

ÍNDICE DE ESTIGMA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Apoya:



Fundación "VENCER"
DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PVVS





FUNDACIÓN VENCER

**ÍNDICE DE ESTIGMA EN PERSONAS
QUE VIVEN CON VIH
(INDEX 2016)**

INFORME FINAL

Asunción, 2017

**ÍNDICE DE ESTIGMA EN PERSONAS
QUE VIVEN CON VIH
PARAGUAY**

Iniciativa impulsada por
ONUSIDA, IPPF, GNP+ e ICW Global

Organización implementadora
Fundación Vencer

Organizaciones de apoyo
Fundación CIRD
ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
Programa Nacional de Control de VIH/sida/ITS (MSPBS)
Red de ONGs que trabajan en VIH y sida

Apoyo técnico y financiero
UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas

Investigación realizada por la Fundación Vencer, con el apoyo del Fondo de Naciones Unidas para la Población y el Desarrollo.

Sin embargo, la opinión de los/las autores/as no refleja necesariamente el punto de vista ninguna de estas instituciones.

Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido material, siempre que se cite la fuente.

Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el país ni en el extranjero.

Ficha Técnica

Si bien por motivos de agilidad de la lectura se ha optado, en parte del documento, por el uso del lenguaje en masculino, esto no significa que no se tenga en cuenta la perspectiva de género y de la diversidad de la población de personas con VIH.

Equipo técnico de la Fundación Vencer

Investigador principal: Martín Negrete

Coinvestigadora: Fabiola Ivaszuk

Coordinador de trabajo de campo: Alfredo Gaona

Digitador: Ángel Quintana

Equipo de encuestadores

Asunción y Central: Aurora Gaona, Lourdes Herreira,

Ángel Quintana, José Escobar, Juan Sebastián Cabral,

Marcela Valdez, Diana Gómez, Nilson González,

Bettina Agüero, Juan Francisco Ramírez

Caaguazú: Angélica María Ortiz

Itapúa: Patricia Aranda

Equipo técnico de coordinación: Patricia Aguilar, asesora de VIH de UNFPA

Gestión de datos: Claudina Zavattiero

Edición: Magali Casartelli

Diseño y diagramación: PResencia

ISBN: 978 - 99953-938-2-3

Índice

13	Introducción
15	Contexto nacional
19	Situación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH en Paraguay
23	Marco metodológico y conceptual
37	Características sociodemográficas de la población estudiada
45	Experiencia de estigma y discriminación
63	Violencia de género
67	Derechos, leyes y políticas
71	Gestión de cambio
73	Pruebas diagnósticas y confidencialidad
77	Tratamiento y reproducción
81	Conclusiones
85	Limitaciones y lecciones aprendidas
87	Recomendaciones
92	Bibliografía
93	Anexos



Prólogo

Desde UNFPA, luego del primer “Índice de estigma en personas que viven con VIH y sida en Paraguay” (2009), asumimos nuevamente el compromiso de apoyar a la Fundación Vencer en la actualización de aquel estudio inicial. El mismo apunta a generar evidencias sobre la situación de estigma y discriminación que viven hoy los afectados y sus familias por causa del VIH, así como a favorecer la comparación de los resultados con los obtenidos a partir de la misma metodología en otros países de la región.

Destacamos el valor de esta investigación, que resulta de la colaboración entre la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), ONUSIDA, la Red Mundial de Personas que viven con el VIH (GNP+) y la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH y sida (ICW). La misma constituye una valiosa herramienta de defensa y promoción de derechos a nivel local, nacional y global que pretende lograr el alcance en lo individual, familiar, comunitario, legal y político. Asimismo, esperamos contribuya al diseño de intervenciones programáticas dirigidas a atender las necesidades de las personas con VIH.

Si bien Paraguay ha dado pasos importantes en respuesta al VIH y a la promoción de la no discriminación gracias a su política en materia de salud y a la Ley 3940/09, todavía hay mucho por hacer. El estigma y la discriminación se siguen asociando a esta condición, constituyéndose como barrera para el avance hacia el pleno ejercicio de derechos y el alcance de los objetivos de la estrategia de acción acelerada para frenar la epidemia del sida.

El índice de estigma en personas que viven con el VIH, no sólo genera conocimiento sobre las personas con VIH y su entorno, sino sobre todo visibiliza su situación y provee evidencias de las prácticas discriminatorias que hacen una distinción negativa entre las personas que viven con VIH (o que se relacionan con ellas) y las que no. De hecho, constituye un esfuerzo más que se suma a otras iniciativas nacionales como la tan necesaria Ley contra toda forma de discriminación.

El objetivo de acabar con el sida al 2030 es uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y brinda una oportunidad para abordar el VIH, la salud y el desarrollo de una manera más inclusiva e integrada que no deje a nadie rezagado. Esta amenaza a la salud pública requerirá articulación y coordinación para la prevención y eliminación de la enfermedad. Así también, otro gran reto es el de reducir las desigualdades y la exclusión, fomentar el empoderamiento de las

personas jóvenes y crear sociedades más inclusivas y pacíficas donde la discriminación no tenga cabida.

Por consiguiente, con este informe, contribuimos al compromiso país con el logro de los ODS, poniendo a las personas en el centro de nuestras acciones, y aportando a los esfuerzos del Estado y la respuesta nacional al VIH, cuyo objetivo es detener su propagación y fortalecer acciones para proteger y garantizar los derechos humanos de las personas que viven con este virus.

Al aportar importante evidencia, estamos seguros también favorecerá la articulación de voluntades entre gobierno, sociedad civil y organismos de cooperación para romper con el ciclo de violencia que generan la intolerancia y la exclusión, bases del estigma y la discriminación.

Finalmente, expresamos nuestro agradecimiento y reconocimiento a todas las personas que accedieron a participar de este estudio, cuyo aporte ha sido invaluable. Deseamos que este instrumento, más allá de reflejar sus testimonios, les ofrezca la posibilidad de ser protagonistas del cambio, ejerciendo la defensa de sus derechos hacia una sociedad más igualitaria, libre de estigma y discriminación.

Rocío Galiano Marés
Representante Auxiliar



Siglas y acrónimos

ARV	Antirretrovirales
DD. HH.	Derechos humanos
GNP+	Red Mundial de las Personas que Viven con el VIH
ICW	Comunidad Internacional de las Mujeres que Viven con el VIH
IMT	Instituto de Medicina Tropical
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
PRONASIDA	Programa nacional de control del VIH/sida/ITS
SAI	Servicios de Atención Integral Sida
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana



Introducción

El estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH refleja el desconocimiento y la falta de información en aspectos esenciales de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos. Esta situación reduce las oportunidades en la vida de las personas estigmatizadas y se materializa en hechos como: la realización obligatoria de la prueba de VIH, la pérdida del trabajo, la negación de servicios de salud o educación, el rechazo, la exclusión social, entre otros. Además, constituyen dos de los mayores obstáculos para prevenir nuevas infecciones, prestar atención, apoyo y tratamiento a las personas afectadas por la epidemia, así como para mitigar el impacto social del VIH.

Es por ello que desde el 2005 una alianza entre organizaciones conformada por la GNP+, ICW, IPPF, y el ONUSIDA ha liderado un amplio proceso de consulta y, en base al trabajo realizado por diversas organizaciones internacionales y especialistas en el diseño de índices, han construido exhaustivas herramientas de medición sobre estigma y discriminación de las personas que viven con VIH.

La innovación metodológica de esta propuesta radica en que ha sido desarrollada e implementada por y para las personas con VIH. Recolecta información sobre las experiencias relacionadas con el estigma y la discriminación y las personas son entrevistadas por otra persona que vive con VIH. Diversos países de América Latina y el Caribe han implementado el índice en la última década: República Dominicana, Ecuador, Argentina, El Salvador, Colombia y México.

En Paraguay, este tipo de estudio se realizó por primera vez en 2009 a través de la Fundación Vencer y el apoyo del UNFPA y la IPPF, permitiendo la elaboración del primer índice de estigma en personas que viven con VIH en el país. En 2016, la Fundación Vencer, con el apoyo técnico y financiero del UNFPA, llevó a cabo un proceso de investigación que constituye el segundo índice de estigma en personas que viven con VIH, cuyos resultados se exponen en el presente informe¹.

La Fundación Vencer es una organización de base comunitaria que nace en 1995 y está conformada principalmente por personas que viven y conviven con el VIH, siendo la primera en su naturaleza en Paraguay. El objetivo principal es la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH y personas afectadas

¹ Cabe destacar que ambos estudios son comparables puesto que utilizaron la misma metodología, en las mismas regiones y con el mismo instrumento. En este informe se presentan los resultados de la edición 2016 y posteriormente se realizarán estudios comparativos, cumpliendo así con uno de los objetivos del INDEX de “comparar la situación de las personas que viven con VIH en un país o entre países” y “medir los cambios a lo largo del tiempo que permitan identificar cambios en el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH” (Guía de Usuario, p. 4).

de forma directa o indirecta por la epidemia, así como otras poblaciones vulnerables.

Las áreas de acción de la Fundación Vencer se focalizan principalmente (pero no se limitan) al trabajo en educación, prevención y promoción de la salud así como en incidencia política. Además, cabe destacar que para llevar a cabo este estudio se conformó un equipo multisectorial conformado por el PRONASIDA, UNFPA, ONUSIDA, la Red de ONGs que trabajan en VIH y la Fundación CIRD. El mencionado equipo tuvo a su cargo la revisión del protocolo y brindó apoyo en diversas etapas del proceso.

El estudio tiene por finalidad contribuir al fortalecimiento de la respuesta nacional al VIH en general y a la calidad de vida de las personas que viven con VIH en particular, tomando como insumo la evidencia empírica recogida a partir de una muestra de la población con VIH en el país. Esta investigación complementa y profundiza la información existente, dando cuenta de la magnitud y características del estigma y discriminación.

Se espera que los hallazgos aportados sirvan a las instancias de gobierno, organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, academia y público en general para minimizar las brechas y necesidades de información que se requieren para fortalecer la correcta toma de decisiones a nivel de políticas públicas y de acciones innovadoras que beneficien a las personas que viven con VIH.

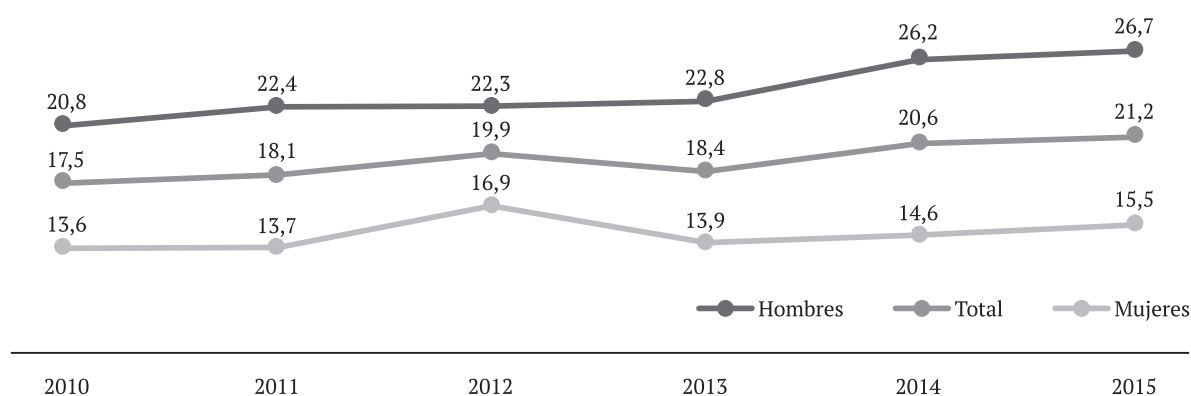
Finalmente, se invita a realizar un exhaustivo uso de la información contenida en este informe, aprovechando la oportunidad para orientar o reorientar las políticas públicas con miras a garantizar la aplicación de la Ley de VIH y reforzar la necesidad de contar con una ley contra toda forma de discriminación, así como poner énfasis en los mecanismos para observar el cumplimiento de las leyes y políticas.

1 Contexto nacional

La magnitud y evolución de la epidemia del VIH, así como su concentración en determinados grupos poblacionales, implican un desafío para la salud pública, además de tener efectos en la educación y el desarrollo económico y humano. Según datos del PRONASIDA², en 2015 se registraron 1.430 nuevos diagnósticos de VIH y 423 de sida en el Paraguay, esto representa un 9,3% y 8,9% respectivamente del total de casos registrados en los últimos 30 años, desde el inicio de la epidemia en el país (15.363 personas con infecciones relacionadas al VIH y 4.741 categorizadas como sida entre 1985 y 2015).

Los nuevos diagnósticos de VIH representan una tasa de 21,2 por cada 100.000 habitantes (26,7 en hombres y 15,5 en mujeres). La tasa de notificación de los casos de VIH ha aumentado en los últimos 5 años en ambos sexos, pero con mayor predominio entre los hombres (incremento de casi 6 personas por cada 100.000 habitantes del sexo masculino entre 2010 y 2015) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tasa de nuevos diagnósticos de VIH por sexo, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de Informe 2015, PRONASIDA

Asimismo, las muertes relacionadas con la infección del VIH en las últimas tres décadas ascienden a 2.850 personas (2005 hombres y 845 mujeres, 70,4% y 29,6% respectivamente), con lo cual, se estima una población que vive con el VIH de 12.513 personas (Anexo, Tabla 1).

Los nuevos diagnósticos de VIH se concentran mayormente en hombres (63,6% y 36,4% mujeres). La razón de los nuevos diagnósticos de VIH entre hombres y

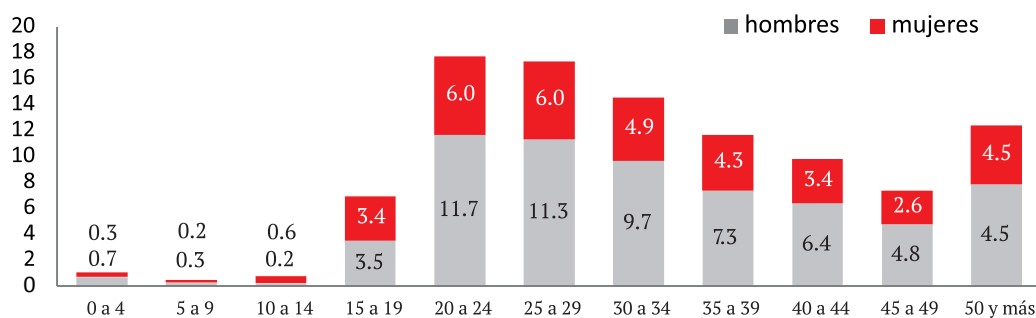
² PRONASIDA fue creado por Resolución Ministerial N° 38 del año 1988 y ampliado en sus funciones como responsable de intervenir y controlar las ITS en el año 1998. Cuenta con una Ley N° 3940/09, que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el VIH y el sida.

mujeres es de 175 hombres por cada 100 mujeres. Dicha relación venía incrementándose de 135 en el 2012 a 182 en 2014 y disminuyó en 2015. El aumento de los casos de VIH en la población femenina tiene una relación directa con las relaciones inequitativas de género determinadas por la negociación y uso del condón, la iniciativa de tener sexo, entre otras razones.

La brecha entre hombres y mujeres es mayor en los casos de sida, siendo los hombres los más expuestos a desarrollar fases terminales de la enfermedad. En 2014 la razón hombre/mujer en casos de sida fue de 228 hombres por cada 100 mujeres.

Al igual que en años anteriores, los nuevos diagnósticos registrados en 2015 se concentran en el grupo entre 20 a 34 años (49,6%), y dentro de este grupo, los de 20 a 24 años presentan mayor incidencia. En los grupos etarios se registran mayores casos masculinos que femeninos a excepción del grupo de 10 a 14 años (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución porcentual de nuevos diagnósticos de VIH por grupos de edad y sexo, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de Informe 2015, Programa Nacional de control del VIH/sida/ITS.

De los nuevos diagnósticos de VIH en la población masculina, el 67,3% corresponde a población heterosexual, el 31,6% a hombres que tienen sexo con hombres, el 0,8% a usuarios de drogas y el 0,3% a personas trans⁵. Del 100% de nuevos casos en mujeres, el 1,0% corresponde a mujeres trabajadoras sexuales y el 0,6% a usuarias de drogas. Además, entre las mujeres en edad fértil, el 26% correspondía a mujeres embarazadas, con mayor concentración en el grupo de 20 a 24 años.

⁵ Nota del autor: Nótese que la población de personas trans aún sigue siendo incluida como subpoblación dentro de la categoría “población masculina” por parte del PRONASIDA. Esto se debe a que las categorías de exposición a nivel epidemiológico no se basan en las categorías de género ni con la autodefinición del colectivo trans, sino a que se focalizan en el tipo de prácticas sexuales vinculadas a los aspectos biológicos.



La vía de transmisión más frecuente continua siendo la sexual (97,8%), en tanto el 2,1% corresponde a transmisión vertical. En relación al diagnóstico tardío, el 40% las personas registradas presentan niveles de CD4⁴ menores a 200 al momento de la prueba, es decir, 4 de cada 10 personas acceden al diagnóstico en etapas avanzadas de la infección. En relación al género, son los hombres quienes acceden en mayor proporción al diagnóstico tardío (43% en comparación con el 37% de las mujeres).

⁴ Los linfocitos-T CD4 son un tipo de células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario. Su función principal es la de activar al propio sistema alertándolo de la presencia de patógenos. El VIH infecta estas células lo que impide que éstas realicen su función habitual de activar el sistema inmunitario frente infecciones y enfermedades. La medición de la cantidad de células CD4 en sangre constituye el principal marcador utilizado para conocer la situación de salud de una persona con VIH y la capacidad del sistema inmunitario para responder adecuadamente.



2

Situación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH en Paraguay

En la última década Paraguay ha logrado avances importantes: especialmente en el aumento de la cobertura en la oferta de pruebas diagnósticas gratuitas para VIH y sífilis a todos los servicios públicos de salud, aumento significativo en el acceso al tratamiento antirretroviral a las personas que lo requieren y una adecuación del marco legal a través de la promulgación y reglamentación de la Ley N° 3940/2009⁵.

Sin embargo, sin olvidar estos importantes logros a nivel de la atención y tratamiento de las personas con VIH y de la protección legal mediante una legislación particular, aún persisten importantes brechas en el acceso a la justicia y reparación en los casos de violación de los DD. HH. de las personas que viven con VIH, que se profundiza aún más en las poblaciones particularmente vulnerables tales como: personas de la diversidad sexual, mujeres transgénero, mujeres trabajadoras sexuales, usuarios de drogas, indígenas y personas privadas de libertad, entre otros (Negrete, 2015 y Cabral, 2016).

En consonancia con esto, la estrategia de ONUSIDA 2011-2015 orientada a “cero nuevas infecciones, cero discriminación y cero muertes relacionadas al VIH” advierte que es poco probable llegar a las metas de reducir las infecciones y muertes, sin reducir el estigma y la discriminación, principales barreras para lograr la detención y el retroceso de la epidemia (ONUSIDA, 2010).

Siguiendo esta línea, la reciente estrategia de ONUSIDA 2016-2021 armoniza sus objetivos y metas a los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) mediante un llamado a la acción audaz para lograr llegar a las personas que están quedando relegadas. Una de sus direcciones estratégicas es la “eliminación de la discriminación relacionada con el VIH” y el objetivo n° 8 para el 2020 plantea que el “90% de las personas con VIH, o que están en riesgo de adquirirlo o están afectadas por la epidemia no reportan ningún tipo de discriminación, especialmente en entornos de salud, educación y lugar de trabajo” (ONUSIDA, 2016).

A nivel local, si bien se ha logrado la reglamentación de la Ley N° 3940/09 por medio de la Resolución SG N° 675/2014 del MSPBS, a nivel práctico no se han alcanzado resultados concretos hasta la fecha. Según información proveída por el Centro de Denuncias en DD. HH. y VIH/sida, desde su reglamentación no se ha logrado aplicar ninguna sanción descrita en la ley para las personas físicas o jurídicas infractoras.

La principal barrera encontrada al momento de la aplicación efectiva de las sanciones expuestas en la Ley N° 3940/2009 es la ausencia de una instancia que articule los diferentes sectores involucrados en el proceso. Hasta la fecha no se ha efectivizado lo expuesto en el art.1 de la reglamentación mencionada que establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), en su carácter de organismo rector de la Respuesta Nacional al VIH/sida a través del Programa Nacional de Control de VIH/sida/ITS creará el Consejo de la Respuesta Nacional, el cual estará conformada por las diferentes instancias de gobierno, organismos internacionales y organizaciones sociales y no gubernamentales que se encuentren vinculadas, interesadas e involucradas en la problemática del VIH/sida, a los efectos de que reunidas bajo la coordinación del PRONASIDA, a través de sus respectivos representantes, puedan elaborar un reglamento interno de articulación y funcionamiento. Por otro lado, persiste el temor de las personas denunciantes a la exposición de sus respectivos estados serológicos, por lo que en su mayoría deciden acceder a una mediación extrajudicial en lugar de iniciar un litigio con el patrocinio de un profesional del derecho, lo que implicaría un largo y costoso proceso⁶ (Negrete, 2015, p. 79).

Por otro lado, un estudio reciente ha mostrado que el 66% del personal sanitario de servicios de salud públicos presenta niveles medio de actitudes estigmatizantes hacia personas con VIH y el 29% un nivel alto⁷. Estas actitudes podrían generar conductas discriminatorias hacia esta población.

La falta de acceso a la justicia por parte de las personas con VIH, junto al alto nivel de estigma y discriminación detectado en los servicios de salud, podría generar dificultades al momento de vincularse al sistema y adherirse a sus tratamientos.

Se ha detectado que estas barreras se profundizan aún más en algunas poblaciones clave, donde la epidemia del VIH se encuentra concentrada: población trans (prevalencia del VIH del 26%); hombres que tienen sexo con hombres (prevalencia del 13%) y mujeres trabajadoras sexuales (prevalencia del 2,2%). Por otro lado, los registros dan cuenta que el 63,6% de los nuevos diagnósticos de VIH registrados en 2015 se dan en hombres y esta población es la que menos accede al sistema de salud y cuando lo hacen se dan en estados avanzados de la infección generando un peor pronóstico y consecuentemente una mayor carga de enfermedad y muerte en la población masculina (Cabral, 2016, pp. 87-88).

⁶ La Ley N° 4423/2011, Orgánica del Ministerio de la Defensa Pública, imposibilita a las personas defensoras públicas penales ejercer la representación de particulares en querellas en el ámbito privado.

⁷ Fundación Vencer (2016). Estudio sobre actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia personas con VIH por parte de proveedores de salud en 6 Regiones Sanitarias del Paraguay. Informe Ejecutivo.



En este sentido es de vital importancia crear un marco legal complementario⁸ que acompañe la implementación de la Ley N° 3940/09 y que es de suma importancia en materia de defensa de los DD. HH. de las personas con VIH y de las demás poblaciones clave.

La estrategia de ONUSIDA 2016-2021, nuevamente hace hincapié en la importancia de la prevención combinada al VIH que incluye en ella a la educación integral de la sexualidad, y menciona las directrices de la UNESCO⁹ que ha desarrollado un conjunto de temas “esenciales” y «deseables» de un programa de VIH y la educación sexual en las destrezas de la vida. Los temas «esenciales» son los que tienen el mayor impacto directo sobre la prevención del VIH, en tanto los temas “deseables” son aquellos que tienen un impacto indirecto en la prevención, pero los cuales son importantes como parte de un programa general de educación sexual.

⁸ La Ley “Julio Fretes”, contra toda forma de discriminación, hace años está en diferentes comisiones del Congreso de la Nación sin que sea aprobada aún. Por otro lado, queda pendiente además, implementar según establece la Ley N° 3940/09 en su artículo 12, una política integral de la educación de la sexualidad en el sistema educativo, con una perspectiva de DD. HH., género e intercultural.

⁹ UNESCO (2013). La medición de la respuesta del sector educativo al VIH y el sida. Directrices para la construcción y el uso de indicadores básicos.

3

Marco metodológico y conceptual

Este capítulo esboza las consideraciones técnicas, operativas y conceptuales del estudio que posibilitan el adecuado encuadre de los resultados.

3.1 Tipo de estudio

El estudio es descriptivo y de corte trasversal realizado a partir de información primaria recolectada por medio de un cuestionario de preguntas mayormente cerradas y algunas abiertas que permiten al entrevistado expresar experiencias relevantes para el estudio. Lo mencionado da la posibilidad de presentar resultados de información cuantitativa y cualitativa, complementándose para enriquecer los hallazgos.

Esta metodología está basada en un enfoque abierto al fortalecimiento local y al protagonismo de las personas que viven con VIH y de las organizaciones y redes conformadas por los mismos. Sigue las directrices establecidas en la “Guía del Usuario: El Índice de estigma en personas que viven con VIH”¹⁰ desarrollada por ONUSIDA, la GNP+, la ICW y la IPPF.

3.2. Alcance

La población objetivo está determinada por la definición de “personas que viven con VIH”, que a efectos de este estudio son aquellas que cumplen con los siguientes criterios:

- i) personas con diagnóstico confirmado de VIH al menos 12 meses previos a la entrevista;
- ii) personas de 18 y más años de edad cumplidos que viven con VIH;
- iii) personas que viven con VIH y accedan de forma voluntaria a participar del estudio, y
- iv) personas que viven con VIH que no presenten dificultades mentales que impidan la comprensión para conceder de forma libre y autónoma el consentimiento informado.

3.3. Muestra

El diseño muestral de la encuesta es de tipo no probabilístico¹¹. Esto es así debido a que las características de la población en estudio y el marco legal nacional¹² que otorga protección y confidencialidad del estatus serológico de las personas, impiden contar con un registro de todas las personas que viven con VIH en el país y así conformar un marco muestral para realizar una selección aleatoria. Lo

¹⁰ Disponible en: http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/page-attachments/userguide_SPANISH3773.pdf

¹¹ Esto implica que no se conoce la probabilidad de selección de los elementos de la muestra, por lo que no hay posibilidades de evaluar la precisión de los resultados. No garantiza representatividad puesto que posiblemente presente sesgos. No se pueden extrapolar los resultados a toda la población. Interviene la opinión del investigador para obtener cada elemento de la muestra.

¹² La Ley de VIH garantiza la protección y confidencialidad del estatus serológico de las personas, por lo que no se puede contar con un listado de personas que viven con VIH. Solo se puede acceder a un registro agregado de casos y no al listado de personas, razón por la cual, la aproximación a personas que viven con VIH para este tipo de estudio conlleva al tipo de muestra mencionado.

anterior implica que la muestra extraída no es representativa de la población y por ende los resultados del estudio no son inferibles a la población que vive con VIH en Paraguay. No obstante, el estudio brinda una gran y diversa cantidad de información en relación al estigma y discriminación que experimentan las personas encuestadas que viven con VIH en diferentes partes del país, y subdivididas en diferentes grupos que permiten enriquecer la caracterización.

Para llevar a cabo el trabajo de campo del estudio se estableció un tamaño muestral de 400 personas que viven con VIH, la muestra total fue recogida sin reemplazos ni rechazos¹³. El tamaño muestral estuvo determinado por los recursos financieros, humanos y de tiempo (6 meses) disponibles para llevar a cabo la investigación¹⁴.

Para la distribución de la muestra se tomó como referencia inicial la información agregada de personas que viven con VIH y están en tratamiento con antirretrovirales en los Servicios de Atención Integral (SAI) del PRONASIDA a diciembre de 2015 (5.390 registros de personas). Se seleccionaron a priori las mismas regiones sanitarias donde se realizó el primer INDEX en el 2009, a fin de posibilitar llevar a cabo posteriores estudios comparativos, dado que se utilizó la misma metodología y el mismo instrumento, además, en las regiones seleccionadas se cuenta con los SAI más antiguos y con mayor cantidad de pacientes vinculados (el 85% de todos los casos de VIH del país provienen de las regiones sanitarias seleccionadas, según datos epidemiológicos del PRONASIDA, 2015). Con dicha información se calcularon proporciones por región sanitaria y género (masculino, femenino y trans) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las personas que viven con VIH y están en tratamiento en los Servicios de Atención Integral del PRONASIDA a diciembre de 2015, por género y región sanitaria

Región Sanitaria	Género			Total por región
	Masculino	Femenino	Trans	
Asunción	2.864	1.487	50	4.401
Alto Paraná	221	164	3	388
Amambay	40	41	2	83
Caaguazú	49	60	1	110
Central	122	98	2	222
Itapúa	96	90	0	186
Total por género	3.392	1.940	58	5.390

¹³ Ninguna persona encuestada rechazó la entrevista y todas firmaron el consentimiento informado.

¹⁴ Como referencia, se menciona que el primer índice realizado en el país en 2009 tuvo una muestra de 260 personas que viven con VIH en las mismas 6 regiones sanitarias seleccionadas.



Distribución porcentual por género				
Asunción	65,1	33,8	1,1	100,0
Alto Paraná	57,0	42,3	0,8	100,0
Amambay	48,2	49,4	2,4	100,0
Caaguazú	44,5	54,5	0,9	100,0
Central	55,0	44,1	0,9	100,0
Itapúa	51,6	48,4	0,0	100,0
Total por género	62,9	36,0	1,1	100,0

Fuente: elaboración propia en base a datos proveídos por el dpto. de Atención Integral del PRONASIDA sobre personas con VIH vinculadas a los Servicios de Atención Integral de 6 regiones sanitarias a diciembre del 2015.

La muestra fue distribuida proporcionalmente contemplando el porcentaje de personas bajo tratamiento que viven con VIH en las seis regiones sanitarias o departamentos de: Asunción, Central, Alto Paraná, Itapúa, Amambay y Caaguazú¹⁵.

Puesto que la población de personas que viven con VIH es sumamente heterogénea y se busca que la mayor cantidad de grupos esté representada en el estudio, se ha optado por realizar un muestreo no probabilístico por cuotas en la primera etapa y por bola de nieve en la segunda para establecer contacto con las personas entrevistadas. Para ello, una vez distribuida la muestra en las regiones sanitarias, se establecieron las cuotas por género en cada región, siguiendo la distribución porcentual presentada en la Tabla 1.

Cabe advertir que en ausencia de un marco muestral se consideró inicialmente el registro provisto por PRONASIDA como aproximación a una parte de la población (las personas que viven con VIH vinculadas a los servicios de salud), no obstante, considerar solo a este grupo presentaría importantes sesgos dado que no todas las subpoblaciones tienen la misma probabilidad de acceder a los servicios de salud, vincularse y estar bajo tratamiento en un SAI o presentar una buena adherencia al tratamiento.

Existen subpoblaciones de personas que viven con VIH que pertenecen a grupos altamente vulnerables al estigma, discriminación y exclusión, lo cual genera importantes barreras para el acceso y permanencia en los servicios de salud. Estas poblaciones son denominadas “de difícil acceso” y están conformadas por: personas trans, usuarias de drogas, personas privadas de libertad, mujeres

¹⁵ Cabe destacar que a efectos de este estudio se consideró a Asunción y Central como una sola región puesto que por su cercanía e integración al Área Metropolitana, gran parte de las personas entrevistadas que viven con VIH residen en el departamento Central pero realizan el tratamiento en Asunción, o bien, trabajan y pasan gran parte del tiempo en Asunción o viceversa, no encontrándose diferencias marcadas en estas personas según región. No así con las personas que viven con VIH de las otras regiones que asisten a los servicios de salud en sus respectivos lugares. Dado que no se indagó el lugar de residencia y el lugar de entrevista para captar esta movilidad, se optó por agrupar las regiones. Por ejemplo, las 222 personas que se atienden en el Hospital de Itauguá y figuran en el departamento Central no necesariamente residen en esa región, algunas personas fueron contactadas en Asunción, puesto que muchas viven ahí y se trasladan a Itauguá porque prefieren un lugar más alejado donde exista menos posibilidad de que alguien les reconozca.

trabajadores sexuales y algunos estratos de los denominados hombres que tienen sexo con hombres (gays o bisexuales)¹⁶.

Por lo expuesto, se calcularon cuotas adicionales para cada subpoblación con la finalidad de captar la diversidad de las mismas. Se utilizaron los datos de una muestra por conveniencia generada en el marco del proyecto “Contribuyendo a la adherencia al Tratamiento en personas con VIH vinculados al servicio del IMT” financiado por el Fondo Mundial y ejecutada por la Fundación Vencer entre los meses de enero y julio de 2016.

La muestra del estudio estuvo conformada por 200 personas que viven con VIH con baja adherencia al tratamiento¹⁷, de las cuales 33 fueron personas trans (16,5%). Estas fueron contactadas en los servicios, en las organizaciones y en las propias redes sociales de los promotores pares de personas que viven con VIH. Teniendo en cuenta que dicho número de personas fue abordado por dos promotoras pares trans (las mismas que fueron seleccionadas como encuestadoras trans en el presente estudio), el equipo de investigación tomó la decisión de aumentar la cuota muestral para incluir estos casos.

Asimismo, se decidió incluir subgrupos dentro de la población masculina divididos en: varones privados de libertad, hombres que tienen sexo con hombres y varones de la población general. En el proyecto de “Adherencia al Tratamiento”¹⁷ estos grupos representaban el 18%, 49% y 33% respectivamente del total de varones que viven con VIH en la muestra del proyecto (120 personas).

Como se había mencionado, al optar por un muestreo por conveniencia, el contacto con los entrevistados está condicionado a la selección de los encuestadores, ya que los mismos tienen mayor acceso a poblaciones de sus círculos sociales, por lo que se buscó diversidad también en el equipo de encuestadores, estando estos conformado por:

- 5 encuestadoras mujeres que viven con VIH de la población general. Entrevistaron a mujeres y varones de la población general. Una encuestadora accedió a la población privada de libertad,

¹⁶ Cabe señalar que si se utilizaba como única referencia los datos de los servicios del PRONASIDA y se aplicaba a cabalidad la cuota calculada por ejemplo para las personas trans (1,1%), solo se hubiesen entrevistado a 4 personas transgénero en las 6 regiones del país. Sin embargo, teniendo en cuenta que se tenía el conocimiento previo de que las personas trans estaban subrepresentadas en los registros de los servicios de salud por ser la población con más difícil acceso a dichos servicios, se vio la necesidad de ampliar la cantidad de casos muestrales y diversificar los lugares de entrevista, acudiendo a aquellos sitios donde potencialmente podrían reunirse, esto fue posible gracias a que parte del equipo de trabajo estuvo integrado por dos mujeres trans en calidad de encuestadoras.

¹⁷ Proyecto “Contribuyendo a la adherencia al tratamiento en personas con VIH vinculados al Instituto de Medicina Tropical (IMT). Proyecto financiado por el FM. Febrero- diciembre de 2015



- 1 encuestador hombre que vive con VIH de la población general: entrevistó a mujeres y varones de la población general,
- 4 hombres que viven con VIH y que tienen sexo con hombres: entrevistaron a hombres que tienen sexo con hombres,
- 2 mujeres trans que viven con VIH: entrevistaron a mujeres trans.

Finalmente, con esta distribución tanto de encuestadores como de las cuotas muestrales, se pretende mantener las proporciones entre población general y poblaciones clave de acuerdo al perfil de la epidemia del país. De las 400 personas que viven con VIH se pretendió acceder a 255 hombres y mujeres de la población general (heterosexual) que corresponde al 64% de la muestra total y el resto, es decir, 145 personas que viven con VIH (36%), distribuidas en hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y privadas de libertad.

Para el efecto, se plantearon estrategias de llegada y abordaje particulares, contactando con grupos de personas que viven con VIH, vinculados o no a los servicios de salud. Los encuestadores realizaron un proceso de identificación, acceso, contacto y entrevista con personas que viven con VIH y que cumplían con los criterios de inclusión del estudio (mencionados en el apartado 3.2). Los mismos recorrieron diferentes lugares y espacios (servicios de salud, organizaciones civiles de base, grupos de ayuda mutua, en algunas instituciones confesionales donde atienden a personas que viven con VIH y a través de las redes sociales de cada encuestador).

Una vez entrevistadas las primeras personas, cada encuestado refería a otros sujetos dentro de sus redes sociales, procedimiento que se desarrolló hasta completar las diferentes cuotas muestrales seleccionadas para el estudio.

Además, desde el inicio de la investigación se ha establecido que no se rechazaría ninguna posibilidad de entrevista, aun cuando la cuota para esa población ya se hubiera completado, esto es así puesto que algunas subpoblaciones de personas que viven con VIH son de muy difícil acceso y se buscó minimizar la pérdida de valiosos contactos y la oportunidad de acceder a ellas, no solo por los fines de la investigación sino también porque la Guía del Usuario del estudio recomienda que todas las personas entrevistadas, previamente a la entrevista, pasen por una breve consejería para detectar situaciones que ameriten alguna intervención o derivación¹⁸.

¹⁸ El instrumento, luego del consentimiento informado y antes de la Sección 1, cuenta con un apartado denominado "Referencia y Seguimiento" el cual es independiente a la investigación propiamente, pero aprovecha el contacto para indagar y establecer una breve consejería. Cabe destacar que en este estudio no se busca la imparcialidad del encuestador, puesto que al ser este considerado una persona par, está en condiciones de dar referencias legales, consejería y derivar a grupos de apoyo.

Tabla 2. Distribución de la muestra de personas que viven con VIH por región sanitaria

Región Sanitaria	Personas que viven con VIH en tratamiento	Distribución Porcentual	Personas que viven con VIH en la muestra	Distribución porcentual final de la muestra
Asunción y Central	4.623	85,8	339	84,8
Alto Paraná	388	7,2	25	6,3
Amambay	83	1,5	11	2,8
Caaguazú	110	2,0	10	2,5
Itapúa	186	3,5	15	3,8
Total por género	3.392	100,0	400	100,0

Fuente: Estudio INDEX 2016 y dpto. de Atención Integral del PRONASIDA sobre personas con VIH vinculadas a los Servicios de Atención Integral de 6 regiones sanitarias a diciembre del 2015.

Finalmente, la distribución de casos muestrales en regiones sanitarias por género y tipo de población quedó determinada efectivamente de la siguiente manera (Tabla 3 y 4).

Tabla 3. Conformación efectiva de la muestra de personas que viven con VIH, por género y región sanitaria

Región Sanitaria	Género			Total por región
	Masculino	Femenino	Trans	
Asunción y Central	201	109	29	339
Caaguazú	3	7	0	10
Itapúa	7	8	0	15
Alto Paraná	10	15	0	25
Amambay	6	5	0	11
Total por género	227	144	29	400
Distribución porcentual por género				
Asunción y Central	59,3	32,2	8,6	100,0
Alto Paraná	30,0	70,0	0,0	100,0
Amambay	46,7	53,3	0,0	100,0
Caaguazú	40,0	60,0	0,0	100,0
Itapúa	54,5	45,5	0,0	100,0
Total por género	56,8	36,0	7,3	100,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.



Tabla 4. Conformación efectiva de la muestra de personas que viven con VIH, por tipo de población y región sanitaria

Región Sanitaria	Hombres que tienen sexo con hombres	Transgénero	Trabajador/a sexual	Usuario/a de drogas	Persona privada de libertad	Población general	Total
Asunción y Central	115	29	13	6	10	166	339
Alto Paraná	1	0	0	0	0	9	10
Amambay	2	0	0	0	0	13	15
Caaguazú	3	0	0	1	0	21	25
Itapúa	1	0	0	3	0	7	11
Total	122	29	13	10	10	216	400
Distribución porcentual por tipo de población y región							
Asunción y Central	33,9	8,6	3,8	1,8	2,9	49,0	100,0
Alto Paraná	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	90,0	100,0
Amambay	13,3	0,0	0,0	0,0	0,0	86,7	100,0
Caaguazú	12,0	0,0	0,0	4,0	0,0	84,0	100,0
Itapúa	9,1	0,0	0,0	27,3	0,0	63,6	100,0
Total	30,5	7,3	3,3	2,5	2,5	54,0	100,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.

Cabe destacar que la inclusión en el estudio de cierta proporción de las mencionadas subpoblaciones de personas que viven con VIH responde a un interés estratégico y no solo científico/metodológico, que permitirá al país reportar la situación de cuatro indicadores prioritarios para medir los progresos de las metas de Cero Discriminación en América Latina y el Caribe desarrollados por las oficinas regionales de ONUSIDA, PNUD, ONU Mujeres y UNFPA a partir de los insumos de la sociedad civil, los gobiernos y otros actores clave, estos indicadores son:

- Porcentaje de personas de las poblaciones clave y vulnerables que reportan discriminación en los servicios de salud,
- Número de actos de violencia, incluyendo homicidios, contra personas LGBTI,
- Número de trabajadoras y trabajadores sexuales que reportan haber sufrido violencia de instituciones del Estado, y
- Porcentaje de casos de violaciones a los derechos humanos reportados por las personas con VIH y poblaciones clave que fueron resueltos en el último año.

3.4 Aspectos temáticos

A nivel internacional se cuenta con un cuestionario estándar para la realización de este tipo de estudio denominado Cuestionario de Índice de Estigma y

Discriminación en Personas que Viven con VIH (GNP+, ICW, IPPF, ONUSIDA). No obstante, los requerimientos de información a nivel país derivaron en la adaptación del instrumento original de recolección, incorporando nuevas categorías dentro de las preguntas y secciones en el cuestionario.

La funcionalidad del cuestionario consiste en realizar preguntas generales que permitan la caracterización sociodemográfica, educativa y laboral de la población entrevistada y luego preguntas específicas acerca del estigma y discriminación a toda la población o grupos específicos. El cuestionario se divide en doce secciones, alguna de las cuales están dirigidas a un subgrupo poblacional, según se detalla a continuación.

Sección 1 - información sobre usted: recoge información general sobre la persona entrevistada respecto a sexo, edad, estado civil, nivel educativo y situación laboral e ingresos.

Sección 2 - su experiencia de estigma y discriminación a manos de otras personas: información de experiencias de estigma y discriminación en los últimos 12 meses¹⁹ relacionada con el VIH, también denominado estigma externo.

Sección 3 - violencia de género: módulo aplicado solo a mujeres y personas transgénero para conocer hechos de violencia por parte de la pareja y discriminar violencia por VIH de la violencia basada en género²⁰. El periodo de referencia en esta sección es el último año, alguna vez en su vida y desde que tenía 15 años de edad hasta la fecha.

Sección 4 - su acceso al trabajo y servicios de salud y educación: preguntas tendientes a indagar si la persona entrevistada percibe que en los últimos 12 meses el acceso al trabajo o a los servicios básicos como salud y educación se ha visto limitado o reducido debido a su condición de VIH-positivo.

Sección 5 - estigma interno y temores: preguntas enfocadas a identificar si la persona entrevistada, en los últimos 12 meses, ha sentido temor de lo que otras personas pudieran hacer o pensar; y el posible cambio en la forma en que se comportaron o sintieron, o que les haya causado ansiedad.

Sección 6 - derechos, leyes y políticas: conocimiento acerca de la protección de los derechos de las personas que viven con VIH a través de la legislación y las políticas. Casos de violación de derechos como persona viviendo con VIH.

¹⁹ A efectos de esta encuesta los periodos de referencia últimos 12 meses y último año se consideran sinónimos.

²⁰ Para definir si la violencia de la pareja estaba motivada principalmente por normas de género se indagó si la violencia se debió a situaciones tales como: celos, salir sin permiso, no cuidar a los hijos/as, quemar la comida o no realizar deberes domésticos, llegar tarde, no responder mensajes o llamadas, entre otros.



Sección 7 - gestión del cambio: esta sección se concentra en la acción o en lo que las personas que viven con VIH hacen para producir un cambio positivo en casos de estigma y/o discriminación relacionados con el VIH.

Sección 8 - pruebas/diagnóstico: indaga acerca de los motivos por los cuales se realizó la prueba cuando le diagnosticaron VIH, así como si la misma fue voluntaria y si recibió consejería.

Sección 9 - compartir el estado VIH y confidencialidad: las preguntas están orientadas a conocer si las personas que viven con VIH han compartido su condición de VIH a personas o grupos de personas y si esto se realizó con o sin su consentimiento, así como las reacciones de esas personas cuando se enteraron por primera vez.

Sección 10 – tratamiento: consulta acerca de su situación actual de salud y la provisión de atención a la salud, así como el acceso a medicamentos.

Sección 11 - tener hijos: se refiere a la experiencia de la persona entrevistada en relación con tener hijos. Parte de estas preguntas pueden ser respondidas por hombres y mujeres entrevistadas, en tanto otras están dirigidas exclusivamente a las mujeres entrevistadas.

Sección 12 - problemas y retos: se aplica de forma aleatoria a una submuestra²¹ a fin de identificar los principales problemas y retos respecto a las pruebas y diagnóstico, compartir el estado VIH y confidencialidad respecto al hecho de ser una persona VIH positiva, el tratamiento antirretroviral y tener hijos cuando se es una persona VIH positiva.

Para la recolección de la información se realizaron entrevistas presenciales con cuestionarios en papel, es decir, el cuestionario era administrado cara a cara por parte de un entrevistador par. Cabe destacar que en todo momento se tuvo en cuenta y consultó la *“Guía del Usuario: el índice de estigma en personas que viven con VIH”* que contiene todos los aspectos operativos y conceptuales que se deben seguir en la elaboración del estudio.

3.5 Aspectos operativos

El aspecto operativo de la investigación estuvo a cargo de la Fundación Vencer y abarcó tres fases bien identificadas consistentes en: actividades técnicas y administrativas preparatorias, ejecución del trabajo de campo para la recolección de la información y actividades de gabinete para la generación de la base de datos, procesamiento de indicadores y redacción del informe. A continuación, se ofrece un mayor detalle de las actividades desarrolladas en cada fase.

²¹ Para seleccionar a los participantes se utilizó un muestreo sistemático, es decir, cada encuestador abordaba esta sección de acuerdo a un intervalo preestablecido para cada uno, pudiendo ser cada 5, 8 o 10 entrevistas.

3.5.1 Actividades preparatorias

a) Elaboración del cuestionario: esta etapa contempló el cuestionario estándar aplicado en los demás países y su factibilidad de implementación en el entorno local, lo cual demandó la realización de adecuaciones. Las modificaciones introducidas consisten en diversos cambios a nivel del lenguaje, además se han eliminado algunas categorías de respuesta e introducido otras. La principal modificación al cuestionario original ha sido la introducción de una nueva sección que explora la violencia de género, orientado a mujeres y personas trans con VIH con el fin de describir los diferentes tipos de violencia que experimentan estos grupos.

b) Capacitación a encuestadores: En total se han capacitado a 12 encuestadores de la población de personas que viven con VIH, siguiendo los lineamientos de la “Guía del Usuario: El Índice de estigma en personas que viven con VIH”. La capacitación de los encuestadores de Asunción y Central se realizó en una jornada, y en el caso de Caaguazú e Itapúa se identificaron encuestadores locales, quienes fueron capacitados en sus regiones.

La distribución de encuestadores por género y tipo de población es la siguiente: 2 encuestadoras trans, 4 encuestadores de la población hombres que tienen sexo con hombres y 6 encuestadores de la población general (1 varón y 5 mujeres). Como se ha mencionado, con esta diversidad se busca que los grupos de encuestadores sean afines a los grupos a entrevistar.

La capacitación consistió en la revisión del instrumento, descripción de cada pregunta y las definiciones operacionales de acuerdo al glosario de la “*Guía del Usuario: el índice de estigma en personas que viven con VIH*”, así como ensayos de aplicación del instrumento utilizando técnicas de “*role playing*”.

c) Prueba piloto: previamente al trabajo de campo cada encuestador capacitado aplicó el cuestionario hasta a 3 personas que viven con VIH y que cumplieran los criterios de selección (estos casos no fueron considerados en la muestra). La prueba piloto fue realizada a 21 personas que viven con VIH y a partir de dicha aplicación se realizaron reuniones de retroalimentación para identificar dificultades en la aplicación y desarrollar estrategias de solución. Además se calculó el tiempo promedio de administración del instrumento, se adaptaron al lenguaje local algunas preguntas que resultaron de difícil comprensión y se crearon tarjetas de respuestas para algunas preguntas de selección múltiple.

3.5.2 Trabajo de campo

El levantamiento de los datos se realizó en el período comprendido entre los meses de agosto y noviembre del 2016. Para ello, los encuestadores se distribuyeron individualmente según lugar de residencia. En el caso de Asunción



y Central, todos los encuestadores fueron personas vinculadas con la Fundación Vencer, quienes realizaron entrevistas en dichas localidades y también se han trasladado hasta Amambay y Alto Paraná, ya que en estas regiones no se han podido identificar referentes locales de personas con VIH que pudieran realizar las entrevistas. En el caso de Caaguazú e Itapúa las encuestas fueron aplicadas por encuestadores locales.

Durante la ejecución del trabajo de campo de la encuesta se estableció un sistema de supervisión a cargo del supervisor de campo, quien verificaba el llenado correcto de los cuestionarios y el cumplimiento de aspectos conceptuales contemplados en la Guía del Usuario. Cabe destacar que el supervisor no participaba de las entrevistas por razones de confidencialidad.

3.5.3 Generación de bases de datos, procesamiento e informe final

La generación de la base de datos consistió inicialmente en la carga de los cuestionarios en archivo Excel y posterior migración de la misma al software estadístico SPSS, a partir del cual se realizó la validación, consistencia y análisis de la información para la elaboración del informe.

Se considera importante destacar que además de la validación de rangos y flujos de preguntas del cuestionario se realizaron controles de consistencia entre variables de una sección o entre variables de diferentes secciones del cuestionario. Este proceso se llevó a cabo una vez finalizada la carga de los cuestionarios, emitiendo una serie de listados de consistencia de datos, los cuales fueron verificados por el equipo de investigación para su correspondiente corrección o justificación.

3.5.4 Aspectos éticos

Además del cuestionario se utilizaron tres documentos adicionales que comprometen a las personas involucradas en el operativo a tomar todas las medidas para proteger la confidencialidad de la información que reciba. Estos documentos son: a) Lista de contactos de personas entrevistadas²²; b) Acuerdo de confidencialidad del entrevistador²³; c) Acuerdo de confidencialidad del líder del equipo²⁴.

3.6 Marco conceptual

A continuación se exponen los principales conceptos abordados en el estudio, los mismos se recogen de la “Guía del Usuario: El Índice de estigma en personas que viven con VIH” desarrollada por ONUSIDA, GNP+, ICW y la IPPF.

²² En la cual se anotan los detalles de contacto de cada una de las personas a ser entrevistadas, como el nombre, el número telefónico o cualquier información a través de la cual pudiera ser localizada.

²³ A través del cual cada entrevistador se compromete a tomar todas las medidas para proteger la confidencialidad de la información que reciba durante las entrevistas que realizara.

²⁴ Mediante el cual cada una de las personas responsables de supervisar y apoyar la realización de las entrevistas se compromete a tomar todas las medidas posibles para proteger la confidencialidad de la información que esté bajo su cuidado.

Estigma

Varios estudios a nivel de Latinoamérica han señalado al estigma como una de las principales barreras que enfrentan las personas con VIH para acceder a los servicios de salud y adherirse su tratamiento (Bermúdez-Román, Bran-Piedrahita, Lemy, Palacios-Moya & Posada-Zapata, 2015).

Es por esto que el abordaje del estigma y la discriminación adquieren una fundamental importancia en el campo de la salud pública en general y en la calidad de vida de las personas con VIH en particular.

No se puede hacer referencia al concepto de estigma sin referirnos a Goffman (1963), quien afirma que el estigma cumple la función de señalar aquello que es indeseable, profundamente desacreditador, que hace “diferente” a una persona de las demás, una suerte de atributos que el que los posee queda desvalorizado y menospreciado. Estos atributos adquieren solo significado cuando no corresponden a los estereotipos establecidos por la sociedad, por lo que el estigma establecería así una relación particular entre estos atributos individuales (características, comportamientos, rasgos, etc.) y los estereotipos sociales (conjunto de ideas y creencias a acerca de los sujetos que posean estos atributos y características particulares).

En el contexto de la presente investigación se ha utilizado el marco conceptual de la “Guía del usuario: el índice de estigma y discriminación de personas con VIH”. En este sentido, **estigma** se define como:

Un signo de desgracia o vergüenza. Se origina de la antigua práctica de encasillar o marcar a una persona de quien se piensa es “moralmente imperfecta” o que se ha comportado mal y, por lo tanto, debe ser evitada por otros miembros de la sociedad.

Con frecuencia, el estigma se describe como un proceso de devaluación. En otras palabras, si una persona es estigmatizada, entonces está desacreditada, es vista como en desgracia y/o es percibida como si tuviera menos valor o valía ante los ojos de otros.

Con frecuencia, el estigma relacionado con el VIH se basa en otros prejuicios existentes y los refuerza; como los relacionados con el género, la sexualidad y la raza. Por ejemplo, el estigma asociado con el VIH muchas veces se basa en la asociación del VIH y el sida con comportamientos que, de antemano, están marginados y estigmatizados; como el trabajo sexual, el uso de drogas y las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo y en transgéneros.

El estigma relacionado con el VIH afecta a las personas que viven con el VIH y – por extensión– a quienes están asociados con ellas, como sus parejas o esposos, sus hijos y otros miembros de su misma unidad doméstica (Guía de usuario, p. 45).



Una particular forma que adquiere el estigma es cuando este se internaliza y genera una serie de distorsiones a nivel cognitivo, emocional y comportamental. Este tipo de fenómeno se denomina **estigma interno**:

El estigma interno, también conocido como estigma “sentido” o “auto-estigmatización”, se usa para describir la forma en que una persona que vive con el VIH se siente acerca de sí misma; y, específicamente, si siente vergüenza por el hecho de ser VIH-positiva. El estigma interno puede conducir a una baja autoestima, un sentido de desvalorización y depresión. El estigma interno puede también dar como resultado que una persona que vive con el VIH renuncie al contacto social e íntimo, o se excluya a sí misma de tener acceso a servicios y oportunidades debido al temor que su estatus de VIH sea revelado, o de ser discriminada debido a su condición de ser VIH-positivo. (Guía del usuario, p. 45)

Discriminación

La discriminación es un fenómeno íntimamente relacionado con lo anterior, sería el componente comportamental que se deriva del proceso de estigmatización (atribuir características definitorias en una persona o grupo social), el proceso de estereotipia (conjunto de ideas y creencias asociadas a esos atributos), el prejuicio (conjunto de emociones derivadas de un proceso evaluativo en base del estigma percibido y del estereotipo dominante). En este contexto, la discriminación se define como:

Tratar a una persona de manera diferente e injusta, parcial o perjudicada, muchas veces sobre la base de su pertenencia, o de que se le percibe como perteneciente a un grupo en particular. La discriminación con frecuencia se percibe como el resultado final del proceso de estigmatización. En otras palabras, cuando se aplica el estigma (algunas veces conocido como “estigma actuado”), el resultado es la discriminación.

La discriminación consiste en acciones u omisiones que se derivan del estigma y están dirigidas hacia aquellos individuos que son estigmatizados. Por ejemplo, la discriminación relacionada con el VIH ocurre cuando una persona es tratada de forma diferente (y en forma desventajosa) debido a que se sabe que vive con el VIH, se sospecha que es VIH-positiva, o está relacionada estrechamente con personas que viven con el VIH (como su pareja o algún miembro de su familia). La discriminación ocurre a diferentes niveles. Puede ocurrir dentro de una familia o entorno comunitario. Por ejemplo, cuando la gente:

- *Evita a personas que viven con el VIH o no les permiten usar los mismos utensilios que usan los demás miembros de la familia, o*

- *Rechaza o excluye a las personas que viven con VIH al no permitirles la entrada o la membresía a un grupo, o por no desear asociarse con ellas.*

También puede ocurrir dentro de un entorno institucional, por ejemplo cuando:

- *Las personas que viven con el VIH son segregadas de otros pacientes en una institución de salud o se les niega el acceso a los servicios de atención a la salud o al seguro médico debido a que son VIH-positivas;*
- *Cuando un supervisor no respeta los derechos de una persona positiva y revela su estatus VIH-positivo sin su consentimiento a colegas del trabajo; o*
- *Se niega el acceso a la escuela a niñas o niños afectados por el VIH. La discriminación puede ocurrir también a nivel nacional cuando se le sanciona o legitima a través de leyes y políticas. Ejemplos de esto incluyen:*
- *Rehusar el acceso a un país a una persona que vive con el VIH debido a su estatus VIH-positivo;*
- *Prohibir que las personas que viven con VIH tengan ciertas ocupaciones y tipos de empleo; o*
- *El tamizaje y prueba de VIH obligatorios para individuos o grupos.*

La discriminación contra las personas que viven con el VIH, o contra quienes se piensa que están infectadas, es una violación de sus derechos humanos y es algo que el sistema legal de un país puede abordar. (Guía del usuario, p. 44).

4

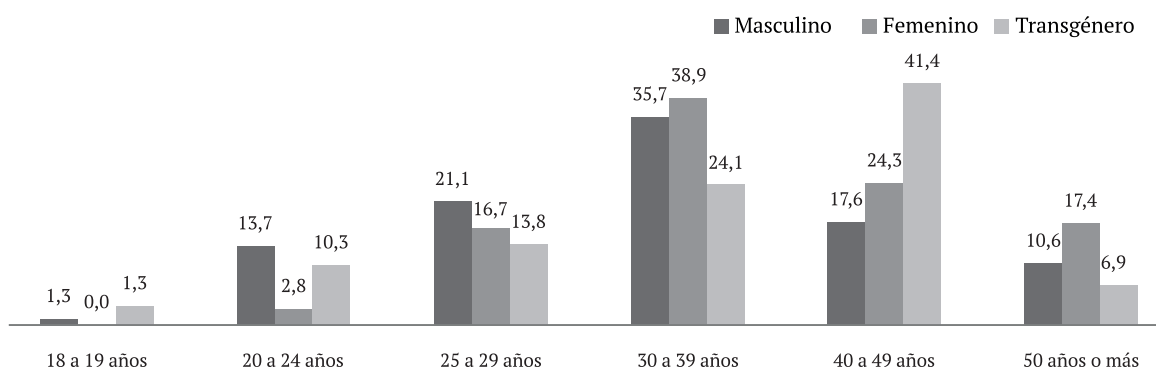
Características sociodemográficas de la población estudiada

A partir de este capítulo se presenta información descriptiva proveniente de la encuesta realizada a 400 personas con VIH. Se inicia con las características sociodemográficas y económicas de las personas que fueron entrevistadas, recalándose que la información no es extrapolable a toda la población con VIH en el país.

La población entrevistada presenta un comportamiento heterogéneo por sexo y grupos de edad. El 56,8% de la población estudiada pertenece al género masculino, seguido del 36% del género femenino y un 7,3% que se identifica como transgénero.

Las edades centrales de la población estudiada rondan entre los 25 y 49 años (19% tiene entre 25 y 29 años, 36% entre 30 y 39 años y 21,8% entre 40 y 49 años de edad). Cabe destacar que en el grupo de 25 a 29 años sobresale la proporción de personas de género masculino, en tanto entre las y los de 30 a 39 años se concentra el mayor peso de la población femenina y entre los 40 y 49 años la población transgénero (Gráfico 3, Anexo Tabla 2).

Gráfico 3. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH, según grupos de edad y género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

El 22,8% de la población en estudio declara ser gay, en menores porcentajes se han encontrado otros subgrupos como transgénero (7,3%), trabajador/a sexual (6,3%), bisexual (5,3%), usuario/a de drogas (4,3%), hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (2,5%) y personas privadas de libertad (2,5%)²⁵.

²⁵ Cabe destacar que se ha indagado si la persona pertenece o ha pertenecido en el pasado a alguno de estos grupos, pudiendo una persona pertenecer a más de un grupo, por lo que los porcentajes están calculados para cada caso independientemente sobre la población total, por lo que la suma no reporta el 100%. A partir de este apartado, en todo el informe a continuación se agrupan las categorías “Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres”, “Gay” y “Bisexual” bajo la denominación “Hombres que tienen sexo con hombres”.

Por su parte, las mujeres entrevistadas en menor medida declaran pertenecer o haber pertenecido a alguna subpoblación, siendo estas: trabajadora sexual (7,6%) y usuaria de drogas (4,9%), por lo que el 88,9% restante no conforma ningún grupo específico y se concentra bajo la categoría de población general (Tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de las personas entrevistadas que viven con VIH de acuerdo al tipo de población 1/, por género

Tipo de población	Total		Masculino		Femenino		Transgénero	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres	10	2,5	10	4,4	0	0,0	0	0,0
Gay	91	22,8	91	40,1	0	0,0	0	0,0
Transgénero	29	7,3	0	0,0	0	0,0	29	100,0
Bisexual	21	5,3	21	9,3	0	0,0	0	0,0
Trabajador/a sexual	25	6,3	2	0,9	11	7,6	12	41,4
Usuario/a de drogas	17	4,3	6	2,6	7	4,9	4	13,8
Personas privada de libertad	10	2,5	10	4,4	0	0,0	0	0,0
No pertenece, ni ha pertenecido a ninguna de esas categorías (población general)	216	54,0	88	38,8	128	88,9	0	0,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.

1/ Se ha indagado si la persona pertenece o ha pertenecido en el pasado a algunos de los grupos reportados, pudiendo una persona pertenecer a más de un grupo, por lo que los porcentajes están calculados para cada caso independientemente sobre la población total, por lo que la suma no reporta el 100%.

El estado civil actual de la población en estudio indica que en mayor medida se encuentran en pareja (51,3%) –casado/a, unión libre o mantiene una relación de pareja pero no viven juntos-, en especial las mujeres (62,5%). En tanto, el 41,5% de las personas se declara soltera, otro 3,3% divorciada o separada y el 3,8% viuda. Los hombres declaran en su mayoría encontrarse sin pareja (52%), al igual que la población trans entrevistada (75,9%) (Anexo, Tabla 2).

Entre las personas con pareja se indagó acerca del tiempo que hace que están involucradas con su pareja²⁶. Se encontró que 3 de cada 10 personas reportan entre 1 y 4 años (29,9%), seguido del 27,7% cuya relación es de 5 a 9 años. En el caso de las mujeres entrevistadas predominan las relaciones entre 5 y 9 años, en cambio, entre los hombres y la población trans las relaciones de parejas son más breves (32,1% de los hombres tienen relaciones de pareja entre 1 y 4 años y en el grupo trans de menos de 1 año -57,1%-) (Gráfico 4).

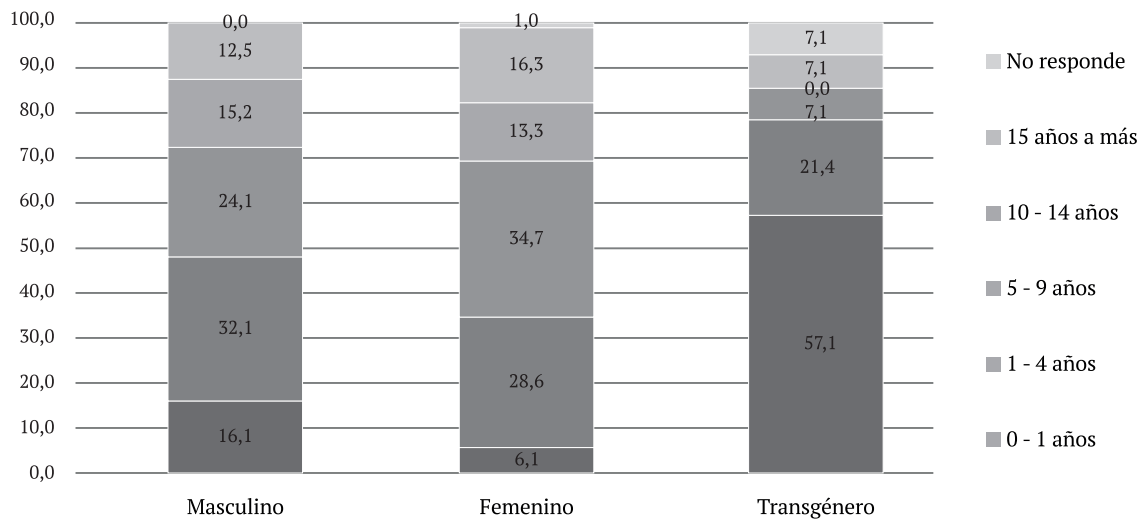
Independientemente a encontrarse o no en relación de pareja, se indagó acerca de si la persona ha tenido al menos una relación sexual en los últimos 3 meses,

²⁶ Se incluyen 19 casos de personas que actualmente se declaran sin pareja pero que su relación anterior concluyó en los tres meses previos a la entrevistas.



hallándose respuestas afirmativas en el 81,5% de los casos, siendo mayor entre hombres (84,6%) y la población trans (100%) (Anexo, Tabla 2).

Gráfico 4. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH, según tiempo que ha estado involucrado/a con su esposo/pareja*, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

*Se incluyen 19 casos de personas que actualmente se declaran sin pareja pero que su relación anterior concluyó en los tres meses previos a la entrevistas.

Un poco más de la tercera parte de las personas entrevistadas alcanza el nivel educativo secundario (36,8%), seguido por el 20,5% con nivel primario y 2,5% sin educación en el sistema formal (6 de cada 10 personas entrevistadas alcanzan el nivel educativo secundario o menos). El 29,8% declara como nivel de educación formal más alto el universitario.

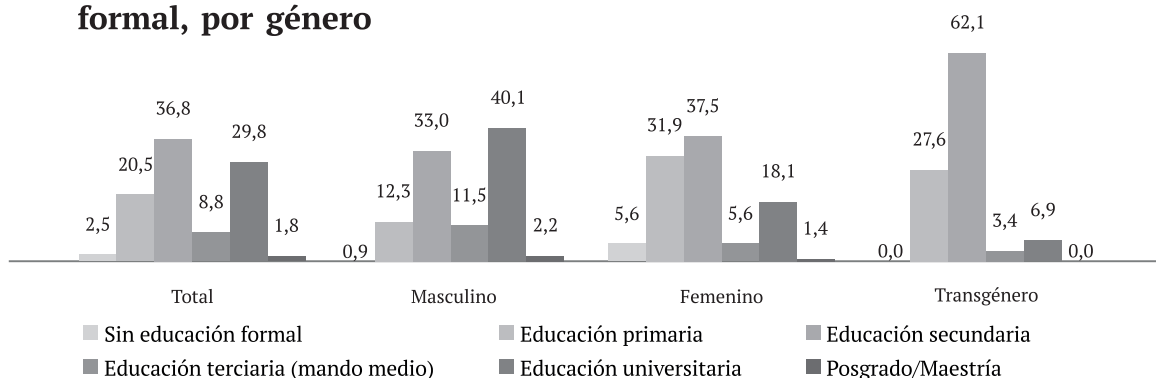
Al desagregar por género se identifican importantes diferencias en el nivel educativo. Las mujeres presentan mayores dificultades en el acceso a niveles superiores de educación. Entre las personas sin educación formal, prevalecen las

6 de cada 10 personas entrevistadas alcanzan el nivel educativo secundario o menos

Las **mujeres** presentan **mayores dificultades** en el **acceso a niveles superiores de educación**

mujeres frente a los hombres (5,6% y 0,9% respectivamente), así como las que alcanzaron hasta el nivel primario (12,3% varones y 31,9% mujeres). Este comportamiento se revierte al analizar la educación universitaria, el 40,1% de las personas que pudieron acceder a este nivel educativo son hombres y solo el 18% mujeres. Entre las personas transgénero, el 27,6% tiene nivel primario y 62,1% reportaron haber alcanzado niveles secundarios, solo el 6,9% afirman haber accedido a la universidad, proporción por debajo de los varones y las mujeres. (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH, según nivel educativo alcanzado en el sistema formal, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

En cuanto a la situación laboral, la población en estudio trabaja mayormente como empleado –a tiempo completo o parcial- (55%), no obstante, se evidencian desigualdades entre género. Los hombres muestran mayor acceso al mercado laboral como empleados en comparación con las mujeres y personas trans. La brecha respecto a los hombres es de 20 puntos porcentuales en relación con las mujeres y de 52,3 puntos con las personas trans (66,1%, 45,8% y 13,8% respectivamente).

El trabajo casual o autoempleo -a tiempo completo o parcial- es la forma de acceso al mercado laboral del 20,5% de la población en estudio, con valores

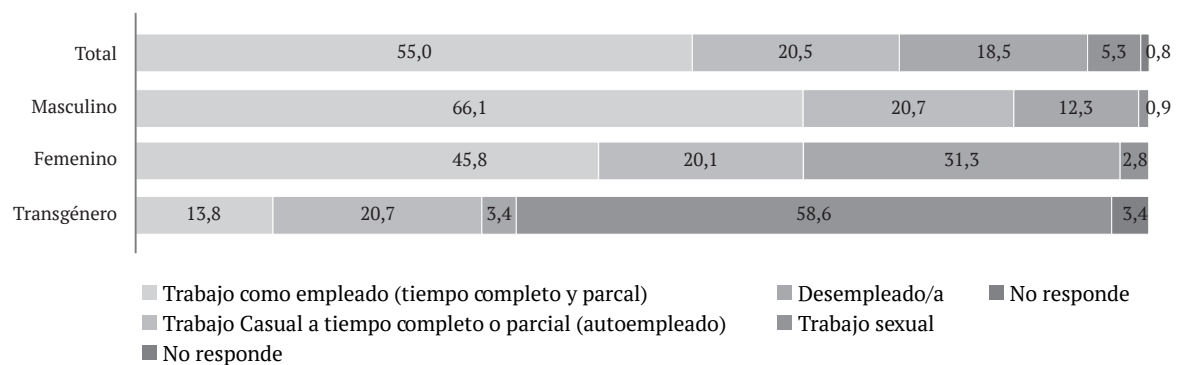
²⁷ Cabe destacar que el resto de las personas trans entrevistadas (41,4%) no ejercía el trabajo sexual al momento de la entrevista pero si lo había ejercido con anterioridad, o lo ejercía pero no como principal actividad generadora de ingresos, como puede observarse en la Tabla 5.



similares por género (20,7% hombres, 20,1% mujeres y 20,7% trans). Más de la mitad de la población trans entrevistada tiene como principal actividad laboral el trabajo sexual (58,6%)²⁷.

El desempleo afecta al 18,5% de la población de estudio, nuevamente con marcadas diferencias entre género. Los hombres reportan un 12,3% de desempleo, mientras que entre las mujeres asciende a 31,3% y el grupo trans solo reporta un 3,4% (Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH, según situación laboral actual principal, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

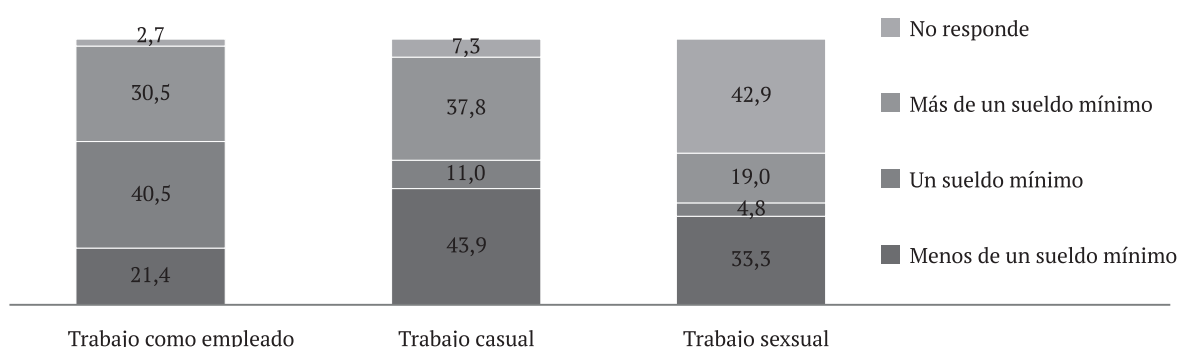
El **desempleo** afecta al **18,5%** de la población

Independientemente de la situación laboral principal actual de la población en estudio, se exploró acerca del nivel de ingreso promedio mensual aproximado en función al salario mínimo mensual vigente (Gs. 1.800.000 que equivale a USD 320,56). En este ámbito, los hombres reportan en mayor proporción ingresos superiores al salario mínimo (37%), en tanto, un tercio de las mujeres declara tener ingresos por debajo de un salario mínimo (34%)²⁸ (Anexo, Tabla 3).

Por otro lado, la forma de empleo se relaciona con el nivel de ingreso reportado, así, aquellas personas entrevistadas que reportaron trabajar como empleadas en mayor medida ganan salario mínimo o más (75,9%), y entre las personas que reportaron trabajo casual predominan los ingresos igual y menor al salario mínimo (54,9%) (Gráfico 7).

²⁸ Menos de la mitad de la población trans entrevistada respondió a esta pregunta (48,3%) por lo que se evita su interpretación.

Gráfico 7. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH, según situación laboral actual principal e ingreso promedio mensual aproximado

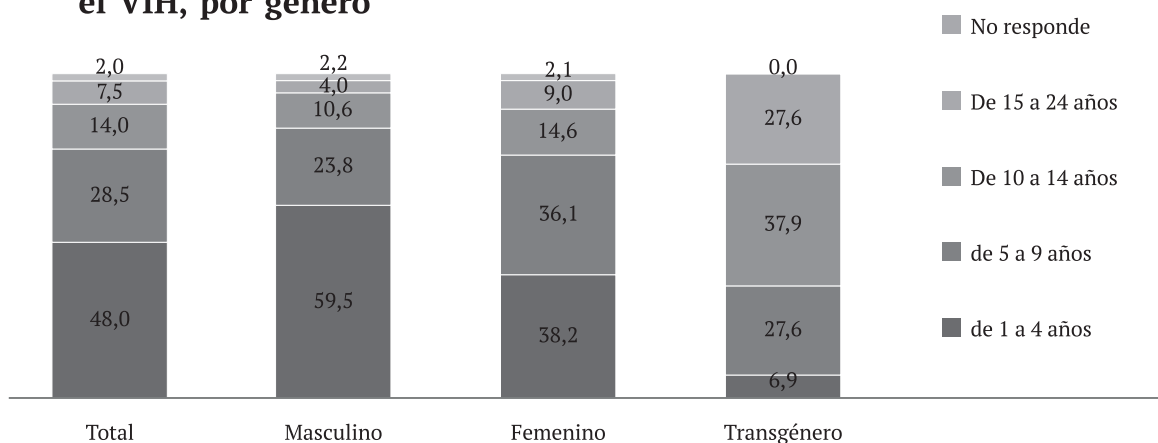


Fuente: Estudio INDEX 2016.

Las condiciones arriba expuestas, que dan cuenta de menores niveles de acceso a educación formal, condiciones más inestables de trabajo e ingresos mensuales por debajo del salario mínimo entre las mujeres entrevistadas también se refleja en la carencia de alimentos suficientes durante el último mes (al menos una de las tres comidas básicas diarias). Las mujeres y la población trans reportaron en mayor medida esta situación (13,2% y 13,8% respectivamente) en comparación con un 3,5% reportado por los hombres (Anexo, Tabla 3).

En relación a los años que las personas entrevistadas fueron diagnosticadas, se identificó un promedio de 6 años desde la seroconversión, siendo mayor entre las mujeres y el grupo trans (7 y 11 años respectivamente) (Gráfico 8).

Gráfico 8. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH, según el tiempo que hace que le diagnosticaron el VIH, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

¹ Se excluyen 10 casos de personas privadas de libertad.



Un **tercio** de las **mujeres** declara tener **ingresos por debajo de un salario mínimo**

Entre las personas entrevistadas que no están privadas de libertad, predominan aquellas que residen con otras personas (86,4%), en tanto, el 13,6% declara vivir en un hogar unipersonal. Esta distribución varía según el tipo de población, encontrando mayor proporción de personas que viven solas entre las personas transgénero (24,1%), y que realizan trabajo sexual (23,1%).

Por otro lado, la mayor parte de la población entrevistada reside en zonas urbanas (79,5%), seguido del 15,6% que habita en zonas rurales y el 4,9% en un bañado, villa, asentamiento o refugio. El grupo de hombres que tienen sexo con hombres y las personas trans tienen mayor preferencia por la residencia en zonas urbanas (91,8% y 100% respectivamente) (Tabla 6)¹.

Tabla 6. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH, según personas con las que vive y ubicación de la vivienda, por tipo de población

Vivienda	Total		Hombres que tienen sexo con hombres		Transgénero		Trabajador/a sexual		Usuario/a de drogas		Población general	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total	390	100,0	122	100,0	29	100,0	13	100,0	10	100,0	216	100,0
Cantidad de personas que habitan la vivienda												
Vive solo(a)	53	13,6	21	17,2	7	24,1	3	23,1	2	20,0	20	9,3
Vive con otras personas	337	86,4	101	82,8	22	75,9	10	76,9	8	80,0	196	90,7
Ubicación de la vivienda												
Un área rural	61	15,6	7	5,7	0	0,0	3	23,1	1	10,0	50	23,1
Bañado / Villa / Asentamiento o Refugio	19	4,9	3	2,5	0	0,0	3	23,1	2	20,0	11	5,1
Bañado / Villa / Asentamiento o Refugio	310	79,5	112	91,8	29	100,0	7	53,8	7	70,0	155	71,8

Fuente: Estudio INDEX 2016.



5

Experiencia de estigma y discriminación

Este capítulo aborda los distintos tipos de estigma y discriminación a los que se ven expuestas las personas entrevistadas que viven con VIH, pudiendo ser de tipo interno o externo (a manos de otras personas).

5.1 Estigma y discriminación externa

5.1.1 Experiencia de estigma y discriminación externa

El estudio exploró once diferentes escenarios o situaciones donde las personas con VIH podrían haber experimentado algún tipo de discriminación o exclusión por parte de otras personas. Del total de personas entrevistadas, el 72,5% experimentó algún tipo de estigma o discriminación a manos de otras personas en los últimos 12 meses. Dicha cifra se eleva en algunos grupos en particular, debiendo estos ser el foco de las intervenciones que se realicen en la materia.

El **72,5%** experimentó algún tipo de **estigma o discriminación** a manos de otras personas en los últimos 12 meses.

Por género: el grupo de personas trans reporta haber experimentado, durante el último año, algún tipo de estigma o discriminación a manos de otras personas en el 93,1% de los casos. Por tipo de población: más del 90% de las personas trabajadoras sexuales, usuarios de drogas y las privadas de libertad reportaron haber vivido situaciones de estigma y discriminación en el último año.

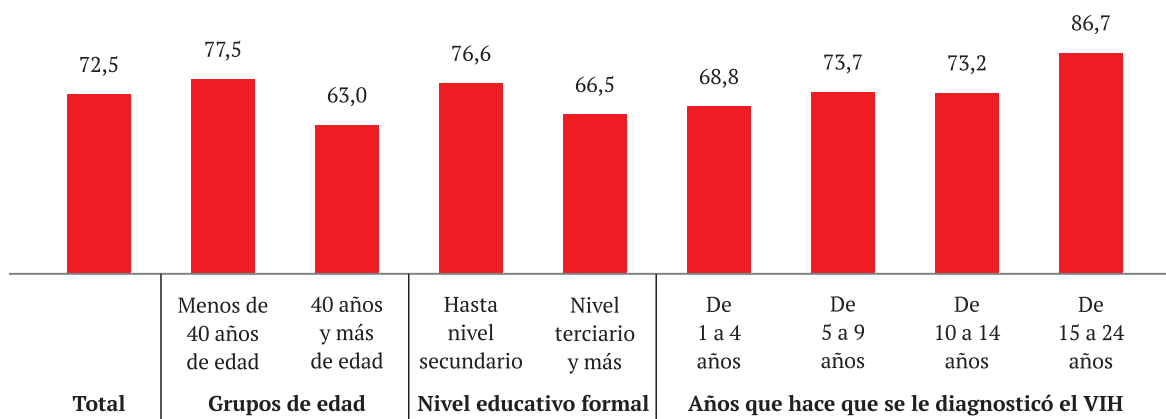
La situación laboral también presenta diferencias, las personas desempleadas y las que realizan trabajos sexuales en mayor medida reportan casos de estigma y discriminación (81,1% y 95,2% respectivamente), frente a las que tienen algún empleo como empleados o auto empleo (69,5% y 65,9% respectivamente) (Anexo, Tabla 4).

Existe una relación inversa entre la edad, el nivel educativo de la persona y la experiencia de estigma y discriminación a manos de otras personas en el último año. Así, a menor edad de la persona se registra mayor nivel de estigma y discriminación (las personas menores de 40 años reportan en mayor medida

estigma y discriminación externa -77,5%- que las personas mayores a 40 años de edad -63%-), y a medida que se incrementa el nivel educativo formal alcanzado, disminuye la proporción de personas que reportan casos de estigma y discriminación externa (Gráfico 9).

Por su parte, la incidencia de casos de estigma y discriminación a manos de otras personas es mayor a medida que se incrementan los años de diagnóstico del VIH (Gráfico 9).

Gráfico 9. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH y han experimentado alguna situación de estigma o discriminación a manos de otras personas en los últimos 12 meses, por características seleccionadas



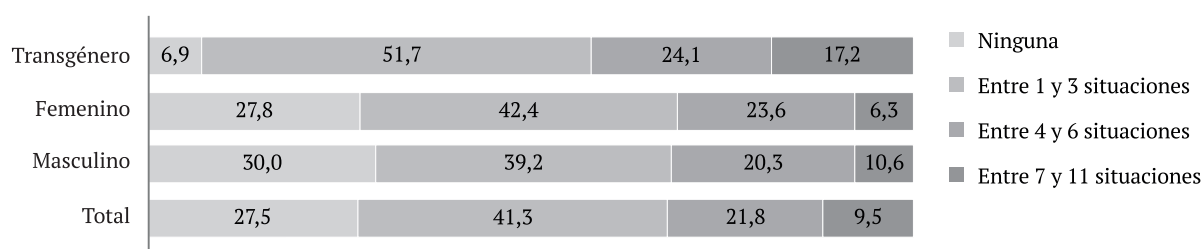
Fuente: Estudio INDEX 2016.

5.1.2 Cantidad de situaciones de discriminación externa experimentadas

Además de lo expuesto, es importante tener presente que las personas con VIH que reportaron haber vivido algún tipo de estigma y discriminación durante el último año, pueden experimentar más de un tipo de discriminación. En este sentido, 4 de cada 10 personas con VIH han experimentado entre 1 y 3 situaciones de estigma externo en el último año, seguido de 21,8% que ha experimentado en 4 y 6 situaciones, y el 9,5% entre 7 y 11 situaciones. La población trans reporta en mayor medida haber experimentado entre 7 y 11 situaciones de discriminación en el último año (17,2%), cifra 7,7 puntos porcentuales superior al del conjunto de la muestra (9,5%) (Gráfico 10).



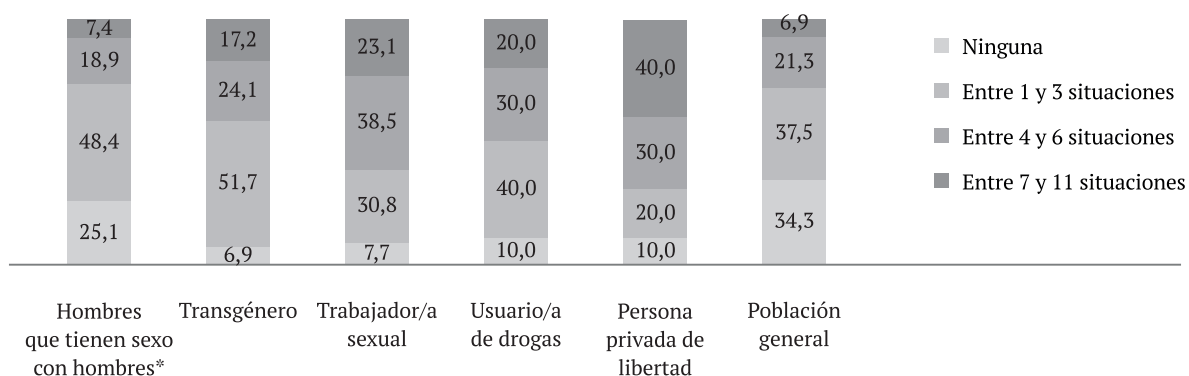
Gráfico 10. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH según cantidad de situaciones de estigma o discriminación experimentadas a manos de otras personas en el último año, por género.



Fuente: Estudio INDEX 2016.

Pertenecer a ciertos grupos sociales incrementa el número de situaciones de discriminación a las que están expuestas, las cuales están basadas no solo en la condición serológica sino también estarían motivadas por otras razones, como se verá más adelante. Al desagregar por tipo de población, los grupos que acumulan las mayores prevalencias de situaciones de discriminación en el último año son las personas privadas de libertad (el 70% reportó cuatro y más situaciones), seguido del grupo de personas trabajadoras sexuales (61,6% reportó cuatro y más situaciones) (Gráfico 11).

Gráfico 11. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH según cantidad de situaciones experimentadas de estigma o discriminación a manos de otras personas en el último año, por tipo de población



Fuente: Estudio INDEX 2016.

* Incluye: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, gays y bisexuales.

5.1.3 Situación de estigma y discriminación externa experimentada

La situación que principalmente expone a las personas con VIH a estigma y discriminación externo en los últimos 12 meses son las murmuraciones de otras personas, esto fue experimentado por el 89% de las personas que reportaron algún tipo de estigma o discriminación en los últimos 12 meses. Le sigue muy por debajo el acoso verbal (40%), en tanto, la presión psicológica o manipulación por parte de su esposo/a o pareja sexual y el rechazo sexual son experimentadas por 1 de cada 3 personas entrevistadas (34,8%) respectivamente.

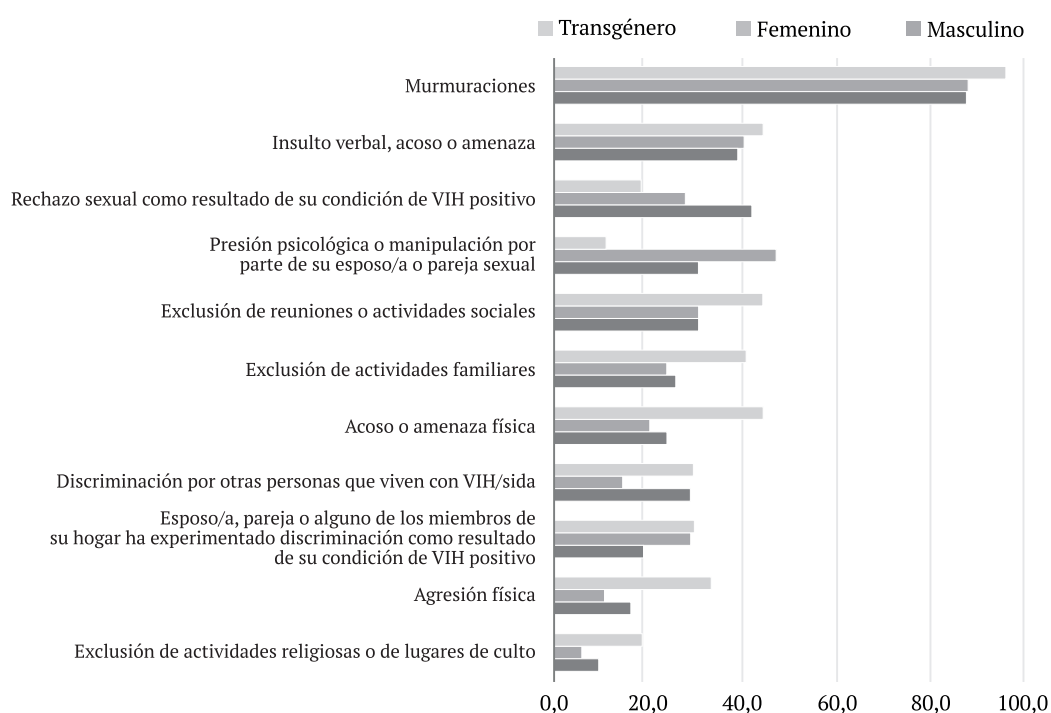
En torno a 3 de cada 10 personas encuestadas que reportaron algún tipo de estigma o discriminación a manos de otras personas manifiestan haber sido excluidas de actividades sociales (32,1%) o familiares (26,6%) en los últimos 12 meses. El resto de situaciones fueron expresadas por menos del 25% de la población en estudio - acosado/a o amenazado/a físicamente, discriminado/a por otras personas que viven con VIH/sida, su esposo/a pareja, o alguno de los miembros de su hogar ha experimentado discriminación como resultado de la condición de VIH positivo que usted tiene, ha sido agredido/a físicamente y ha sido excluido/a de actividades religiosas o de lugares de culto.

En relación a las diferencias por género, las personas trans presentan mayor prevalencia de situaciones de estigma y discriminación externa (9 de las 11 situaciones exploradas), en relación a los hombres y mujeres, lo que mostraría que este grupo es más vulnerable a la exclusión y discriminación por parte de terceras personas. Por su parte, las mujeres muestran valores superiores a los hombres en situaciones como “presión psicológica” y estigma por asociación, como el caso que el “esposo, pareja, o alguno de los miembros del hogar ha experimentado discriminación como resultado de su condición de VIH positivo”. En cambio, en las situaciones como “discriminación por otras personas que viven con VIH/sida” y “rechazo sexual”, son los hombres quienes presentan valores ligeramente superiores a las mujeres (Gráfico 12).

Las **personas trans** presentan
mayor prevalencia de situaciones de
estigma o discriminación externa.



Gráfico 12. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH y experimentaron algún tipo de estigma o discriminación a manos de otras personas en el último año, según situación, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

5.1.4 Frecuencia y razón por la cual experimentó la situación de estigma y discriminación externa

En general, más de la mitad de las personas entrevistadas que reportaron algún tipo de estigma y discriminación externa durante el último año mencionaron que estas situaciones les ocurrieron unas cuantas veces en el último año (52,5% en promedio), un tercio reportó que fue una sola vez, en tanto, el 13,7% restante en promedio lo declara como un hecho frecuente.

La frecuencia de estigma y discriminación depende del tipo de situación vivida, así, aquellas declaradas predominantemente –murmuraciones, insulto verbal, presión psicológica por parte de su esposo/a o pareja sexual y rechazo sexual- ocurrieron en mayor medida unas cuantas veces y frecuentemente en el último año. Mientras que las situaciones declaradas en menor proporción -exclusión de actividades religiosas o de lugares de culto y agresión física- ocurrieron por lo general una sola vez en el último año (Tabla 7).

* Incluye: orientación sexual, identidad de género, adicción, aspecto de enfermo, trabajo sexual, indígena y otros.

La condición de VIH de las personas entrevistadas explica principalmente las razones de exclusión y discriminación en situaciones de “exclusión social y familiar” e “insulto verbal”. En cambio, las situaciones que implican mayor violencia como el acoso y agresión física, tienen como principal motivo “otras razones” diferentes a la condición de VIH -debiéndose a la orientación sexual (27,6%), la identidad de género (7,5%) y la adicción (3,4%), principalmente- (Tabla 7).

Las **situaciones de exclusión** **VIH**, pero las son explicados mejor por la condición de **VIH**, pero las **agresiones y violencia** están motivadas por la **orientación sexual, identidad de género y adicciones**

Tabla 7. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH y experimentaron algún tipo de estigma o discriminación a manos de otras personas en el último año, según situación, por frecuencia y razones

Tipo de discriminación	Porcentaje de personas que han experimentado estigma y discriminación	Frecuencia			Razón			
		Una vez	Unas cuantas veces	Frecuentemente	Condición de VIH	Condición de VIH y otras razones	Otras razones*	No sabe
Murmuraciones	64,5	8,9	63,2	27,9	31,4	24,4	30,2	14,0
Insulto verbal, acoso o amenaza	29,0	21,6	67,2	11,2	30,2	28,4	31,9	9,5
Presión psicológica o manipulación por parte de su esposo/a o pareja sexual	25,3	16,8	57,4	25,7	Todos los casos se refieren a la condición de VIH positivo			
Rechazo sexual como resultado de su condición de VIH positivo	25,3	29,7	29,7	58,4	Todos los casos se refieren a la condición de VIH positivo			
Exclusión de reuniones o actividades sociales	23,3	36,6	51,6	11,8	34,4	1123,7,8	31,2	10,8
Exclusión de actividades familiares	19,3	29,9	59,7	10,4	45,5	23,4	23,4	7,8
Acoso o amenaza física	17,8	45,1	49,3	5,6	21,1	21,1	50,7	7,0
Discriminación por otras personas que viven con VIH/sida	17,3	42,0	47,8	10,1	Todos los casos se refieren a la condición de VIH positivo			
Esposo/a, pareja, o alguno de los miembros de su hogar ha experimentado discriminación como resultado de su condición de VIH positivo	17,0	27,9	54,4	17,6	Todos los casos se refieren a la condición de VIH positivo			
Agresión física	11,5	52,2	41,3	6,5	15,2	15,2	60,9	8,7
Exclusión de actividades religiosas o de lugares de culto	6,5	61,5	26,9	11,5	11,5	30,8	38,5	19,2

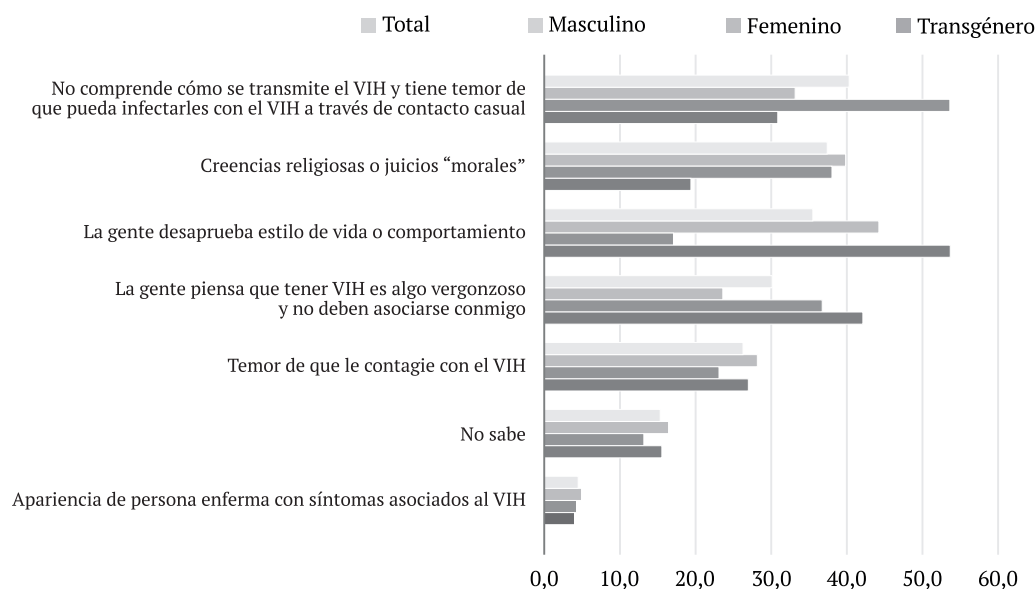
Fuente: Estudio INDEX 2016.



5.1.5 Opinión acerca del motivo de la discriminación externa

Al indagar acerca del motivo por el cual las personas entrevistadas con VIH piensan que ocurrió la situación de estigma o discriminación experimentada en el último año, se encuentra que en mayor medida piensan que es porque “la gente no comprende cómo se transmite el VIH y tiene temor de infectarse a través del contacto casual”, esta razón fue expresada por el 39% de las personas entrevistadas, incrementándose a 51,9% en el caso de las mujeres. El siguiente motivo mayormente reportado fue por “creencias religiosas o juicios morales” expresada por el 35,9% de las personas entrevistadas que experimentaron algún tipo de estigma o discriminación en el último año, y porque “la gente desaprueba el estilo de vida o comportamiento” (34,1%), en el caso de las personas trans esta razón se eleva al 51,9% (Gráfico 13).

Gráfico 13. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH y que experimentaron algún tipo de estigma o discriminación a manos de otras personas en el último año, según opinión acerca del motivo de ocurrencia de la discriminación, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

5.1.6 Discriminación en el acceso a la vivienda, trabajo, educación y servicios de salud

El elevado nivel de estigma y discriminación que experimentan las personas con VIH, no solo por su estado serológico, sino como ya se ha descrito, también motivado por otras razones, como la orientación sexual e identidad de género, podrían explicar en cierta medida la negación o la falta de acceso a ciertos bienes y servicios, en especial a la vivienda, al trabajo, educación y a la salud.

En este sentido, el 38,8% de las personas entrevistadas se vieron afectadas por alguna experiencia de discriminación en relación al acceso a la vivienda, al trabajo, la salud y la educación en el último año. Al igual que en el apartado anterior, dicha cifra se eleva en determinados grupos de población, en particular entre las personas trans (48,3%), trabajadoras sexuales (69,2%) y usuarios de drogas (80%).

Por su parte, estas situaciones son experimentadas en mayor medida por las personas de menos de 40 años (42%) en relación a las más adultas (32,6%), así como en las de menor nivel educativo formal (43,5%) (Anexo, Tabla 5).

Entre las personas entrevistadas que se vieron afectadas por alguna experiencia de discriminación en relación al acceso a la vivienda, al trabajo, la salud y la educación en el último año, la principal barrera identificada fue el acceso a la vivienda: el 51,6% han reportado dificultad en la permanencia o alquiler de un lugar para vivir. Las personas trans y las mujeres muestran mayor dificultad en este sentido (64,3% y 59,1% respectivamente) (Gráfico 14).

El 17,5% de los entrevistados reportaron discriminación en el ámbito laboral²⁹, de los cuales el 40% había perdido su empleo, el 20% había cambiado de trabajo o se le ha negado un ascenso y al 17,4% se le ha impedido el acceso a un puesto laboral principalmente debido a su condición de VIH, en estas últimas dos experiencias los hombres se han visto más afectados (28% y 21,3% respectivamente).

El acceso a los servicios de salud es el tercer ámbito en el que las personas se vieron afectadas por alguna experiencia de discriminación en relación al acceso a bienes y servicios en el último año. El 16,5% de los entrevistados ha afirmado que en el último año se le ha negado algún servicio de salud³⁰, de los cuales el 31% ha afirmado que se le ha negado en al menos una ocasión el acceso a algún servicio de salud incluida la atención odontológica, siendo el grupo de personas trans el que reportó mayor dificultad en este sentido (35,7%). Además, el 22,6% reportó que se le ha negado servicios de salud sexual y reproductiva debido a su condición de VIH.

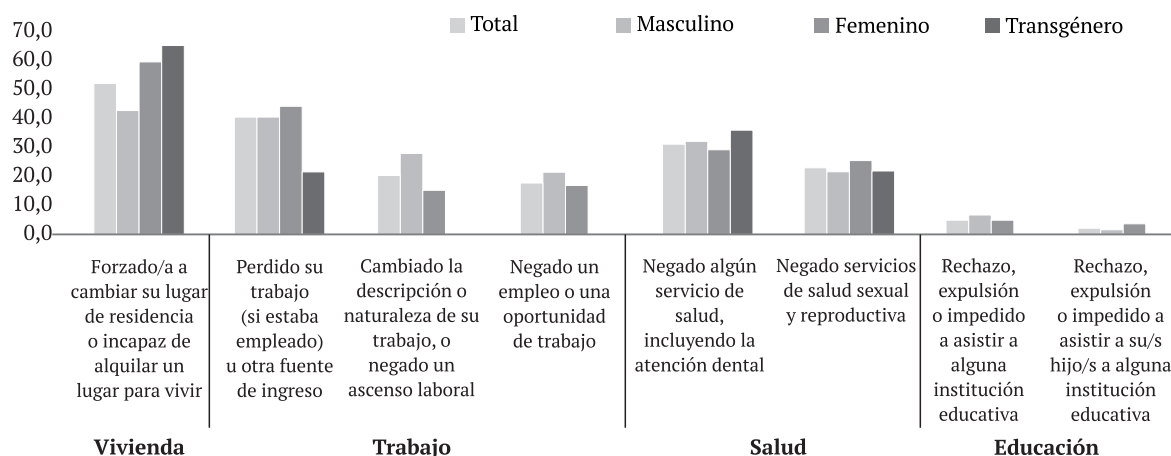
En el ámbito educativo se registra la menor frecuencia de casos de discriminación. El 5,2% de las personas que se vieron afectadas por alguna experiencia de discriminación en relación al acceso a bienes y servicios en el último año declaró rechazo, expulsión o impedimento para asistir a alguna institución educativa, debido a su condición de VIH.

²⁹ El 17,5% reportó haber experimentado al menos una de las siguientes situaciones relacionadas al acceso al trabajo en el último año: i) perdió el trabajo u otra fuente de ingreso; ii) cambió la naturaleza de su trabajo o se le negó un ascenso laboral y iii) se le negó un empleo o una oportunidad de trabajo.

³⁰ Se le ha negado algún servicio de salud incluyendo la atención odontológica y/o se le ha negado algún servicio de salud sexual y reproductiva



Gráfico 14. Porcentaje de personas entrevistadas que se vieron afectadas por alguna experiencia de discriminación en relación al acceso a la vivienda, al trabajo, la salud y la educación en el último año, según situación, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

Más de la mitad de las personas entrevistadas que se vieron afectadas por alguna experiencia de discriminación en relación al acceso a la vivienda, al trabajo, la salud y la educación en el último año declararon que estos hechos ocurrieron por lo general una sola vez en dicho periodo.

El cambio de lugar de residencia o la incapacidad para alquilar un lugar para vivir es el problema que en mayor medida se presentó unas cuantas veces al año para el grupo de personas analizadas, y se debió, en un tercio de los casos, a la condición de VIH (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH y experimentaron algún tipo de discriminación en relación al acceso al trabajo, la salud y la educación en el último año, según situación, por frecuencia y razones

Tipo de discriminación	Frecuencia			Razón				
	Una vez	Unas cuantas veces	Frecuentemente	Condición de VIH	Condición de VIH y otras razones	Otras razones*	No sabe	No responde
Cambio de lugar de residencia o incapaz de alquilar un lugar para vivir	56,3	42,5	1,3	13,8	18,8	61,3	3,8	2,5
Perdido su trabajo (si estaba empleado) u otra fuente de ingreso	67,7	29,0	3,2	32,3	16,1	43,5	8,1	0,0

* Incluye: orientación sexual, identidad de género, adicción, aspecto de enfermo, trabajo sexual, indígena y otros.

Cambiado la descripción o naturaleza de su trabajo, o se le ha negado un ascenso laboral	64,5	35,5	0,0	Todos los casos se refieren a la condición de VIH positivo
Rechazo, expulsión o impedido asistir a alguna institución educativa	75,0	12,5	12,5	Todos los casos se refieren a la condición de VIH positivo
Rechazo, expulsión o impedido asistir a su/s hijo/s a alguna institución educativa	66,7	33,3	0,0	Todos los casos se refieren a la condición de VIH positivo
Negado algún servicio de salud, incluyendo la atención dental	77,1	18,8	4,2	Todos los casos se refieren a la condición de VIH positivo

Fuente: Estudio INDEX 2016.

5.2 Estigma interno

Las personas entrevistadas que viven con VIH presentan una alta prevalencia de sentimientos negativos, desvaloración hacia sí mismas y temores debido a la condición de VIH, siendo particularmente sensible en determinados grupos, como se muestra a continuación.

5.2.1 Experiencia de sentimientos negativos

El 85% de las personas entrevistadas experimentaron algún sentimiento negativo en los últimos 12 meses debido a su condición de VIH, esta cifra es aún superior en la población trans, las personas solteras (91%), hombres que tienen sexo con hombres (93,4%) y en aquellas cuya actividad laboral actual es el trabajo sexual (90,5%). En otras palabras, solo el 15% de las personas entrevistadas que viven con VIH no experimentó sentimientos negativos ni autoestigmatizante en el último año (Anexo, Tabla 6).

Contrariamente a lo que ocurre con el estigma externo en relación a los años que hace que se le diagnosticó el VIH a la persona entrevistada -dicho tipo de estigma aumenta conforme aumentan los años que pasaron desde el diagnóstico-, con el estigma interno se tiene una relación inversa, es decir, el estigma interno disminuye a medida que pasan los años desde el diagnóstico de VIH, o bien, cuanto menor es el tiempo de diagnóstico mayor es la prevalencia de estigma interno (Tabla 9).

También, si se contempla el nivel educativo formal, la relación respecto al estigma interno es opuesta al estigma externo, así, a medida que aumenta el nivel educativo formal, aumenta el porcentaje de personas que declara estigma interno (Tabla 9).

Respecto a la edad de la persona, se encuentra el mismo comportamiento entre estigma externo e interno, en ambos casos disminuyen con la edad, por lo que las personas jóvenes son más propensas a experimentar ambos tipos de estigmas.



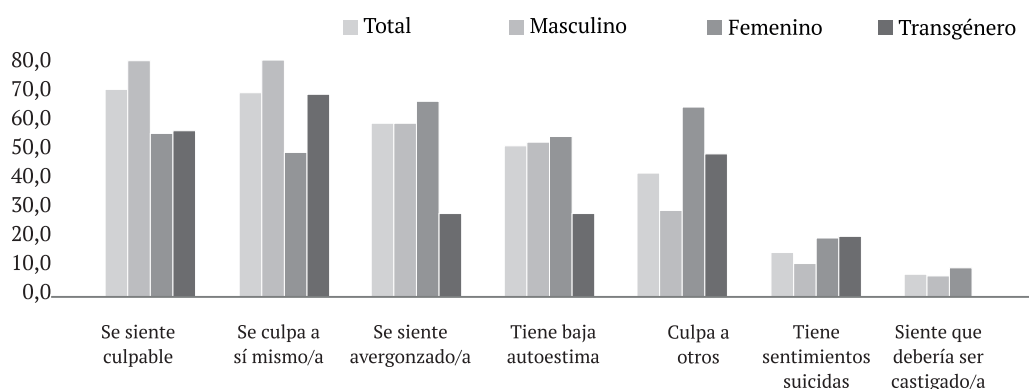
Tabla 9. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH y experimentaron algún tipo de discriminación en relación al acceso al trabajo, la salud y la educación en el último año, según situación, por frecuencia y razones

Características seleccionadas	Total		Masculino		Femenino		Transgénero	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total	340	85,0	203	89,4	110	76,4	27	93,1
Grupos de edad								
18-24 años de edad	40	95,2	32	94,1	4	100,0	4	100,0
25-39 años de edad	187	85,0	113	87,6	64	80,0	10	90,9
40 años y más de edad	113	81,9	58	90,6	42	70,0	13	92,9
Años que hace que se le diagnosticó VIH								
De 1 a 4 años	170	88,5	121	89,6	47	85,5	2	100,0
De 5 a 9 años	95	83,3	48	88,9	40	76,9	7	87,5
De 10 a 14 años	45	80,4	21	87,5	13	61,9	11	100,0
De 15 a 24 años	22	73,3	8	88,9	7	53,8	7	87,5
No responde	10	100,0	5	100,0	3	100,0	0	0,0
Nivel educativo formal								
Sin educación formal	7	70,0	2	100,0	5	62,5	0	0,0
Primario o secundario	190	83,3	89	86,4	77	77,0	24	92,3
Terciario o universitario	143	88,8	112	91,8	28	77,8	3	100,0
Ingreso promedio aproximado por mes								
Menos de un sueldo mínimo	78	83,0	35	89,7	37	75,5	6	100,0
Un sueldo mínimo	88	88,0	66	90,4	21	80,8	1	100,0
Más de un sueldo mínimo	100	86,2	74	88,1	19	76,0	7	100,0
No responde	74	82,2	28	90,3	33	75,0	13	86,7

Las personas entrevistadas que viven con VIH han experimentado en mayor medida sentimiento de culpa por el hecho de haber adquirido la infección (64,4% de las personas entrevistadas que reportaron algún sentimiento negativo), en similar proporción, estas personas se culpan a sí mismas (63,2%), seguido por emociones de vergüenza (54,1%) y sentimientos de baja autoestima (47,1%). Se destaca que el 13,5% de las personas entrevistadas que reportaron haber experimentado algún sentimiento negativo ha tenido al menos una idea suicida en el último año y el 6,8% cree que merecería ser castigada.

En cuanto a las diferencias por género, las personas trans reportan mayores prevalencias de sentimientos suicidas en relación a los hombres y mujeres; en cambio, los varones presentan mayores niveles de culpabilización y las mujeres tienden a culpar a otros por su condición de VIH, sentirse avergonzadas y tener baja autoestima en mayor medida que los varones y las personas trans (Gráfico 15, Tabla 10).

Gráfico 15. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH y que experimentaron algún sentimiento negativo en el último año, según sentimiento, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

Tabla 10. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH y que experimentaron algún sentimiento negativo en el último año, según sentimiento, por género

Características seleccionadas	Total		Masculino		Femenino		Transgénero	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Se siente culpable	219	64,4	149	73,4	56	50,9	14	51,9
Se culpa a sí mismo/a	215	63,2	149	73,4	49	44,5	17	63,0
Se siente avergonzado/a	184	54,1	110	54,2	67	60,9	7	25,9
Tiene baja autoestima	160	47,1	98	48,3	55	50,0	7	25,9
Culpa a otros/as	131	38,5	54	26,6	65	59,1	12	44,4
Tiene sentimientos suicidas	46	13,5	21	10,3	20	18,2	5	18,5
Siente que debería ser castigado/a	23	6,8	13	6,4	10	9,1	0	0,0

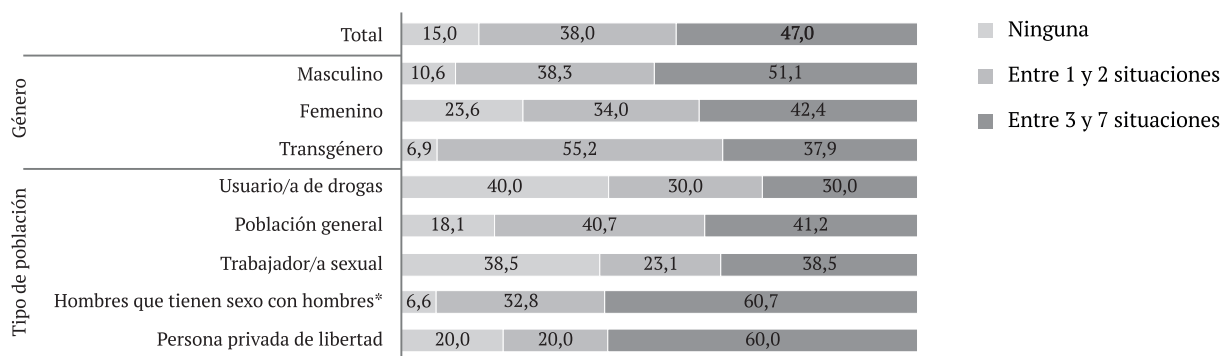
Fuente: Estudio INDEX 2016.

Por su parte, es importante considerar que estos sentimientos no son excluyentes y, por lo tanto, se pueden combinar y superponer aumentando la sensación de malestar en las personas. En este sentido, cerca de la mitad de los sujetos que reportaron haber tenido algún sentimiento negativo, manifestaron haber experimentado entre 3 y 7 de las situaciones de estigma interno planteadas (47%), cifra que aumenta entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas privadas de libertad (64,9% y 75% respectivamente) (Gráfico 16).

El **85%** de las personas entrevistadas experimentaron algún **sentimiento negativo** en los últimos 12 meses debido a su condición de VIH

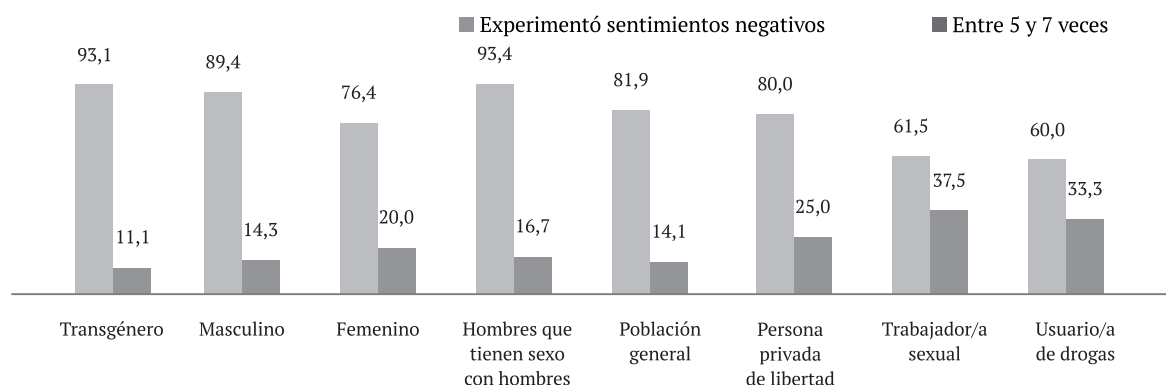


Gráfico 16. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH según cantidad de situaciones experimentadas de sentimientos negativos debido a su condición de VIH en el último año, por género y tipo de población



Por género y tipo de población, se observa que los grupos que presentan menor prevalencia de experiencia de sentimientos negativos, tienen sin embargo mayor carga de estigma interno en el último año (entre 5 y 7 tipos de sentimientos). Así, si bien son las personas trans las que presentan en mayor frecuencia sentimientos estigmatizantes (el 93,1% ha experimentado al menos uno de estos sentimientos en el último año), cuando se tiene en cuenta la cantidad de sentimientos negativos, son las mujeres las que reportan haber experimentado en mayor medida entre 5 y 7 sentimientos estigmatizantes en el último año (20%). Contemplando las subpoblaciones, se observa un comportamiento similar, siendo las personas trabajadoras sexuales y usuarias de drogas las de mayor carga de estigma interno (37,5% y 33,3% respectivamente) (Gráfico 17).

Gráfico 17. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH y reportaron algún sentimiento negativo debido a su condición de VIH en el último año y porcentaje en que experimentó entre 5 y 7 situaciones, por género y tipo de población



Fuente: Estudio INDEX 2016.

5.2.2 Decisiones tomadas debido a la condición de VIH

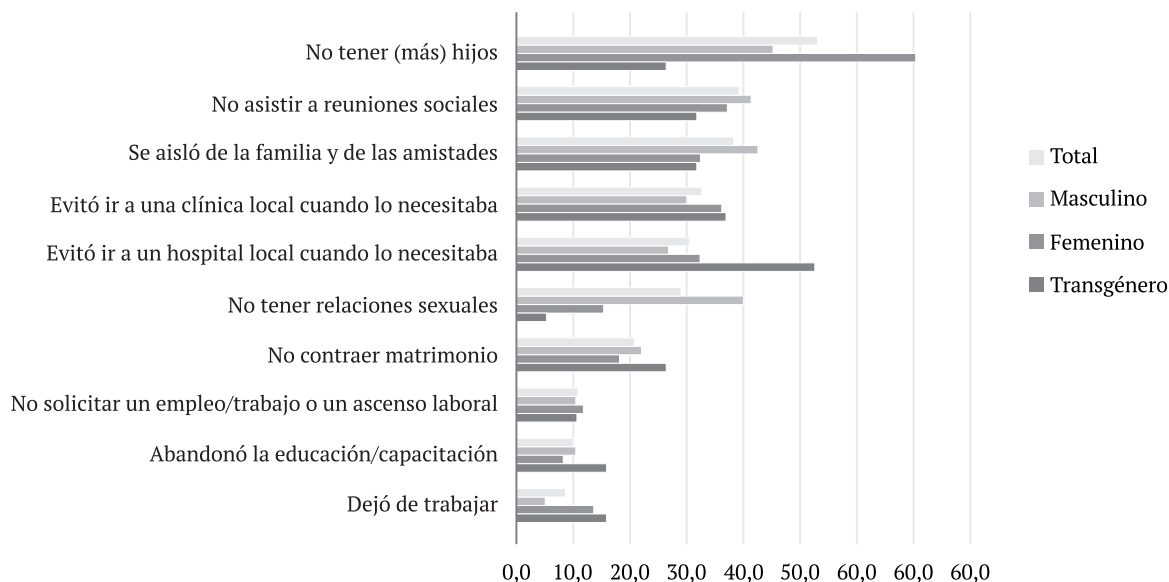
Relacionado con el estigma interno, se han explorado diferentes situaciones y actividades que las personas entrevistadas con VIH han evitado o dejado de realizar, o se han autoexcluidos, debido principalmente a su estado serológico.

De un listado de 10 situaciones se ha encontrado que el 78,5% de las personas entrevistadas ha tomado la decisión de no participar en al menos una de ellas debido a su condición de VIH. Esta cifra es mayor en el caso de la población masculina (81,1%), entre las personas más jóvenes (80,2% de las personas de menos de 40 años de edad), entre las personas solteras (83,1%) y entre los hombres que tienen sexo con hombres (80,3%) (Anexo, Tabla 7).

Entre las personas entrevistadas que viven con VIH y que tomaron alguna decisión entre las situaciones planteadas se encuentra que la principal situación que la mayoría evitó realizar ha sido la de tener hijos (52,9%), seguido de situaciones de aislamiento a nivel social y familiar (39,2% y 38,2% respectivamente). En torno a 3 de cada 10 personas entrevistadas que han tomado alguna decisión en el último año, han optado por evitar asistir a una clínica u hospital local cuando lo necesitaban.

Las mujeres han sido las que en mayor medida reportaron la decisión de no tener hijos (70,3%), los hombres en cambio han decidido en mayor medida no asistir a eventos sociales, familiares y aislarse de amigos y las personas trans han decidido evitar acudir a un hospital local cuando lo necesitaban (Gráfico 18).

Gráfico 18. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH y que tomaron alguna decisión en el último año debido a su condición de VIH, según tipo de decisión, por género



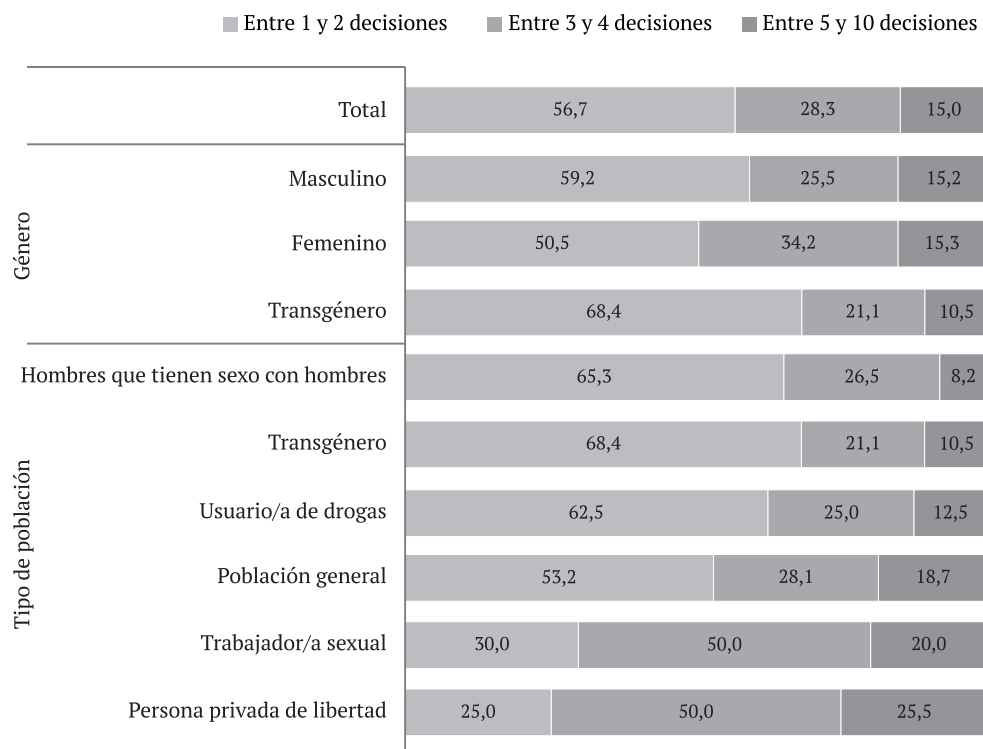
Fuente: Estudio INDEX 2016.



Más de la mitad de las personas entrevistadas que viven con VIH y que han tomado alguna decisión en el último año del listado planteado, han reportado entre 1 y 2 decisiones de autoexclusión en el último año (56,7%), seguido del 28,3% cuya cantidad de decisiones oscila entre 3 y 4 y un 15% entre 5 y 10 decisiones. En cuanto a las diferencias de género, esta vez son las mujeres y los varones los grupos que presentan las condiciones más desfavorables, puesto que en mayor medida han tenido que tomar entre 5 y 10 decisiones de autoexclusión en el último año (15,3% y 15,2% respectivamente).

Por tipo de población, son las personas privadas de libertad y las personas trabajadoras sexuales las que muestran mayores niveles de autoexclusión (Gráfico 19).

Gráfico 19. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH y reportaron haber tomado alguna decisión debido a su condición de VIH en el último año, según cantidad de decisiones tomadas, por género y tipo de población



Fuente: Estudio INDEX 2016.

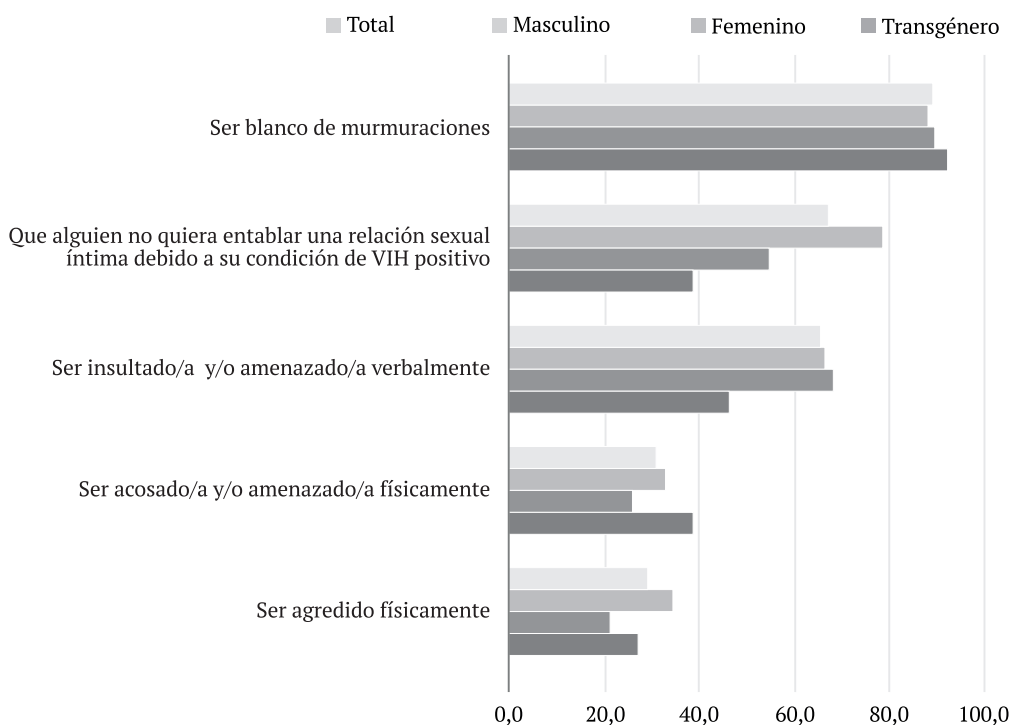
5.2.3 Experiencia de temores

Entre los indicadores presentados de estigma interno, el que principalmente afecta a la población entrevistada son los temores. La mayoría de las personas entrevistadas (89%) en el último año han experimentado temor a 5 situaciones planteadas (le hayan o no sucedido realmente). Los casos extremos los representan las personas trabajadoras sexuales alcanzando al 100% de dicha población (Anexo, Tabla 8).

El principal temor identificado es ser blanco de murmuraciones, sensación experimentada por el 89% de las personas que reportaron temores. Le sigue en orden de importancia aquellas con miedo a que alguien no quiera entablar una relación sexual íntima debido a su condición de VIH positivo (67,1%), y quienes temen ser insultadas y/o amenazadas verbalmente (65,4%).

Por género, las mujeres en mayor medida tienen temor a ser insultadas verbalmente, en tanto los hombres temen que alguien no quiera entablar una relación sexual íntima debido a su condición de VIH positivo, y las personas trans a ser blanco de murmuraciones y acosadas físicamente (Gráfico 20).

Gráfico 20. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH y que han tenido temor, según situación (le haya o no sucedido realmente), por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.



5.3 Estigma externo e interno

Las experiencias de estigma externa (sufrida a manos de otras personas a través de situaciones de discriminación o exclusión en el acceso a bienes y servicios) y las de estigma interno (creencias, emociones y sentimientos negativos acerca de la condición de VIH) no son excluyentes, sino al contrario, pueden ser experimentadas en simultáneo, y por tanto potenciar los sentimientos de malestar.

Por lo expuesto, a continuación se presenta en qué medida se evidencia la experiencia de ambos tipos de estigma en conjunto o en forma separada. Para el efecto, se tomó como criterio de medición el empleado en el estudio INDEX 2009 y que da cuenta del total de personas que habían experimentado al menos dos experiencias de estigma interno y externo en el último año.

Los resultados muestran que la mayoría de las personas entrevistadas con VIH han experimentado situaciones de discriminación externa y estigma interno en el último año (38%), le siguen las personas que experimentaron solo situaciones de estigma interno (27,8%) y las que experimentaron estigma externo pero ninguna experiencia de estigma interno (16%). Finalmente, el 18,3% de todas las personas entrevistadas no reportan haber experimentado ningún tipo de estigma ni acto de discriminación, ni externo ni interno.

La mayoría de las **VIH** han experimentado
personas entrevistadas con situaciones de
discriminación externa y
estigma interno en el último año

Tabla 11. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH que han experimentado al menos dos experiencias estigma externo e interno en el último año, por características seleccionadas

Características seleccionadas	Con estigma interno y externo (ambos)		Solo estigma externo		Solo estigma interno		Sin estigma interno ni externo (ninguno)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total	152	38,0	64	16,0	111	27,8	73	18,3	400	100,0
Género										
Masculino	98	43,2	20	8,8	71	31,3	38	16,7	227	100,0
Femenino	43	29,9	32	22,2	36	25,0	33	22,9	144	100,0
Transgénero	11	37,9	12	41,4	4	13,8	2	6,9	29	100,0
Tipo de población										
Hombres que tienen sexo con hombres	53	43,4	8	6,6	42	34,4	19	15,6	122	100,0
Transgénero	11	37,9	12	41,4	4	13,8	2	6,9	29	100,0
Trabajador/a sexual	7	53,8	5	38,5	0	0,0	1	7,7	13	100,0
Usuario/a de drogas	3	30,0	3	30,0	0	0,0	4	40,0	10	100,0
Persona privada de libertad	6	60,0	3	30,0	1	10,0	0	0,0	10	100,0
Población general	72	33,3	33	15,3	64	29,6	47	21,8	216	100,0
Grupos de edad										
18 - 24 años de edad	15	35,7	0	0,0	24	57,1	3	7,1	42	100,0
25 - 39 años de edad	93	42,3	37	16,8	50	22,7	40	18,2	220	100,0
40 y más años de edad	44	31,9	27	19,6	37	26,8	30	21,7	138	100,0
Años que hace que se le diagnosticó el VIH										
De 1 a 4 años	77	40,1	18	9,4	70	36,5	27	14,1	192	100,0
De 5 a 9 años	46	40,4	20	17,5	24	21,1	24	21,1	114	100,0
De 10 a 14 años	15	26,8	16	28,6	11	19,6	14	25,0	56	100,0
De 15 a 24 años	8	26,7	10	33,3	4	13,3	8	26,7	30	100,0
No responde	6	75,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	8	100,0
Nivel educativo formal										
Sin educación formal	5	50,0	3	30,0	1	10,0	1	10,0	10	100,0
Primario o secundario	87	38,0	43	18,8	62	27,1	37	16,2	229	100,0
Terciario o universitario	60	37,3	18	11,2	48	29,8	35	21,7	161	100,0
Ingreso promedio por mes aproximado										
Menos de un sueldo mínimo	36	38,3	17	18,1	25	26,6	16	17,0	94	100,0
Un sueldo mínimo	36	36,0	9	9,0	37	37,0	18	18,0	100	100,0
Más de un sueldo mínimo	43	37,1	17	14,7	32	27,6	24	20,7	116	100,0
No responde	37	41,1	21	23,3	17	18,9	15	16,7	90	100,0

6 Violencia de género

En este apartado se describe la experiencia de violencia que viven las mujeres con VIH, incluidas las mujeres trans, y cuya violencia es ejercida por parte de una pareja actual o pasada en el transcurso del último año (se excluyen las que nunca estuvieron casadas o unidas). Para el análisis se ha considerado como expuesta a violencia a todas las mujeres que han reportado al menos un episodio dentro de cada tipo de violencia explorado (verbal, psicológica, física, económica y sexual).

En el último año, el 64% de las mujeres entrevistadas con VIH, que están o estuvieron en pareja, reportaron casos de violencia ejercida por parte de su pareja. En el grupo de mujeres trans la experiencia de violencia se incrementa al 73,1%.

Así mismo, existen algunas características personales que parecieran asociarse a la vulnerabilidad de ser víctima de violencia por parte de la pareja. Se ha encontrado que las personas de menor edad reportan en mayor medida violencia por parte de la pareja (73,9% en mujeres de menos de 40 años frente al 50,7% de las mujeres de 40 años y más). Por tipo de población, las mujeres trabajadoras sexuales están mayormente expuestas a la violencia por parte de su parejas (90%), así como las usuarias de drogas (80%). No se han encontrado diferencias importantes por nivel educativo formal ni por actividad laboral, salvo en el caso de trabajo sexual, como ya se mencionó (Anexo, Tabla 9).

Entre las mujeres entrevistas que viven con VIH y reportaron haber sido víctimas de violencia por parte de su pareja en el último año, se encuentra que el tipo de violencia más prevalente es la psicológica (84,5%) seguida de la verbal (72,8%), esto significa que experimentaron algún tipo de control, amenazas, humillaciones, insultos, etc. Casi la mitad de las mujeres aquí analizadas reportan violencia económica (46,6%) a partir de la privación y/o condicionamiento en el uso del dinero.

El **64%** de las **mujeres entrevistadas con VIH**,
que están o estuvieron en pareja,
reportaron **casos de violencia** ejercida por parte de
su pareja

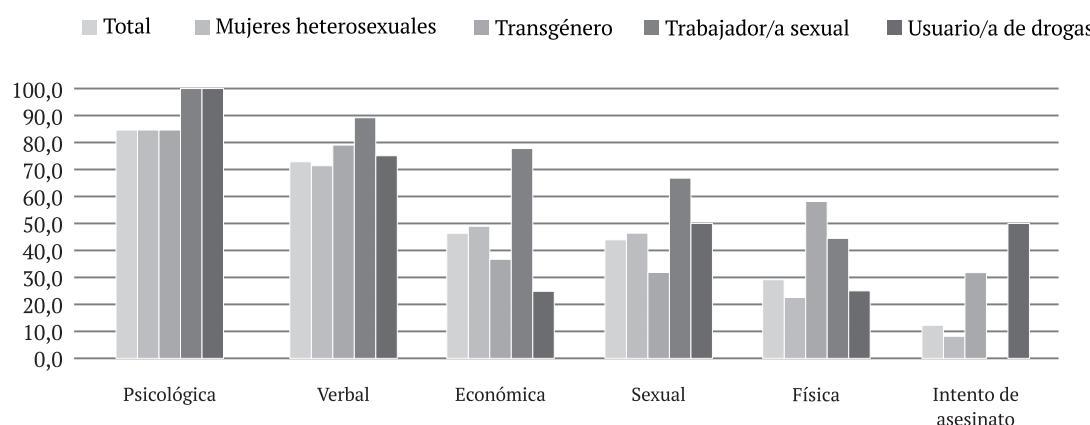
La violencia sexual es experimentada por el 43,7% de las mujeres entrevistadas con VIH y reportan algún tipo de violencia por parte de su pareja, este hecho implica que su pareja la obligó a mantener relaciones sexuales cuando ésta no lo consentía, es decir, un hecho de violación. Por otra parte, la violencia física

(empujones, golpes, quemaduras, etc.) es reportada por el 29,1% de las mujeres estudiadas y finalmente el intento de asesinato por parte de su pareja (trató de estrangularla, la amenazó con un arma blanca o de fuego, etc.) le ocurrió al 12,6% de las mujeres que reportaron algún tipo de violencia por parte de su pareja.

De acuerdo con las sub-poblaciones, las mujeres trans están mayormente expuestas a ser víctimas de violencia física, en tanto, las trabajadoras sexuales expresaron en mayor medida haber sufrido violencia verbal, económica y sexual por parte de su pareja y las usuarias de drogas mayor proporción de intento de asesinato.

Las mujeres heterosexuales si bien presentan valores elevados de violencia no se igualan a las experimentadas por las trabajadoras sexuales y las trans, a excepción de la violencia económica y sexual. Esto sugiere que la violencia hacia la mujer no solo está motivada por razones de género, sino que también se entrecruza con otros factores como el tipo de trabajo realizado o la identidad sexual en este caso, generando mayores niveles de exclusión y violencia a mujeres que presentan dichas características (Gráfico 21).

Gráfico 21. Porcentaje de mujeres entrevistadas que viven con VIH y reportaron algún tipo de violencia por parte de la pareja en el último año, según tipo de violencia, por tipo de población

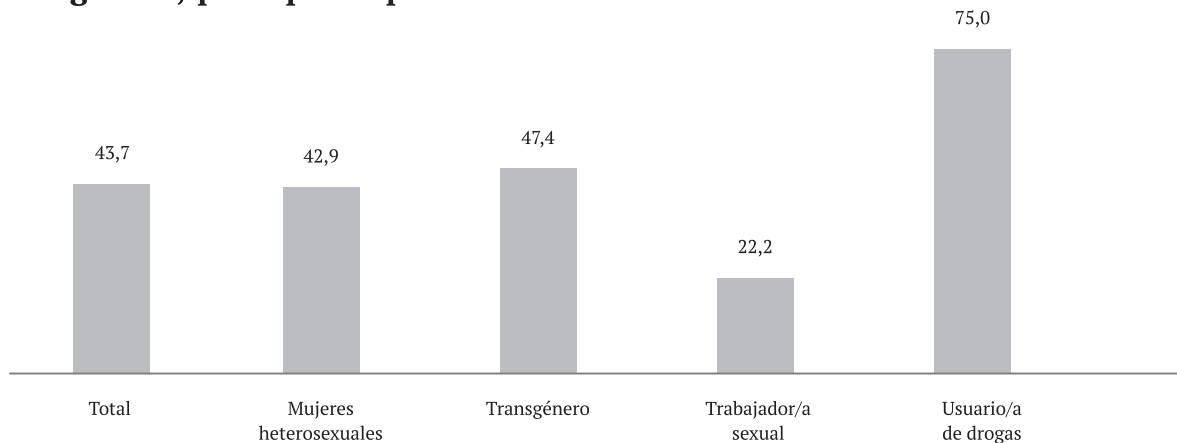


Fuente: Estudio INDEX 2016.

De la elevada proporción de mujeres que ha reportado algún tipo de violencia en el último año, solo 4 de cada 10 mujeres han intentado alguna estrategia de solución. El grupo que menos intentos de solución ha reportado es el de las mujeres trabajadoras sexuales, las que, como se ha descrito, conforman el grupo con mayores prevalencias en la mayoría de los tipos de violencia explorados. En contra partida, las mujeres trans y las usuarias de drogas fueron las que reportaron en mayor medida intentos de solución (Gráfico 22).



Gráfico 22. Porcentaje de mujeres entrevistadas que viven con VIH y reportaron algún tipo de violencia por parte de la pareja en el último año, según intento de solución de actos de violencia de género, por tipo de población



Fuente: Estudio INDEX 2016.

Los resultados encontrados entre las mujeres entrevistadas que viven con VIH son más elevados que los reportados en estudios realizados a toda la población (CEPEP, 2009), en el que la violencia verbal en el último año es del orden del 36%; la violencia física 18% y la violencia sexual 5%. Es notoria la diferencia sobre todo en la violencia sexual entre ambos estudios. No obstante, cabe aclarar que en el estudio del CEPEP, no se han incluido mujeres trans, en cambio en el INDEX 2016, esta población representa el 7,3% del total de la muestra de personas con VIH y las mujeres trabajadoras sexuales representan el 7,6% de todas las mujeres entrevistadas. Esta presencia de ambas poblaciones altamente vulnerables podría haber aumentado la prevalencia de violencia sexual en este estudio.

6.1 Antecedentes de violencia

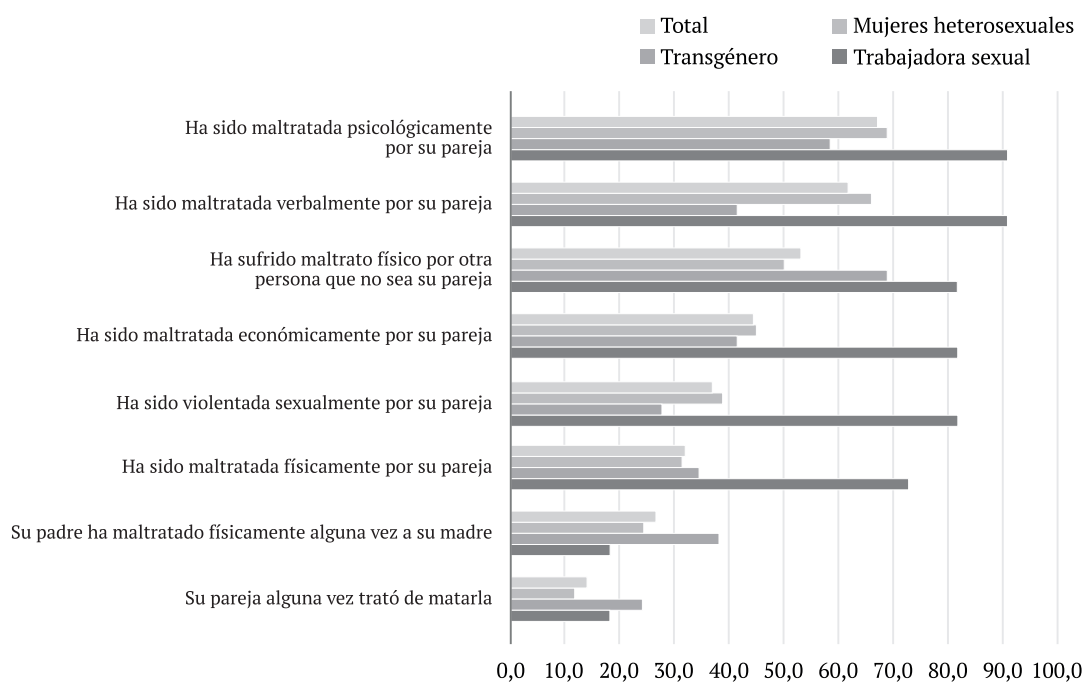
En este apartado se da cuenta de las experiencias de diferentes tipos de violencia que pudo haber sufrido el grupo de mujeres (incluido mujeres transgénero) alguna vez en su vida desde los 15 años de edad (no incluye la violencia en el último año arriba reportada).

Se ha encontrado nuevamente que las mujeres entrevistadas en mayor medida han sido víctimas de violencia psicológica (67,1%) y verbal (61,8%) por parte de su pareja alguna vez en su vida. Sin embargo, no debe perderse de vista que más de la mitad de las mujeres entrevistadas reportaron también maltrato físico por parte de otra persona diferente a su pareja (53,2%) y más de un cuarto de las mujeres pudo identificar que su padre ha maltratado físicamente alguna vez a su

madre (26,6%). Salvo en esta última situación y en los casos de intento de asesinato por parte de la pareja, las mujeres trabajadoras sexuales están expuestas en proporciones considerablemente mayores a hechos de violencia alguna vez en su vida, desde los 15 años de edad, incluso llegan a duplicar las cifras de violencia física, sexual y económica que reporta el grupo de mujeres heterosexuales que no se dedica al trabajo sexual (Gráfico 23).

Solo **4** de cada **10** mujeres han intentado alguna estrategia de **solución**

Gráfico 23. Porcentaje de mujeres entrevistadas que viven con VIH y han experimentado algún tipo de violencia alguna vez en su vida, desde que cumplieron 15 años, según tipo de violencia por tipo de población



Fuente: Estudio INDEX 2016.

7 Derechos, leyes y políticas

El conocimiento del marco legal vigente en materia de derechos humanos y VIH, así como el reconocimiento de las personas que viven con VIH como sujetos de derechos son, sin dudas, factores importantes que influyen en la disminución de la vulnerabilidad de las personas con VIH. Una persona que identifica correctamente cuáles son sus derechos, en qué circunstancias los mismos son violentados y con qué instrumentos, herramientas y/o instancias cuenta para ejercer su derecho de reparación a los daños ocasionados, es una persona empoderada.

Dos instrumentos que enuncian y garantizan los derechos de las personas que viven con VIH son: la Declaración Universal sobre VIH/sida de las Naciones Unidas (conocida como UNGASS por sus siglas en inglés) y la Ley N° 3940/09 sobre VIH vigente en la República del Paraguay.

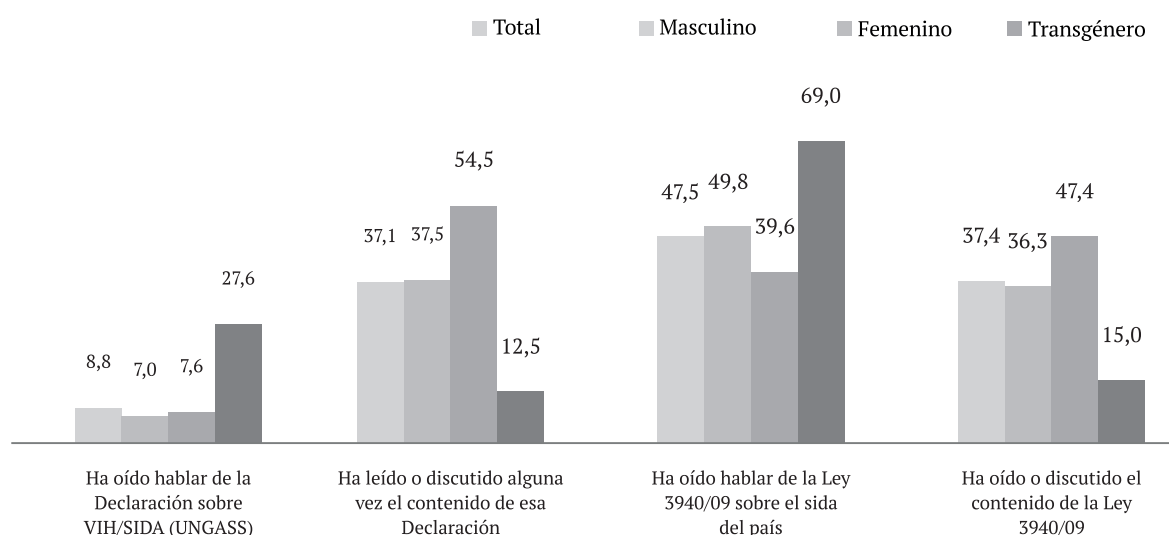
En este sentido, se ha indagado acerca del conocimiento de estos instrumentos por parte de las personas entrevistadas que viven con VIH, hallando que solo el 8,8% de las personas que viven con VIH ha escuchado alguna vez sobre el UNGASS, y de ellas, solo el 37,1% ha leído o discutido el contenido de la misma. En cuanto a la legislación nacional en la temática (Ley N° 3940/09), el porcentaje con conocimiento de la Ley asciende a casi la mitad de las personas entrevistadas (47,5%), sin embargo, al igual que UNGASS, solo el 37,4% ha leído o discutido su contenido.

Por género, son las personas trans las que en mayor medida han estado en contacto con ambos instrumentos (27,6% conoce la existencia de UNGASS y 69% de la Ley), pero no así su contenido (solo el 12,5% conoce el contenido de UNGASS y 15% de la Ley). Otro grupo similar, con alto conocimiento de la existencia de estos documentos pero bajo acceso a la discusión de su contenido, son las personas dedicadas al trabajo sexual.

El grupo de hombres y mujeres presenta un comportamiento opuesto al de personas trans o trabajadoras sexuales, puesto que conocen estos instrumentos en menor medida, no obstante, aquellos que sí saben de su existencia, reportan en mayor medida que han leído o discutido en algún momento su contenido, en especial las mujeres (Gráfico 24).

El porcentaje de conocimiento de la **Ley** asciende a **casi la mitad** de las personas entrevistadas **47,5%**

Gráfico 24. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH que conoce el marco legal vigente y ha revisado su contenido, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

Otro aspecto resaltante es que a medida que se incrementan los años que hace que la persona tiene el diagnóstico de VIH, se incrementa el conocimiento del marco legal tanto nacional como internacional (Anexo Tabla 10)

Al explorar si las personas entrevistadas que viven con VIH percibían que algunos de sus derechos habían sido violados en el último año, el 28,8% respondió afirmativamente, siendo el grupo de las mujeres donde se observa mayor prevalencia (39,6%). Es notorio que en el grupo de personas trans solo el 3,4% ha podido identificar que alguno de sus derechos fue vulnerado en el último año, tomando en cuenta que en el análisis de la sección de estigma y discriminación en manos de otras personas, este grupo fue el que más actos de discriminación reportó (Tabla 12).

Entre las personas entrevistadas que viven con VIH y que han reportado violación de alguno de sus derechos, solo el 14,8% afirmó haber iniciado alguna medida de reparación legal por los daños ocasionados. Por género, el porcentaje de mujeres que ha realizado alguna acción compensatoria duplica al de hombres (19,3% y 10,5% respectivamente), en tanto, en el grupo de personas trans no se registra ningún caso.

Las razones por las cuales las personas afectadas no realizaron ninguna acción de reparación son variadas y van desde desconfianza en el logro del éxito en el

proceso (18,4%) miedos y temores ante la exposición (16,3%) hasta por falta de dinero o burocracia (6,1%).

Solo el **14,8%** afirmó haber iniciado alguna medida de **reparación legal** por los daños ocasionados.

Las razones esgrimidas varían según género. Entre los hombres, la desconfianza en los resultados y el miedo o temor son los principales obstáculos para no accionar en la reparación legal de daños (19,6% y 17,6% respectivamente), en tanto, las mujeres siguen el consejo de una tercera persona para no iniciar ninguna acción legal (19,6%).

Tabla 12. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH según percepción de vulneración de derechos y estrategias de reparación legal de daños, por género

Violación de derechos y reparación legal de daños	Total		Masculino		Femenino		Transgénero	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Algunos de los derechos como persona que vive con VIH han sido violados	115	28,8	57	25,1	57	39,6	1	3,4
Intentó reparación legal de daños	17	14,8	6	10,5	11	19,3	0	0,0
Razón para no tratar de obtener una reparación legal de daños								
Total	98	100,0	51	100,0	46	100,0	1	100,0
Desconfianza en los resultados	18	18,4	10	19,6	7	15,2	1	100,0
Miedo/ temor	16	16,3	9	17,6	7	15,2	0	0,0
Alguien le aconsejó no tomar medidas	13	13,3	4	7,8	9	19,6	0	0,0
Falta de dinero	6	6,1	5	9,8	1	2,2	0	0,0
Burocracia	6	6,1	4	7,8	2	4,3	0	0,0
Ninguna de las razones anteriores	30	30,6	13	25,5	17	37,0	0	0,0
No responde	9	9,2	6	11,8	3	6,5	0	0,0

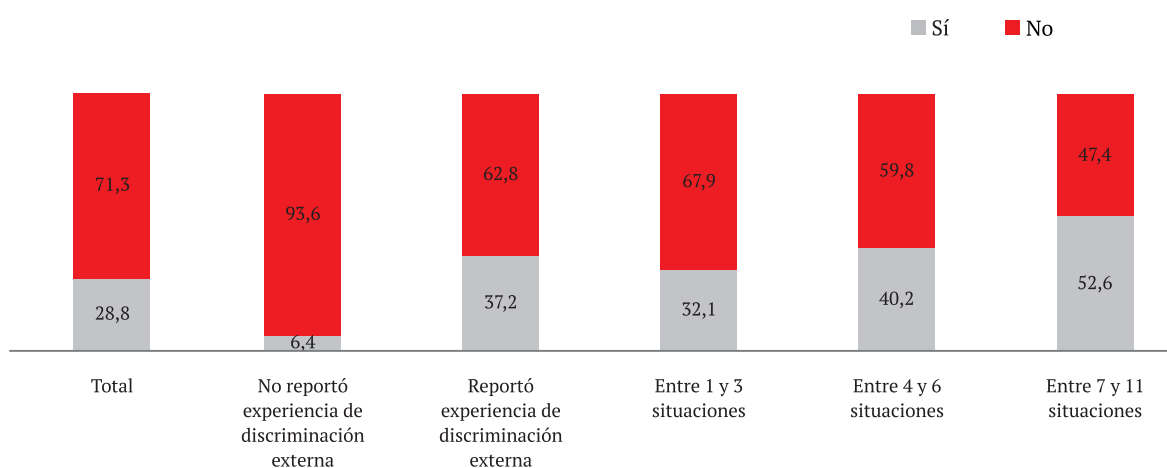
Fuente: Estudio INDEX 2016.

Es importante destacar que parte de las personas entrevistadas que viven con VIH no evidencian las situaciones de discriminación externa experimentadas en el último año como una violación de derechos como personas que viven con VIH. Casi 2 de cada 3 personas entrevistadas que reportó alguna experiencia de discriminación externa considera que sus derechos como persona que vive con VIH no han sido violados, esta naturalización de la violación de derechos puede

deberse a la cantidad de experiencias de discriminación vividas, así a menor número de situaciones de discriminación externa mayor es la proporción de personas que cree que sus derechos no han sido alterados.

El 67,9% de las personas entrevistadas que vive con VIH y que ha declarado haber experimentado entre 1 y 3 actos de discriminación en el último año, afirma que ninguno de sus derechos fueron vulnerados, en tanto, en el grupo que más actos de discriminación experimentó (entre 7 y 11 hechos en el último año), más de la mitad (52,6%) sí lo percibe como violaciones de sus derechos (Gráfico 25).

Gráfico 25. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH según afirmación de experiencia de violación de sus derechos como personas que viven con VIH, por reporte de actos de discriminación externa en el último año



Fuente: Estudio INDEX 2016.

8 Gestión de cambio

Esta sección centra en analizar la acción o lo que las personas entrevistadas que viven con VIH hacen para producir un cambio positivo dentro de una relación, su familia o dentro de la comunidad más amplia.

En este sentido, 4 de cada 10 personas entrevistadas que viven con VIH han confrontado, cuestionado o educado a alguien que le estuviera estigmatizando, cifra que se eleva a 65,5% en el caso de las personas transgénero.

Más de la mitad de las personas entrevistadas declara que en los últimos 12 meses ha apoyado a otras personas que viven con VIH, dicho apoyo es mayor por parte de las mujeres (59,7%). En mayor medida el tipo de apoyo proporcionado es emocional (73,9%), y en menor medida por brindar referencias de servicios (30,2%) y apoyo material (29,7%), nuevamente en los tres tipos de apoyo mencionados, son las mujeres las que en mayor medida proporcionan estas ayudas.

El involucramiento como voluntario o empleado en algún programa o proyecto que proporciona asistencia a personas que viven con VIH se da solo en el 13,3% de las personas entrevistadas, no obstante, cabe destacar que dicha cifra se duplica en la población trans (27,6%). Un comportamiento similar es encontrado al analizar si la persona entrevistada ha participado de algún esfuerzo para desarrollar leyes y políticas relacionadas con el VIH, siendo escaso el involucramiento por parte de la población en general (8,3%) pero se triplica en el grupo trans (27,6%).

La población entrevistada denota un amplio conocimiento de organizaciones a las que puede recurrir para obtener ayuda en caso de estigma y discriminación: 7 de cada 10 personas entrevistadas que viven con VIH conocen alguna organización, ascendiendo a 93,1% en el caso de las personas trans. En orden de importancia, las organizaciones que mencionaron conocer son: la Fundación Vencer (85,5%), Alto Refugio (59,8%), Somos Gay (22,8%), OPUMI (21%) y Centro de denuncias de DDHH y VIH/sida (15,2%).

A pesar de lo señalado, es importante tener presente que ante la indagación de si actualmente es miembro de alguna organización y/o red de personas que viven con VIH, solo 2 de cada 10 personas entrevistadas respondieron afirmativamente y, en este caso, la población trans denota el menor valor (6,9%) (Tabla 13).

4 de cada **10** personas entrevistadas que viven con HIV han **confrontado, cuestionado o educado** a alguien que le estuviera estigmatizando.

Tabla 13. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH según acciones de gestión para el cambio realizadas en los últimos 12 meses, por género

Acciones de gestión para el cambio en los últimos 12 meses	Total		Masculino		Femenino		Transgénero	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Ha confrontado, cuestionado o educado a alguien que le estuviera estigmatizando								
Sí	158	39,5	91	40,1	48	33,3	19	65,5
Ha apoyado a otras personas que viven con VIH								
Sí	222	55,5	122	53,7	86	59,7	14	48,3
Tipo de apoyo proporcionado								
Emocional	164	73,9	84	68,9	69	80,2	11	78,6
Material	66	29,7	29	23,8	34	39,5	3	21,4
Referencia a servicios	67	30,2	33	27,0	31	36,0	3	21,4
Ha estado involucrado como voluntario o empleado en algún programa o proyecto que proporciona asistencia a personas que viven con VIH								
Sí	53	13,3	29	12,8	16	11,1	8	27,6
Ha participado en algún esfuerzo para desarrollar leyes y políticas relacionadas con el VIH								
Sí	33	8,3	16	7,0	9	6,3	8	27,6
Vinculación con organizaciones y redes								
Conoce alguna organización que puede recurrir para obtener ayuda en caso de estigma y discriminación	276	69,0	159	70,0	90	62,5	27	93,1
Organizaciones que conoce								
Fundación Vencer	236	85,5	137	86,2	76	84,4	23	85,2
Alto Refugio	165	59,8	134	84,3	13	14,4	18	66,7
Somos Gay	63	22,8	52	32,7	0	0,0	11	40,7
OPUMI	58	21,0	2	1,3	56	62,2	0	0,0
Centro de denuncias	42	15,2	22	13,8	8	8,9	12	44,4
Panambi	27	9,8	0	0,0	0	0,0	27	100,0
Ñepyrú	7	2,5	2	1,3	5	5,6	0	0,0
UNES	8	2,9	0	0,0	8	8,9	0	0,0
Actualmente es miembro de alguna organización y/o red de personas que viven con VIH								
Sí	76	19,0	43	18,9	31	21,5	2	6,9

Fuente: Estudio INDEX 2016.

9

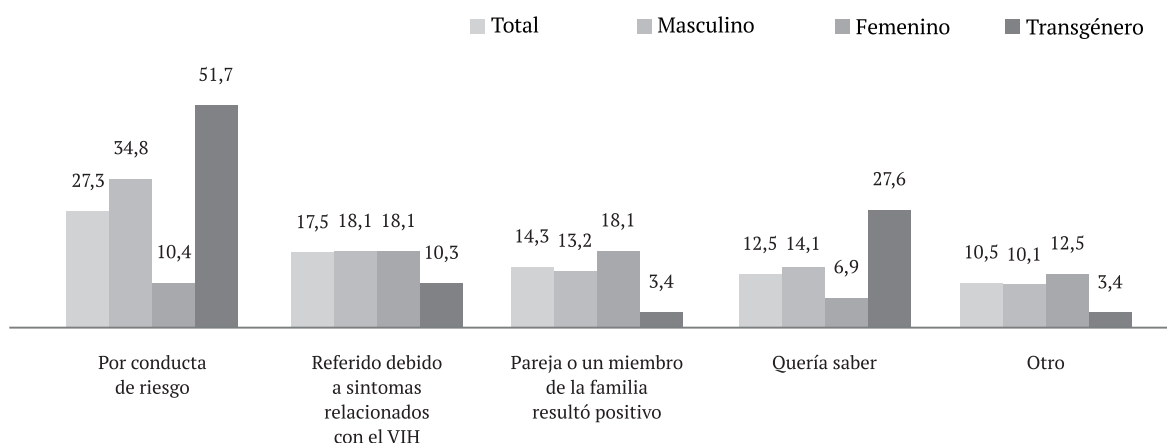
Pruebas diagnósticas y confidencialidad



La realización de la prueba diagnóstica para el VIH puede obedecer a diversos motivos, entre los cuales se encuentra principalmente la conducta de riesgo (27,3%), seguido del 17,5% de las personas entrevistadas que se han realizado la prueba debido a síntomas relacionados con el VIH y, en tercer lugar, porque la pareja o miembro de su hogar resultó positivo (14,3%). Estas tres razones representan los principales motivos (6 de cada 10 personas entrevistadas) por los cuales las personas entrevistadas se habían realizado el test de VIH cuando este resultó reactivo. En menor medida se han encontrado motivos como “quería saber” (12,5%), otras razones (10%), por embarazo (9%).

Por género se evidencian marcadas diferencias entre hombres y mujeres, debido al peso que representa entre las mujeres la realización de la prueba por motivos de embarazo (25%), en tanto para los hombres prevalece como principal motivo la conducta de riesgo (34,8%) al igual que para el grupo trans (51,7%) (Gráfico 26).

Gráfico 26. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH que conoce el marco legal vigente y ha revisado su contenido, por género



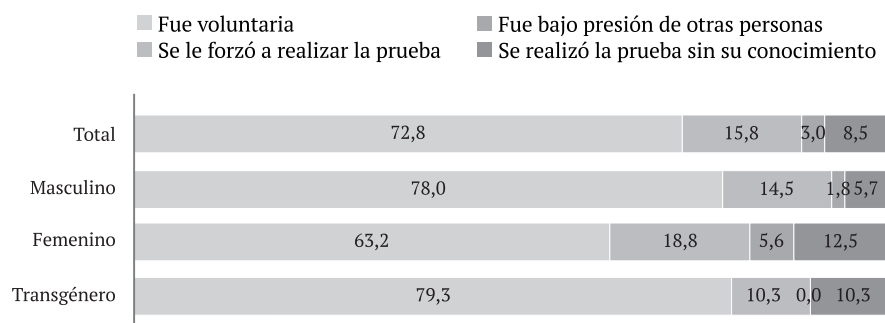
Fuente: Estudio INDEX 2016.

La voluntariedad de realizarse la prueba para el VIH está garantizada en la Ley N° 3940, vigente desde el año 2009 en toda la República del Paraguay, además de ser gratuita y con consejería. Dado lo expuesto, se ha indagado acerca de su cumplimiento entre las personas entrevistadas.

El 72,8% de las personas entrevistadas que viven con VIH ha afirmado que la prueba que se realizó, y la cual resultó reactiva, ha sido de forma voluntaria, lo que deja un margen de 27,3% de personas que afirmó que dicha prueba no fue voluntaria (se realizó mediante coacción, presión o simplemente no se le informó).

Por género, las mujeres reportan en mayor medida la realizó de la prueba del VIH bajo presión de otras personas o sin su consentimiento (la prueba se realizó sin el conocimiento de la misma y solo se enteró cuando le entregaron los resultados), en otras palabras, solo 6 de cada 10 mujeres entrevistadas que viven con VIH afirmaron que se realizaron la prueba del VIH de forma totalmente voluntaria. Los hombres y las mujeres trans reportan en cambio mayor proporción de voluntariedad al momento de realizarse dichas pruebas (Gráfico 27).

Gráfico 27. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH según voluntariedad de la prueba del VIH, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

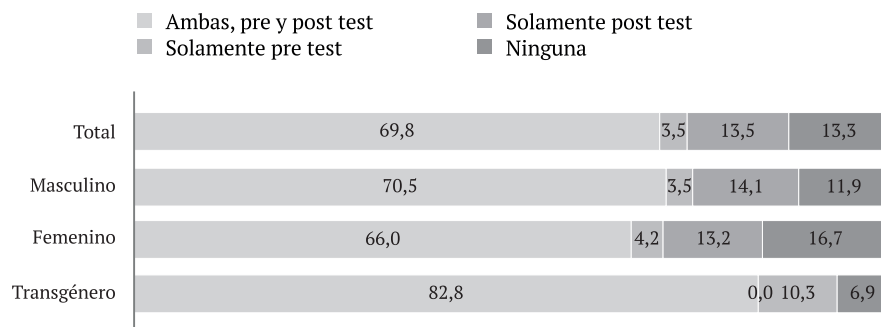
De acuerdo a la Ley N° 3940 vigente y a las normativas nacionales, la prueba de VIH debe ir acompañada de consejería pre y post-test. En este sentido, el 69,8% de las personas entrevistadas con VIH afirmó que se cumplió esta normativa y recibieron ambas consejerías, el 17% recibió consejería incompleta (solo pre o solo post) y el 13,3% no recibió ninguna consejería.

Las mujeres reportan en mayor proporción no haber recibido consejería o que la misma haya sido incompleta (34%), a diferencia de las personas trans que en un 82,8% recibieron ambas consejerías (Gráfico 28).



Más de la mitad de las personas entrevistadas que viven con VIH se ha percibido vulnerable al derecho a la confidencialidad en los servicios de salud

Gráfico 28. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH según realización de consejería cuando se hicieron la prueba del VIH, por género

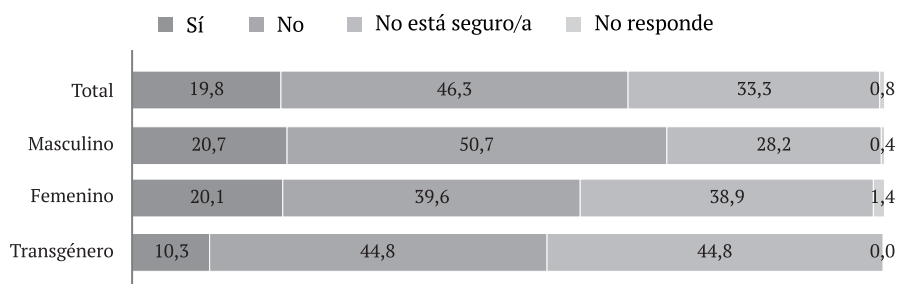


Fuente: Estudio INDEX 2016.

En cuanto a la confidencialidad del estado serológico en los servicios de salud, se ha encontrado que 2 de cada 10 personas entrevistadas que viven con VIH ha afirmado que en algún momento su estado serológico fue revelado por algún proveedor de salud sin su consentimiento, y un tercio de las personas entrevistadas no está segura de si esto ha sucedido. En otras palabras, más de la mitad de las personas entrevistadas que viven con VIH se ha percibido vulnerable al derecho a la confidencialidad en los servicios de salud a los que acuden.

De acuerdo al género, los hombres y las mujeres reportaron en mayor medida que su estado serológico fue revelado por parte de un proveedor de salud sin su consentimiento. Por otro lado, las personas trans si bien reportan en un 10,3% esta situación, es el grupo que más sospecha sobre la violación de la confidencialidad de sus estados serológicos, (44,8% no está segura que algún proveedor de salud pudo haber revelado su estado serológico alguna vez) (Gráfico 29).

Gráfico 29. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH que reportan que algún profesional de salud reveló su estado serológico, por género

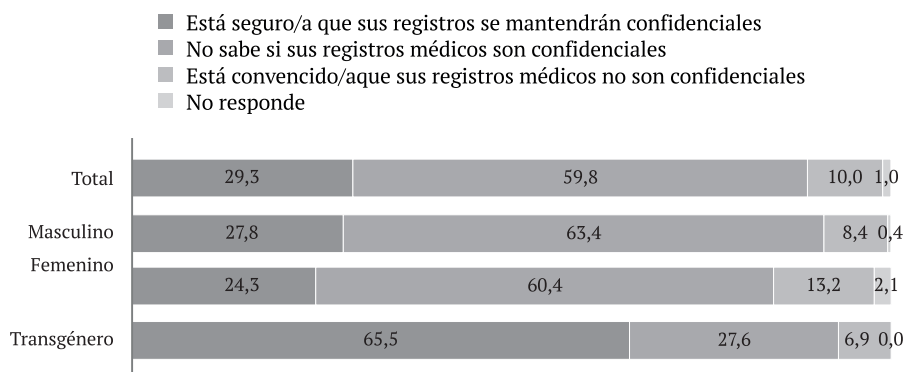


Fuente: Estudio INDEX 2016.

En relación a la percepción de confianza hacia el sistema de salud respecto a la confidencialidad de sus registros médicos, se identifica que la mayoría de las personas entrevistadas que viven con VIH no sabe si sus registros médicos son confidenciales (59,8%) o bien, están convencidos de que sus registros no son confidenciales (10%).

Esta desconfianza en el registro médico varía según el género, siendo las personas trans las que más confianza depositan en el sistema de salud (65,5%) a diferencia de los hombres y mujeres que en similares proporciones desconfían que sus registros se mantengan confidenciales. Cabe destacar que las mujeres son las que en mayor medida están convencidas de que no existe confidencialidad en sus registros médicos (13,2%) (Gráfico 30).

Gráfico 30. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH según percepción de confidencialidad de sus registros médicos, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

10

Tratamiento y reproducción

Este capítulo final del informe aborda algunos aspectos clave en la vida de las personas con VIH, como el acceso a tratamiento, la relación con los profesionales del sector sanitario y temas concernientes a la reproducción. Cabe destacar que si bien la información no se desagrega por tipo de servicio en el sistema de salud (público, seguro social o privado), la muestra solo ha sido reclutada en los servicios públicos de salud, donde la totalidad de los entrevistados realizan sus tratamientos y/o consultas médicas. En este sentido, los entrevistadores dirigen la pregunta al servicio donde estaba siendo encuestada la persona, por lo que, en gran parte, los datos hacen referencia a los servicios públicos de salud.

El 89,8% de las personas entrevistadas con VIH afirmó estar actualmente bajo tratamiento con antirretrovirales, además, casi la totalidad de las personas entrevistadas reporta que tiene acceso gratuito a estos medicamentos (97,8%), estén o no en tratamiento con antirretrovirales al momento de la entrevista.

El 41,5% de las personas entrevistadas afirmó que ha podido mantener una discusión constructiva con el personal de salud tratante (médicos y otros proveedores de salud) en relación a aspectos vinculados al tratamiento, es decir, han tenido la posibilidad de preguntar, cuestionar o proponer opciones relacionadas a su tratamiento en el último año. Lo anterior implica que 6 de cada 10 personas entrevistadas con VIH no han podido o sabido ejercer este derecho.

El porcentaje de personas entrevistadas con VIH que afirmó haber podido mantener una discusión constructiva con el personal de salud tratante (médicos y otros proveedores de salud) disminuye a 37% cuando el tema abordado es sobre salud sexual y reproductiva, relaciones sexuales, bienestar emocional, uso de drogas, entre otros. Los hombres son quienes en mayor medida han reportado no haber mantenido este tipo de diálogo con el personal sanitario, seguido por las mujeres y las personas trans.

Por otro lado, el 84% de las personas entrevistadas está recibiendo el tratamiento en su zona de residencia, es decir, está vinculado con el SAI que corresponde a la región sanitaria donde estas personas viven. Sin embargo, aún persiste un importante número de personas con VIH que recurre a un servicio diferente al de su región sanitaria (16%), aspecto que puede deberse a que no existe el servicio en su zona de residencia, o porque prefieren asistir a un servicio lejano por razones de desconfianza o temor a ser reconocidos como personas con VIH en sus comunidades (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con VIH según características relacionadas al tratamiento, por género

Tratamiento	Total		Masculino		Femenino		Transgénero	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total	400	100,0	227	100,0	144	100,0	29	100,0
Está tomando actualmente medicamentos antirretrovirales								
Sí	359	89,8	206	90,7	127	88,2	26	89,7
No	31	7,8	13	5,7	15	10,4	3	10,3
No responde	10	2,5	8	3,5	2	1,4	0	0,0
Tiene acceso (gratuito y disponible) a medicamentos antirretrovirales para combatir la infección por VIH, aún si actualmente no los está tomando								
Sí	391	97,8	221	97,4	141	97,9	29	100,0
No	6	1,5	4	1,8	2	1,4	0	0,0
No lo sabe	3	0,8	2	0,9	1	0,7	0	0,0
Ha tenido una discusión con su médico tratante sobre las opciones de tratamiento que tiene relacionadas con el VIH								
Sí	166	41,5	86	37,9	64	44,4	16	55,2
No	234	58,5	141	62,1	80	55,6	13	44,8
Ha tenido una discusión con algún/os profesional/es de la salud sobre otros temas como su salud sexual y reproductiva, relación/es sexual/es, bienestar emocional, uso de drogas, etc.								
Sí	148	37,0	74	32,6	61	42,4	21	72,4
No	252	63,0	153	67,4	83	57,6	8	27,6

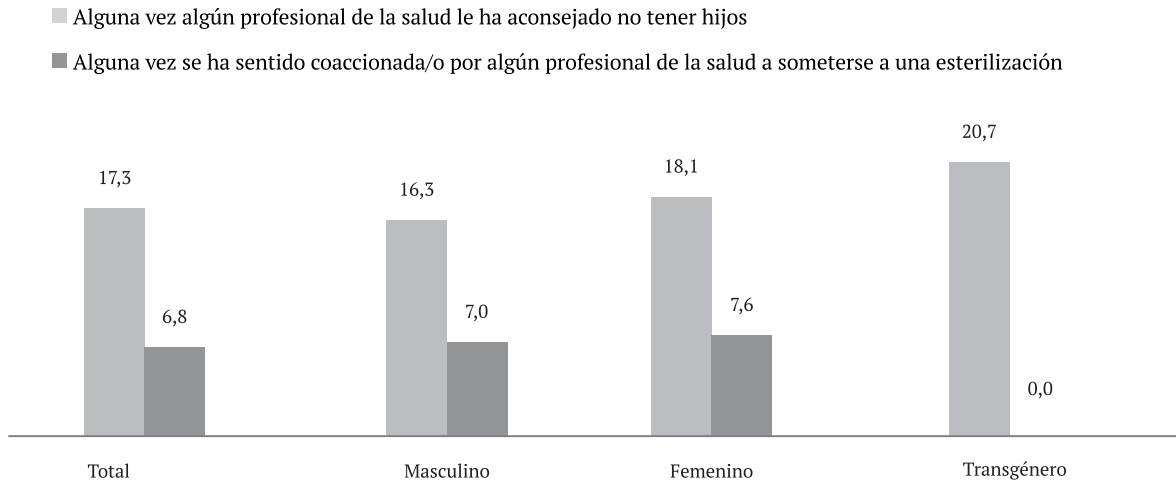
Fuente: Estudio INDEX 2016.

El **41,5%** de las personas entrevistadas afirmó que ha podido mantener una **discusión constructiva** con el **personal de salud**

En lo relativo a la reproducción, la legislación vigente establece que todas las personas con VIH tienen la garantía de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. A pesar de lo mencionado, aún persisten algunas prácticas por parte de ciertos proveedores de salud que vulneran estos derechos, como se presenta en el siguiente gráfico.



Gráfico 31. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH según características relacionadas con la reproducción a partir de que se le diagnosticó el VIH, por género



Fuente: Estudio INDEX 2016.

El 17,3% de las personas entrevistadas con VIH sintió alguna vez que desde su diagnóstico de VIH, algún proveedor de salud le aconsejó no tener hijos. Cabe destacar el derecho de toda mujer, tenga o no una patología o condición de salud, a recibir información sobre riesgos del embarazo y decidir de forma libre e informada sobre tener o no hijos. Lo que queda fuera del marco legal y normativo vigente en el país es la coacción al uso de cualquier método anticonceptivo impidiendo el libre ejercicio del derecho a la maternidad o paternidad. En este sentido, el 6,8% de las personas entrevistadas afirma que desde su diagnóstico se ha sentido coaccionado por parte de algún proveedor de salud para la realización de algún procedimiento de esterilización (Gráfico 31).

El **84%** de las personas entrevistadas está
recibiendo el tratamiento
en su zona de residencia



Conclusiones



El presente estudio ha explorado las situaciones en las cuales las personas con VIH pueden experimentar hechos de estigma y discriminación, y aspectos relacionados a los mismos, encontrando que algunas características son recurrentes a las reportadas en el Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH en Paraguay del 2009 (Fundación Vencer, UNFPA, 2009) como, por ejemplo, la persistencia de desigualdades por género⁵¹ en relación a las características sociodemográficas de las personas entrevistadas.

Los hombres tienen mayor acceso al empleo (dependiente o independiente); mayor acceso a la educación formal (menor proporción de personas sin educación y mayor proporción de personas con educación superior) y con mayor nivel de ingreso, y menos reportes de situaciones de falta de alimentos en comparación con las mujeres y las personas trans. No obstante, se advierte de que estas brechas sociales entre hombres y mujeres no son exclusivas de las personas con VIH, sino que afecta a toda la población femenina y trans en general, es decir, estas brechas identificadas son el reflejo de desigualdades entre los géneros, un hecho preexistente a la condición de VIH. En este sentido, la condición de VIH vendría a profundizar aún más estas desiguales entre hombres, mujeres y trans.

Las experiencias de estigma y discriminación externa afectan a 3 de cada 4 personas entrevistadas con VIH. La situación más prevalente han sido las murmuraciones por parte de otras personas, seguido en orden de importancia por otras formas de discriminación como: amenaza verbal, rechazo sexual, presión psicológica, exclusión de actividades sociales, familiares y religiosas, acoso o amenaza física. En la mayoría de los casos, las personas trans han reportado mayor prevalencia en las formas de discriminación descritas.

Las razones esgrimidas para explicar estos actos de discriminación dan cuenta de que la “condición de VIH” explicaría en mayor medida las situaciones de exclusión social y familiar, así como las murmuraciones, sin embargo, los actos que implican mayor violencia, como el acoso y la agresión física fueron identificados bajo “otras razones”, principalmente la orientación sexual e identidad de género.

En menor medida, pero no menos importante, 4 de cada 10 personas reportaron discriminación en relación al acceso a la vivienda, al trabajo y/o negación de algún servicio de salud o educación. Las personas trans reportan mayores dificultades en el acceso y permanencia en algún alojamiento o vivienda, así como en la negación de algún servicio de salud; los hombres, en cambio, reportan mayores dificultades en el acceso y permanencia en el ámbito laboral y las mujeres en la pérdida de sus trabajos o ingresos y en el acceso a servicios de

⁵¹ En el INDEX 2009 no se realizó un análisis de la población trans debido a la pequeña muestra de trans con VIH accedida en aquella ocasión, por lo tanto todos los resultados de dicho informe se han desagregado en hombres y mujeres

salud sexual y reproductiva, incluido insumos de planificación familiar. Estos hallazgos, sin embargo, sugieren que las experiencias de discriminación sufridas por las personas no se basan exclusivamente en su condición de VIH, sino que también estarían explicadas por otras razones diferentes a esta como el género, la orientación e identidad sexual, trabajo sexual o adicciones, y en una combinación de ambas circunstancias (vivir con VIH y otras razones).

El estigma interno, definido por el conjunto de creencias, ideas, emociones y sentimientos, generalmente negativos y limitantes relacionados con la condición de VIH, se encuentra presente en una muy elevada proporción de las personas con VIH. La gran mayoría experimentó al menos un sentimiento estigmatizante en el último año (85%). Las creencias y sentimientos de culpabilidad son los más prevalentes, seguidos por los sentimientos de vergüenza.

Por otro lado, estos niveles de estigma interno generan situaciones de autoexclusión en 3 de cada 4 personas entrevistadas. En orden de importancia, las decisiones tomadas en el último año por las personas con VIH han sido: no tener hijos, el aislamiento familiar y social y no acudir a un servicio de salud cuando lo necesitaba.

La mayoría de las personas entrevistadas han reportado ambos tipos de estigma, (externo e interno) o al menos uno de ellos. Solo el 18,3% (2 de cada 10 personas) del total de personas entrevistadas ha afirmado no haber experimentado ningún tipo de estigma, ni externo ni interno en el último año.

Las mujeres, por razones de género, están expuestas a más situaciones de violencia, además de la sufrida por su estado serológico, la orientación sexual y la identidad de género. Los tipos de violencia más prevalentes en las mujeres que viven con VIH, incluidas mujeres trans, han sido la violencia psicológica y verbal, seguida de la económica, la sexual y finalmente la física. Las mujeres trabajadoras sexuales y las usuarias de drogas están en mayor medida expuestas a la violencia psicológica, verbal, económica y sexual, y las mujeres trans a la violencia física e intentos de asesinato.

Por otra parte, se identifica poco involucramiento de las personas entrevistadas en los espacios de toma de decisión y en la formación como interlocutores válidos ante los mismos. Esto se refleja en el bajo conocimiento de los instrumentos legales que garantizan los derechos de las personas con VIH, en especial de la Ley N° 3940, donde menos de la mitad ha escuchado hablar sobre este instrumento legal, y un poco más de un tercio de ellos ha afirmado haber leído o discutido sobre el contenido de la misma. Esta falta de información y formación también impactaría en la reflexión acerca de su estatus como sujetos



de derechos. Solo 3 de cada 10 personas entrevistadas pudo reconocer que algunos de sus derechos fueron vulnerados en el último año, y de este grupo, 1 de cada 7 personas ha iniciado algún proceso de reparación legal de daños, percibiendo un déficit en el hábito de la denuncia que podría estar explicado, por un lado, por la falta de confianza en el éxito del resultado, por el miedo y temor a la exposición y, por otro lado, por el elevado porcentaje de sujetos que no perciben que algunos de los actos de exclusión y discriminación que han reportado son violaciones de sus derechos humanos.

Esto sugiere que muchas personas no perciben los actos que han experimentado como verdaderas violaciones de sus derechos. En ocasiones, algunos actos de vulneración de derechos están naturalizados y no son percibidos como tales. En resumen, estas circunstancias descritas tendrían como resultado que muchas personas con VIH no reconozcan sus derechos, y al no reconocerlos no pueden reclamarlos o exigir reparación cuando alguno es vulnerado.

A esto se suma un vacío legal existente al momento de accionar ya que no existe una instancia que articule los diferentes sectores involucrados en el proceso. Si bien la Ley 3940 faculta al Ministerio de Salud como la instancia encargada de impartir las sanciones establecidas en ella, sin embargo, cuando la vulneración de derechos sucede en un ámbito diferente al de salud (laboral, familiar, comunitario, etc.), el Ministerio de Salud no tiene competencia.

Respecto a las pruebas diagnósticas y la confidencialidad de la información, 3 de cada 10 personas entrevistadas se realizaron la prueba de forma involuntaria. Las mujeres reportan mayores dificultades en cuanto a la voluntariedad de la prueba del VIH y en el acceso a la consejería asociada a las mismas.

En relación a la confidencialidad, todas las poblaciones muestran elevados niveles de desconfianza, tanto hacia los proveedores de salud como hacia el sistema de salud, ya que no confían o, en algunos casos, están seguras de que sus registros médicos no están resguardados correctamente. La confianza de las personas con VIH hacia el servicio de salud y hacia los proveedores de salud, es de vital importancia para lograr la vinculación y retención de las mismas en el servicio de salud y, por lo tanto, contribuir a una correcta adherencia al tratamiento.

En este sentido, un aspecto positivo es que la mayoría de las personas entrevistadas estaban bajo tratamiento al momento de la entrevista y que casi la totalidad de las mismas accedían de forma gratuita a los medicamentos antirretrovirales. No obstante, se identifican barreras en relación a mantener discusiones constructivas con la persona proveedora de salud, incluido el médico

o la médica tratante y la capacidad de la personas con VIH en tener mayor participación en la toma de decisiones referente a su tratamiento.

Otra barrera importante es hallada en relación a los derechos reproductivos, puesto que 1 de cada 6 personas entrevistadas sintió que alguna vez un proveedor de salud le aconsejó no tener hijos, incluyendo una parte que se sintió coaccionada a realizarse una esterilización.



Limitaciones y lecciones aprendidas



A continuación se esbozan algunas de las limitaciones metodológicas y conceptuales sobre la base de la experiencia acumulada en el desarrollo de todas las etapas del proyecto, a modo de que sirvan de lecciones aprendidas en futuros operativos.

- Prever y destinar los plazos, recursos humanos y financieros necesarios para garantizar la calidad técnica de todas las fases del proceso (preparatorio, recolección de información, procesamiento y elaboración del informe de resultados).
- Conformar equipos de trabajo multidisciplinarios de investigación, cubriendo debidamente todos los perfiles de cargos de la estructura organizacional del operativo.
- Realizar un fuerte trabajo de capacitación para todo el personal involucrado en la investigación, previendo retroalimentaciones durante el periodo de recolección de datos, según se detecten dudas en la aplicación o manejo del instrumento. Para ello es necesario contar con manuales del entrevistador y supervisor.
- Trabajar con pantallas de cargas para la digitación de datos, ingresando los cuestionarios previa codificación y verificación de la información.
- Contar con programas de crítica y consistencia de cuestionarios a modo de evitar una prolongación excesiva de esta etapa, el mismo debe ser acordado con los técnicos que emplearán las bases de datos y realizarán la redacción del informe.
- Respecto al contenido del cuestionario, se recomienda validar y legitimar la medición de violencia de género a fin de disponer de una línea de base que pueda ser monitoreada en el tiempo y abordada desde la política pública, con interacción con los organismos competentes.
- El cuestionario no incluye preguntas complementarias que permitan desagregar los sectores (público, privado y/o autárquico) de los ámbitos de salud, educación y trabajo donde se han explorado experiencias de discriminación. Por este motivo, los resultados obtenidos solo se limitan al ámbito particular donde se produjo el acto de exclusión y/o discriminación. Se sugiere para futuros estudios incluir preguntas que permitan realizar esta captación con el fin de orientar de una forma más adecuada y focalizada las recomendaciones resultantes del estudio.

- Se sugiere realizar las provisiones necesarias para que este tipo de estudios tengan sostenibilidad en el tiempo a intervalos regulares, a fin de dar seguimiento a las tendencias encontradas.
- Tomando en cuenta que se aborda a poblaciones de difícil acceso, planificar recursos y tiempo adecuados a la particularidad de las poblaciones de personas con VIH.
- Realizar un proceso de lobby previo con las autoridades sanitarias, a nivel central y en las regiones sanitarias con el fin de contar con el apoyo y acompañamiento de los servicios de salud donde la mayoría de las personas con VIH acuden para sus respectivos tratamientos.



Recomendaciones



Este apartado se ha elaborado de forma colectiva a partir de los resultados del presente estudio. Del taller de elaboración de recomendaciones han participado las personas con VIH involucradas en el estudio y otras organizaciones de la sociedad civil que representan a las poblaciones más expuestas al VIH (trans, trabajadoras sexuales y HSH). Por otro lado, han participado en el análisis actores institucionales del sector público (PRONASIDA) y de organismos de cooperación (UNFPA y ONUSIDA). Las recomendaciones identificadas a continuación son producto de un ejercicio de análisis y reflexión colectiva entre los actores y sectores citados.

1. Políticas públicas integrales, que aborden los determinantes sociales de la salud de las personas con VIH

Las brechas de género en materia de acceso al trabajo, educación y recursos económicos persisten, independientemente del estado serológico de las personas, ya que estas desigualdades serían preexistentes a la misma condición de VIH. Sin embargo, la situación de VIH vendría a profundizar aún más estas desigualdades socioeconómicas, situando en especial a las mujeres y personas trans en escenarios de mayor vulnerabilidad. Por ello, es necesario generar un abordaje integral de la respuesta al VIH, que contemple al mismo tiempo políticas de equidad de género, no discriminación, acceso al trabajo y educación, combate a la pobreza y distribución equitativa de recursos, bienes y servicios. En sociedades más equitativas, la vulnerabilidad al VIH tiende a disminuir.

- **Revisión de los mecanismos de aplicación de la ley 3940:** Consolidación y fortalecimiento del Consejo Nacional de VIH y Sida (CONASIDA) como instancia de articulación intersectorial que posibilite la gobernanza de la Respuesta Nacional al VIH y, al mismo tiempo, que se constituya en el órgano institucional que vele por el cumplimiento de la Ley 3940, bajo al rectoría del Ministerio de Salud Pública.
- **Educación:** Promover la participación del Ministerio de Educación como actor clave en la Respuesta Nacional al VIH y garantizar su participación activa en el CONASIDA. Incluir casos de VIH en la guía de vulneración de derechos sexuales y reproductivos en las instituciones educativas.
- **Salud:** Mejorar y ampliar la consejería en todos los niveles de atención iniciada por el proveedor. Generar alianzas y espacios de articulación entre el ministerio de salud y la sociedad civil que permitan el monitoreo de la calidad de la atención a la personas con VIH y el cumplimiento de las normas, protocolos y de la ley 3940 en el sector salud. Proponer revisión de la consejería de SSR que responda a las necesidades específicas de la población, incluidas las personas trans, HSH y lesbianas.

- **Trabajo y Justicia:** Generar una mesa de trabajo articulado entre el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud y la sociedad civil con el fin de garantizar el cumplimiento de la Ley 3940 y las resoluciones ministeriales que prohíbe la prueba del VIH como requisito para el acceso, permanencia y promoción en el lugar de trabajo, así como monitorear las situaciones de vulneración de los derechos laborales de las personas con VIH e impartir sanciones concretas a las empresas que violan lo establecido en el marco normativo y legal vigente. Sensibilización a los operadores de justicia en la temática.

2- Estigma externo

El estigma y discriminación sufrida a manos de otras personas (estigma externo) es una de las principales barreras que las personas con VIH deben enfrentar. Como se ha descrito, estos actos de discriminación experimentados no solo están explicados por la situación serológica, sino que también estarían motivados por razones de género, orientación sexual e identidad de género, entre otros.

Otro hallazgo importante ha sido la elevada prevalencia de violencia de género que experimentan las mujeres con VIH, incluidas las mujeres trans. Si bien, la violencia identificada en este estudio está motivada principalmente por razones de género, es decir, una condición preexistente a la situación de VIH, dicha violencia puede estar agudizada por el estado serológico de las mujeres y al mismo tiempo generar mayor vulnerabilidad en ellas. En este sentido es de vital importancia desarrollar acciones en las siguientes líneas:

- Movilizar los recursos necesarios para la aprobación de la ley contra toda forma de discriminación por parte del Congreso de la Nación. Paraguay es uno de los pocos países de la región que no cuenta con una legislación de estas características.
- Sensibilizar y capacitar a las diferentes instancias que imparten justicia (Ministerio Público, Fiscalía, CODENIs, Juzgados, etc.) en el abordaje de la temática del VIH y las necesidades específicas de las personas con VIH, con un abordaje diferenciado por género y tipo de población.
- Fortalecer las instancias receptoras de denuncias y derivación, y crear otras similares en las regiones donde no están presentes. Se debe facilitar a las personas con VIH el acceso a estas instancias (ONGs, Centro de Denuncias) y generar vínculos de confianza para que las personas afectadas tengan la motivación realizar sus denuncias correspondientes.
- Realizar una amplia difusión y socialización de la Ley N° 3940/09, en especial en el ámbito de trabajo, salud y educación.



- Fortalecer al Centro de Denuncias de DD. HH. y VIH/sida como instancia de monitoreo de casos de violación de los DD. HH. de las personas con VIH y por otras razones relacionadas con las poblaciones vulnerabilizadas, con el fin de otorgarles las herramientas necesarias para generar acciones inmediatas ante situaciones de discriminación (atención, orientación, intervención, derivación).
- Desarrollar un programa de prevención de discriminación por VIH en el ámbito laboral de carácter multisectorial y ampliar su implementación a la comunidad laboral/empresarial.
- Desarrollar e implementar una política de educación de la sexualidad con un enfoque de género en todo el sistema educativo nacional, con el fin de minimizar las brechas y asimetrías de género, de la violencia basada en el género y otras inequidades, que son las principales causas de las desigualdades observadas en este y otros informes.
- Sensibilizar y capacitar a los proveedores de salud sobre los derechos de las personas con VIH, incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos. Generar estrategias de monitoreo, control y seguimiento de casos de violencia obstétrica y la violencia que sufren las personas con VIH al interior de los servicios de salud.
- Diseñar e implementar programas de sensibilización y educación dirigidos a varones con un enfoque de nuevas masculinidades con el fin de promover una participación protagónica de los varones en la respuesta nacional al VIH desde una perspectiva de equidad.

3- Salud Mental

El estigma interno es uno de los principales obstáculos de las personas con VIH, y que generan situaciones de autoexclusión y afecta su correcta adherencia al tratamiento, así como todos sus proyectos de vida. Por este motivo, es fundamental desarrollar estrategias para su intervención, sobre todo en los primeros años posteriores al diagnóstico donde en mayor medida se observa una elevada prevalencia de creencias y sentimientos limitantes y negativos respecto a la situación de VIH. Se sugieren las siguientes líneas de trabajo:

- Existe poca o ninguna evidencia a nivel local sobre el efecto del estigma interno en la adherencia al tratamiento. Es de fundamental importancia generar información confiable y válida mediante investigaciones multidisciplinarias sobre la relación de estos dos hechos. Los estudios de adherencia tradicionalmente se han focalizado en aspectos relacionados con

los servicios de salud y la toma de medicación, pero pocos han tomado como eje del estudio características de tipo individual como las creencias, ideas, emociones y sentimientos de las personas que viven con VIH acerca de su condición de VIH.

- Desarrollar planes, programas, proyectos y estrategias de salud mental orientadas a evaluar, intervenir y monitorear las condiciones de salud emocional y mental de las personas con VIH desde el inicio de su tratamiento y durante todo el proceso terapéutico. El componente de salud mental debe ser un pilar central dentro del paquete de servicios ofertados en los SAI.
- Formar y capacitar a los profesionales de salud, no solo a los de la salud mental, en el impacto del VIH en la toma de decisiones relacionadas a la salud de las personas con VIH y cómo abordar estas situaciones con el objetivo de mejorar la vinculación de las personas con los servicios de salud y contribuir a una mejor calidad de vida.
- Integrar a consejeros y promotores de salud pares (otras personas con VIH) formados y capacitados en los diferentes servicios. La figura de la persona consejera/promotora par es de suma importancia ya que genera un vínculo diferente con la persona con VIH que inicia su tratamiento y tiene la facilidad de abordar de forma particular el estigma interno de estas personas.
- Es sabido que compartir con grupos de pares (personas que han pasado o atraviesan situaciones similares) es una estrategia eficaz para reducir la ansiedad, el estrés, los temores y las dudas que se presentan ante una situación nueva y desconocida. Es por ello que resulta importante fortalecer y expandir los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) tanto en las organizaciones civiles como en los propios servicios de salud.

4- Empoderamiento y participación

El estudio ha mostrado poco conocimiento y apropiación, por parte de las personas con VIH, de los instrumentos que garantizan y protegen sus derechos, así como dificultades para identificar correctamente cuando un derecho es vulnerado y barreras para generar acciones orientadas a reparar los daños causados por dicha vulneración de derechos. Es por ello que resulta altamente beneficioso generar estrategias eficaces para mejorar el empoderamiento de las personas con VIH y construir una ciudadanía como sujetos de derechos. Para ello se sugiere:

- Difundir ampliamente el contenido y el alcance de la Ley N° 3940/09 y otros instrumentos de derechos humanos dentro de la comunidad de personas con



VIH, con la finalidad de hacer conocer el cuáles son los derechos protegidos y que por este medio puedan identificar cuando alguno de ellos es vulnerado.

- Difundir información referente a los aspectos legales del VIH en todos los escenarios donde las personas con VIH podrían frecuentar: organizaciones civiles, servicios de salud, grupos de ayuda mutua, entre otros,
- Involucrar, en la medida de lo posible, a la red social de las personas con VIH (parejas, familiares, amigos, etc.) en los procesos de sensibilización, información y capacitación emprendidas desde las organizaciones civiles y los servicios de salud. La red social es fundamental para generar espacios de contención y confianza en ellas.
- El proceso de empoderamiento de las personas con VIH tradicionalmente ha sido un objetivo de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en VIH y derechos humanos, pero que tienen un limitado impacto y alcance debido al escaso financiamiento para este tipo de proyectos y por su carácter local de acción propio de las organizaciones civiles (poca cobertura geográfica). Por ello es importante generar acciones orientadas a fortalecer y ampliar los programas y proyectos institucionales de las ONGs y ampliarlas a otras regiones.
- El proceso de empoderamiento se inicia de forma colectiva, por lo tanto resulta clave generar espacios de intercambio de experiencias entre las personas con VIH, a nivel local y nacional mediante encuentros locales y nacionales, y formación de redes de personas.
- Facilitar la participación protagónica en todos los espacios de toma de decisión, sobre todo en los referentes a la formulación de políticas, planes y programas donde se traten temáticas de interés para las personas con VIH y aspectos relacionados (género, orientación sexual, identidad de género, drogas, trabajo sexual, entre otros).

Bibliografía

- 1- Bermúdez-Román, Viviana; Bran-Piedrahita, Lemy; Palacios-Moya, Lucía & Posada-Zapata, Isabel Cristina (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 57(3), 252-259. Recuperado en 15 de abril de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300014&lng=es&tlng=es.
- 2- Cabral, JS. (2016). La Respuesta al VIH está vinculada a la protección de los Derechos Humanos, en: Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (2016) *Yvypóra Derécho Paraguáipe – Derechos Humanos en Paraguay 2016*. Asunción: Codehupy, pp. 84-90
- 3- CEPEP (2009). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 2008. Asunción, Paraguay
- 4- Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (2015) *Yvypóra Derécho Paraguáipe – Informe de Derechos Humanos en Paraguay 2015*. Asunción+
- 5- Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (2016) *Yvypóra Derécho Paraguáipe – Informe de Derechos Humanos en Paraguay 2016*. Asunción
- 6- Fundación Vencer/ONUSIDA (2016). Actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia personas con VIH por parte de proveedores de salud de 6 Regiones Sanitarias seleccionadas de Paraguay. Diciembre de 2016. Informe sin publicar
- 7- Fundación Vencer/UNFPA (2010). Índice de Estigma y Discriminación en Personas que viven con VIH en Paraguay. Asunción, Paraguay, mayo de 2010
- 8- Goffman, Ervieng (1963). *Stigma*. EnglewoodsCliffs, NJ: Prentice Hall
- 9- Negrete, M. (2015). Universalizar los DDHH de las personas que viven con VIH, un nuevo desafío para los próximos años en: Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (2015) *Yvypóra Derécho Paraguáipe – Derechos Humanos en Paraguay 2015*. Asunción: Codehupy, pp. 71-81
- 10- ONUSIDA (2010). Estrategia 2011-2015 “Llegar a cero”. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida
- 11- ONUSIDA (2016). Estrategia 2016-2021 “Acción acelerada para acabar con el sida”. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida
- 12- People Living with HIV Stigma Index (2008): Guía del Usuario. Disponible en http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/page-attachments/userguide_SPANISH377
- 13- República del Paraguay, Ministerio de la Mujer (2015). *II Plan Nacional contra la violencia hacia las mujeres, 2015-2020*. Asunción.
- 14- República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa nacional de control del VIH/sida/ITS (PRONASIDA) (2015). *Informe de la Situación Epidemiológica del VIH/sida en Paraguay*. Asunción.



Tabla 1. Registros de personas con VIH en Paraguay

Año	VIH							Sida					
	Diagnósticos por infección al VIH, acumulado	Nuevos diagnósticos por infección al VIH				Razón de masculinidad	Tasa de nuevos diagnósticos de VIH			Mujeres embarazadas	Casos de Sida, acumulado	Nuevos casos de Sida	% en estado sida
		Total	Hombres	Mujeres	Sin dato		Total	Hombres	Mujeres				
1985 - 2009	7.821										2.667		34,1
2010	8.918	1.097	657	423	17	155	17,5	20,8	13,6		2.950	285	33,1
2011	10.071	1.153	720	431	2	167	18,1	22,4	13,7	135	3.264	314	32,4
2012	11.355	1.284	729	541	14	135	19,9	22,3	16,9	141	3.603	339	31,7
2015	12.564	1.209	754	453	2	166	18,4	22,8	15,9	112	3.917	314	31,2
2014	13.933	1.369	879	483	7	182	20,6	16,2	14,6	109	4.318	401	31,0
2015	15.363	1.430	910	520	0	175	21,2	26,7	15,5	131	4.741	423	30,9
Número de fallecidos 1985 - 2015: 2.850													
Personas viviendo con el VIH: 12.513													

Fuente: elaboración propia a partir de los informes 2012 a 2015, Programa Nacional de control del VIH/sida/ITS.

Tabla 2. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH de acuerdo a características seleccionadas, por género

Características seleccionadas	Total		Masculino		Femenino		Transgénero	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total	400	100,0	227	100,0	144	100,0	29	100,0
Grupos de edad								
18 a 19 años	4	1,0	3	1,3	0	0,0	1	3,4
20 a 24 años	38	9,5	31	13,7	4	2,8	3	10,3
25 a 29 años	76	19,0	48	21,1	24	16,7	4	13,8
30 a 39 años	144	36,0	81	35,7	56	38,9	7	24,1
40 a 49 años	87	21,8	40	17,6	35	24,3	12	41,4
50 años o más	51	12,8	24	10,6	25	17,4	2	6,9
Estado civil actual								
Casado/a, unión libre o vive con su pareja	148	37,0	67	29,5	78	54,2	3	10,3
Mantiene una relación de pareja pero no viven juntos	57	14,3	41	18,1	12	8,3	4	13,8
Soltero/a	166	41,5	106	46,7	39	27,1	21	72,4
Divorciado/a o separado/a	13	3,3	8	3,5	5	3,5	0	0,0
Viudo/a	15	3,8	4	1,8	10	6,9	1	3,4
No responde	1	0,3	1	0,4	0	0,0	0	0,0
Tiempo que ha estado involucrado/a con su esposo/pareja*								
Total	224	100,0	112	100,0	98	100,0	14	100,0
0-1 año	32	14,3	18	16,1	6	6,1	8	57,1
1-4 años	67	29,9	36	32,1	28	28,6	3	21,4
5-9 años	62	27,7	27	24,1	34	34,7	1	7,1
10-14 años	30	13,4	17	15,2	13	13,3	0	0,0

15 años o más	31	13,8	14	12,5	16	16,3	1	7,1
No responde	2	0,9	0	0,0	1	1,0	1	7,1
Ha tenido al menos una relación sexual en los últimos 3 meses								
Sí	326	81,5	192	84,6	105	72,9	29	100,0
No	74	18,5	35	15,4	39	27,1	0	0,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.

Tabla 3. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que viven con VIH de acuerdo a características seleccionadas, por género

Características seleccionadas	Total		Masculino		Femenino		Transgénero	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total	400	100,0	227	100,0	144	100,0	29	100,0
Nivel de educación formal más alto que ha completado								
Sin educación formal	10	2,5	2	0,9	8	5,6	0	0,0
Educación primaria	82	20,5	28	12,3	46	31,9	8	27,6
Educación secundaria	147	36,8	75	33,0	54	37,5	18	62,1
Educación terciaria (mando medio)	35	8,8	26	11,5	8	5,6	1	3,4
Educación universitaria	119	29,8	91	40,1	26	18,1	2	6,9
Posgrado/Maestría	7	1,8	5	2,2	2	1,4	0	0,0
Situación laboral actual principal								
Trabajo como empleado (tiempo completo y parcial)	220	55,4	150	66,7	66	45,8	4	14,3
Trabajo casual (autoempleo a tiempo completo o parcial)	82	20,7	47	20,9	29	20,1	6	21,4
Trabajo sexual	21	5,3	0	0,0	4	2,8	17	58,6
Desempleado/a	74	18,5	28	12,3	45	31,3	1	3,4
No responde	3	0,8	2	0,9	0	0,0	1	3,4
Ingreso promedio por mes aproximado								
Menos de un sueldo mínimo	94	23,5	39	17,2	49	34,0	6	20,7
Un sueldo mínimo	100	25,0	73	32,2	26	18,1	1	3,4
Más de un sueldo mínimo	116	29,0	84	37,0	25	17,4	7	24,1
No responde	90	22,5	31	13,7	44	30,6	15	51,7
Carencia de alimentos suficientes en el último mes (algún integrantes de su familia)								
Sí	31	7,8	8	3,5	19	2	4	13,8
No	369	92,3	219	96,5	125	86,8	25	86,2

Fuente: Estudio INDEX 2016.



Tabla 4. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH según experiencia de alguna situación de estigma y discriminación a manos de otras personas en los últimos 12 meses, por características seleccionadas

Características seleccionadas	Sí		No		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	400	100,0	227	100,0	144	100,0
Género						
Masculino	159	70,0	68	30,0	227	100,0
Femenino	104	72,2	40	27,8	144	100,0
Transgénero	27	93,1	2	6,9	29	100,0
Grupos de edad						
Menos de 40 años de edad	203	77,5	59	22,3	262	100,0
40 años y más de edad	87	63,0	51	37,0	138	100,0
Estado civil actual						
En pareja (casado/a, unión libre, en pareja pero no viven juntos)	147	71,7	58	28,3	205	100,0
Soltero/a	122	73,5	44	26,5	166	100,0
Sin pareja actualmente (divorciado/a, separado/a, viudo/a)	20	71,4	8	28,6	28	100,0
No responde	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Tipo de población						
Hombres que tienen sexo con hombres	91	74,6	31	25,4	122	100,0
Transgénero	27	93,1	2	6,9	29	100,0
Trabajador/a sexual	12	92,3	1	7,7	13	100,0
Usuario/a de drogas	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Persona privada de libertad	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Población general	142	65,7	74	34,3	216	100,0
Nivel educativo formal						
Hasta nivel secundario	187	76,6	56	23,4	239	100,0
Nivel terciario y más	103	66,5	54	33,5	161	100,0
Situación laboral actual principal						
Trabajo como empleado (tiempo completo y parcial)	153	69,5	67	30,5	220	100,0
Trabajo casual (autoempleo a tiempo completo o parcial)	54	65,9	28	34,1	82	100,0
Desempleado/a	60	81,1	14	18,9	74	100,0
Trabajo sexual	20	95,2	1	4,8	21	100,0
No responde	3	100,0	0	0,0	3	100,0
Años que hace que se le diagnosticó el VIH						
De 1 a 4 años	132	68,8	60	31,3	192	100,0
De 5 a 9 años	84	73,7	30	26,3	114	100,0
De 10 a 14 años	41	73,2	15	26,8	56	100,0
De 15 a 24 años	26	86,7	4	13,3	30	100,0
No responde	7	87,5	1	12,5	8	100,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.

Tabla 5. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH según experiencia de discriminación en relación al acceso al trabajo, la salud y la educación en el último año, por características seleccionadas

Características seleccionadas	Sí		No		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	155	38,8	245	61,3	400	100,0
Género						
Masculino	75	33,0	152	67,0	227	100,0
Femenino	66	45,8	78	54,2	144	100,0
Transgénero	14	48,3	15	51,7	29	100,0
Grupos de edad						
Menos de 40 años de edad	110	42,0	152	58,0	262	100,0
40 años y más de edad	45	32,6	93	67,4	138	100,0
Estado civil actual						
En pareja (casado/a, unión libre, en pareja pero no viven juntos)	78	38,0	127	62,0	205	100,0
Soltero/a	63	38,0	103	62,0	166	100,0
Sin pareja actualmente (divorciado/a, separado/a, viudo/a)	14	50,0	14	50,0	28	100,0
No responde	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Tipo de población						
Hombres que tienen sexo con hombres	35	28,7	87	71,3	122	100,0
Transgénero	14	48,3	15	51,7	29	100,0
Trabajador/a sexual	9	69,2	4	30,8	13	100,0
Usuario/a de drogas	8	80,0	2	20,0	10	100,0
Persona privada de libertad	2	20,0	8	80,0	10	100,0
Población general	87	40,3	129	59,7	216	100,0
Nivel educativo formal						
Hasta nivel secundario	104	43,5	135	56,5	239	100,0
Nivel terciario y más	51	31,7	110	68,3	161	100,0
Situación laboral actual principal						
Trabajo como empleado (tiempo completo y parcial)	85	38,6	135	61,4	220	100,0
Trabajo casual (autoempleo a tiempo completo o parcial)	28	34,1	54	65,9	82	100,0
Desempleado/a	28	37,8	46	62,2	74	100,0
Trabajo sexual	13	61,9	8	38,1	21	100,0
No responde	1	33,3	2	66,7	3	100,0
Años que hace que se le diagnosticó el VIH						
De 1 a 4 años	66	34,4	126	65,6	192	100,0
De 5 a 9 años	57	50,0	57	50,0	114	100,0
De 10 a 14 años	21	37,5	35	62,5	56	100,0
De 15 a 24 años	8	26,7	22	73,3	30	100,0
No responde	3	37,5	5	62,5	8	100,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.

Tabla 6. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH según experiencia de sentimientos negativos en el último año debido a su condición de VIH, por características seleccionadas

Características seleccionadas	Sí		No		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	340	85,0	60	15,0	400	100,0
Género						
Masculino	203	89,4	24	10,6	227	100,0
Femenino	110	76,4	34	23,6	144	100,0
Transgénero	27	93,1	2	6,9	29	100,0
Grupos de edad						
Menos de 40 años de edad	227	86,6	35	13,4	262	100,0
40 años y más de edad	113	81,9	25	18,1	138	100,0
Estado civil actual						
En pareja (casado/a, unión libre, en pareja pero no viven juntos)	169	82,4	36	17,6	205	100,0
Soltero/a	151	91,0	15	9,0	166	100,0
Sin pareja actualmente (divorciado/a, separado/a, viudo/a)	19	67,9	9	32,1	28	100,0
No responde	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Tipo de población						
Hombres que tienen sexo con hombres	114	93,4	8	6,6	122	100,0
Transgénero	27	93,1	2	6,9	29	100,0
Trabajador/a sexual	8	61,5	5	38,5	13	100,0
Usuario/a de drogas	6	60,0	4	40,0	10	100,0
Persona privada de libertad	8	80,0	2	20,0	10	100,0
Población general	177	81,9	39	18,1	216	100,0
Nivel educativo formal						
Hasta nivel secundario	197	82,4	42	17,6	239	100,0
Nivel terciario y más	143	88,8	18	11,2	161	100,0
Situación laboral actual principal						
Trabajo como empleado (tiempo completo y parcial)	192	87,3	28	12,7	220	100,0
Trabajo casual (autoempleo a tiempo completo o parcial)	67	81,7	15	18,3	82	100,0
Desempleado/a	59	79,7	15	20,3	74	100,0
Trabajo sexual	19	90,5	2	9,5	21	100,0
No responde	3	100,0	0	0,0	3	100,0
Años que hace que se le diagnosticó el VIH						
De 1 a 4 años	170	88,5	22	11,5	192	100,0
De 5 a 9 años	95	83,3	19	16,7	114	100,0
De 10 a 14 años	45	80,4	11	19,6	56	100,0
De 15 a 24 años	22	73,3	8	26,7	30	100,0
No responde	8	100,0	0	0,0	8	100,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.

Tabla 7. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH según experiencia de decisiones tomadas debido a la condición de VIH en el último año, por características seleccionadas

Características seleccionadas	Sí		No		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	314	78,5	86	21,5	400	100,0
Género						
Masculino	184	81,1	43	18,9	227	100,0
Femenino	111	77,1	33	22,9	144	100,0
Transgénero	19	65,5	10	34,5	29	100,0
Grupos de edad						
Menos de 40 años de edad	210	80,2	52	19,8	262	100,0
40 años y más de edad	104	75,4	34	24,6	138	100,0
Estado civil actual						
En pareja (casado/a, unión libre, en pareja pero no viven juntos)	154	75,1	51	24,9	205	100,0
Soltero/a	138	83,1	28	16,9	166	100,0
Sin pareja actualmente (divorciado/a, separado/a, viudo/a)	21	75,0	7	25,0	28	100,0
No responde	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Tipo de población						
Hombres que tienen sexo con hombres	98	80,3	24	19,7	122	100,0
Transgénero	19	65,5	10	34,5	29	100,0
Trabajador/a sexual	10	76,9	3	23,1	13	100,0
Usuario/a de drogas	8	80,0	2	20,0	10	100,0
Persona privada de libertad	8	80,0	2	20,0	10	100,0
Población general	171	79,2	45	20,8	216	100,0
Nivel educativo formal						
Hasta nivel secundario	185	77,4	54	22,6	239	100,0
Nivel terciario y más	129	80,1	32	19,9	161	100,0
Situación laboral actual principal						
Trabajo como empleado (tiempo completo y parcial)	184	83,6	36	16,4	220	100,0
Trabajo casual (autoempleo a tiempo completo o parcial)	63	76,8	19	23,2	82	100,0
Desempleado/a	53	71,6	21	28,4	74	100,0
Trabajo sexual	12	57,1	9	42,9	21	100,0
No responde	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Años que hace que se le diagnosticó el VIH						
De 1 a 4 años	159	82,8	33	17,2	192	100,0
De 5 a 9 años	85	74,6	29	25,4	114	100,0
De 10 a 14 años	42	75,0	14	25,0	56	100,0
De 15 a 24 años	20	66,7	10	33,3	30	100,0
No responde	8	100,0	0	0,0	8	100,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.

Tabla 8. Distribución porcentual de personas entrevistadas que viven con VIH según experiencia de temor (le haya o no sucedido realmente) en los últimos 12 meses, por características seleccionadas

Características seleccionadas	Sí		No		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	356	89,0	44	11,0	400	100,0
Género						
Masculino	202	89,0	25	11,0	227	100,0
Femenino	128	88,9	16	11,1	144	100,0
Transgénero	26	89,7	3	10,3	29	100,0
Grupos de edad						
Menos de 40 años de edad	236	90,1	26	9,9	262	100,0
40 años y más de edad	120	87,0	18	13,0	138	100,0
Estado civil actual						
En pareja (casado/a, unión libre, en pareja pero no viven juntos)	177	86,3	28	13,7	205	100,0
Soltero/a	153	92,2	13	7,8	166	100,0
Sin pareja actualmente (divorciado/a, separado/a, viudo/a)	26	92,9	2	7,1	28	100,0
No responde	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Tipo de población						
Hombres que tienen sexo con hombres	113	92,6	9	7,4	122	100,0
Transgénero	26	89,7	3	10,3	29	100,0
Trabajador/a sexual	13	100,0	0	0,0	13	100,0
Usuario/a de drogas	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Persona privada de libertad	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Población general	186	86,1	30	13,9	216	100,0
Nivel educativo formal						
Hasta nivel secundario	212	88,7	27	11,3	239	100,0
Nivel terciario y más	144	89,4	17	10,6	161	100,0
Situación laboral actual principal						
Trabajo como empleado (tiempo completo y parcial)	196	89,1	24	10,9	220	100,0
Trabajo casual (autoempleo a tiempo completo o parcial)	71	86,6	11	13,4	82	100,0
Desempleado/a	67	90,5	7	9,5	74	100,0
Trabajo sexual	19	90,5	2	9,5	21	100,0
No responde	3	100,0	0	0,0	3	100,0
Años que hace que se le diagnosticó el VIH						
De 1 a 4 años	177	92,2	15	7,8	192	100,0
De 5 a 9 años	96	84,2	18	15,8	114	100,0
De 10 a 14 años	48	85,7	8	14,3	56	100,0
De 15 a 24 años	27	90,0	3	10,0	30	100,0
No responde	8	100,0	0	0,0	8	100,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.

Tabla 9. Distribución porcentual de mujeres entrevistadas que viven con VIH según experiencia de violencia por parte de la pareja (actual o pasada, se excluyen las que nunca estuvieron casadas o unidas) en el último año, por características seleccionadas

Características seleccionadas	Sí		No		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	103	64,0	58	36,0	400	100,0
Género						
Femenino	84	62,2	51	37,8	135	100,0
Transgénero	19	73,1	7	26,9	26	100,0
Grupos de edad						
Menos de 40 años de edad	68	73,9	21	26,1	92	100,0
40 años y más de edad	35	50,7	34	49,3	69	100,0
Estado civil actual						
En pareja (casada, unión libre, en pareja pero no viven juntos)	65	67,7	31	32,3	96	100,0
Soltera	30	61,2	19	38,8	49	100,0
Sin pareja actualmente (divorciada, separada, viuda)	8	50,0	8	50,0	16	100,0
Tipo de población						
Trabajador/a sexual	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Usuario/a de drogas	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Población general	71	59,2	49	40,8	120	100,0
Nivel educativo formal						
Hasta nivel secundario	80	64,5	44	35,5	124	100,0
Nivel terciario y más	23	62,2	14	37,8	37	100,0
Situación laboral actual principal						
Trabajo como empleado (tiempo completo y parcial)	41	63,1	24	36,9	65	100,0
Trabajo casual (autoempleo a tiempo completo o parcial)	19	61,3	12	38,7	31	100,0
Desempleado/a	27	60,0	18	40,0	45	100,0
Trabajo sexual	16	80,0	4	20,0	20	100,0
Años que hace que se le diagnosticó el VIH						
De 1 a 4 años	38	71,7	15	28,3	53	100,0
De 5 a 9 años	36	66,7	18	33,3	54	100,0
De 10 a 14 años	16	51,6	15	48,4	31	100,0
De 15 a 24 años	10	50,0	10	50,0	20	100,0
No responde	3	100,0	0	0,0	3	100,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.



Tabla 10. Porcentaje de personas entrevistadas que viven con VIH según conocimiento sobre el marco legal vigente, por características seleccionadas

Características seleccionadas	Ha oído hablar de la Declaración sobre VIH/SIDA (UNGASS)		Ha leído o discutido alguna vez el contenido de esa Declaración		Ha oído hablar de la Ley N° 3940/09 sobre el sida del país		Ha leído o discutido el contenido de la Ley N° 3940/09	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total	35	8,8	13	37,1	190	47,5	71	37,4
Género								
Masculino	16	7,0	6	37,5	113	49,8	41	36,3
Femenino	11	7,6	6	54,5	57	39,6	27	47,4
Transgénero	8	27,6	1	12,5	20	69,0	3	15,0
Grupos de edad								
Menos de 40 años de edad	22	8,4	8	36,4	134	51,1	45	33,6
40 años y más de edad	13	9,4	5	38,5	56	40,6	26	46,4
Estado civil actual								
En pareja (casado/a, unión libre, en pareja pero no viven juntos)	19	9,3	6	31,6	96	46,8	38	39,6
Soltero/a	16	9,6	7	43,8	87	52,4	31	35,6
Sin pareja actualmente (divorciado/a, separado/a, viudo/a)	0	0,0	0	0,0	6	21,4	1	16,7
No responde	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Tipo de población								
Hombres que tienen sexo con hombres	11	9,0	5	45,5	78	63,9	25	32,1
Transgénero	8	27,6	1	12,5	20	69,0	3	15,0
Trabajador/a sexual	2	15,4	0	0,0	4	30,8	1	25,0
Usuario/a de drogas	1	10,0	1	100,0	1	10,0	0	0,0
Persona privada de libertad	0	0,0	0	0,0	4	40,0	2	50,0
Población general	13	6,0	6	46,2	83	38,4	40	48,2
Nivel educativo formal								
Hasta nivel secundario	21	8,8	8	38,1	91	38,1	29	31,9
Nivel terciario y más	14	8,7	5	35,7	99	61,5	42	42,4
Situación laboral actual principal								
Trabajo como empleado (tiempo completo y parcial)	24	10,9	10	41,7	112	50,9	48	42,9
Trabajo casual (autoempleo a tiempo completo o parcial)	4	4,9	1	25,0	33	40,2	11	33,3
Desempleado/a	1	1,4	1	100,0	32	43,2	9	28,1
Trabajo sexual	6	28,6	1	16,7	11	52,4	2	18,2
Años que hace que se le diagnosticó el VIH								
De 1 a 4 años	9	4,7	4	44,4	81	42,2	23	28,4
De 5 a 9 años	11	9,6	2	18,2	52	45,6	19	36,5
De 10 a 14 años	7	12,5	4	57,1	33	58,9	16	48,5
De 15 a 24 años	7	23,3	2	28,6	21	70,0	10	47,6
No responde	1	12,5	1	100,0	3	37,5	3	100,0

Fuente: Estudio INDEX 2016.



Fundación "VENCER"
DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PVVS

ISBN: 978-99953-938-2-3



9 789995 393823