman que *“siempre es bueno utilizarlo para evitar el SIDA”*, pero en la práctica no lo hacen porque consideran que *“promueve el libertinaje”*. Al mismo tiempo dicen que no se sienten en condiciones de negociar el uso del condón con su pareja, por el temor de ser juzgadas o de que se ponga en duda su fidelidad.

Tanto la población adulta como joven afirma que si se supiera que una persona en sus comunidades tuviera ITS o VIH y SIDA, pensarían que *“ya ha estado teniendo sexo”* y añaden que si es mujer *“ya le verían mal porque asumirían que es una mujer que no vale porque ha de haber andado con uno y con otro”*. Si es hombre pensarían *“que no ha respetado a la mujer”* pero en este caso *“le enseñarían para que no vuelva a andar buscando de quien aprovecharse”*.

Sobre las formas de transmisión y factores de vulnerabilidad

En general parecen tener conocimientos contrastados. Las mujeres jóvenes afirman que *“el SIDA ocurre por mantener relaciones sexuales, y por utilizar una aguja que ya ha sido utilizada por alguien que tiene VIH”*. Por su parte, las mujeres mayores apuntan: *“Las jovencitas se ponen tatuajes, huequitos en las orejas y no les hacen con aparatos desechables. Inyecciones, tatuajes, heridas eso también las pone en peligro”*. Los hombres jóvenes conocen la mayor parte de vías de transmisión del VIH (especialmente las relaciones sexuales no protegidas y las transfusiones de sangre). Pero no así los hombres mayores, que en unos casos desconocen en su totalidad el tema y en otros evaden hablar de lo que saben, argumentando que no es algo de lo que se puede conversar porque se trata de temas privados. Lo cual hace suponer que vinculan el tema con el ejercicio de la sexualidad y específicamente con las relaciones sexuales.

Según las mujeres adultas, son los hombres que tienen relaciones sexuales con diferentes mujeres y las trabajadoras sexuales quienes estarían en riesgo de contraer VIH. Afirman que hay infidelidad pero más en las personas que salen de las comunidades a otras parroquias o provincias. Es decir, se asume que cuando los hombres migran tienen otras mujeres (en EEUU y en España). También se afirma que en Cuenca (capital provincial de Azuay) los hombres de la comunidad no suelen *“comprar sexo”*. Por su parte, los hombres adultos confirman que hoy día *“Sí se da la infidelidad, solapada, aunque [ahora] es más visibilizada por el tema migratorio”*.⁷¹ Pero se remarca que en las *“generaciones anteriores”* (mayores a 40 años) había toda una serie de creencias que impedían comportamientos tan liberales como los de ahora, puesto que se infundía *“temor a Dios y a la sociedad”*, —dicen que— *“Si tocabas los senos la muchacha se quedaba embarazada”*. Y por consiguiente, *“En las generaciones mayores preferían masturbarse a ser infieles”* (GFHA).⁷²

71 Conviene apuntar que junto a la migración internacional también se da una migración interna, de campo a ciudad, y de la propia provincia a otras cercanas; por ejemplo, Guayas o El Oro.

72 La influencia de la religión católica institucional y conservadora es un elemento clave para comprender los CAP sobre sexualidad de la población indígena, e igualmente para poder tener vías acertadas para la acción. En el caso de la Iglesia católica usualmente se ha abordado la sexualidad desde el pecado y la culpa, oponiéndose a los métodos anticonceptivos basándose en cierta interpretación de los textos sagrados. De acuerdo a Santiago Utitaj: *“Es así como tenemos una confusión entre culturas y religión. Por eso es importante recuperar la mitología y los conocimientos propios. Por ejemplo: yo entiendo cuando mis padres me dicen que aún no estoy listo para tener relaciones sexuales porque no estoy maduro, pero no me llega si me dicen que no lo hagas porque es pecado o porque me voy a contagiar de enfermedades”* (VV.AA. 2003: 29).

En cuanto a la violencia de género, las mujeres jóvenes afirman que existen casos de violencia sexual, pero *“no al interior [de las comunidades] de donde ellas viven”*. Aspecto que parecen confirmar los muchachos y en cierta medida los hombres adultos.⁷³

Sobre la violencia sexual, los hombres adultos dicen que:
“Antes se daba más. Después de la revolución femenina se da menos”. (GFHA)

Sin embargo, (aunque contradictorio con la afirmación anterior de que los hombres adultos no conocen sobre el VIH), poco a poco van indicando que para ellos las ITS y el VIH y SIDA también tiene relación con la pobreza. Igualmente indican que en las comunidades hay altos índices de diabetes, un factor que incide en la bajada de defensas *“Está muy extendida en las comunidades. Antes no se escuchaba, no existía”*. Esta percepción probablemente tiene mucha relación con que, para las organizaciones y la población indígena, cada vez ha sido más evidente la relación entre la pobreza y la baja calidad de salud.

Sobre el diagnóstico y tratamiento

Se nota débil conocimiento sobre el diagnóstico de ITS, las mujeres adultas afirman que *“alguna vez han tenido ardor en la vagina”*, pero no lo relacionan con las relaciones sexuales, sino con el funcionamiento de los riñones o con *“aguantarse para ir al baño”*. Entre las mujeres no existe el hábito de realizarse exámenes periódicos, como el papanicolau, y menos aún la prueba del VIH. Aunque las personas adultas y jóvenes no saben bien en qué consiste la prueba, saben los lugares en donde pueden hacerse, mencionan el hospital o la Cruz Roja.

Las mujeres adultas afirman que hacerse la prueba *“es una forma de saber si eres o no portadora”*, y opinan que deberían hacerse la prueba *“las personas que tienen sexo”*.⁷⁴

73 Sobre un caso real de alcoholismo: “En el barrio poco. X tuvo que ir a Alcohólicos Anónimos. Su padre también, agredía a la esposa. Ellos más bien con charlas y con la vida real sí ha aprendido algo”.

74 Según las mujeres adultas, la Fundación Pájara Pinta de Cuenca – Azuay, está promocionando que la población se haga exámenes y análisis de sangre.

Adicionalmente, los y las jóvenes refieren que han oído que el gobierno ha dictado una ley para que todos los que van a clases presenten el resultado de la prueba. Esta afirmación no encuentra confirmación en ningún documento oficial.

En lo referente a las formas de tratamiento, igualmente hay un desconocimiento general. Las mujeres adultas afirman que *“es un virus y hasta ahora no se encuentra cura”*. Además, adultas y jóvenes remarcan que *“si alguien tuviera VIH y SIDA sería aislada porque hay personas que no saben de eso y tienen recelo”*. Sin embargo, piensan que las personas que tienen VIH necesitan apoyo porque *“también son personas como nosotros”*.

Los hombres adultos y los jóvenes indican no conocer sobre el tratamiento ni en qué consiste, solo suponen que deberá *“hacerse en un hospital o con un médico que sepa”*.

Hallazgos sobre los factores culturales y el VIH

Mucha de la información recogida y sistematizada en este estudio coincide con lo que se ha identificado en la población indígena u originaria de otros países de América Latina, sobre todo si tenemos en cuenta que en la Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos indígenas, Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, realizada en México en Julio del 2008, ya se consideraban razones de peso para priorizar este tema en las agendas nacionales e internacionales; especialmente las siguientes:

- ❖ Falta de Políticas Públicas de prevención y atención intercultural en nuestras comunidades por parte de nuestros gobiernos.
- ❖ Falta de un abordaje integral del tema del VIH/SIDA en nuestras comunidades que reconozca los rezagos de pobreza, marginalidad, desigualdad histórica, conquista, estigma, discriminación y racismo.
- ❖ Falta de esfuerzos tangibles de Investigación Epidemiológica-Sociocultural sobre la situación de la epidemia en nuestra comunidades Indígenas/Originarios y Afrodescendientes.
- ❖ Falta de recursos financieros para investigación, diseño e implementación de acciones comunitarias que logren sensibilizar e involucrar a las comunidades.
- ❖ Falta de materiales de Información, Educación y Comunicación en lenguas indígenas que permitan una acción efectiva y culturalmente pertinente.
- ❖ Falta de liderazgos indígenas capacitados para ser trabajo comunitario de sensibilización en nuestras comunidades Indígenas/Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA y otras Infecciones de transmisión sexual.
- ❖ Finalmente la falta de visibilidad política de nuestra agenda en el terreno internacional de SIDA para ser considerado en las prioridades.

En este estudio se ratifica el hecho de que el VIH y el SIDA tienen una profunda relación con temas tan amplios como los derechos humanos. Y con temas tan cotidianos como la sexualidad.

Todos los indicadores internacionales muestran que la vulnerabilidad de las personas hacia esta infección y enfermedad es tanto mayor cuando se dan situaciones de pobreza, miseria, exclusión y violencia basada en género; es decir, cuando hay situaciones de violación a los derechos humanos, ya sean civiles o económicos, sociales, culturales o los derechos sexuales y reproductivos. Más aún, el VIH y SIDA incide en la violación de los derechos humanos, en el sentido de una mayor discriminación⁷⁵ y un incremento de los índices de pobreza y violencia. De ahí que la respuesta a la epidemia, ya sea como prevención o tratamiento, deba hacerse desde una perspectiva de protección de los derechos para asegurar que estos se ejerzan de manera efectiva; y, que se cumpla con los acuerdos y marcos jurídicos nacionales e internacionales.

Desde hace años se sabe que hay “grupos de riesgo” más expuestos y especialmente vulnerables a la epidemia, en Ecuador fundamentalmente: trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres. Pero además habría de manera creciente grupos vulnerables por género o edad, antes no advertidos. Las mujeres (amas de casa, por ejemplo), los y las jóvenes y la niñez están cada vez más expuestos.

En América Latina, a estos grupos y segmentos de la población habría que añadir un grupo de ciudadanos/as con especificidades históricas y culturales muy marcadas, los pueblos indígenas.

Frente a la mayor vulnerabilidad de los pueblos indígenas de América Latina ante la epidemia, a partir de la presente investigación, Ecuador parece no ser la excepción. Adicionalmente, los bajos niveles de instrucción formal, la discriminación por razones culturales y de género, y la falta de servicios básicos o su adecuación cultural en las comunidades rurales (donde viven la mayor parte de los ciudadanos indígenas) contribuyen a esta vulnerabilidad.

Si bien no existen datos desagregados que muestren la incidencia del VIH y SIDA en las comunidades indígenas, la información directa de agentes comunitarios de salud y técnicos o profesionales de la salud parecería indicar que existen casos de indígenas viviendo con VIH.

| 75 De género, étnica, identidad sexual, clase social y económica.

El presente estudio cualitativo remarca esta situación en todas las provincias seleccionadas (Chimborazo, Imbabura, Sucumbíos, Esmeraldas y Azuay) y permite inferir que la realidad nacional en general es similar; si bien los altos índices de desconocimiento sobre las ITS, el VIH y SIDA y el miedo a la discriminación inciden en que no se registre evidencia en las comunidades. La mayoría de las veces se dan informaciones fragmentadas, vagas: “se decía que aquella persona falleció de la enfermedad”; “llegó a morir a la comunidad; decían que tenía SIDA”; “tuvo una muerte horrible, adelgazó mucho, tenía llagas por todo el cuerpo”... Este vacío o vaguedad de información indicarían la necesidad de elaborar estadísticas específicas por grupo étnico y sexo. Porque si se cruzan los porcentajes de incidencia del VIH y SIDA por provincia y de sus respectivas poblaciones indígenas, existe la probabilidad de que el virus haya afectado a este grupo poblacional.

El estudio encontró una ausencia de conocimientos actuales, oportunos y pertinentes, actitudes discriminatorias, y prácticas de riesgo que contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres y hombres indígenas al VIH y SIDA e ITS.

Los principales factores identificados que inciden en materia de prevención, transmisión y tratamiento en las provincias seleccionadas son:

- ❖ Temas como la sexualidad en general, la salud y derechos sexuales y reproductivos en particular, son vistos aún bajo una perspectiva moral más que de derechos o incluso desde las mismas culturas, con lo que la posibilidad de decidir de manera informada sobre estos temas se reduce considerablemente.
- ❖ Desconocimiento de lo que son las ITS y VIH, las vías de infección y las formas de prevención. Remarcando el poco o ningún uso del preservativo, argumentando que es un elemento ajeno a la cultura, dañino para la salud y como un elemento que incentiva el “libertinaje” o que impide el placer. De manera contradictoria, aunque positiva, en todas las provincias se apunta el reconocimiento y la importancia de su uso para evitar las ITS y el VIH.
- ❖ Los altos índices de migración, inciden en las prácticas de riesgo, entre ellas la mantención de relaciones sexuales no protegidas con varias parejas.

- ❖ Débil comunicación intergeneracional, específicamente en temas como la sexualidad, que es percibida aún como tabú o incluso como información que facilita el “*libertinaje*”.
- ❖ La transformación de las prácticas culturales en las relaciones de género implica un cambio en los roles tradicionales de las mujeres y hombres indígenas. Las generaciones jóvenes tienen mayor acceso a información y educación. Este hecho es vivido (más que como un proceso cultural de cambio) como una puerta para adquirir costumbres consideradas “no indígenas”, incluyendo relaciones sexuales tempranas, antes del matrimonio e incluso a lo largo de este estado civil, incremento de madres solteras. Prácticas que, sin embargo, se reconoce que han existido en las generaciones anteriores.
- ❖ La existencia de violencia de género, especialmente violencia sexual a menudo está asociada al alcoholismo, lo que limita y/o disminuye la autoestima de las mujeres indígenas y su capacidad de decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su salud y bienestar físico y mental. Es decir, establecerían limitaciones para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y las sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad social y física ante las ITS, el VIH y el SIDA.

Ampliando esta información...

La intersección entre ITS, VIH y SIDA y pueblos indígenas en el Ecuador requiere que se prioricen las políticas públicas y estrategias de acción comunitaria, Sobre todo porque la vida cotidiana y organizativa, en la realidad se entrelazan inevitablemente:

- ❖ Uno de los hallazgos más importantes es que en la información obtenida evidencia una *contradicción importante entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas*, que aumentaría la vulnerabilidad de la población indígena al VIH.
- ❖ La fragilidad de tratar el tema de VIH es que con mayor o menor conciencia se lo asocia con la sexualidad, particularmente con las relaciones sexuales clandestinas, con múltiples parejas y en un contexto de infidelidad. Es decir, relacionan al VIH con la intimidad, con lo aceptado o prohibido, que puede generar contradicciones subjetivas y objetivas, con una carga afectiva y moral. Es probable que de aquí derive la tendencia a depositar en “el otro” (hombre o mujer) la posibilidad de infectarse, sin tener en cuenta las posibles propias prácticas de riesgo, menos aún si hay una relación “estable” de matrimonio o unión libre.

Una evidencia de esto se percibe en la frecuencia con que se reporta que la práctica de mantener relaciones sexuales con varias parejas, que en el caso de las mujeres es calificada como moralmente censurable y en el caso de los hombres es naturalizada como una conducta normal. Incluso se ve atinado que sea sin protección, como una manera de validar una forma de masculinidad. Estas prácticas sin protección se incentivan, aceptan o mantienen, no obstante que en unos casos se intuye (y en otros pocos se tiene la certeza) de que las relaciones sexuales son una vía para adquirir una ITS o el VIH.

- ❖ En varios grupos focales se afirma que si se conociera con certeza que una persona de la comunidad estuviera viviendo con VIH sería discriminada (excluida o expulsada) sin opción a recibir apoyo de la comunidad. Es decir, por un lado se promueve una práctica no protegida pero a la vez se exige que no se evidencie ninguna “enfermedad” por esta falta de prevención. El riesgo de infección, la vulnerabilidad y la infección misma se convierte en un asunto moral y no de salud sexual y reproductiva o de autocuidado. Se podría interpretar que el mensaje que se promueve es que: es aceptable tener relaciones sexuales no protegidas con varias parejas pero no es aceptable evidenciar las posibles consecuencias sobre la salud.⁷⁶ Con lo que además se mantiene la riesgosa creencia de que en una relación de pareja estable no habría motivo para adquirir una ITS o VIH, por tanto no sería necesario protegerse.
- ❖ Adicionalmente, una de las actitudes que probablemente mantendría la vulnerabilidad al VIH es la barrera generacional reflejada en el discurso de las personas adultas cuando hacen una calificación (en términos morales más que culturales) a los cambios sociales, organizativos y culturales que viven los y las jóvenes indígenas. Se evidencia la tendencia a depositar en la juventud la responsabilidad de lo que las personas adultas entienden como deterioro cultural o de valores. Sin embargo, se abstraen de una parte de la realidad que la población adulta ha producido y reproducido, como son las situaciones de violencia, y su relación con consumo de alcohol, relaciones de pareja simultáneas o relaciones sexuales no protegidas. Es así que como prácticas que aumentan la vulnerabilidad ante las ITS y el VIH, se mencionan la violencia doméstica y el alcoholismo.

⁷⁶ Es decir, contradictoriamente: Es aceptable tener relaciones sexuales no protegidas, con varias parejas (si se es hombre), pero no se tolera la evidencia de una infección por no haberse cuidado.

- ❖ Se aprecia que los y las participantes jóvenes, de manera general, tienen mayor conocimiento sobre la sexualidad, ya sea por influencia de la educación formal o de los medios de comunicación. Se percibe que de manera creciente se están dando talleres de sensibilización y prevención del VIH por parte sobre todo de entidades privadas (organizaciones de base, ONGs nacionales e internacionales de desarrollo).
- ❖ A estos factores se añade la ausencia estructural de servicios de educación y de salud en las comunidades más lejanas (ya sean subcentros, personal especializado, o incluso “botiquines” o brigadas); o bien la deficiencia de éstos (en horarios, material, equipamiento y sobretodo en adecuación cultural). La vulnerabilidad de las comunidades a la transmisión del VIH aumenta considerablemente en estas condiciones. Esto va de la mano con el *acceso al diagnóstico y tratamiento y al desconocimiento de la prueba del VIH*. Cuando se conoce de la prueba hay renuencia a hacerse. Por una parte, por imposibilidad de asumir los costos (desplazamiento, pérdida de días de trabajo, costo de la prueba) que implica el acudir a los centros de salud. Por otro lado por la distancia de los servicios de salud, la demora para tener los resultados de cualquier análisis médico, los horarios diferentes de las posibilidades de acudir o el cambio permanente de personal de salud y, con un peso muy significativo, la ausencia de adecuación cultural (no se atiende en lengua propia y se percibe discriminación por razón étnica).
- ❖ A esto se añade el miedo al estigma y discriminación que representaría para la población indígena tener una *“enfermedad de vergüenza”* como serían las ITS, el VIH y SIDA. Hacerse la prueba, sería un reconocimiento de tener actividad sexual, además en caso de dar positivo se expone a la marginación social de su propia comunidad. Aún con los vacíos de conocimiento sobre el VIH, se asocia a este con prácticas o acciones no morales.
- ❖ Hay total o escaso uso del preservativo, especialmente por creencias sobre la disminución del placer en el hombre, en la mujer (o en los dos). Se lo asocia más con su uso anticonceptivo, práctica también calificada como ajena a los usos y costumbres de la población indígena e introducida por la medicina occidental o la gente no indígena. La percepción y las prácticas sobre el preservativo, que se encontraron en este estudio tienen que ver más con elementos morales y con las construcciones sociales sobre “ser hombre” y “ser mujer”, que con aspectos de las culturas (“ser indígenas”) que impidan o resientan su uso.

- ❖ Por otra parte, también en los grupos focales y entrevistas, se reitera la influencia de la movilidad creciente de la población (migración interna y externa, internacional), en la que las personas tienen más posibilidades de contacto sexual sin protección con personas no indígenas o de otras comunidades. También hay que tomar en cuenta que se asocia la infección a factores externos como actividades productivas de la zona, específicamente la fumigación de plantaciones de flores en la sierra norte o el uso de productos químicos para los sembríos. Así mismo se asocia con actividades de comercio sexual en zonas de frontera.
- ❖ Estos hechos fortalecen la idea de que el VIH “*es una enfermedad que viene de fuera*”, como producto de las relaciones sexuales con parejas no indígenas (extranjeras o nacionales) y esta creencia aumenta la vulnerabilidad al VIH, puesto que se refuerza el pensamiento de que al interior de las comunidades mujeres y hombres son inmunes al VIH y no coligan la posibilidad de que las relaciones no protegidas con una persona infectada puede transmitir el virus.
- ❖ Finalmente hay que apuntar la importancia de conjugar los derechos individuales con los derechos colectivos. Los derechos colectivos han sido reconocidos en varias declaraciones y convenios internacionales firmados por el Ecuador (y parcialmente admitidos en la nueva Constitución)⁷⁷ en los que el derecho a construir su proyecto de vida desde la propia identidad es un concepto clave. Desde esta base se exige a los pueblos ancestrales construir estrategias para recrear y mantener instituciones y mecanismos propios que regulen su convivencia y les ayuden a vislumbrar su plenitud bajo el concepto del “*sumak kawsay*” (buen vivir).

Se hace preciso anotar una prospectiva reveladora. Si no se trabaja el tema de prevención de VIH en los pueblos indígenas, incluyendo los factores culturales en las políticas públicas y en las prestaciones de salud, se incrementa la posibilidad de que el VIH alcance a las comunidades más apartadas. Así, se estaría ante índices crecientes de morbi-mortalidad, un mayor empobrecimiento general y la desaparición progresiva de poblaciones enteras, de sus personas y de su cultura. Es decir, a parte de las consecuencias humanas individuales, se podría hablar de la desaparición de culturas enteras, de un “*etnocidio*” silencioso.

77 Entre estos derechos se encuentra la llamada “*demanda madre*” de estos pueblos, el derecho a la libre determinación: el derecho a decidir libremente sobre su propio proyecto de vida desde la propia identidad, que ha sido una lucha permanente del movimiento indígena ecuatoriano y en general de América Latina.

Recomendaciones

Abordar la salud sexual y reproductiva en poblaciones culturalmente diferenciadas e históricamente marginadas (y por ende, económicamente empobrecidas) es un desafío que requiere respuestas multisectoriales específicas y con un claro enfoque basado en derechos humanos. En este sentido, responder a las ITS, al VIH y SIDA desde la atención a los pueblos indígenas requiere en primer lugar tener en cuenta la legislación internacional para estos titulares de derechos, en especial los Compromisos y Programas de Acción que habilitan a la población, especialmente a las mujeres, para un ejercicio de la salud y derechos sexuales y reproductivos. Es indispensable la promoción para el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) hacia el 2015, especialmente ahora que se incluyó la salud sexual y reproductiva como una nueva meta. Aquí se hace necesario citar el Objetivo 6, que hace referencia a: “combatir el VIH y SIDA, la malaria y otras enfermedades”.

Otros instrumentos a tenerse en cuenta son: el Convenio 169 de la OIT sobre Poblaciones Indígenas (vinculante y firmado por el Estado ecuatoriano en 1998) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (aprobada el 13 de septiembre de 2007), que en base al derecho a la libre determinación en su Artículo 24 (numeral 2) estipula que: *“los pueblos indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho”*. Este derecho ya está presente en el programa de acción de la Segunda Década Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo (2005-2014).

A nivel nacional, se deben fortalecer las acciones para el logro de lo establecido en la Política Nacional y en los Planes Nacionales de Derechos Sexuales y Reproductivos; así como también el Plan para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal; y en el Plan Estratégico Multi-sectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA (2007-2015). Paralelamente contribuir para el cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo (2007-2010), cuyo Objetivo 3 está vinculado a la salud sexual y reproductiva, reconociendo que es fundamental incluir este tema dentro de los esfuerzos para reducir la pobreza y para “aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población”. Entre las metas para este Objetivo, se plantea aumentar los servicios de salud para las mujeres, mejorar la calidad y calidez de estos; y desacelerar la tendencia del VIH y SIDA.

Teniendo presente este marco nacional e internacional, en base a los datos e informaciones recabadas en el presente estudio, y a partir de lo anteriormente apuntado, se propone avanzar las siguientes propuestas para la acción:

Al nivel de las políticas y programas

- ❖ **Incidir en el Sistema de las Naciones Unidas en el Ecuador (SNUE) a través del Grupo de Trabajo Interagencial en Interculturalidad (GTII)** para que se continúe el seguimiento, en base a indicadores de avance adecuados, a las recomendaciones contempladas en las Declaraciones y Programas de Acción de las Conferencias y Cumbres internacionales, respecto a la SSR y al VIH y SIDA. Adicionalmente a las recomendaciones del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas, y las del Relator Especial (2006) sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas. Por el rol de acompañamiento que tiene el SNUE al cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo y a la elaboración de instrumentos para los censos y encuestas nacionales de calidad de vida, salud materna, etc., se recomienda promover la mayor inclusión de los datos desagregados por etnia y sexo en las estadísticas nacionales.
- ❖ **Impulsar que en la Comisión de SDRS del Consejo Nacional de Salud (CONASA)**, se promueva el fortalecimiento de la Política Nacional y el Plan de salud y derechos sexuales y reproductivos, especialmente en lo relacionado a poblaciones vulnerables y VIH y SIDA; se propenda a la desagregación de datos por grupo cultural o condición étnica como el comienzo de una atención más eficiente para los pueblos indígenas. Además de impulsar las acciones para fortalecer los procesos de investigación en VIH y pueblos indígenas, implementar procesos de prevención y capacitación a agentes tradicionales de salud y población indígena como parte de la respuesta del país al VIH.
- ❖ **Promover que las comisiones coordinadoras (o su equivalente) de temas indígenas y SDRS**, tengan entre sus funciones el seguimiento y evaluación periódica de las leyes, políticas, programas, y proyectos del Estado en materia de VIH y SIDA y pueblos indígenas; además asesorar e incidir en la inclusión de un enfoque intercultural en este ámbito. Se sugiere que en estas instancias participen representantes de las organizaciones indígenas mixtas (CONAIE, FENOCIN, FEI, FEINE), y cuenten con asistencia técnica de las organizaciones y programas que

trabajan en temas de VIH y SIDA en el país; y de los representantes de los organismos del Estado pertinentes: Plan Nacional del VIH y SIDA, Programa de Salud Intercultural (Ministerio de Salud Pública), Dirección Nacional de Normatización, Dirección de la Juventud (Ministerio de Inclusión Económica y Social), CONAMU y las Agencias del SNUE cuya misión esta relacionada con la SDSR y la respuesta al VIH.

- ❖ **Realizar acciones de incidencia política, lideradas por las organizaciones indígenas nacionales y regionales**, para evidenciar las necesidades y realidad de los pueblos indígenas, especialmente de las mujeres, en relación al VIH. Así como para exigir implementación de políticas con enfoque intercultural, registro y procesamiento de datos estadísticos desagregados por grupo étnico, y acciones de información y prevención que garanticen que las nacionalidades y pueblos conozcan la formas de respuesta a esta infección.
- ❖ **Exigir que los EBAS (equipos básicos de salud) del MSP incluyan en sus zonas de influencia las comunidades distantes** y se dote (a los EBAS) de los recursos necesarios para que realicen un trabajo eficiente en salud preventiva, que incluya información sobre salud sexual y reproductiva, con énfasis en VIH y SIDA, siempre en el marco de los derechos y la pertinencia cultural.

Al nivel de acciones y proyectos

- ❖ **De acuerdo al espíritu y a la metodología participativa del estudio “devolverlo” a las comunidades**; en un primer momento haciendo una socialización directa con los/las participantes a través de un taller nacional. Incluyendo material de información sobre los aspectos más relevantes que evidencie este estudio.
- ❖ **Establecer espacios de diálogo intergeneracional** teniendo en cuenta la importancia de que se re-creen los sistemas de creencias y prácticas tradiciones de acuerdo a la realidad social y cultural de las generaciones actuales. Incidiendo en la educación de la sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, información pertinente y oportuna sobre ITS y VIH y las formas de prevención; destacando la necesidad de fortalecer la capacidad de decisión para poder optar informadamente por las prácticas más adecuadas a cada persona y cada cultura.

- ❖ **Capacitar a agentes tradicionales de salud, promotores/as, técnicos de OI, líderes y lidere-sas adultos/as y jóvenes** que tengan las condiciones para replicar en sus comunidades direc-tamente con la población, los temas de derechos, salud y derechos sexuales y reproductivos, leyes que protegen la salud sexual y reproductiva y protegen contra la violencia, promoción del buen vivir y del buen trato, prevención de ITS y VIH.⁷⁸
- ❖ **Establecer acuerdos de implementación y seguimiento a los/as agentes de salud indígenas-capacitados** para garantizar que se socialice la información y se sensibilice a las familias y a las comunidades en SSR. Esta socialización puede entenderse sobre todo como espacios de “con-versación” donde se produzca discusión y reflexión alrededor de la temática (en base a la cul-tura oral y comunitaria de los pueblos indígenas).
- ❖ **Producir materiales culturalmente adecuados** para respaldar los procesos de capacitación y sensibilización y realizar difusión sobre salud sexual y reproductiva en los idiomas propios de los pueblos indígenas. Es fundamental incluir programas radiales, puesto que este es un medio de comunicación muy utilizado en las comunidades, en ciertas horas del día y a menudo con más asiduidad, ya sea durante el trabajo en casa o en el campo. La sugerencia permanente en el trabajo de campo es pasar cuñas o una radionovela, con elementos identitarios, con perso-najes de la zona (como los *yachaks* o las *parteras*).
- ❖ **Coordinar con el Programa de Salud Intercultural y el Programa Nacional de respuesta al VIH y SIDA del MSP, la realización de proceso de sensibilización y/o capacitación a los pres-tadores de servicios de salud para activar una atención culturalmente adecuada en res-puesta a las ITS, al VIH y SIDA.** Es imprescindible fortalecer las acciones para promover prácticas interculturales en los servicios de salud, que contribuyan a disminuir y paulatinamente erradicar la discriminación. Que adicionalmente, motiven al conocimiento y uso de la lengua local, al conocimiento general de la realidad, de la cosmovisión indígena y las diferentes per-

78 De acuerdo a un participante: “Me gustaría que visiten y apoyen a las comunidades, porque por falta de dinero no pueden ir a los pueblos a capacitarse en esos temas, para que tengan esos conocimientos e información; del porqué pasan ese tipo de enfermedades”. Conforme a otro: “Para que no se infecte más capacitación”.

cepciones sobre el cuerpo y la sexualidad. Apuntando a destacar la importancia de diversificar las estrategias de información (la mayoría de las veces escrita), es decir, promover un servicio eficaz y de calidad, efectivamente intercultural.

- ❖ **Apoyar a las OI en la promoción de la inclusión efectiva de la temática de educación de la sexualidad, que incluya salud y derechos sexuales y reproductivos, así como prevención de ITS y VIH en el currículo educativo de la DINEIB. Incluyendo los procesos de alfabetización y capacitación de adultos y las escuelas de liderazgo.** Se hace necesario elaborar materiales didácticos con pertinencia cultural y capacitar a los/las docentes. Esta propuesta vendría a reforzar la recomendación del III Congreso por la Salud y la Vida, en el sentido que *“la educación y la promoción de la salud formarán parte del pensum de estudios de las escuelas de pedagogía”*;⁷⁹ la cual está en la misma dirección del movimiento indígena que plantea que *“La Educación Bilingüe debe proyectarse también al fortalecimiento cultural en salud”* (CONAIE, 1998).
- ❖ **Intercambiar experiencias sobre la temática (entre agentes tradicionales de salud y conocedores de la medicina tradicional (yachaks y shamanes) de distintas nacionalidades y provincias.** Procesos como los de las “parteras para la vida”, las “promotoras para la vida”, los “promotores de salud”, las/los “promotoras/es del Buen Trato” de organizaciones indígenas como la FONAKISE/AMNKISE en Sucumbíos y el Jambi Wasi en Otavalo son ejemplos valiosos que podrían ser promovidos para motivar experiencias similares en otras provincias. Una de las actividades de estos encuentros sería la de recopilar y actualizar la tradición oral, como una forma de llegar a la población más distante.
- ❖ **Promover espacios para el diálogo entre medicina andina tradicional y medicina occidental moderna en el marco de las ITS y VIH.** Puesto que es fundamental la distinción entre curación y tratamiento en este contexto, ya que cualquier confusión entre las dos situaciones puede ayudar a perpetuar creencias falsas. En este sentido, se debería considerar el fortalecimiento de las áreas de trabajo intercultural existentes en algunos hospitales del país (véase el Hospi-

| 79 CONASA (2007:137)

tal de Alaus). Incentivando la combinación de información más contrastada sobre los beneficios, alcances y límites de las dos medicinas respecto de las ITS y el VIH y optimizar los aspectos ancestrales de la medicina tradicional para promover el acceso a la prueba y tratamientos adecuados y efectivos. Decía un participante: *“Estimo mucho el conocimiento [andino] que ha sido olvidado, despreciado, oculto, incluso satanizado. Es muy importante la medicina del campo; no sólo te quita el dolor sino que te cura”*. Por tanto sería recomendable que estos espacios de intercambio de sabidurías, también sea un espacio de acuerdos.

Bibliografía seleccionada

Libros y estudios

- Bernstein, S. y C. Juul (2006) “Opciones públicas, decisiones privadas: Salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio”. Nueva York: FCI.
- Cabrero, F. (2006) *Els pobles indígenes. Finestra a les Amèriques tan poc llatines*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Cloet, R. (2006) *Nunca pensé que esto me iba a pasar a mí: VIH/SIDA y género en el Ecuador*. Quito: s.e.
- CONAIE (2007) “Propuesta de la CONAIE frente a la Asamblea Constituyente”. Quito: CONAIE.
- FCI (1995) *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos*. Marco de acción.
- FCI / Bolivia. (2007). *Pueblos Indígenas, ITS, VIH y SIDA. Infecciones de Transmisión sexual, VIH y SIDA en comunidades indígenas de Pando: Una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes*. La Paz.
- FCI/Youth Coalition. (2008) *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva. Perspectiva desde la gente joven de Latinoamérica y el Caribe*. Quito.
- García, F. y M. Sandoval (2007) *Los pueblos indígenas del Ecuador: derechos y bienestar. Informe alternativo sobre el cumplimiento del Convenio 169 de la OIT*. Quito: FLACSO/OXFAM.
- MSP (2006) *Enfoque intercultural y de género en salud materna*. Quito: MSP.
- Muratorio, Blanca (2000) *Historia de vida de una mujer amazónica: intersección de autobiografía, etnografía e historia*. *Cuadernos de Historia Latinoamericana*, 8: 203 – 225.
- Poeschel – Renz, Ursula (2003) *Las marcas de la violencia en la construcción socio-histórica de la identidad femenina indígena*. *Ecuador Debate*, 59: 103 – 122.
- Rodríguez, L. (s.f.) “*Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos*”. Mecanuscrito.
- Tenorio, R. (2000) *La intimidad desnuda. Sexualidad y cultura indígena*. Quito: Abya Yala.
- Vallejo, I. (s.f.) *Sumag Mirasha Katinkapak allí kausayta charina / Sexualidad y salud reproductiva en los Kichwas del Alto Napo*. Quito: FONAKIN.

- W.V.A.A. (2003) Intercambio de experiencias en salud sexual y reproductiva con poblaciones indígenas. Quito: MSP / MEC / UNFPA / OPS-OMS.

Documentos, directrices e informes institucionales

- CLADEM (2003) *Derechos sexuales y derechos reproductivos en el Ecuador*. Quito: CLADEM.
- CONAIE (1998) "Política intercultural en salud y derechos sexuales". Mecanuscrito.
- CONASA (2007) *Memorias del III Congreso por la Salud y la Vida. Concertación ciudadana en salud hacia la Asamblea Nacional Constituyente*. Quito: MSP/CONASA/OPS/UNFPA/UNICEF.
- "Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/SIDA"; aprobada por el Congreso Nacional el 14 de abril de 2000.
- MSP/CONASA (2007) *Marco general de la reforma estructural de la Salud en el Ecuador*. MSP/CONASAOPS/UNFPA.
- MSP (2006) Situación de la salud del Ecuador.
- OACNUDH (2006) "Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, Sr. Rodolfo Stavenhagen. Adición Misión a Ecuador". Documento de Naciones Unidas: A/HRC/4/32/Add.2.
- ONU (2008) "Directrices sobre los asuntos de los pueblos indígenas". Documento de trabajo del UNDG.
- ONUSIDA / OMS (2008) *América Latina. Situación de la epidemia del SIDA. Resumen regional*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007) "Ecuador: Plan estratégico multisectorial de la respuesta nacional al VIH/SIDA 2007-2015". Quito: ONUSIDA.
- ONUSIDA / OACNUDH (2007) "Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos". Versión consolidada de 2006. Ginebra: ONUSIDA.
- OPS (2003) *Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Abya-Yala Kuyarinakui*. Washington: OPS.
- PNUD (2004) *Informe sobre el Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. México / Barcelona / Madrid: Mundi-Prensa Libros.

- UNFPA (2005). Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- UNFPA (2008). Estado de la población mundial 2008. Ámbitos de convergencia: Cultura, género y derechos humanos.


Compendios estadísticos


- CEPAR (2006) *Situación de salud de los pueblos indígenas en el Ecuador. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN)*. Quito: CEPAR/CODENPE/MSP/UNFPA.
- INEC (2001) Censo de población y vivienda. Quito: INEC.
- INEC (2001) *La Población Indígena del Ecuador. Análisis de estadísticas socio-demográficas* Quito: INEC.
- INEC (2008). Las condiciones de vida de los ecuatorianos. Resultados de la Encuesta de condiciones de vida. Quinta ronda. www.inec.gov.ec.
- PNUD (2007) *Los Pueblos Indígenas del Ecuador y los Objetivos del Milenio*. Quito: PNUD/Programa HURIST. En edición.

Artículos


- León Guzmán, M. "Etnicidad y Exclusión en el Ecuador: Una mirada a partir del censo de población del 2001" en *Iconos*, 2001, no. 17, FLACSO, Quito.
- VV.AA. "El VIH en las comunidades indígenas" en *¡Impacto! Transnacional*, invierno 2008, vol. 6: 1, Los Ángeles, APLA.
- Worth, D. "Minority women and AIDS: Culture, Race and Gender" en Feldman, D. (ed.) (1990) *Culture and AIDS* (pp. 112-135). Nueva York: Westport.

Anexo 1


	Anexo A: Información socio-demográfica de las provincias de estudio		
	Sucumbíos	Imbabura	Chimborazo
Ubicación y población de acuerdo al Censo 2001 (INEC)	<p>La provincia cubre 18.008,3 km² de extensión (que representan el 7,02% del territorio nacional) y se ubica al nororiente del país, frontera norte con Colombia. Tiene 152.939 habitantes (correspondiente al 1,26% del total del Ecuador), llegando al 61% la población rural. Conviven cinco nacionalidades indígenas: Cofán, Secoya, Siona, Shuar; y Kichwa de la Amazonía; además de mestizos y afroecuatorianos.</p>	<p>Tiene una superficie total de 4.353 Km² (435.300 has.). Se ubica en la Sierra norte del país. Su población es de 344.044 habitantes que equivalen al 2,8% de la población nacional. La población rural asciende a 171.830 (1,51% de tasa de crecimiento anual), y una población urbana ligeramente superior, con 172.214 habitantes (y un 2,63% de tasa de crecimiento).</p> <p>La provincia concentra una alta proporción de población indígena, el 25,3% (lo que representa el 10,5% del porcentaje indígena nacional); pertenecientes a los pueblo Otavalo, Natabuela, Caranqui, Imantaj y Cayambi de la nacionalidad Kichwa, repartidos en las comunidades rurales (86,6%), y en las ciudades grandes y pequeñas (13,4%); si bien también hay un apreciable número de población Awá.</p>	<p>Se ubica en la sierra central del Ecuador. Cuenta con 403.632 habitantes, equivalente al 3,3% de la población nacional. El 60% de la misma está asentada en el área rural y el 40% en la urbana. De esta última, el 80% reside en la ciudad de Riobamba, capital provincial. La provincia concentra una alta proporción de población indígena, el 38%, sobre todo pueblo Puruhá, de la nacionalidad Kichwa, repartido en 554 comunidades rurales, y en las ciudades grandes y pequeñas.</p>
Aspectos productivos y de desarrollo	<p>Es una de las provincias más pobres del país, pese a contar con un Plan Provincial de Desarrollo que tiene tres ejes: Desarrollo Social; Equidad e Interculturalidad; y Desarrollo Económico Ambiental. Sus principales actividades productivas son la agricultura, el comercio y la explotación petrolera.</p>	<p>Los principales sectores económicos son la agricultura y la ganadería. De la Población Económicamente Activa (PEA) entre 5 y 11 años de edad de la provincia de Imbabura se declararon ocupados 885 de los cuales 538 son niños y 347 son niñas. (183 viven en el área urbana y 702 en el área rural). Con respecto al total de la PEA de la provincia, estos menores de edad representan el 0,7% del total.</p>	<p>Provee al mercado interno (Costa y Sierra) de productos agrícolas y pecuarios. Además del procesamiento de alimentos, lácteos y de cemento. Aporta con menos del 2% del PIB nacional. Según los indicadores de pobreza, es una de las provincias más pobres, especialmente en las áreas rurales (cantones de Guamote, Colta y Alausi) donde habita buena parte de la población indígena de la provincia. Aproximadamente el 71% de la población está en edad de trabajar pero la PEA representa apenas el 55,7% de este grupo, de la cual la tercera parte corresponde a la población indígena y el 12% a menores de 17 años. Las cifras sobre la fuerza laboral reflejan una subestimación considerable de la participación de las mujeres puesto que no incluyen las labores del hogar. El porcentaje de desempleo en la provincia es inferior al nivel nacional, con diferencias significativas entre las áreas urbanas y rurales (6,9% y 0,7% respectivamente), lo que tiene relación con el alto porcentaje de empleo por cuenta propia y los ingresos inferiores a los mínimos nacionales.</p>

	Sucumbíos	Imbabura	Chimborazo
Migración	Es una provincia receptora de población de varias zonas del país, pero también de población colombiana desplazada por el conflicto interno de su país.	En la provincia también hay altos porcentajes de migración interna y externa.	Históricamente Chimborazo se ha caracterizado por una alta migración interna, especialmente hacia las ciudades de Quito y Guayaquil. Esta migración ha sido permanente y temporal, ya que muchos trabajadores, especialmente indígenas, van hacia la región Costa a trabajar como jornaleros en época de cosecha y de zafra de la caña de azúcar. De la misma manera, hay muchos comerciantes indígenas y campesinos que venden productos serranos en los mercados y ferias de Guayaquil, Ambato y Quito. En cuanto a la migración internacional, el sur de la provincia es uno de los territorios con mayor expulsión de personas hacia países como Estados Unidos a partir de la década del 60, y hacia España desde la crisis económica de 1999.
Educación	Si bien las tasas de matrícula y de analfabetismo exhiben una lenta mejoría, la desigualdad económica y social no ha disminuido. El analfabetismo alcanza el 4,3% en toda la provincia y un 8,9% en el área rural.	Las estadísticas indican que un 9,6% de personas son analfabetas, de las cuales el 10,8% son mujeres y el 9% hombres; En el área rural hay un total del 16% (acumulando las mujeres un 19,9% y los hombres un 14,8%).	El 15% de la población no ha tenido instrucción, siendo en el área rural el porcentaje mayor de analfabetismo (22,5%).
Salud (mortalidad materna y SSR)	Para el 2005 se reportaron 2 casos de MM que tuvieron investigación epidemiológica y seguimiento de los Comités de mortalidad materna. Los dos casos fueron muerte post parto. Según la ENDEMAIN, la tasa global de fecundidad (TGF), en general para la Amazonía es de 4,2. Así mismo el conocimiento del condón (como parte de los MAC) en la región amazónica, por parte de las mujeres entre 15 y 49 años es del 82,1%. Respecto al parto institucional en la amazonía alcanza el 68,1% mientras que en casa es del 29,7%. La cercanía del servicio de salud para el parto fue una razón para que acuda apenas el 7,7% de mujeres; mientras que la mayoría que lo hace porque los costos están a su alcance (24,3%), frente a un 20,5% que lo consideran más seguro en caso de complicaciones -hay que remarcar que estas cifras corresponden a la amazonía en general-.	Para el 2005 se reportaron 9 casos de MM. 7 de ellos tuvieron investigación epidemiológica y seguimiento de los Comités de mortalidad materna. Una de estas muertes fue durante el embarazo y dos post parto; cuatro de los casos por eclampsia. Según la ENDEMAIN la TGF es de 3,4, mientras que el 83,5% de mujeres entre 15 y 49 años conocen el condón como un MAC. El parto institucional alcanza un 62,9% y el realizado en casa un 36,4%. En este caso el 36,4% fueron al servicio institucional por factores económicos, mientras que el 11,4% porque estaba cerca, y el 15,9% por la seguridad en caso de complicaciones o por la confianza en el personal (14,8%).	Para el 2005 se reportaron 6 casos de MM, los 4 tuvieron investigación epidemiológica y seguimiento de los Comités de mortalidad materna. Dos muertes fueron post parto por eclampsia. Según la ENDEMAIN, la TGF es de 3,3. De las mujeres entre 15 y 49 años el 55,8% conocen el condón como uno de los MAC. Las mujeres tienen parto institucional en un 51,5% y en casa en un 47,3%. Las razones económicas para usar el servicio institucional para el parto llega a 41,4%, mientras que la cercanía esta en 5,8%. Así mismo, un 21,8% indica que tuvo que ir por emergencia aunque solo el 9,2% consideraban que era más seguro en caso de complicaciones.

En la intimidad del buen vivir

	Esmeraldas	Azuay
Ubicación y población de acuerdo al Censo 2001 (INEC)	<p>Se encuentra situada en la costa noroccidental del Ecuador, frontera con Colombia. Cuenta con una población de 385.223 habitantes, de los cuales 127.326 son afro ecuatorianos, junto a estos se encuentra la nacionalidad Chachi, que cuenta una población de 12.000 habitantes, la nacionalidad Épera, que no suman más de 500 personas; la nacionalidad awá, que en la provincia de Esmeraldas tiene a 1500 habitantes, y población blanca mestiza que ha llegado de todas las partes del país.</p>	<p>Provincia de 7.701 km² ubicada en el sur del Ecuador, en la cordillera de los Andes. Tiene 599.546 habitantes (48% rural y 52% urbana), los que equivalen al 4,9% de la población nacional. La provincia cuenta con una alta proporción de población indígena, 20.733 personas, de las cuales un 19,3% es población urbana y un 80,7% rural. Así, la población indígena representa el 3,5% de la población total de la provincia, así como el 2,5% de la población indígena ecuatoriana.</p>
Aspectos productivos y de desarrollo	<p>Posee enormes recursos naturales (considerada "la bodega de recursos para la República"). Los productos más importantes para la explotación han sido: tagua, caucho, madera de balsa, y últimamente madera para la industria de contrachapados, lo que junto al cultivo de palma africana y la industria del camarón han destruido los recursos naturales, con grave afectación a la población local. La pobreza promedio de la provincia se ubica en el 69,1%; pero existen cantones como San Lorenzo y Eloy Alfaro donde la pobreza se ubica en promedio en 81% y 83% respectivamente; y existen casos como el del cantón Muisne donde la pobreza por NBI llega al 93,5% de la población, y parroquias donde la pobreza llega al 100% por NBI.</p>	<p>El principal sector económico es la agricultura, si bien hay altos índices de pobreza. En referencia al trabajo infantil, de la Población Económicamente Activa (PEA) entre 5 y 11 años de edad de la Provincia del Azuay, se declararon ocupados 1.579, de los cuales 914 son niños y 665 son niñas. De acuerdo al Área de Residencia, 317 viven en el área urbana y 1.262 en el área rural. Con respecto al total de la PEA de la provincia, esos menores de edad representan el 0,7% del total.</p>
Migración	<p>Es una provincia receptora de población de varias zonas del país, pero también de población desplazada por el conflicto colombiano.</p>	<p>Es la provincia con mayores porcentaje de migración del país.</p>
Educación	<p>El 9,7% de la población no ha tenido acceso a ningún grado de instrucción. De este porcentaje el 13% pertenece a la población rural y un 5,1% a la población urbana.</p>	<p>Un 6,2% de la población es analfabeta (8,4% mujeres y 4,8% hombres), porcentaje que asciende a un total de 10,5% de la población rural (14,9% de mujeres).</p>
Salud (salud materna y SSR)	<p>Para el 2005 se reportaron 12 casos de MM, ninguno de los cuales tuvo investigación epidemiológica ni seguimiento de los Comités de mortalidad materna. Según la ENDEMAIN, la TGF para la costa es de 3,3; y el 90,3% de mujeres entre 15 y 49 años conocen el condón como un MAC. El parto institucional alcanza un 52,3% y en casa el 44,3%. También pesa el factor económico para el parto institucional (31,5%) frente al 15,2% que considero la cercanía del establecimiento y el 14,1% tanto para la seguridad en caso de complicaciones como la confianza en el personal del establecimiento de salud.</p>	<p>Para el 2005 se reportaron 6 casos de MM, de los cuales 5 tuvieron investigación epidemiológica y seguimiento de los Comités de mortalidad materna; determinándose que una muerte fue por sepsis post parto y 4 por eclampsia. Según la ENDEMAIN, la TGF es de 3,2; mientras que de las mujeres de 15 a 49 años el 78,1 conocen el condón como un MAC disponible. El 62,3% de partos son institucionales frente a un 36,6% que se realizan en casa. En este caso, el 27,2% acudió porque consideran que la atención es buena y tienen confianza en el personal (23,7%); el 21,1% acude por factores económicos frente al 0,9% que lo hace por la cercanía del lugar. Y el 16% por considerar que es más seguro en caso de complicaciones.</p>

Anexo 2


	Guía metodológica para los grupos focales
INTRODUCCIÓN	<p>Se iniciará el "grupo focal" agradeciendo a los participantes su compromiso y dando una pequeña explicación de la investigación: en qué consiste, quienes somos, etc. Se ha de remarcar el anonimato de las contribuciones. Luego se preguntará los nombres a los participantes, se escribirá cada nombre en una pegatina. Las preguntas siguientes se centrarán en la comunidad, para después trasladarse al contexto exterior y luego profundizar en la persona, su cuerpo, y la salud-enfermedad, para luego regresar al contexto de la comunidad.</p>
COMUNIDAD	<p>Se iniciará el grupo focal pidiendo a las personas que dibujen su comunidad en un gran "papelote". ¿Cómo está organizada la comunidad? Una vez dibujada la comunidad, se les pedirá que identifiquen los principales lugares en donde les han hablado sobre su cuerpo o sexualidad (la escuela, el centro de salud, la iglesia, el hogar). A partir del mapa se preguntará cuándo y en qué lugares se habla de sexualidad.</p> <p>Cuando hablen del "centro de salud" se les preguntará sobre los temas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Se les preguntará si allí les han hablado sobre métodos anticonceptivos, incluido el preservativo, si hay preservativos, si les han hablado de ITS y de VIH, si hacen la prueba del VIH, quién la hace, quién se hace, quién se debería hacer... Además se preguntará qué sucede cuando alguien se hace la prueba (qué piensa la comunidad). Igualmente, se les preguntará si en ese centro de salud existen medicamentos. Adicionalmente, se les preguntará sobre otros lugares en donde se curan (prácticas e instituciones tradicionales) y se les preguntará qué enfermedades se curan o no se pueden curar allí.</p> <p>Cuando dibujen y hablen de la "escuela", se les preguntará la manera cómo les han enseñado sobre su cuerpo, se les preguntará qué conocimientos se les han impartido respecto a su salud en general y a su salud sexual específicamente, cómo se ha impartido estos conocimientos, si les han hablado de enfermedades, de qué enfermedades.</p> <p>Cuando dibujen y hablen de sus "hogares" se les preguntará cómo sus padres y madres les han transmitido conocimientos respecto de su cuerpo o sexualidad, qué consejos les han dado, o si es un tema del que no se habla. También se les puede contar una historia de un situación de violencia relacionada con el alcoholismo y preguntar si algo parecido le ha sucedido a alguien de la comunidad, como ha sido y como ha reaccionado la comunidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se habla de sexualidad en las familias (en la escuela, en el centro de salud, con los amigos/pares)? ¿Por qué sí y por qué no? 2. ¿Dónde se encuentra la información sobre sexualidad? 3. ¿Cuáles temas son de los que más se hablan en relación a la sexualidad? 4. ¿Cómo se casan las mujeres y los hombres de esta comunidad? ¿Es usual la práctica de que los padres buscan la pareja para sus hijas o hijos? 5. ¿Con quién tienen relaciones sexuales la primera vez? 6. ¿Qué es más usual, las relaciones de fidelidad o las relaciones donde hay infidelidad? ¿Se sabe si los hombres o las mujeres en las comunidades tienen relaciones íntimas/sexuales con otras personas fuera de su marido o mujer / enamorado-a, novio-a? ¿Es frecuente?



<p>FUERA DE LA COMUNIDAD</p>	<p>7. ¿Qué ideas tienen en la comunidad sobre el condón? (ANALIZAR RELACIÓN CON PRÁCTICAS TRADICIONALES / DE DOMINACIÓN) ¿Usan algún tipo de protección? ¿Qué usan y para qué? ¿Por qué no usan?</p> <p>Luego de hablar de la comunidad se les pedirá que hagan caminos hacia lugares fuera de la comunidad: ¿Cuáles son estos lugares? ¿Qué tipo de relaciones se establecen en estos lugares? ¿Cómo se viven las relaciones entre hombres y mujeres en estos lugares fuera de la comunidad?</p> <p>8. ¿Hay migración en la comunidad?</p> <p>9. ¿En este contexto es común que tengan relaciones íntimas / sexuales con otras personas? En estos casos, ¿es común que los hombres o mujeres que salen tengan relaciones íntimas / sexuales con otras personas?</p> <p>10. ¿Han acudido en alguna ocasión a los servicios de las trabajadoras sexuales? (PRIMERA VEZ, OTRAS...)</p>
<p>INDIVIDUO / CUERPO SALUD-ENFERMEDAD</p>	<p>Se les pedirá que dibujen una silueta y vayan dibujando y escribiendo las partes del cuerpo según su interés y libertad (se les / preguntará de acuerdo a lo que vaya saliendo). Se les preguntará qué palabras tienen relación con el cuerpo, y se agruparán las palabras para construir los principales conceptos relacionados con este tema (miedos, prejuicios, y violencias).</p> <p>11. ¿Cuáles son las causas por las que nos enfermamos?</p> <p>12. ¿Conocen alguna enfermedad que tenga que ver con las relaciones sexuales? ¿Cuáles?</p> <p>13. ¿Conocen alguna enfermedad que tenga que ver con las partes íntimas del cuerpo y/o con las relaciones sexuales? ¿Han oído (y que han oído) hablar de las infecciones de transmisión sexual?</p> <p>14. ¿Cuáles enfermedades y cómo son? ¿Han oído hablar del VIH y SIDA? ¿Han oído (y que han oído) hablar del VIH y del SIDA?</p> <p>15. ¿Por qué y/o cuando aparecen estas enfermedades?</p> <p>16. ¿Cómo se puede infectar de VIH una persona? (SE ANALIZARÁN LAS DISTINTAS MANERAS)</p> <p>17. ¿Si una mujer embarazada tiene VIH podría transmitir la infección a su hijo? ¿De qué forma?</p> <p>18. ¿Quién se enferma más de las enfermedades relacionadas con las partes íntimas del cuerpo?</p> <p>19. ¿Cómo se sabe que una persona está infectada de VIH?</p> <p>20. ¿Han oído hablar de la prueba para saber si una persona se ha infectado de VIH?</p> <p>21. ¿Conocen dónde hacen la prueba y en qué consiste?</p> <p>22. ¿Quiénes se deberían hacer la prueba?</p> <p>23. ¿Las mujeres embarazadas deben hacerse la prueba de VIH?</p>



	<p>24. ¿Creen que en la comunidad hay personas que tienen riesgo de infectarse con VIH?</p> <p>25. ¿Estas infecciones, incluido el VIH, viene de fuera?</p> <p>26. ¿Que se podrá hacer para que los hombres y las mujeres no se infecten? ¿Qué se puede hacer para prevenir el VIH?</p> <p>27. ¿Qué pensamos cuando alguien tiene esas enfermedades que tienen que ver con sus partes íntimas o con las relaciones sexuales? Si es mujer y si es hombre.</p> <p>28. ¿Creen que una persona que tiene estas enfermedades debe ser aislada?</p> <p>29. ¿Qué pensarían si una persona decide hacerse la prueba de VIH?</p>
<p>COMUNIDAD (REGRESO)</p>	<p>30. ¿Qué debería hacer la comunidad o la familia cuando alguna persona de la comunidad tiene alguna de estas enfermedades? ¿Qué debería hacer la comunidad o la familia cuando alguna persona de la comunidad tiene alguna de estas infecciones?</p> <p>31. ¿Han escuchado (sabido) casos de violencia doméstica?</p> <p>32. ¿Han escuchado (sabido) casos de violencia sexual? ¿Quién suele violentar sexualmente a quien: el marido a la mujer?</p> <p>33. ¿Cómo reacciona la comunidad cuando hay casos de violencia doméstica? ¿Y cuando hay casos de violencia sexual?</p> <p>34. ¿Cómo reacciona la comunidad ante el consumo de alcohol? ¿Qué pasa cuando la gente consume alcohol?</p> <p>35. ¿Hay casos de violencia sexual cuando el hombre esta borracho?</p> <p>36. ¿Cuándo hay situaciones de violencia sexual es posible que la mujer quede infectada por alguna enfermedad? ¿Cuál?</p> <p>37. ¿Conocen algún tipo de tratamiento para las ITS? ¿Y para el VIH? ¿Y para el SIDA? ¿Cuáles? (MODERNO / TRADICIONAL) ¿Donde quien van a curarse cuando aparecen estas enfermedades? ¿Con qué se curan estas infecciones (ITS, VIH y SIDA)? ¿Han oído a alguien que se ha curado del VIH usando la medicina tradicional? ¿Qué debería hacer la comunidad o la familia cuando alguna persona de la comunidad tiene alguna de estas infecciones?</p> <p>38. Cuando hay estas enfermedades y las mujeres quieren atenderse, ¿deben pedir permiso al marido? ¿Pueden ir solas? ¿Por qué si o por qué no?</p>
<p>CONCLUSIÓN</p>	<p>Se cerrará el grupo con una reflexión final sobre las dimensiones individual, comunitaria, espiritual.</p> <p>Se agradece de nuevo la participación y se ratifica el acuerdo de "devolver los hallazgos".</p>



FCIECUADOR



Con el aval de:



Dirección Nacional de Salud Intercultural - Programa Nacional de VIH/SIDA