



Resultados del informe

Índice de **Estigma & Discriminación** en personas **con VIH 2.0** Paraguay

Con el apoyo de



Índice

Abreviaciones y acrónimos	P. 4
Lista de tablas, graficos y figuras	P. 5
1 – Introducción	P. 8
2 – Antecedentes	P. 9
3 - Panteamiento del problema	P. 9
4 - Contexto epidemiológico del VIH en paraguay	P. 11
5 - Marco legal y normativo	P. 13
6 - Determinantes sociales en personas con vih y otras Poblaciones claves	P. 14
6.1 Determinantes Sociales en Mujeres Trans basado en el estudio Barreras de acceso en el ámbito de la vivienda, educación, trabajo y salud en personas transgénero y no binarias en Asunción, Central, Caaguazú, Amambay y Alto Paraná	P. 14
6.2 Violencia hacia mujeres que viven con el VIH	P. 15
6.3 Factores Asociados al acceso de los servicios de Salud	P. 16
7 - Objetivos del estudio	P. 18
7.1 Objetivo General:	P. 18
7.2 Objetivos Específicos:	P. 18
7.2.1 Componente Cuantitativo	P. 18
7.2.2 Componente Cualitativo	P. 18
7.2.3 Delimitación geográfica	P. 18
8 – Metodología	P. 21
8.1 Tipo de Estudio:	P. 21
8.2 Población y Muestra:	P. 21
8.3 Criterios de inclusión:	P. 22
8.4 Criterio de Exclusión:	P. 23
8.5 Cálculo de la muestra:	P. 23
8.6 Metodología de Muestreo:	P. 24
8.7 Metodología de muestreo para la población trans y MTS:	P. 25
8.8 Procedimiento de recolección de datos e instrumentos:	P. 25

8.9	Análisis y manejo de datos	P. 27
8.10	Consideraciones Éticas	P. 29
9	Resultados	P. 30
9.1.1	Distribución de la muestra	P. 30
9.1.2	Edad	P. 32
9.1.3	Nivel Educativo	P. 32
9.1.4	Situación Laboral	P. 33
9.1.5	Situación Económica	P. 34
9.2	Seccion 2. Divulgacion del estado serologico	P. 35
9.3	Seccion 3. Estigma y discriminacion por VIH	P. 36
9.3.1	Estigma Externo	P. 36
9.3.2	Estigma Interno	P. 38
9.3.3	Estigma Anticipado (autoexclusión)	P. 40
9.4	Vulneracion de DD.HH	P. 42
9.5	Discriminacion en servicios de salud	P. 45
9.6	Diagnostico y tratamiento	P. 48
9.7	Salud sexual y reproductiva en mujeres con VIH	P. 52
9.8	Resilencia y empoderamiento	P. 53
10	Discusion y Conclusiones	P. 55
11	Recomendaciones	P. 63
	Ficha Técnica	P. 66

Abreviaciones y acrónimos

VIH	:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
INDEX	:	Índice de Estigma y Discriminación hacia personas con VIH
GNP+	:	Red Mundial de personas con VIH
ICW	:	Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA
IIPF	:	Federación Internacional de Planificación Familiar
ONUSIDA	:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
DDHH	:	Derechos Humanos
UNFPA	:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
PVV	:	Persona que vive con VIH
ALEP	:	Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones clave
PRONASIDA	:	Programa Nacional de VIH – Paraguay
TARV	:	Tratamiento antirretroviral
PPL	:	Personas Privadas de su Libertad
UD	:	Usuario de Drogas
MTS	:	Mujeres Trabajadoras Sexuales
HSB	:	Hombres que tienen Sexo con Hombres
PG	:	Población General.
MSPyBS	:	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
VCM	:	Violencia contra las mujeres
SAIs	:	Servicio de Atención Integral a personas con VIH
GAM	:	Monitoreo Global de VIH – ONUSIDA
IPS	:	Instituto de Previsión Social
CIS	:	Cis-género
ENT	:	Enfermedades no transmisibles

Lista de tablas, graficos y figuras

Cuadros

Cuadro 1. N° de casos de VIH y SIDA. Periodo 1985 - 2022

Cuadro 2. Registros de Personas viviendo con el VIH. Paraguay. 1985 a 2022

Cuadro 3. Servicios de atención Integral que participaron del Estudio del Index.2.0

Cuadro 4. Organizaciones de la Sociedad Civil donde se realizaron el muestreo

Cuadro 5. Distribución de la muestra por afijación proporcional según poblaciones.

Cuadro 6. Distribución de la muestra por Región Sanitaria

Cuadro 8. Estructura del cuestionario 2.0

Cuadro 9. Dimensiones y categorías de análisis del componente cualitativo

Cuadro 11. Procedimiento general para garantizar los aspectos éticos

Tablas

Tabla 1: Distribución de la muestra por país

Tabla 2: Estructura del cuestionario 2.0

Gráficos

Gráfico 1: Cascada de Continuo de Atención – PRONASIDA 2022

Gráfico 2: Distribución de nuevos diagnósticos de VIH según sexo. Paraguay. 2022 (N=1.519)

Gráfico 3: Distribución de nuevos diagnósticos de VIH según edad y sexo. Paraguay. 2022 (N=1.519)

Gráfico 4: Distribución de los nuevos diagnósticos según tipo de población. Paraguay. 2022 (N=1.519)

Gráfico 5: Porcentaje de mujeres con VIH que experimentaron violencia ejercidas por sus parejas, según tipo de violencia a lo largo de la vida

Gráfico 6: Porcentaje de mujeres con VIH que experimentaron violencia ejercidas por sus parejas, según tipo de violencia en los últimos 12 meses

Gráfico 7: Proporción de casos de VIH por Región Sanitaria, según datos del año 2019

Gráfico 8: Identidad de género percibido

Gráfico 9: Tipo de población

Gráfico 10: Distribución de la muestra por grupo de edad

Gráfico 11: Máximo Nivel Educativo alcanzado

Gráfico 12: Nivel educativo por tipo de población

Gráfico 13: Proporción de PVV según situación laboral y tipo de población

Gráfico 14: Necesidades básicas cubiertas en el último mes

Gráfico 15: Satisfacción de Necesidades Básicas por tipo de población

Gráfico 16: Divulgación del estado serológico

Gráfico 17: Divulgación y consentimiento

Gráfico 18: SECCION 3. ESTIGMA Y DISCRIMINACION POR VIH

Gráfico 19: Situaciones de Estigma Externo debido al VIH

Gráfico 20: Estigma Externo según factores seleccionados

Gráfico 21: Estigma y discriminación combinado, por VIH y otros motivos (identidad de género, orientación y/o trabajo sexual)

Gráfico 22: ESTIGMA INTERNO

Gráfico 23: Estigma Interno según factores seleccionados

Gráfico 24: Situaciones de autoexclusión

Gráfico 25: Estigma Anticipado o Situaciones de Autoexclusión según factores seleccionados

Gráfico 26: Situaciones para las cuales han solicitado un test de VIH

Gráfico 27: Vulneración de DDHH según factores seleccionados

Gráfico 28: Discriminación en Servicios de salud, según tipo de servicio

Gráfico 29: Situaciones de estigma y discriminación en servicios de Salud

Gráfico 30: Estigma y discriminación en servicios de salud de VIH por factores seleccionados

Gráfico 31: Situaciones que me hicieron dudar el inicio del tratamiento

Gráfico 32: Comorbilidades. Condiciones de salud diagnosticadas en el último año

Gráfico 33: Comorbilidades por tipo de población

Gráfico 34: Cree que el historial médico es seguro y se guarda confidencialidad

Gráfico 35: Conocimiento sobre leyes que protejan a las personas con VIH

Gráfico 36: Conoce leyes que protejan a las PVV, por tipo de población

Figuras

Figura 1: 7.2.3 Delimitación geográfica

Figura 2: 9.1.1 Distribución de la muestra

Figura 3: Frecuencia de usuarios de drogas y personas que intercambian sexo por dinero

Figura 4: Voluntariedad del Test de VIH y razones para su realización

Figura 5: Seguimiento del TARV y razones no de no estar en tratamiento actualmente

Figura 6: Interrupción delo tratamiento según tipo de población

Figura 7: Situaciones de discriminación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en Mujeres con VIH

Figura 8: Situaciones de empoderamiento y resiliencia según niveles de visibilidad y/o exposición

1 - Introducción

El Índice de Estigma en personas con VIH (INDEX) es un tema de gran relevancia en la actualidad, especialmente en Latinoamérica, donde la epidemia del VIH continúa siendo un desafío de salud pública. El estigma asociado al VIH es una barrera significativa que impide el acceso a la atención médica, el apoyo social y la participación plena en la sociedad para las personas que viven con el virus.

El estigma es un fenómeno complejo y multifacético que se manifiesta de diversas formas, incluyendo la discriminación, el rechazo, la estigmatización social y la violencia hacia las personas con VIH. Este estigma puede tener consecuencias devastadoras en la vida de las personas afectadas, tanto a nivel individual como a nivel comunitario. Por lo tanto, comprender y abordar el estigma es fundamental para promover la salud y el bienestar de las personas con VIH en Latinoamérica.

En primer lugar, los estudios del índice de estigma en personas con VIH nos permiten cuantificar y medir la magnitud del problema. Estos estudios suelen utilizar cuestionarios estandarizados que evalúan diferentes dimensiones del estigma, como el estigma internalizado, el estigma percibido y la discriminación experimentada. Al recopilar datos cuantitativos, podemos tener una visión más clara de la prevalencia del estigma en la población y su impacto en la calidad de vida de las personas con VIH.

Además, estos estudios pueden proporcionar información cualitativa invaluable al explorar las experiencias y percepciones de las personas con VIH respecto al estigma. Las narrativas personales y las entrevistas en profundidad nos ayudan a comprender mejor cómo el estigma afecta la salud mental, emocional y social de las personas con VIH. Esta información cualitativa es crucial para diseñar intervenciones y programas de prevención y atención que aborden de manera efectiva el estigma y promuevan la inclusión y el respeto de las personas con VIH.

En segundo lugar, el INDEX nos permite identificar las causas y los factores de riesgo asociados al estigma en Latinoamérica. Estos factores pueden variar según el contexto cultural, social y económico de cada país, por lo que es importante realizar investigaciones a nivel local para comprender las dinámicas específicas del estigma en la región. Al identificar los factores de riesgo, podemos desarrollar estrategias de intervención dirigidas y efectivas que aborden las raíces del estigma y promuevan entornos más inclusivos y respetuosos.

Los resultados de estas investigaciones de igual manera, pueden ayudar a evaluar el impacto de las intervenciones y programas existentes para reducir el estigma en personas con VIH. Al medir los cambios en el estigma a lo largo del tiempo, podemos evaluar la efectividad de las estrategias implementadas y realizar ajustes necesarios. Esto es especialmente relevante en el contexto de Latinoamérica, donde se han implementado diversas iniciativas para combatir el estigma relacionado con el VIH, pero aún existe una brecha importante en términos de resultados y acceso equitativo a la atención y el apoyo.

2 - Antecedentes

El Índice de Estigma y Discriminación hacia personas con VIH (INDEX) es una iniciativa global patrocinada por GNP+, ICW Global, IPPF y ONUSIDA, el cual proporciona el apoyo técnico para su correcta implementación de los diferentes países.

La Fundación Vencer es una organización conformada por personas con VIH con más de 20 años de trabajo por los DDHH de las personas con VIH en Paraguay.

Desde el 2010, la Fundación Vencer ha estado comprometida con el proyecto de Índice de Estigma y Discriminación hacia personas con VIH, el cual se ha constituido en una actividad emblemática de la Fundación por el cual es reconocida a nivel nacional.

En Paraguay se han realizado dos INDEX previos, el primero en el 2010 con el apoyo técnico y financiero del UNFPA. En aquella ocasión se logró alcanzar a 250 PVV. La segunda experiencia fue en el 2016, también con el apoyo del UNFPA y dónde se accedió a una muestra de 400 PVV

En el 2021, se realizará el tercer INDEX, esta vez en su versión 2.0 el cual será el más grande realizado hasta la fecha en Paraguay, llegando a una muestra representativa de 1.000 PVV en las principales regiones del país. Este estudio exige un presupuesto acorde a la planificado, por lo que se ha generado una movilización de recursos y se logró desarrollar este proyecto en una modalidad de co-financiamiento, algo también novedoso. En esta ocasión el INDEX 2.0 será financiado principalmente por el proyecto país del Fondo Mundial y por el Proyecto Regional de la Alianza en Positivo (ALEP) del Fondo Mundial y por el UNFPA.

La tercera implementación del INDEX, en su versión 2.0 recoge la experiencia previa de los estudios anteriores que ha fortalecido la capacidad de la Fundación de desarrollar proyectos de esta envergadura.

3 - Planteamiento del problema

El estigma y la discriminación afecta de forma generalizada a las personas con VIH, no sólo por la condición serológica, sino también por la intersección con otros factores como el sexo, género, etnia, orientación sexo-genérica, identidad de género, trabajo sexual, consumo de drogas entre otras.

Según el Índice de Estigma en Personas que viven con el VIH y los datos agregados sobre 19 países (que representan aproximadamente el 23% de la cifra estimada de personas que viven con el VIH a nivel mundial), se puede estimar que a una de cada cinco personas que viven con el VIH se les niega el acceso a servicios sanitarios debido al estigma y la discriminación relacionados con el VIH¹

En 2009 y 2016 , en Paraguay se han realizado dos estudios sobre estigma y discriminación hacia personas con VIH² , en los cuales se han explorado los diferentes escenarios donde las personas con VIH experimentan situaciones de estigma y discriminación basados en su condición serológica o por otras razones (género, orientación sexual, identidad de género entre otras). Los escenarios se han clasificado en externo (discriminación a manos de terceras personas; interno (creencias y emociones negativas en relación a su situación serológica), situaciones de autoexclusión y barreras para acceder al disfrute de una serie de DDHH (salud, educación, trabajo, vivienda, etc.)

¹: ONUSIDA, Informe mundial sobre el SIDA 2019, *Communities at the Centre (Las Comunidades en el foco)*, 16 de julio de 2019. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf

²: El Índice de Estigma y Discriminación hacia personas con VIH (INDEX) es una iniciativa global patrocinada por GNP+, ICW Global, IPPF y ONUSIDA. A nivel local, en sus dos ediciones ha sido ejecutada por la Fundación Vencer con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las NNUU (UNFPA)

Situaciones de estigma externo e interno exploradas



En el estudio del Índice de Estigma hacia personas con VIH de 2017³, se identificó una elevada prevalencia de estigma en los diferentes escenarios explorados. De las 400 personas con VIH entrevistadas, 7 de cada 10 personas con VIH (73%) había reportado al menos una situación de discriminación a manos de una tercera persona (estigma externo) en el último año; 9 de cada 10 (85%) habían experimentado creencias y emociones negativas (estigma interno) relacionadas a su condición de personas con el VIH; 8 de cada 10 (79%) había afirmado que a partir del diagnóstico había decidido dejar de realizar algunas actividades que antes lo hacían o cancelar planes. Finalmente 4 de cada 10 (39%) había reportado que en el último año experimentaron al menos una situación donde sus derechos habían sido vulnerados (barreras de acceso a la salud, educación, trabajo, vivienda, etc.)

Estos resultados muestran que el estigma y la discriminación es transversal a la vida de las personas con VIH y con un fuerte impacto en la salud mental (estigma internalizado) y violencia comunitaria, institucional y estructural (estigma externo).

Esta combinación entre estigma externo e interno genera escenarios poco favorables para que las personas con VIH puedan ejercer sus derechos de forma plena afectando de esta manera su calidad de vida. El estigma y la discriminación, sigue siendo en este sentido, una de las principales barreras que enfrentan las personas con VIH para lograr una correcta adherencia al tratamiento y disminuir de esta manera la morbi y mortalidad asociada al SIDA.

³: Fundación Vencer/UNFPA (2017). Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH en 6 regiones sanitarias del Paraguay. Asunción, Paraguay. Disponible en: <http://www.fundacionvencer.org.py/publicaciones>

En este sentido, resulta fundamental generar de forma periódica información estratégica sobre la situación de los DDHH de las personas con VIH con el fin de generar acciones de mitigación e incidir en las políticas públicas, planes y programas nacionales y regionales con miras a generar escenarios sociales y políticos más favorables

4 - Contexto epidemiológico en Paraguay

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país en el año 1985 hasta el año 2022 se registraron un total de 25.050 personas con diagnóstico de VIH, de los cuales 6.967 estaban categorizadas como sida al momento del ingreso. En el año 2022 se registraron 1.519 nuevos diagnósticos de VIH, de los cuales 495 fueron categorizadas como sida.

Cuadro 1. N° de casos de VIH y SIDA. Periodo 1985 - 2022

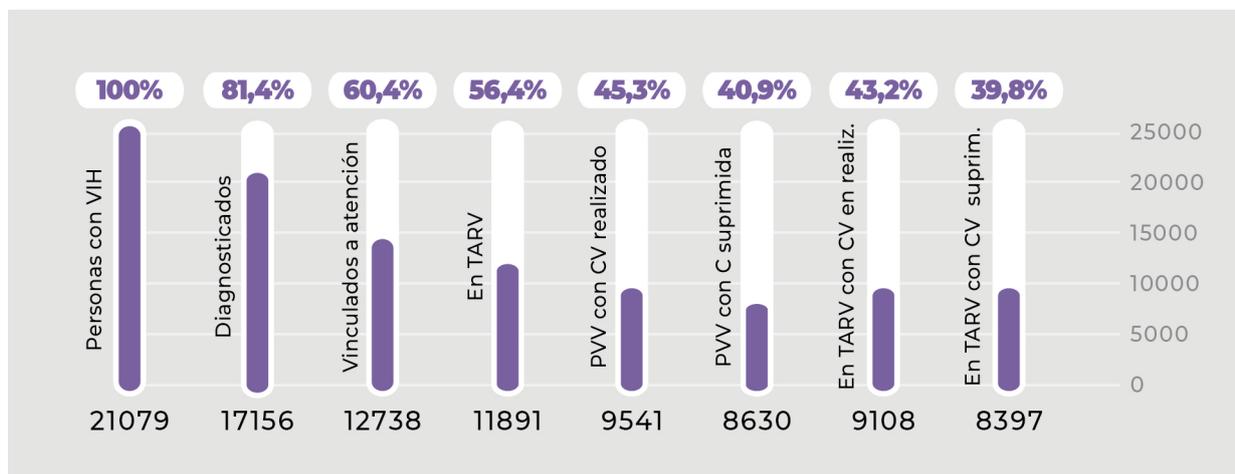
Categoría	1985 a 2021	2022	Total
Personas con VIH	25.050	1519	26.569
Casos Sida	6.967	495	7.462

En la Tabla 2, se puede observar la frecuencia acumulada de registros de personas con diagnóstico de VIH desde el año 1985 al 2022, en total 26.569 personas. En el mismo periodo citado, se cuentan con registros de 9413 personas fallecidas incluidas, por tanto, a fines del 2022 se registran 17.156 personas viviendo con el VIH.

Cuadro 2. Registros de Personas viviendo con el VIH. Paraguay. 1985 a 2022

1985 a 2022		
Total Diagnósticos de VIH	Mortalidad acumulados	Personas viviendo con el VIH 2022
26.569	9413	17.156

Gráfico 1: Cascada de Continuo de Atención – PRONASIDA 2022

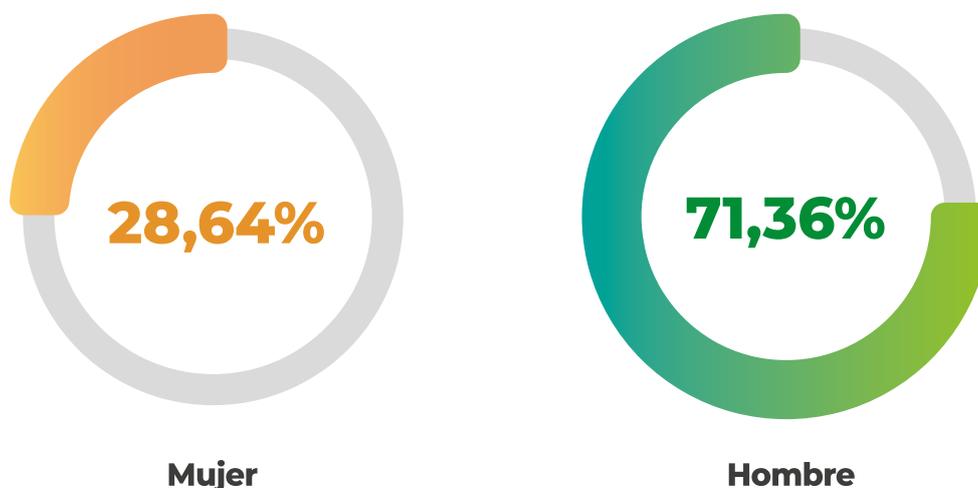


Según datos actualizados hasta diciembre de 2022, en Paraguay se estimaba que viven unas 21.079 personas con VIH, de las cuales el 81,4% han sido diagnosticadas (n=17.156). De las diagnosticadas el 60,4% están vinculados a los servicios de atención integral (n=12.738). De las personas alguna vez vinculadas, el 56,4% están en TARV (tratamiento antirretroviral) por al menos 12 meses (n=11.891) y de los cuales el 40,9% han logrado la supresión viral (n=8630). (Gráfico 1)

Estos datos muestran que las mayores brechas se encuentran en los pilares de vinculación, tratamiento y supresión viral, es decir, en la adherencia al tratamiento de las personas con VIH.

En el (Gráfico 2), se puede observar la distribución porcentual por sexo: el 71,36% (1084/1519) de los nuevos diagnósticos en el 2022 fueron hombres.

Gráfico 2. Distribución de nuevos diagnósticos de VIH según sexo. Paraguay. 2022 (N=1.519)



En el (Gráfico 3), se puede observar que, tanto en hombres como en mujeres, la mayor frecuencia de diagnósticos se observa en el grupo de edad de 25 a 34 años y en las personas con edades igual o mayor a 50 años.

Gráfico 3. Distribución de nuevos diagnósticos de VIH según edad y sexo. Paraguay. 2022 (N=1.519)

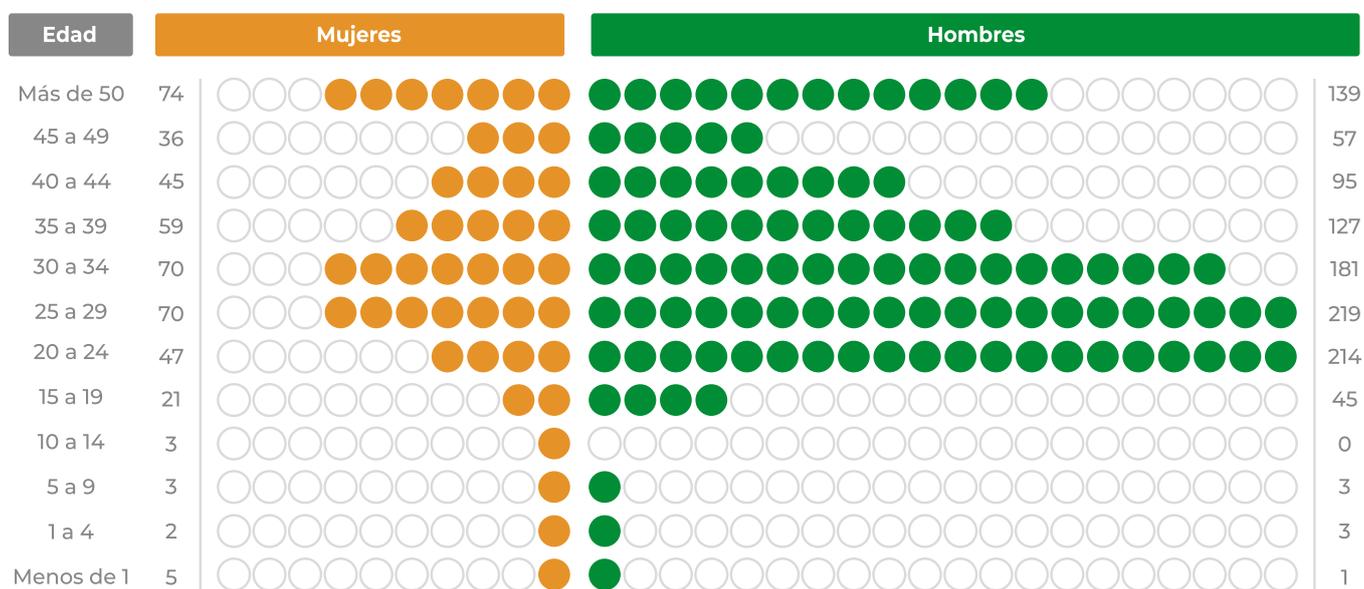
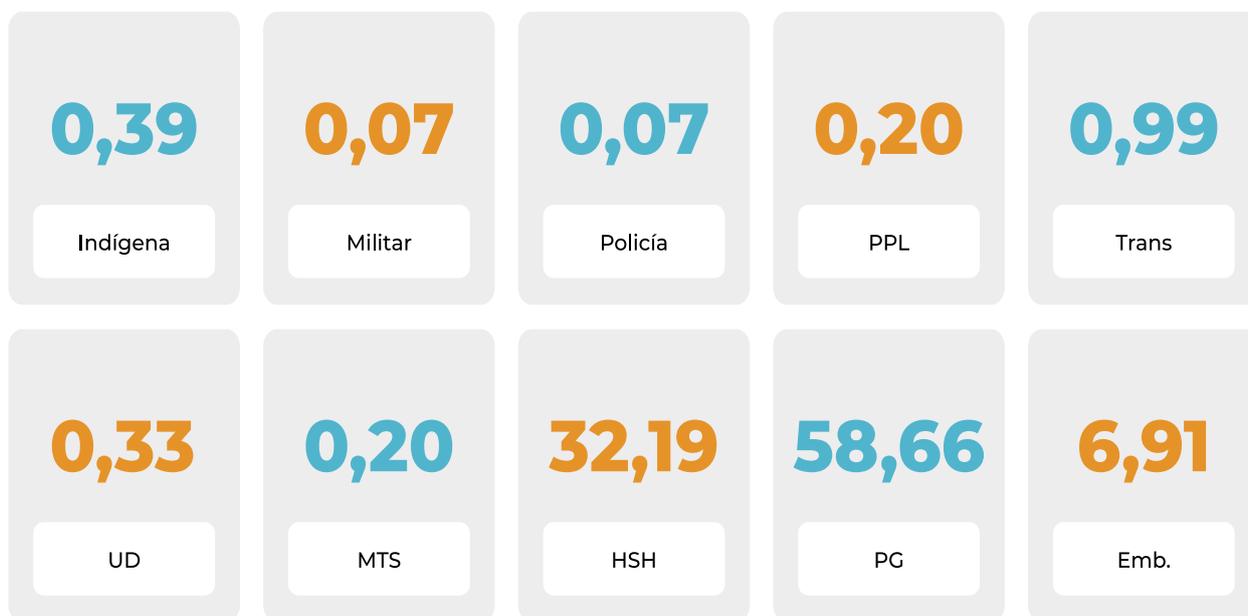


Gráfico 4. Distribución de los nuevos diagnósticos según tipo de población. Paraguay. 2022 (N=1.519)



Referencias: PPL: Personas Privadas de su Libertad, UD: Usuario de Drogas; MTS: Mujeres Trabajadoras Sexuales; HSH: Hombres que tienen Sexo con Hombres; PG: Población General; Emb: Embarazada.

Tipo de población	FA	%
Indígena	6	0,39
Militar	1	0,7
Policía	1	0,7
PPL	3	0,20
Trans	15	0,99
UD	5	0,33
MTS	3	0,20
HSH	489	32,19
PG	891	58,66
Embarazada	105	6,91
Total	1519	100,00

5 - Marco Legal y Normativo

Desde su aprobación en 2009, no ha habido iniciativas legislativas que modifiquen el marco normativo compuesto por la Ley N° 3.940/09⁴ “Que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)”, así como su norma reglamentaria, la Resolución SG N° 675/2014 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).

⁴: <https://www.mspbs.gov.py/pronasida/ley3940.html>

Declaración Política sobre el VIH y sida Paraguay, como Estado miembro de las Naciones Unidas, se ha comprometido a implementar un audaz programa para poner fin a la epidemia de Sida para 2030. La Declaración Política (Naciones Unidas, 2016) incluye un conjunto de objetivos y acciones específicos y con plazos concretos que deben alcanzarse para el 2020 si el mundo desea acelerar la respuesta y poner fin a la epidemia de Sida para 2030, dentro del marco de Objetivos de Desarrollo Sostenible. La Declaración hace un llamado a nivel mundial para la consecución de las siguientes 3 metas como forma de respaldar la Agenda de 2030 para el desarrollo sostenible:

Reducir las nuevas infecciones de VIH a un número inferior a 500.000 en todo el mundo para el año 2020.

Reducir las muertes relacionadas con el Sida a un número inferior a 500.000 en todo el mundo para el año 2020.

Eliminar el estigma y la discriminación relacionada con el Sida para el año 2020.

6 - Determinantes sociales en personas con VIH y otras poblaciones claves (Mujeres, Trans y Hombres que tienen sexo con hombres) basado en el estudio INDEX – año 2017

Educación: Se halló que 6 de cada 10 PVV, han alcanzado el máximo nivel secundario, y solo el 6% accede a la universidad. Además, el 18.5% de las PVV están desempleadas, de las cuales 31.3% son mujeres.

Salud: Al 16.5% de las PVV, se le ha negado algún servicio de salud. Del total de PVV, las mujeres Trans han sufrido mayores dificultades; hallándose que el 35.7% tuvo algún tipo de obstáculo, mientras que al 22.6% se le negó el servicio de salud sexual y reproductiva.

Empleo: Del total de PVV encuestadas, el 17% de las que tienen empleo formal, reportaron discriminación en el ámbito laboral; mientras que al 20% se le negó un ascenso o debió ser reubicada. El 40% perdió su empleo y al 17.4% se le ha impedido el ingreso a un puesto laboral. En el momento de la encuesta, el 18.5% de las personas estaban desempleadas.

Ingresos: El 23.5% de las PVV viven con menos de un salario mínimo al mes, de las cuales el 34% son mujeres. El 7.8% del total han carecido de alimentos suficientes, el 13.8% (que representa a las mujeres Trans) indica que han carecido al menos de una comida de las 3 básicas diarias.

Acceso a la Vivienda: Del total de PVV encuestadas, el 38.8% encontró obstáculos para acceder a una vivienda. De ese porcentaje, el 80% corresponde a usuarios de drogas, el 69.2% a mujeres trabajadoras sexuales, y el 48.3% a mujeres Trans.

6.1 Determinantes Sociales en Mujeres Trans basado en el estudio Barreras de acceso en el ámbito de la vivienda, educación, trabajo y salud en personas transgénero y no binarias en Asunción, Central, Caaguazú, Amambay y Alto Paraná⁵

Familia: Entre las mujeres Trans que participaron en el Estudio, se pudo hallar que 6 de cada 10 han abandonado el hogar a una edad promedio de 18 años. De estas personas, 8 de cada 10 afirma que salió del hogar debido a la violencia familiar/comunitaria o porque fueron expulsadas de la casa; mientras que el 50% afirmó que la causa fue la discriminación y violencia por parte de algún miembro de su familia. La edad promedio de abandono del hogar y el inicio del trabajo sexual coinciden en 18 años.

⁵: Estudio en etapa de Publicación.

Educación: El 40% de las mujeres Trans han llegado a la secundaria como máximo nivel académico alcanzado, y el 70 % lo abandonó antes de concluir (42.2% motivo de abandono, discriminación y violencia y 46.9% por motivo económico), mientras que el 20.6% de las ellas, no han asistido a la escuela.

Laboral: Del total de mujeres Trans encuestadas, el 82.7% ejerce el trabajo sexual, de las cuales el 78% refieren que buscan un trabajo alternativo al trabajo sexual y el 73% dice que le dificulta conseguir un trabajo diferente al trabajo sexual, debido a su identidad de género.

Ingresos: El 43.4% de mujeres Trans, vive con menos de un salario mínimo al mes, y el 28.4% ha carecido de al menos una comida básica por falta de ingresos.

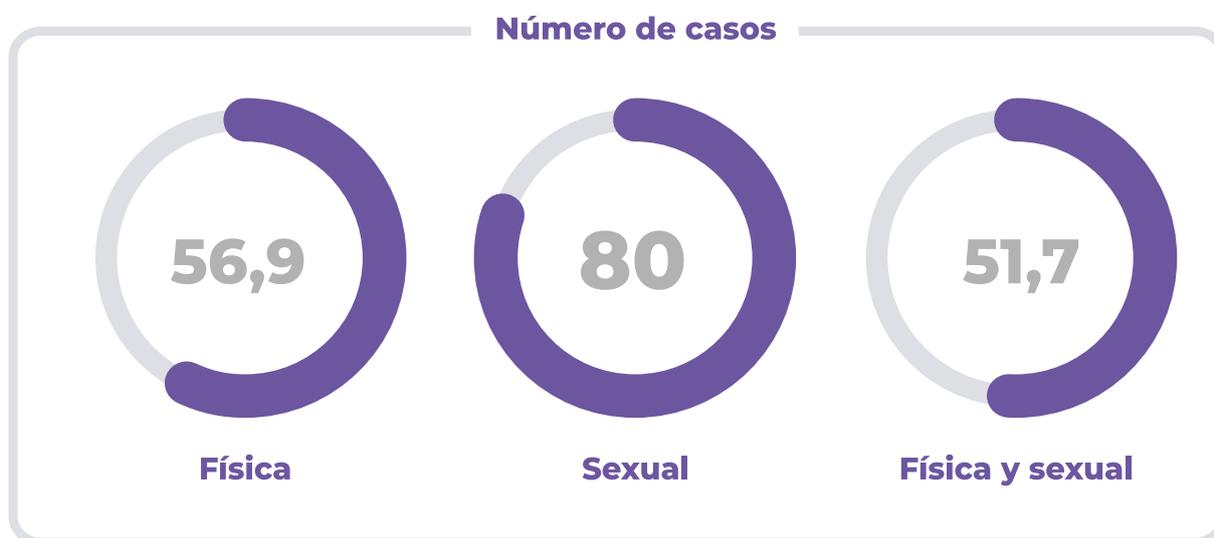
Vivienda: Del todas las mujeres Trans encuestadas, al 50.5% se le ha negado el alquiler de una vivienda durante el 2019, mientras que al 40.8% se le ha forzado a cambiar de domicilio.

Salud: El 55.9% de mujeres Trans no asistió a un servicio de salud, aunque lo haya necesitado. De ese porcentaje, el 72% no acudió al servicio a causa del temor a ser discriminada, mientras que el 60% se debió a las distancias geográficas y horarios de atención de los servicios de salud.

6.2 Violencia hacia mujeres que viven con el VIH

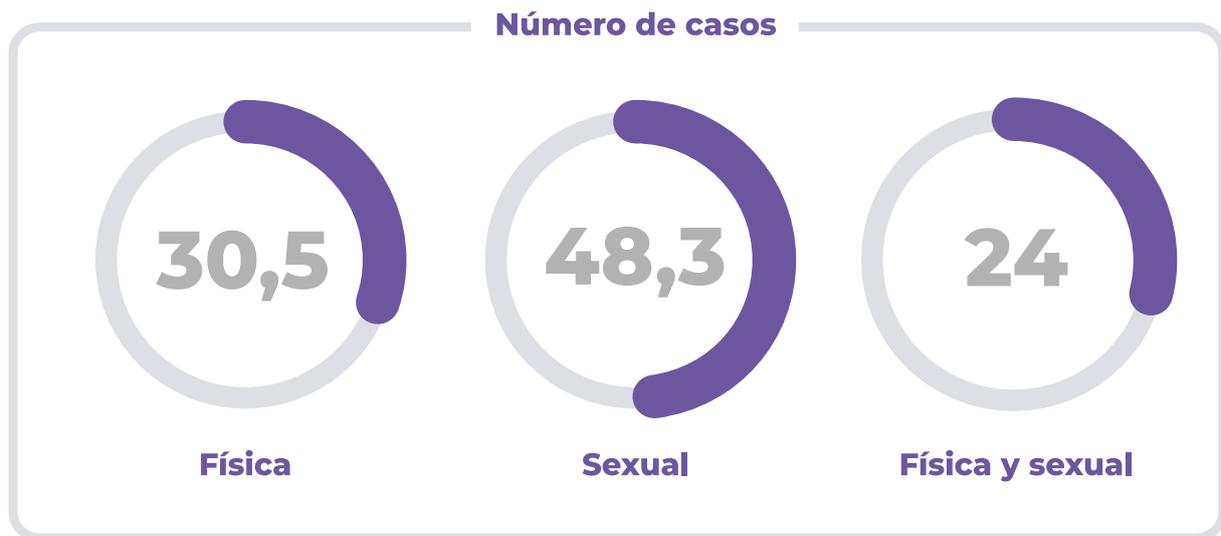
Las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres (VCM) todavía se registran importantes brechas en la información disponible sobre cómo a lo largo del curso de vida, las violencias en distintos ámbitos se vinculan entre sí y con el VIH; los efectos de la ocurrencia de las múltiples violencias (poli victimización) en las mujeres con VIH; los factores de riesgo asociados a la edad, pertenencia étnica, características del contexto, así como en torno a los factores protectores y de resiliencia (capacidad de adaptación frente a la adversidad)⁶

Gráfico 5 . Porcentaje de mujeres con VIH que experimentaron violencia ejercidas por sus parejas, según tipo de violencia a lo largo de la vida (n=156)



⁶ OMS (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud y violencia doméstica contra la mujer. Resumen del informe. Ginebra https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf

Gráfico 6 . Porcentaje de mujeres con VIH que experimentaron violencia ejercidas por sus parejas, según tipo de violencia en los últimos 12 meses (n=156)



Fuente: Estudio Índice de Estigma y Discriminación en PVV 2017

Entre las que habían experimentado violencia ejercida por la pareja 30% fue violencia física; 48% violencia sexual y 29% violencia física y sexual en los últimos 12 meses. A lo largo de la vida todos los tipos de violencia aumentan, llegando a prevalencias del 80% de alguna situación de violencia sexual desde los 15 años. En ambos casos, tanto violencia a lo largo de la vida como en el último año, la violencia sexual es la más prevalente. En cuanto a la edad, las mujeres más jóvenes acumulan la mayor carga de los tres tipos de violencia analizados en el último año. Cuando avanza los rangos de edad, los porcentajes de violencia en los tres tipos van disminuyendo⁷.

La violencia de género es parte de la historia de vida de muchas mujeres con VIH. La violencia hacia las mujeres normalmente no es una temática trabajada desde las políticas del VIH ya que no es abordada como un determinante social a pesar de las cifras elevadas encontradas en este estudio, tanto como factor de riesgo para la transmisión del VIH como factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento en mujeres que ya viven con el VIH. Resulta de vital importancia desarrollar políticas de abordaje a las mujeres con VIH que experimentan violencia de género y generar evidencia de cómo esta situación afecta la adherencia al tratamiento de las mismas

6.3 Factores Asociados al acceso de los servicios de Salud.

De acuerdo al documento elaborado por ONUSIDA en el 2020 (Datos empíricos para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH), las personas con VIH enfrentan diversas situaciones estigmatizantes, que generan daño afectando sus conductas y sus derechos. Hemos identificado algunas situaciones expuestas en el documento de ONUSIDA y explorados por el Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH (Estudio INDEX, 2016 - página 48 al 49).

- Murmuraciones: 89%
- Abusos verbales: 40%
- Exclusión de eventos sociales: 32.1%
- Exclusión de Actividades familiares: 26.6%
- Acoso o amenaza física: 17.7%
- Presión psicológica por parte de la pareja: 25.3%
- Agresión Física: 11.5%

⁷: Luciano, D., Negrete, M., Vázquez, M.J., Hale, F., Salas, J., Álvarez-Rudín, M., Arends, M., Cano, A., Iacono, M., Sánchez, M., Cabezas, M., Chete, B., Flores, G., García, F., Herreira, ML., López, L., Ramírez, B., Soto, EM. (2020). Estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina. ICW Latina, Hivos, Development Connections y Salamander Trust. Managua, Nicaragua

De acuerdo al estudio INDEX del 2016, las situaciones de exclusión son explicadas por las condiciones de VIH, mientras que las situaciones de agresiones y violencias están motivadas por la orientación sexual e identidad de género; esto es claramente visible en la población de mujeres Trans que acumula la mayor cantidad de situaciones de estigma y discriminación, seguida de la población de mujeres trabajadoras sexuales y de hombres que tienen sexo con hombres. Esto sugiere que el nivel de estigma y discriminación no sólo se explica en contextos relacionados al VIH, sino que se cruza con otros factores como la orientación sexual e identidad de género, los cuales configuran escenarios de mayor violencia. Estas situaciones de estigma y violencia, generan a su vez, procesos de estigma interno que afecta la salud mental y la capacidad de la toma de decisiones de las personas que viven con VIH, quienes han experimentado, en un 85%, creencias o emociones negativas relacionadas a su diagnóstico⁸.

- 54.1% se siente avergonzada.
- 64.4% se siente culpable por su estado serológico.
- 47.1% reporta baja autoestima.
- 38.5% culpa a otros.
- 13% ha tenido sentimientos suicidas.

El estigma interno afecta de manera mayoritaria a hombres que tienen sexo con hombres y a personas privadas de libertad⁹.

La suma del estigma externo (exclusión y violencia en manos de terceras personas) y el estigma interno (creencias y emociones negativas hacia uno mismo) impactan en las conductas de las tomas de decisiones de las personas que viven con VIH, quienes han reportado, en un 78.5%, algunas situaciones de auto exclusión¹⁰.

Algunas de estas situaciones de Autoexclusión son:

- 52.9% decidió no tener hijos.
- 39.2% ha disminuido su actividad social.
- 38.2% ha disminuido sus actividades en el ámbito familiar.
- En el ámbito de la Salud, 3 de cada 10 PVV han optado por evitar acudir a un servicio de salud aun cuando lo necesitaba.

Estos datos demuestran la estrecha relación entre los determinantes sociales (factores estructurales que constituyen un obstáculo en el acceso a la educación, al trabajo, a la justicia, etc.), el estigma externo y el estigma interno que sufren las PVV, y que también afectan a otras poblaciones clave, constituyéndose en situaciones de vulnerabilidad. Esta circunstancia, a su vez se traduce en conductas de auto destrucción en diferentes ámbitos de la vida de las PVV y de las poblaciones clave, siendo un claro factor de riesgo para adoptar conductas de prevención, así como para la vinculación, la retención y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

En este sentido, desarrollar estrategias que impacten en los **determinantes sociales**, así como la protección y defensa de los derechos humanos de las poblaciones clave (**estigma externo**) y la atención de la salud mental (**estigma interno**) resultan fundamentales.

⁸: Fundación Vencer/UNFPA.

Índice de Estigma y Discriminación en PVV en 6 Regiones Sanitarias del Paraguay, p.56

⁹: *Ídem, p.57*

¹⁰: *Ídem, p.58*

7 - Objetivos del Estudio

7.1 Objetivo General:

Identificar las prevalencias de situaciones de estigma y discriminación según diferentes ámbitos donde este fenómeno ocurre, diferenciado por tipo de población, género y rango de edad, en 5 Regiones Sanitarias del Paraguay

7.2 Objetivos Específicos:

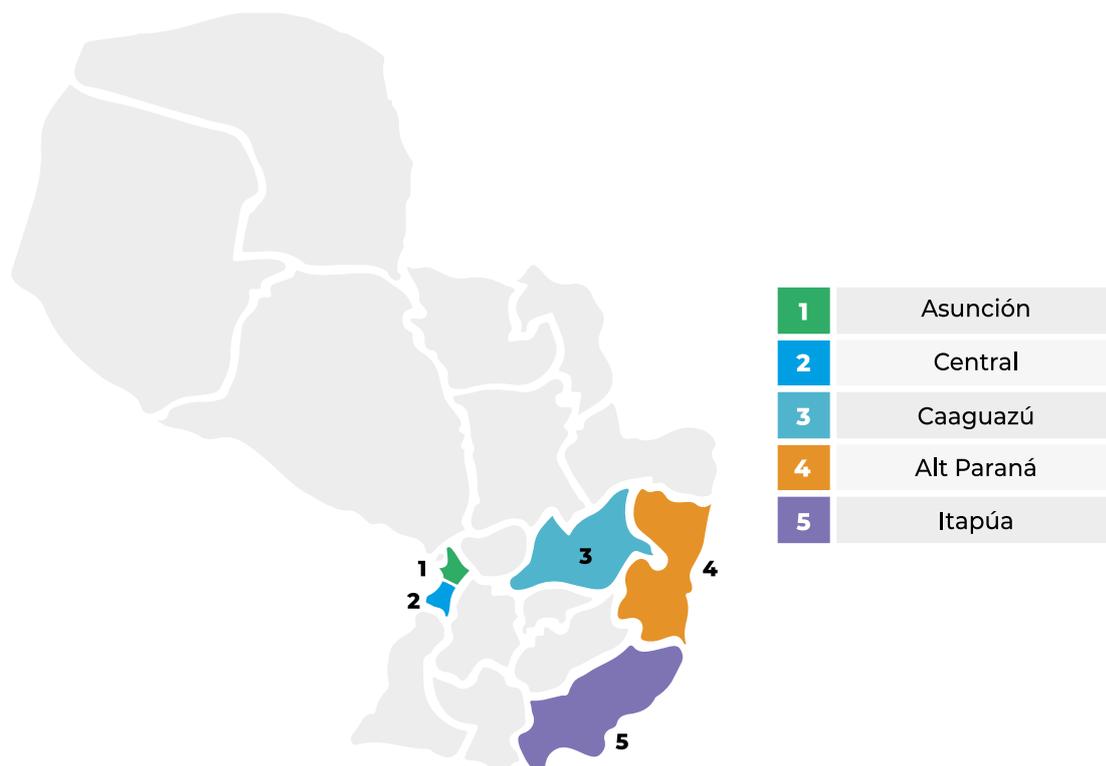
7.2.1 Componente Cuantitativo

- 1- Describir las características sociodemográficas de la población de personas con VIH en general desagregado por las diferentes sub-poblaciones.
- 2- Determinar la prevalencia de estigma interno y externo y de situaciones de discriminación en diferentes ámbitos (familia, comunidad, salud, educación, trabajo, etc.)
- 3- Identificar factores asociados al mayor riesgo de experimentar situaciones de estigma y discriminación

7.2.2 Componente Cualitativo

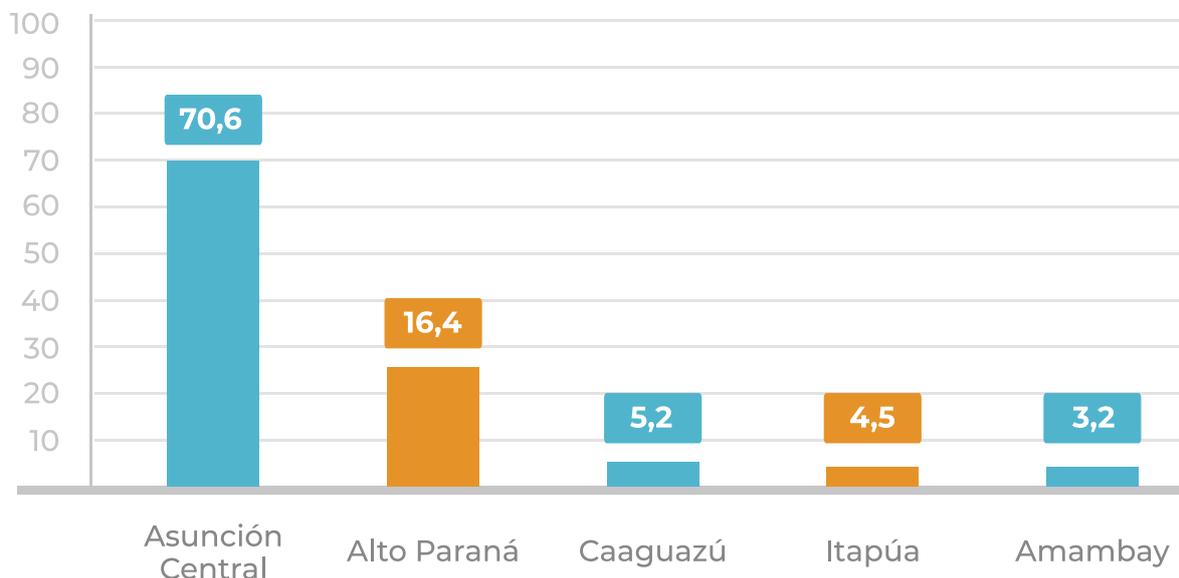
- 4- Describir experiencias de estigma y discriminación de personas con VIH en contextos de alta vulnerabilidad, e identificar las estrategias de afrontamiento (componente cualitativo)
- 5- Generar y sistematizar evidencias para mejorar los procesos de toma de decisiones a nivel estratégicos, programático y político, con miras a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH

Figura 1 - 7.2.3 Delimitación geográfica



La selección de las regiones se basó en el número de casos diagnosticados durante el año 2019. Del total de 1605 casos de VIH detectados, el 76% correspondieron a las regiones sanitarias de Asunción, Central, Alto Paraná, Caaguazú e Itapúa.

Gráfico 7. Proporción de casos de VIH por Región Sanitaria, según datos del año 2019 (N=1.324)



La selección de estas regiones no sólo obedeció a criterios epidemiológicos, sino también geográficos y políticos. En el caso de Asunción y Central, por sus características demográficas y geográficas se ha tomado como una sola región, ya que en esta zona se concentra el 37,6% del total de la población paraguaya, así como el 87,4% de todos los casos de VIH del país. Es la principal zona urbana e industrial del Paraguay, con una gran población proveniente del interior del país (migración interna). La región de Caaguazú representa el centro del país, y de ésta se proyecta a departamentos lindantes como San Pedro y Guairá

Alto Paraná (Este) es una región limítrofe con el Brasil y zona de gran intercambio comercial y de personas. Alto Paraná es la segunda región con mayor población del Paraguay y la segunda región que más casos de VIH reporta anualmente, luego de Asunción y Central.

Finalmente se seleccionó la región de Itapúa (Sur), fronteriza con Argentina y el principal foco comercial y urbano del sur del país.

Con estas 5 Regiones Sanitarias, se cubrió 7 de cada 10 personas con VIH y las principales zonas geográficas del país: Capital y área metropolitana, centro, norte, este y sur.

Por otro lado, en estas regiones se han realizado el INDEX del 2016 y también son las regiones seleccionadas por el PRONASIDA para realizar los estudios de seroprevalencia en poblaciones claves

Servicios de salud seleccionados:

Se han identificado 8 Servicios de Atención Integral (SAIS) en las regiones priorizadas de la investigación (3 en Asunción, 2 en Central, 1 en Caaguazú, 1 en Alto Paraná y 1 en Encarnación). En estos servicios se brinda atención y tratamiento especializado en VIH (testeo, consejería, laboratorio, atención médica y psicológica, tratamiento antirretroviral). Los SAIS están insertos en Hospitales Generales, regionales y/o distritales donde acceden las personas con VIH para su tratamiento y seguimiento, y donde serán accedidos por los encuestadores

Cuadro 3. Servicios de atención Integral que participaron del Estudio del Index.2.0

Servicio de Atención Integral	Región
Instituto de Medicina Tropical (IMT)	Asunción
Hospital de Barrio Obrero	Asunción
Hospital Materno-Infantil San Pablo	Asunción
Hospital Distrital de San Lorenzo	Central
Hospital Nacional de Itaugua	Central
Hospital Regional de Cnel. Oviedo	Caaguazú
Hospital Regional de Ciudad del Este	Alto Paraná
Hospital Regional de Encarnación	Itapúa

Por otro lado, una parte del muestreo se realizó en las organizaciones civiles que trabajan con personas con VIH y con poblaciones claves

Cuadro 4. Organizaciones de la Sociedad Civil donde se realizaron el muestreo

Organización	Población	Región
Fundación Vencer	Personas con VIH	Asunción
OPUMI ¹¹	Mujeres con VIH	Central
Mainumby	Personas con VIH	Caaguazú
Vivir	Personas con VIH	Alto Paraná
Tekové	Personas con VIH	Itapúa
UNES ¹²	MTS	Asunción, Central, Caaguazú y Alto Paraná
Panambi	TRANS	Asunción, Central, Caaguazú y Alto Paraná
Escalando	TRANS	Central
Casa Diversa	TRANS	Central
Ñepyrú	HSH y TRANS	Caaguazú
REPADIS ¹³	HSH y TRANS	Asunción y Central
SOMOSGAY	HSH y otros gays	Asunción

¹¹: Organizadas por un mismo ideal (OPUMI)

¹²: Unidas por la Esperanza (UNES)

¹³: Red Paraguaya de la Diversidad Sexual (REPADIS)

8 - Metodología

La metodología de esta investigación se basó en la Guía del Usuario (Guía del Usuario, 2018) así como en las recomendaciones metodológicas proveídas por la Asociación Internacional (AI) conformada por GNP+. ICW y ONUSIDA.

8.1 Tipo de Estudio:

El Estudio contó con una metodología mixta, un componente cuantitativo y otro cualitativo.

Cuantitativo: Este componente brindó información sobre la magnitud del fenómeno de estudio, y la distribución de las diferentes variables estudiadas desagregadas por factores de interés

Cualitativo: Este componente complementó lo cuantitativo otorgando profundidad y significado a los resultados.

El diseño para el componente cuantitativo fue de tipo descriptivo y analítico. Descriptivo porque buscó describir el fenómeno tal cual se presentó en un contexto natural, y analítico ya que buscó realizar asociaciones entre factores con el fin de determinar asociaciones significativas y los factores de riesgo con poder predictivo para la variable de resultado (estigma y discriminación)

Para el diseño cualitativo, el tipo de estudio fue descriptivo ya que busco identificar las percepciones y los significados que otorgaron a los sujetos al fenómeno estudiado

En cuanto a la temporalidad de la recolección de información, el estudio fue de tipo trasversal, ya que la información fue obtenida en un solo momento, entre octubre a diciembre de 2021

8.2 Población y Muestra

El universo estuvo definido por personas de 18 años y más con un diagnóstico confirmado por VIH al menos 12 meses previo al estudio, y que actualmente está o no bajo tratamiento o vinculado a algún servicio de atención integral.

De acuerdo al perfil epidemiológico del VIH en Paraguay, el cual se define como una epidemia concentrada en poblaciones claves. El universo fue segmentado en sub poblaciones claves con mayor afectación por la epidemia del VIH en el país:

Hombres que tienen sexo con hombres: En este contexto se define HSH como hombres biológicos que mantienen relaciones sexuales con otros hombres biológicos, independientemente de la autodefinición de la orientación sexo-afectiva o la identidad de género. Dentro de esta categoría epidemiológica se encuentran hombres cis género autodefinidos como gays, homosexuales, bisexuales o heterosexuales representa la población clave de mayor tamaño, con una estimación de 29.956 HSH, en el año 2019. La prevalencia del VIH es del 20,7% (Estudio de Prevalencia de VIH Sífilis Hepatitis B en Población HSH - Año 2017)

Mujeres Trans: personas que han nacido con un sexo biológico (hombres) y han sido asignados al género masculino, pero que han desarrollado, construido y expresado una identidad de género diferente al asignado al nacer (femenino). En esta categoría se incluyen identidades como travestis, transgénero, transexuales, transformistas y otras. Es la población de mayor prevalencia del VIH 26,4%

Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS): Son mujeres biológicas cis género (identidad y expresión de género femenina) que ejercen de forma exclusiva y/o esporádica el trabajo sexual, es decir, el intercambio servicios sexuales por dinero, bienes y/o favores. La prevalencia del VIH en las MTS es del 1,34%

Población General: Bajo esta categoría se englobaron a las personas con VIH que no cumplen con ninguna de las características de las poblaciones claves mencionadas anteriormente. Generalmente en este grupo se encuentran hombres y mujeres biológicas y cis género que se definen como heterosexuales y que mantienen vínculos eróticos, sexuales y afectivos con personas del sexo y género contrario. En términos absolutos, es la población que mayores casos de VIH reporta

Estas poblaciones representaron el 34,45% del total de casos del VIH reportado en el 2019. Por otro lado, el acceso a estas poblaciones estuvo facilitada por la existencia de referentes y de organizaciones de base conformadas por dichas poblaciones, lo cual garantizó el acceso a las mismas en las regiones del estudio.

Se han identificado otras poblaciones claves como población indígena, personas privadas de libertad y personas usuarias de drogas. Sin embargo, el acceso a las mismas fue difícil por la ausencia de organizaciones y referentes comunitarios que trabajan con dichas poblaciones. Por otro lado, se ha descartado realizar el estudio en personas privadas de libertad con VIH ya que no estaban dadas las condiciones de confidencialidad para realizar las encuestas.

En caso de la población indígena, el acceso a las personas con VIH en las comunidades indígenas también resultó dificultoso, y por otro lado el cuestionario 2.0 debería haber pasado por una adecuación y validación intercultural antes de aplicarlo, incluyendo la traducción a la lengua de los pueblos indígenas y el entrenamiento a encuestadores indígenas, proceso que en sí mismo es una investigación aparte (adecuación y validación del instrumento 2.0 a poblaciones indígenas con VIH).

Sin embargo, si bien no fueron incluidas en la muestra del componente cuantitativo, si fueron incorporadas entrevistas del estudio cualitativo, donde se exploraron las mismas variables del estudio cuantitativo, es decir, los diferentes escenarios de estigma y discriminación y las particularidades de estas poblaciones, y las capacidades de respuestas de las poblaciones ante el estigma y la discriminación

Finalmente, otro criterio de segmentación de la población fue la edad. Se estableció que un 30% fueran personas con VIH de 18 a 29 años de edad, con el fin de explorar las particularidades de las poblaciones jóvenes y su gestión del estigma y la discriminación.

Otro factor de segmentación, fue los lugares de muestreo. De acuerdo a las recomendaciones metodológicas de GNP+, recomiendan que un 75% de la muestra fuera reclutada en los servicios de salud y el 25% restante a través de las organizaciones civiles o redes sociales de miembros de las diferentes sub-poblaciones.

8.3 Criterios de inclusión:

- 18 años de edad o más
- Con un diagnóstico confirmado de al menos 12 meses previo al estudio
- Tener buena comunicación en uno de los idiomas oficiales del Paraguay: español y/ guaraní
- Hablar al menos uno de los idiomas en los que se administra el cuestionario
- Haber brindado su consentimiento informado en términos de comprensión de todos los elementos del estudio
- Personas con VIH que pertenezcan a las poblaciones seleccionadas (hombres y mujeres de la Población General, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales)
- Personas con VIH que acudieron a los servicios de salud seleccionados en el estudio
- Personas con VIH que fueron accedidas a través de organizaciones civiles de personas con VIH y de otras poblaciones claves y/o que sean parte de las redes de contactos de los encuestadores y otras personas con VIH vinculadas a las organizaciones.

8.4 Criterio de Exclusión:

- Personas con VIH que no formaron parte de las poblaciones o de las regiones seleccionadas en el estudio
- Personas con VIH que no dieron su consentimiento informado y voluntariedad para participar en el estudio.
- Personas cuyo diagnóstico no estuvo registrado en el Sistema de información del PRONASIDA

El procedimiento para garantizar que todas las personas reclutadas hayan sido personas con VIH y que hayan tenido un diagnóstico confirmado de VIH se realizó un cruce con la base de datos del PRONASIDA a través del número de documento de identidad

8.5 Cálculo de la muestra

Se optó por una muestra de tipo probabilístico, con el fin de obtener una muestra representativa del universo de las personas con VIH. Para ello se definió un marco muestral de 9.778 personas con VIH que continuaron en tratamiento antirretroviral hasta diciembre de 2020

Para la determinación del tamaño muestral se utilizó el Epidat 4.0.

Los parámetros fueron los siguientes:

1) Tamaño poblacional: se consideraron 9.778 personas que viven con VIH que continuaron en TARV a diciembre del 2020: Fuente: Atención Integral del PRONASIDA.

2) Proporción esperada: 28,7%, prevalencia menor de las exploradas en el Índice de Estigma y discriminación en PVV del 2017. Fuente: Prevalencia de Discriminación acceso salud, educación y trabajo en HSH, INDEX 2017. Paraguay.

3) Nivel de confianza: 95%

4) Precisión: 2,8%.

El tamaño muestral estimado fue de 910, al cual se agregó el 10% de tasa de rechazo, con un tamaño final de 1000 personas con VIH.

Cuadro 5. Distribución de la muestra por afijación proporcional según poblaciones.

Población	Frecuencia absoluta (PVV en TARV hasta diciembre de 2020)	%	Distribución proporcional de la muestra
HSH	3271	33	316
MTS	64	1	20
PG	6345	65	614
TRANS	98	1	50
Total general	9778	100	1000

La sub-población de Mujeres Trabajadoras sexuales (MTS) y Trans se ajustaron para lograr una frecuencia de casos mínimos que permitieron un análisis estadístico, por lo que no se usó el % que corresponde a la frecuencia absoluta por cada sub-población. Se estableció una muestra de 50 trans que corresponde al 49% del total de trans en tratamiento hasta el 2020 (n=98) y 20 MTS que representó el 12,8% del total de MTS en tratamiento en el mismo periodo de tiempo (n=64). Para ambas sub-poblaciones, y debido a sus características se seleccionó una técnica de muestreo diferente y particular.

En cuanto a la distribución por Región Sanitaria, se ha utilizado el dato del n° de diagnósticos del 2019 en cada región seleccionada para el estudio. El total de casos para las 5 regiones fue de 1.281, de los cuales se calculó el % para cada región el cual se describe en la siguiente tabla

Cuadro 6. Distribución de la muestra por Región Sanitaria

Muestra por Regiones/Poblaciones	N° de casos de VIH 2019	Distribución porcentual (N=1.281)	Muestra propuesta (N=1000)
Asunción / Central	935	73,0	730
Alto Paraná	217	16,9	169
Caaguazú	69	5,4	54
Itapúa	60	4,7	47
Total	1281	100,0	1000

8.6 Metodología de Muestreo

De acuerdo a las diferentes características y dinámicas de cada sub-población, y sus respectivos tamaños, se ha identificado diferentes metodologías de muestreo. En principio y siguiendo las recomendaciones metodológicas (standardized methodology) para los estudios del INDEX 2.0 (GNP+), el 75% de la muestra fue en los servicios de salud donde las PVV reciben tratamiento y el 25% restante fueron accedidos a través de las organizaciones civiles, espacios de encuentro y socialización y las redes sociales y de contacto de cada sujeto.

En los servicios de salud se reclutaron a 750 sujetos, para ello se utilizó un muestreo sistemático, el cual consistió que, a partir de una sola unidad que se seleccionó en primer lugar el resto de unidades de la muestra vinieron determinadas automáticamente al aplicarle a dicha unidad una regla selección sistemática.

El procedimiento fue el siguiente:

- 1- Se seleccionó el servicio de salud donde se realizó el muestreo
- 2- Se identificó el marco muestral definido por la cantidad de personas con VIH que asistieron de forma diaria en el servicio de salud
(Fuente: registros administrativos del servicio de salud)
- 3- Se identificó la cantidad entrevistas a ser realizadas por día para cada servicio de salud de acuerdo a la frecuencia diaria de usuarios registrados en dicho servicio.
- 4- La persona encuestadora, se ubicó en un lugar previamente identificado en el servicio de salud, por un periodo de tiempo pre-establecido, e identificó un número al azar (arranque aleatorio) al cual se aplicó de forma sistemática a cada usuario que ingresó al servicio de salud. Es decir, si se seleccionó el número 3 (salto sistemático), cada 3 usuarios que ingresaron al servicio, la persona encuestadora se invitó a participar del estudio.

8.7 Metodología de muestreo para la población trans y MTS

La técnica Starfish utilizó el mapa o listado de lugares de encuentro de las personas Trans y MTS que viven con VIH (Grupos de Ayuda Mutua o personas que solicitan servicios en las diferentes organizaciones civiles que trabajan con estas poblaciones), y se realizó en 5 pasos.

1. (TLS) Del mapa o listado, identificaron a las organizaciones que trabajan con Trans y MTS con VIH. Se trabajó con las siguientes organizaciones que ofrecen grupos de ayuda mutua u otros servicios a trans y MTS con VIH: Fundación Vencer, Panambi, Escalando, Casa Diversa y UNES)
2. (TLS) Visita al local. Entrevista a todas las Trans y MTS allí presentes; cada una de estas personas es semilla de su red.
3. (RDS) Al término de cada entrevista, se propuso a la participante que facilite más contactos Trans y MTS para entrevistar.
4. (RDS) Entrevista a cada nuevo contacto así obtenido. Este paso produjo el llenado de las redes, persona por persona. Esto implicó que algunos los contactos fueron localizados en otros lugares de encuentro o en sus casas, con posible actualización del mapeo o listado.
5. Pasar a la siguiente semilla Trans y MTS, entrevista y repetición de los pasos 3 y 4, hasta agotar todos los contactos referidos.

Concluidos los cinco pasos para un lugar seleccionado, se repitió todo el proceso para otro lugar de encuentro. Para cada uno de estos lugares de contacto, el proceso fue formando redes de personas, cuyas semillas fueron Trans y MTS encontrados en el paso 2. Nótese que cada semilla, al cumplir los criterios de elegibilidad, fue una participante más del estudio. Las redes graficadas tuvieron frecuentemente la apariencia de una estrella de mar, de allí el nombre de Starfish.

8.8 Procedimiento de recolección de datos e instrumentos

Para la recolección de información del componente cuantitativo se utilizó el cuestionario 2.0, instrumento estandarizado proveído por GNP+, el cual fue revisado y adaptado al contexto local. Este instrumento posteriormente fue migrado a una plataforma digital, para su administración por medio de dispositivos electrónicos como celulares, tabletas o computadoras. El cuestionario 2.0 contó de 80 preguntas divididas en 8 secciones

Cuadro 8. Estructura del cuestionario 2.0

Sección	Secciones	Descripción	Nº de preguntas
A	Acerca de usted	Se explora características sociodemográficas como edad, identidad de género, estado civil, nivel educativo, situación laboral y económica, pertenencia étnica	13
B	Divulgación	Se explora el nivel de visibilidad /revelación serológica) a otras personas de su entorno y cuál fue el resultado de esta revelación	2
C	Su experiencia con el estigma y la discriminación	Se explora el estigma externo, es decir las diferentes situaciones y escenarios donde se experimenta actos de estigma y discriminación a manos de terceras personas basados en el estado serológico (exclusión, rechazo, violencia verbal y física, etc.)	1
D	Estigma interno y resiliencia	Se explora el impacto del VIH en la salud mental y emocional (ideas, creencias, emociones) y como esto ha condicionado la satisfacción de las necesidades. También explora situaciones de autoexclusión, es decir, actividades que la persona ha dejado de realizar a causa de su diagnóstico	4

Sección	Secciones	Descripción	Nº de preguntas
E	Interacciones con los servicios de salud	Se explora la relación con el servicio de salud, que incluye circunstancia de la prueba del VIH, tiempo entre el diagnóstico e inicio de tratamiento, inicio de tratamiento, pruebas de seguimiento, interrupciones del tratamiento, razones por no seguir tratamiento, infecciones oportunistas e ITS, acceso a servicios comunitarios, relación con el personal de salud, confidencialidad, temores y situaciones de discriminación por parte de proveedores de salud.	23
F	Derechos Humanos y efectuar cambios	Se explora las diferentes violaciones a los DDHH de las personas con VIH en diferentes ámbitos: acceso a la salud, trabajo, vivienda, justicia, etc. También se explora la capacidad de respuesta ante estas violaciones: denuncia, seguimiento y resultado.	4
G	Estigma y discriminación por otros motivos además del VIH	Se explora situaciones de estigma y discriminación originados por razones diferentes del estado serológico. Aquí se identifica las intersecciones de la discriminación y como ésta se cruza con variables como el género, orientación sexual, identidad y expresión de género, trabajo sexual, consumo de drogas, entre otros.	32
H	Experiencia personal del estigma y la discriminación	Se explora la experiencia personal con el estigma y la discriminación	1

En relación al instrumento de recolección de información del componente cualitativo, se diseñó una Guía de Entrevista el cual fue administrado tanto en entrevistas individuales como en entrevistas en Grupos Focales.

Utilizando las mismas dimensiones del cuestionario 2.0, se presentó una Guía de Entrevista que exploró las diferentes situaciones y escenarios donde las personas con VIH experimentaron acciones de estigma y discriminación, así como las estrategias de afrontamiento ensayadas.

Cuadro 9. Dimensiones y categorías de análisis del componente cualitativo

Dimensiones	Categorías de Análisis
<p>Estigma externo: situaciones de estigma y discriminación a manos de terceras personas</p>	<p>Percepción sobre exposición a situaciones de estigma y discriminación</p> <p>Atribución del estigma y discriminación por razón de estado serológico u otras razones</p> <p>Lugares y personas que intervienen en las situaciones de estigma y discriminación</p> <p>Efectos del estigma y la discriminación</p>
<p>Estigma Interno: ideas, creencias, emociones y actitudes relacionados con el estado serológico y la discriminación</p>	<p>Ideas, creencias y emociones asociadas con su estado serológico (vergüenza, culpa, resentimiento, venganza, miedo, etc.)</p> <p>Actitudes y conductas acerca de su estado serológico (aislamiento, autoexclusión, victimización, etc.)</p> <p>Impacto en la salud mental (ansiedad, depresión, estrés, baja autoestima, etc.)</p>
<p>Estrategias de afrontamiento y resiliencia</p>	<p>Factores que favorecen la correcta gestión del estigma y la discriminación (apoyo social, red de contención, familia, grupos de ayuda, etc.)</p> <p>Estrategias ensayadas para enfrentar el estigma y la discriminación, y sus efectos.</p>
<p>Recomendaciones para mejorar la respuesta al estigma y la discriminación</p>	<p>Identificar que ha funcionado y que no para prevenir el estigma y la discriminación</p> <p>Identificar estrategias de solución</p> <p>Identificar los sectores que mayor carga de estigma y discriminación generan e identificar estrategias específicas (ámbito de la salud, el trabajo, educación, familia, comunitario, etc.)</p>

8.9 Análisis y manejo de datos

Simultáneamente al trabajo de recolección de datos en campo, al tratarse de cuestionarios digitales alojados en una plataforma online, toda la información producida por los cuestionarios se vació en una base de datos. El programa utilizado fue la plataforma gratuita “KoBo toolbox”¹⁴, inicialmente desarrollado por el Harvard Humanitarian Initiative para levantamiento de datos en zonas de catástrofes o de emergencia humanitaria, por lo que puede ser utilizada tanto de forma on-line como off-line, es decir,

¹⁴: <https://www.kobotoolbox.org/>

no fue necesario conexión a internet para su llenado, lo que implicó una ventaja tomando en cuenta que muchas veces las encuestas se realizaron en contextos comunitarios donde la personas encuestadora no tenga acceso a una red de internet.

La base de datos alojada en esta plataforma fue llenada de forma diaria, de acuerdo a la producción de cuestionarios realizados. Esto facilitó el monitoreo diario de la producción con el fin de identificar avances y retrocesos en el trabajo de campo de acuerdo a las metas establecidas. Esta fue otra ventaja de utilizar una plataforma de estas características, ya que se accedió a reportes diarios y semanales, lo que facilitó a los coordinadores de campo y reclutadores desarrollar acciones de mitigación y orientar mejor a los/as encuestadores/as a su cargo.

Para el desarrollo del Plan de Análisis, se siguió las recomendaciones de la Guía del Usuario del índice de Estigma en Personas con VIH. En base al cuestionario 2.0, se desarrolló una metabase (diccionario de datos) con el fin de identificar el tipo de variables y el análisis a ser realizado. También permitió identificar el tipo de desagregación y los cruces de variables que tuvieron un valor informativo clave. Se priorizó la generación de información que respondieron a los indicadores prioritarios de la Respuesta Nacional al VIH y de los GAM (Monitoreo Global)

Una vez concluido el trabajo de campo y la recolección de datos, la base de dato fue depurado y codificado; se aplicó una serie de algoritmos de consistencia mediante el programa de carga, para asegurar la calidad total de la base de datos final. Toda la información recolectada durante el trabajo de campo, así como el cálculo de errores de muestreo e intervalos de confianza (95% de nivel de confianza), fue procesada por medio del “Paquete Estadístico para Ciencias Sociales” (SPSS 16). La estrategia de análisis incluyó el uso de técnicas descriptivas bi-variadas y el uso de técnicas de regresión logística multivariada.

Para asegurar la calidad de los datos recolectados, el instrumento fue diseñado de tal manera que contemplo las condiciones, los filtros y los saltos de manera automática, así como las variables identificados como obligatorios para prever la omisión de datos.

Utilizar cuestionarios digitales on-line presento las siguientes ventajas, en relación a la administración de cuestionarios en papel

Todos los saltos de preguntas estaban automatizados, minimizando el error de no realizar los saltos de forma correcta

Los campos fueron obligatorios, es decir, el cuestionario no podía avanzar si los campos previos no fueron completados. Esto minimizo la posibilidad de enviar cuestionarios con campos vacíos

Los cuestionarios al ser on-line permitió el registro por día y hora, facilitando el monitoreo diario de la producción

El monitoreo permitió identificar con precisión no solo la cantidad de cuestionarios realizados, sino también la producción de cada encuestador/a, los lugares donde se realizaron las encuestas, la cantidad de la muestra accedida desagregada por tipo de sub-población y región.

En relación a la administración de las guías de entrevistas en el componente cualitativo, éstas fueron organizadas y convocadas por las organizaciones civiles de personas con VIH, HSH, Trans y MTS, ya que éstas organizaciones contaban con el contacto directo con la muestra seleccionada para el estudio cualitativo. Una vez realizado el primer contacto por parte de las organizaciones, éstas solicitaban permiso a los contactos para que el coordinador de campo y los reclutadores se pongan en contacto con

los mismos y coordinar las entrevistas, en los lugares y horas a convenir.

Las entrevistas tanto individuales o en grupos focales se realizaron en espacios seguros y que cumplieran con las condiciones para garantizar la confidencialidad. Las entrevistas tuvieron una duración de 1 hora aproximadamente y se solicitó el consentimiento verbal y escrito a los participantes para poder grabar las entrevistas, con el fin luego de proceder a la desgravación y convertirlo en un cuerpo textual el cual permitió su posterior organización, consolidación y análisis. Como soporte del análisis se utilizó el software de análisis cualitativo Atlas.ti¹⁵, que ayudó a organizar la información según los temas e ideas centrales recolectados y observados. Los resultados obtenidos fueron revisados y discutidos con el equipo de investigación, así como con el Comité Nacional.

8.10 Consideraciones Éticas

Para llevar a cabo la encuesta se respetaron todos los derechos de las personas que participaron en ella, cuidando de no dañarlas, respetando su decisión de participar o no del estudio y se garantizó que su identidad no fuera revelada o relacionada con cualquier otra información que voluntariamente haya brindado. El diseño del estudio estuvo elaborado en consonancia con las normas que rigen actualmente la investigación en seres humanos.

Para la participación en la encuesta y las entrevistas, se obtuvo el consentimiento informado escrito luego de haberse explicado el propósito del estudio, la duración aproximada de su participación, los riesgos y beneficios de participar, las medidas tomadas para garantizar el anonimato y la confidencialidad. Asimismo, se gestionó que el protocolo del estudio fuera evaluado previamente y aprobado por un Comité de Ética reconocido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Procedimiento para garantizar aspectos éticos claves

Cuadro 11. Procedimiento general para garantizar los aspectos éticos

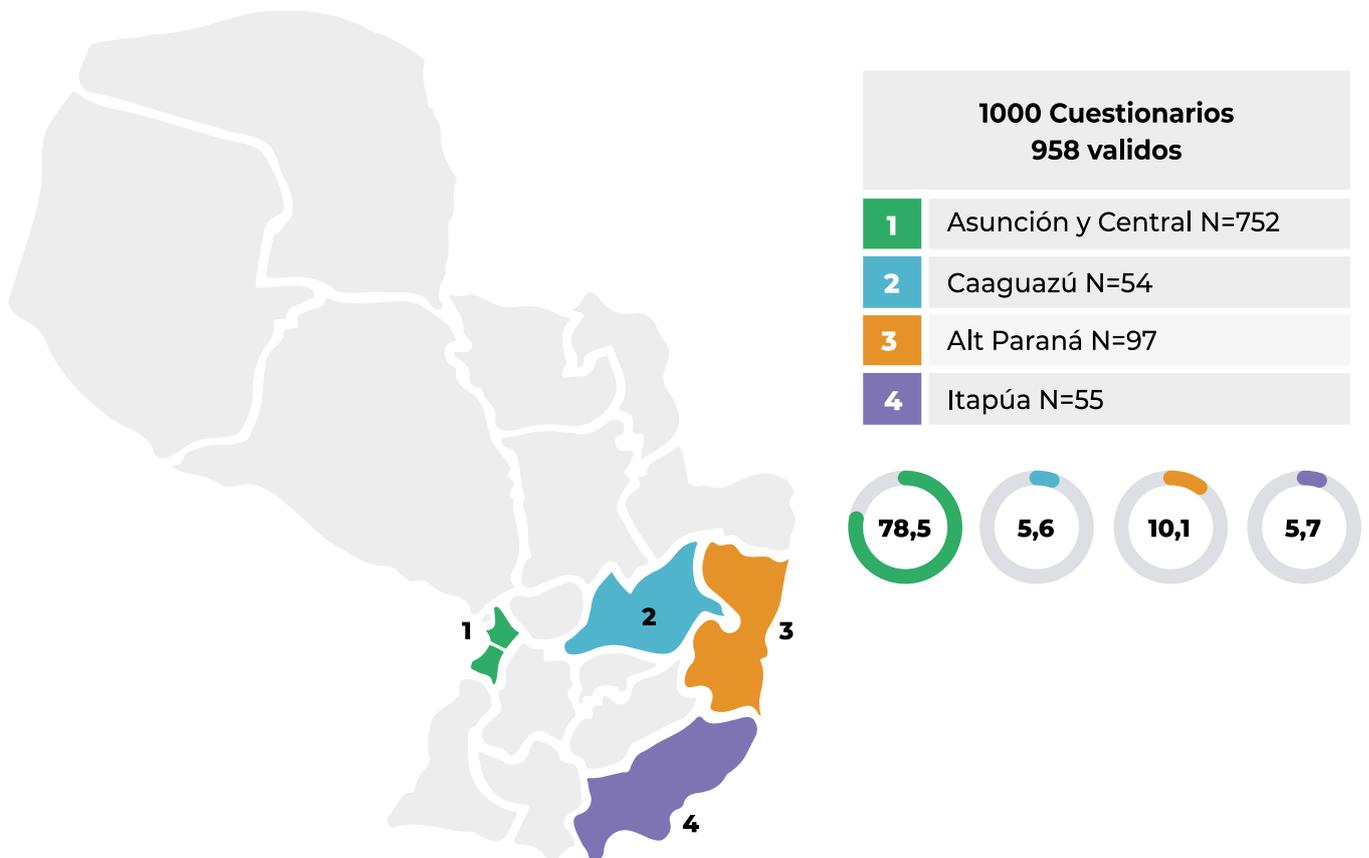
Elementos claves	Descripción
<p>Consentimiento informado firmado</p>	<p>Se presentará una “Hoja Informativa” sobre los objetivos del estudio (ANEXO) y posterior a ello, y confirmando que la persona a ser encuestada ha entendido el contenido de la hoja informativa, se invitará a participar del estudio de forma voluntaria, en caso de aceptar se invitará a firmar una “hoja de Consentimiento Informado” que será el medio de verificación que muestre la voluntariedad de participar del estudio.</p>
<p>Codificación, identificación única y anonimización de los datos de los encuestados (Anexo 4)</p>	<p>El cuestionario 2.0 cuenta con un Código de identificación único que debe ser completado por el encuestador/a posterior a la firma del consentimiento informado. Este identificador cuenta con los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Código de país: PY 2. Código del entrevistador: número de 3 dígitos proveído por el investigador principal 3. Código de la persona entrevistada: número consecutiva que inicie en 001 hasta la cantidad que alcance el encuestador/a 4. Fecha de la encuesta: Ocho dígitos, dos por el día, dos por el mes y cuatro por el año (dd/mm/aaaa)
<p>Acuerdo de confidencialidad firmado por el equipo de investigación</p>	<p>Todo el equipo de investigación (Investigador principal, estadístico, coordinadores/as de campo y encuestadores/as) firmaran un acuerdo de confidencialidad donde se comprometen en garantizar el cumplimiento estricto de todo del protocolo y de cuidar los aspectos éticos. ANEXO</p> <p>Este acuerdo de confidencialidad se anexará a los términos de referencia para cada miembro del equipo de investigación.</p>

15: <https://atlasti.com/es/>

9 - Resultados

9.1 Sección 1. Datos Sociodemográficos

Figura 2 - 9.1.1 Distribución de la muestra



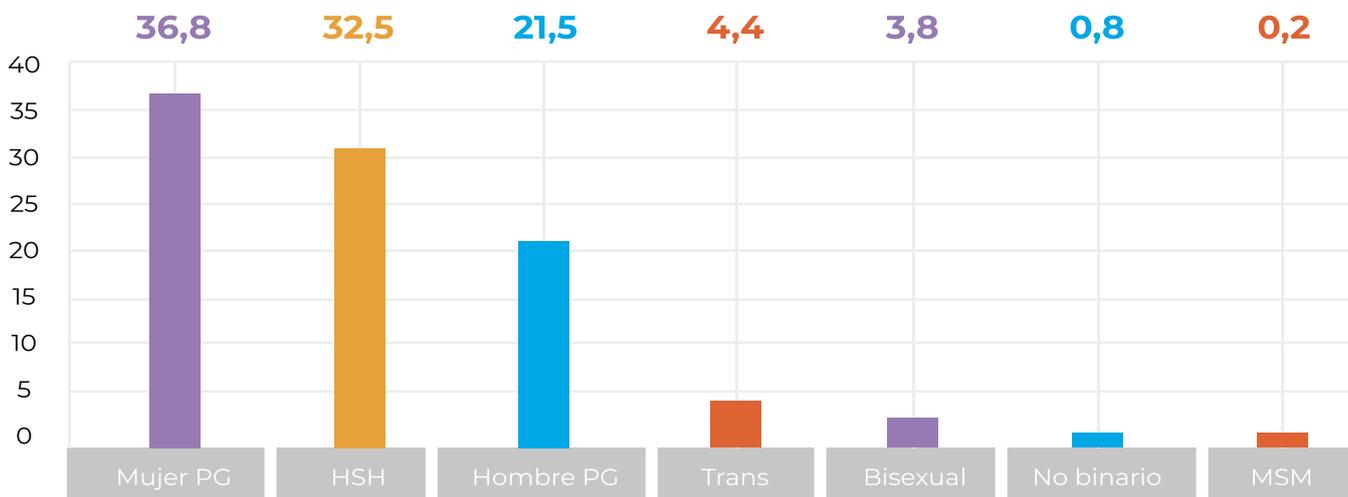
El 78,5% de la muestra total alcanzada fue en Asunción y Central, seguido del 10,1% en Alto Paraná, seguido de Itapúa y Caaguazú con 5,6% y 5,7% de alcance respectivamente. Se realizó un total de 1000 entrevistas a las personas con VIH cuyo perfil reunía todos los criterios de participación. Posterior a la aplicación de las encuestas las mismas fueron objeto de un proceso de revisión y control de calidad, quedando un total de 958 encuestas válidos.

Grafico 8: Identidad de género percibido (N=958)



De acuerdo a la muestra total, la identidad de género percibida en la población de personas con VIH se manifestó de la siguiente manera: 57,5% de los participantes se identificaron como hombres, mientras que el 37,6% se identificaron como mujeres. Un significativo 4,1% de las personas encuestadas se identificaron como personas trans, lo que refleja una mayor visibilidad y reconocimiento de esta identidad de género. Además, un pequeño porcentaje del 0,2% no se identificó como hombres, mujeres ni personas trans, lo que sugiere una presencia de otras identidades de género menos comunes. Por último, el 0,6% de los participantes optaron por no responder

Gráfico 9: Tipo de población (N=958)



En cuanto al tipo de población vemos que, 36,8% se identificó con mujer CIS categorizada como población general (PG), seguido del 32,5% de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), 21,5% de varones CIS (PG), 4,4% personas trans, 3,8% identificados como bisexuales, 0,8% no binarios y finalmente 0,2% de mujeres que tienen sexo con otras mujeres (MSM)

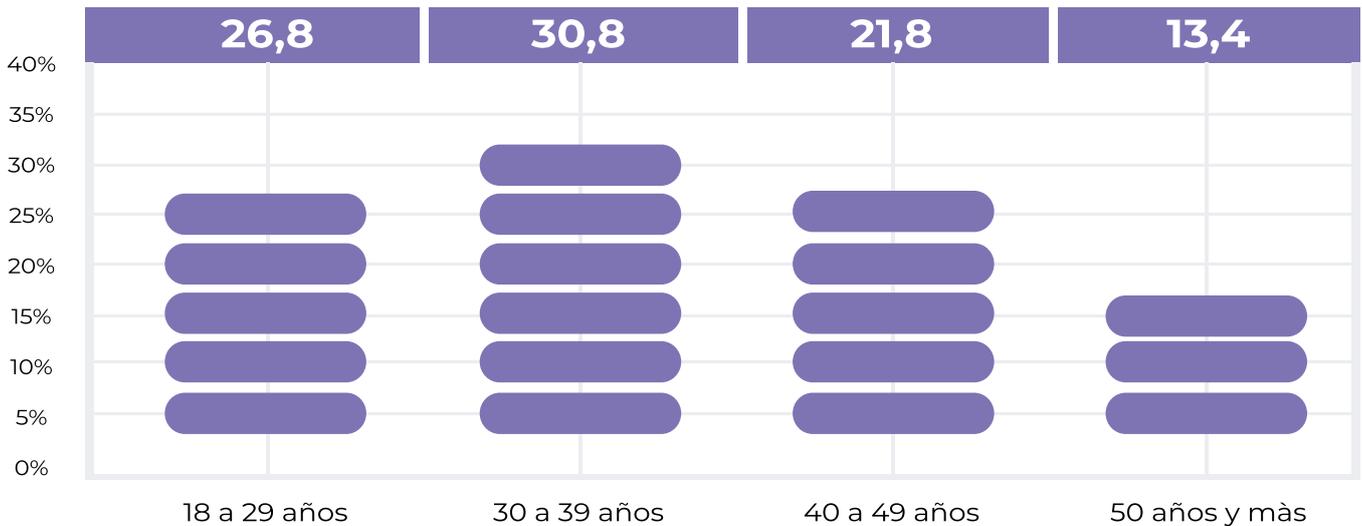
Figura 3 - Frecuencia de usuarios de drogas y personas que intercambian sexo por dinero



Dentro de los subgrupos, de las 53 personas que reconocieron ser consumidoras de drogas, 7 se identifican dentro de esta población, entre tanto, 56 personas reconocen haber intercambiado sexo por dinero de los cuales, 27 se identifican como trabajador/a sexual.

9.1.2 Edad

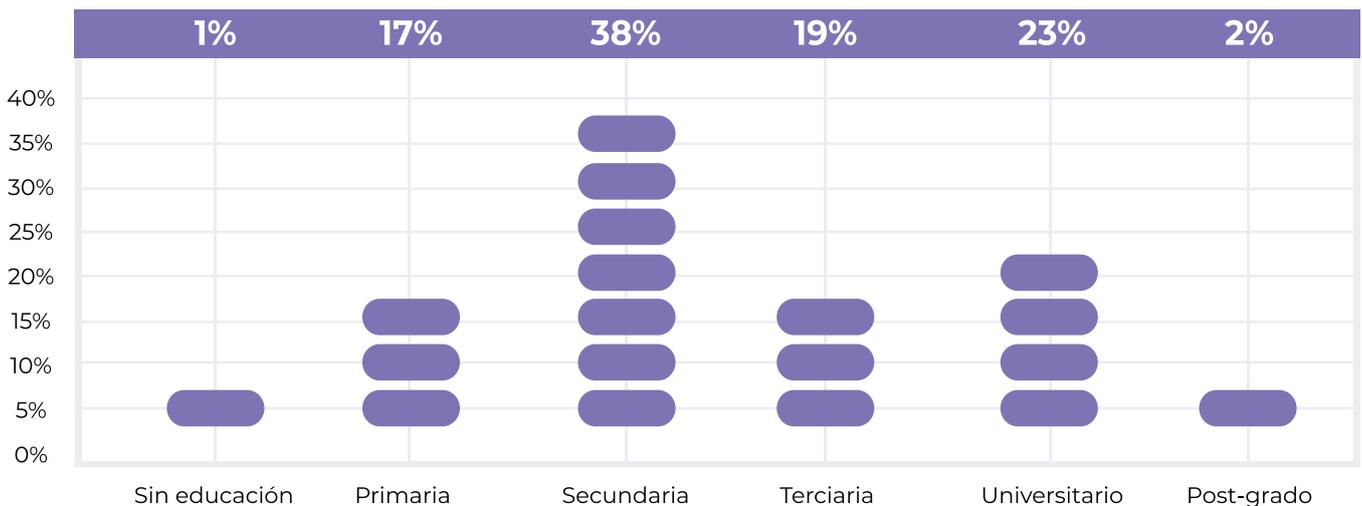
Gráfico 10 - Distribución de la muestra por grupo de edad (N=958)



En la sección de edad del estudio, la participación de las poblaciones mostró una distribución significativa. El 65% de los participantes se encontraban en el grupo de edad de 18 a 39 años, lo que indica una fuerte representación de adultos jóvenes. Además, el 21,8% tenía entre 40 y 49 años, mostrando una presencia considerable de personas en la mediana edad. Por último, el 13,4% pertenecía al grupo de más de 50 años de edad, lo que refleja una menor pero significativa presencia de participantes mayores. Estos datos sugieren que el estudio alcanzó principalmente a adultos jóvenes, pero también contó con una muestra diversa en términos de edades, permitiendo una visión más completa de las diferentes generaciones en relación con los temas abordados en el estudio.

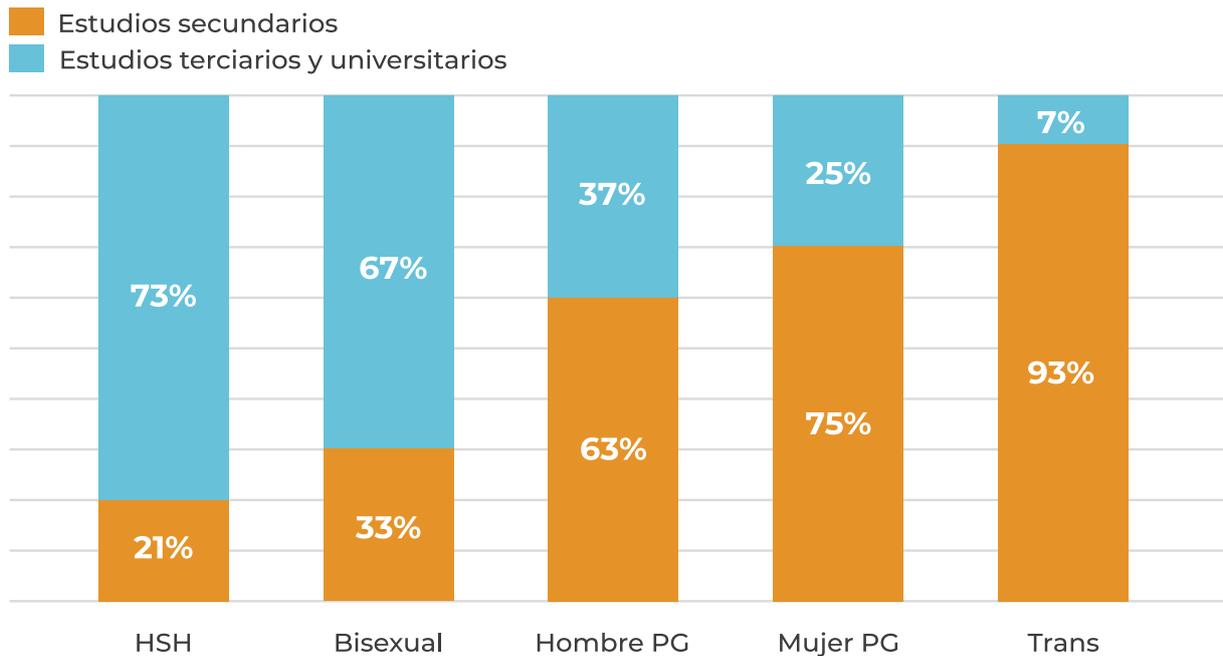
9.1.3 Nivel Educativo

Gráfico 11 - Máximo Nivel Educativo alcanzado (N=958)



El 56% de los encuestados tenía el nivel secundario cursado, lo que indica una representación significativa de personas con educación escolar básica. Además, el 19% había cursado estudios terciarios o medios, reflejando la presencia de individuos con una formación más especializada. Un 23% de los participantes había alcanzado la educación universitaria, mostrando una proporción considerable de personas con títulos universitarios. Por último, el 2% tenía estudios de post-grado, lo que sugiere la participación de individuos con una formación académica avanzada.

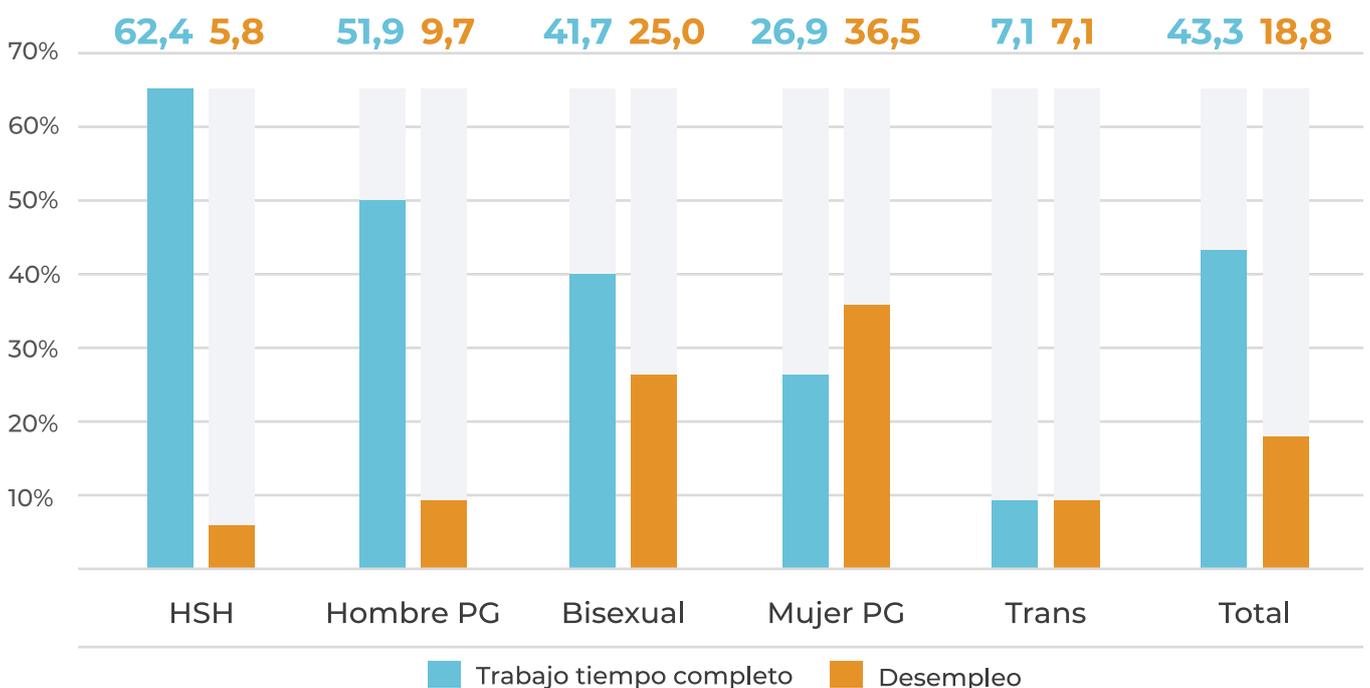
Gráfico 12 - Nivel educativo por tipo de población (N=948)¹⁶



En relación al tipo de población, se observa claramente una diferencia entre las poblaciones y el acceso a la educación. Son los HSH la población que mejor acceso a la educación han reportado, siendo la mayoría (73%) lo que han accedido a estudios superiores, y por otro lado se observa que las mujeres cis de la PG y las trans son las que menos acceso a niveles superiores de educación han logrado (25% y 7% respectivamente)

9.1.4 Situación Laboral

Gráfico 13: Proporción de PVV según situación laboral y tipo de población (N=948)¹⁷



¹⁶: En este análisis se excluye a las 2 MSM y 8 No Binarios, por ello la N es de 948 personas

¹⁷: En este análisis se excluye a las 2 MSM y 8 No Binarios, por ello la N es de 948 personas

Con respecto a la situación laboral de diferentes grupos en relación con su identidad de género y orientación sexual. Según los resultados, el 62,4% de los Hombres que tienen sexo con otros hombres tienen trabajo a tiempo completo, mientras que solo el 5,8% se encuentra desempleado. Los hombres cisgénero tienen una tasa de empleo del 51,9%, en comparación con el 9,7% de desempleo. Por otro lado, la población de bisexuales cuenta con un 41,7% de empleo y un 25% de desempleo. En cuanto a las mujeres, tanto las cisgénero como las transgénero enfrentan altas tasas de desempleo, con un 36,5% y un 7,1%, respectivamente. Estos datos ofrecen información relevante para comprender las disparidades laborales entre diferentes identidades de género y orientaciones sexuales según se puede analizar.

9.1.5 Situación Económica

Gráfico 14 - Necesidades básicas cubiertas en el último mes (N=958)



Para medir la precariedad económica se ha preguntado si en el último mes ha podido satisfacer sus necesidades básicas como alimentos, ropa, techo entre otros. De acuerdo a los datos de la muestra total, la mayoría (71,6%) han reportado que casi siempre han podido satisfacer sus necesidades básicas, sin embargo, se observa que el 28,4% (la opción “nunca” sumado a “algunas veces”), no tienen los recursos para satisfacer estas necesidades en la mayoría de las veces.

Gráfico 15 - Satisfacción de Necesidades Básicas por tipo de población (N=948)¹⁸

Población	Nunca / Algunas veces	La mayoría de las veces
Trans	43%	57%
Mujer PG	36%	64%
Bisexual	31%	69%
Hombre PG	24%	76%
HSH	20%	80%

¹⁸: En este análisis se excluye a las 2 MSM y 8 No Binarios, por ello la N es de 948 personas

En relación a las poblaciones, las trans y las mujeres cis de la PG son las poblaciones que muestran mayores dificultades para cubrir sus necesidades básicas (43% y 36% respectivamente). Por otro lado, los HSH y los hombres cis de la PG son las que en mayor medida cubren la mayoría de las veces estas necesidades básicas (80% y 76% respectivamente).

9.2 - Sección 2. Divulgación del estado serológico

Gráfico 16 - Divulgación del estado serológico (N=958)



El hecho de que 4 de cada 10 personas con VIH nunca hayan revelado su estado serológico a nadie es una preocupante realidad que destaca la persistencia del estigma y la discriminación asociados al VIH cuyas consecuencias pueden verse reflejado tanto en la salud y el bienestar de las PVV. El miedo al rechazo y la exclusión social puede llevar a un aislamiento emocional, dificultando el acceso a la atención médica y al apoyo necesario para el manejo del cuadro.

Gráfico 17 - Divulgación y consentimiento (N=958)

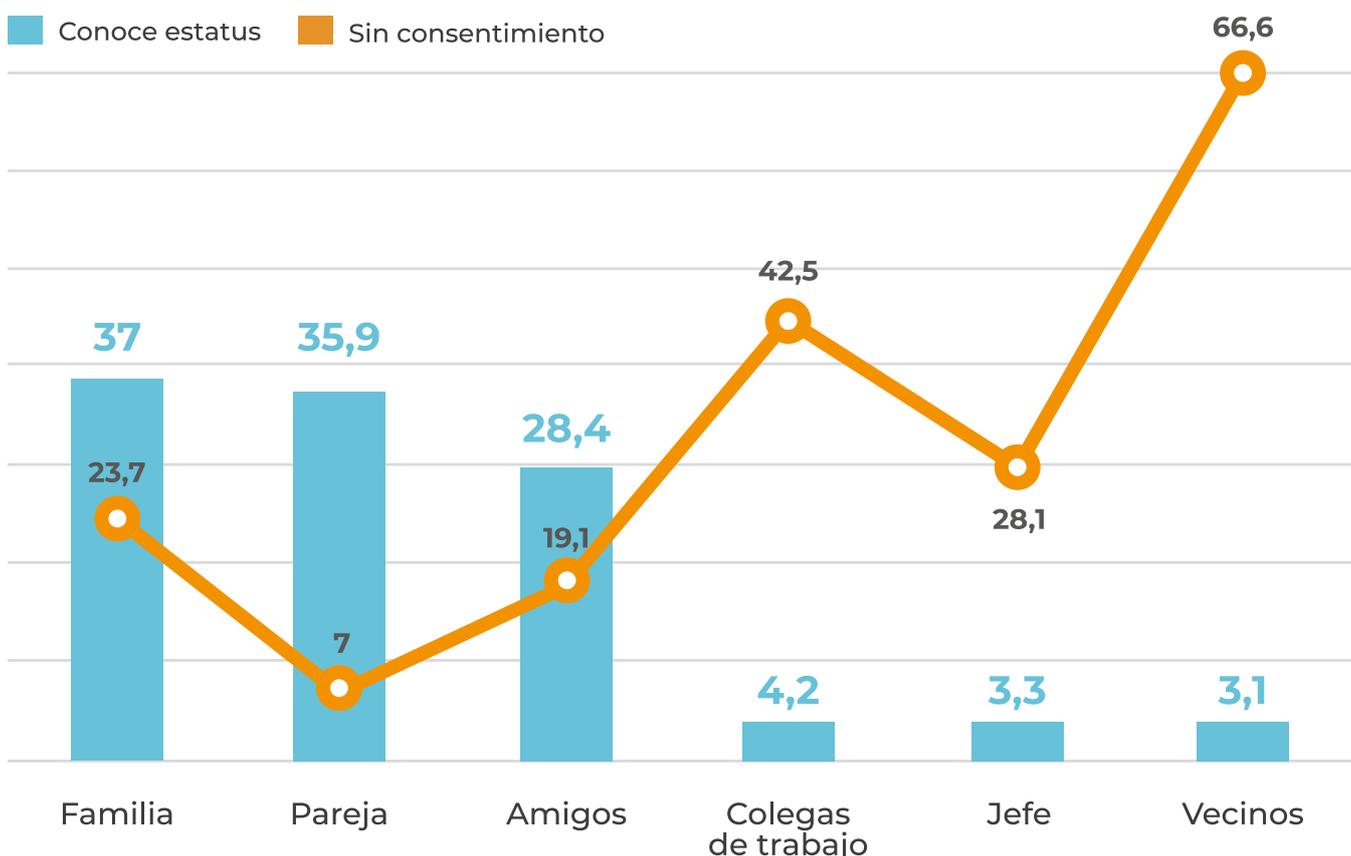
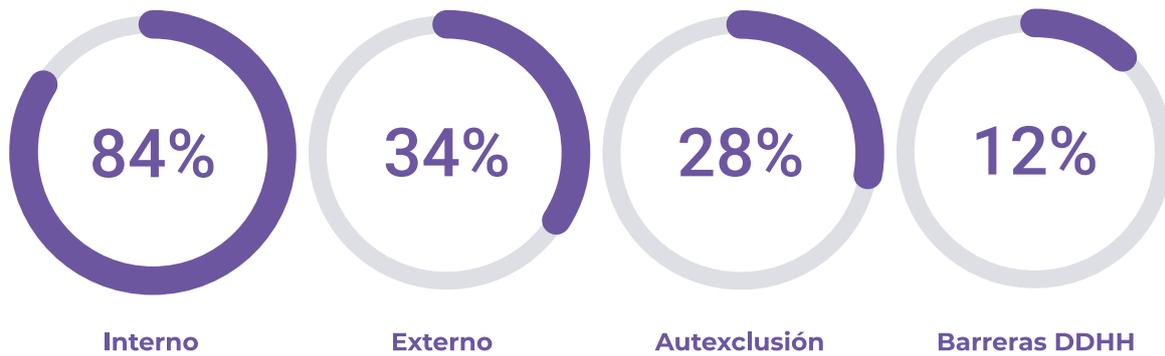


Grafico 18 - 9.3 - Seccion 3. Estigma y Siscrimacion por VIH



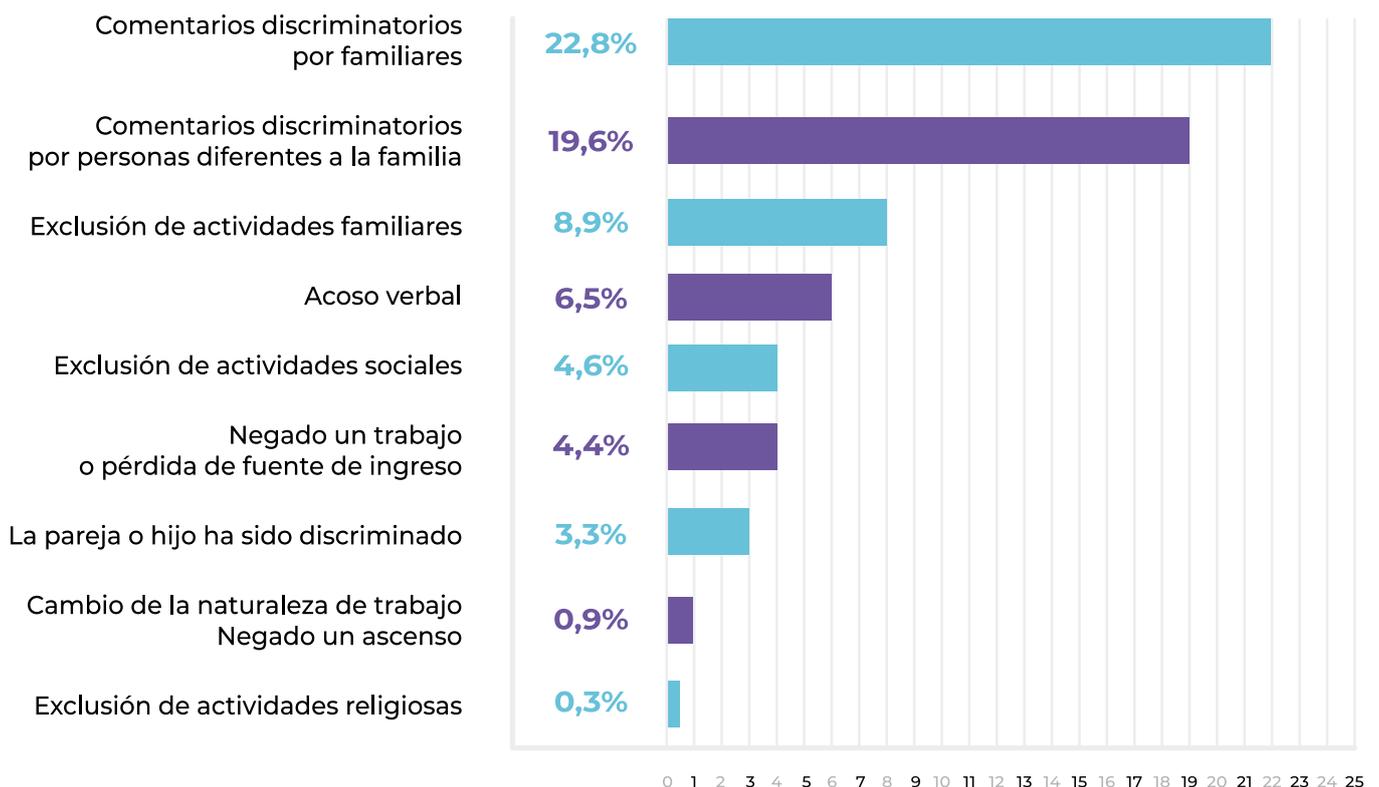
De los principales escenarios de estigma y discriminación seleccionados del cuestionario 2.0, se observa que claramente la mayor proporción corresponde al estigma interno (84%), seguido muy por debajo del estigma externo (34%), el estigma anticipado o autoexclusión (28%) y las barreras en relación a diferentes DDHH (12%).

A continuación, y en las siguientes secciones se describe en detalle cada uno de estos escenarios y otros.

9.3.1 estigma externo

Se exploró el estigma externo, es decir las diferentes situaciones y escenarios donde se experimenta actos de estigma y discriminación a manos de terceras personas basados en el estado serológico (exclusión, rechazo, violencia verbal y física, etc).

Gráfico 19 - Situaciones de Estigma Externo debido al VIH (n=958)

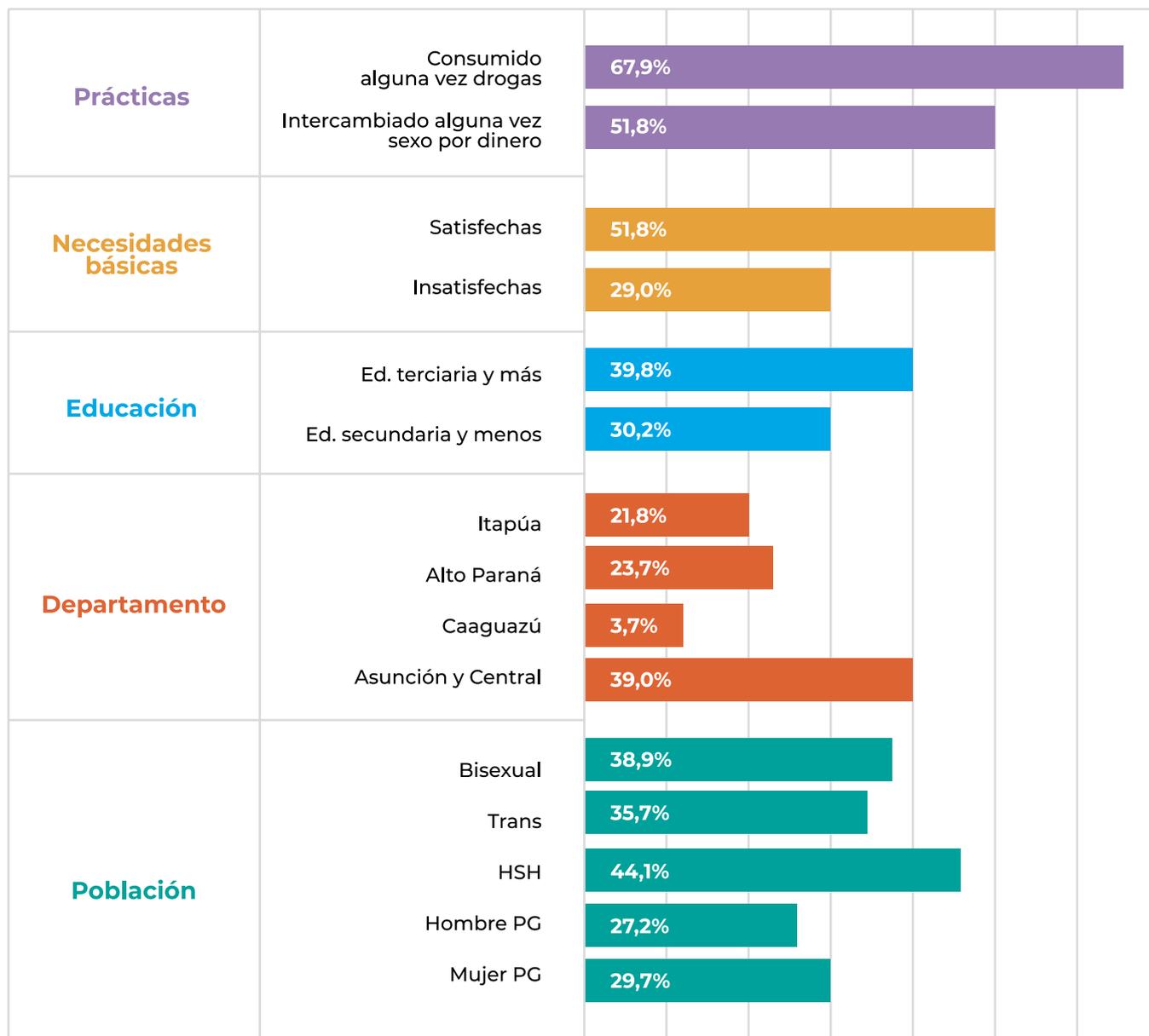


En general, 3 de cada 10 PVV han experimentado al menos alguna de las situaciones de estigma externo planteadas en el cuestionario 2.0, en el último año.

Entre las diferentes situaciones de estigma externo exploradas, las que implican mayor frecuencia han sido situaciones relacionadas con “comentarios discriminatorios” en el ámbito familiar (22,8%) y en el ámbito fuera de la familia (19,6%), así como exclusión de actividades familiares (8,9%).

En cuanto a situaciones de discriminación en el ámbito laboral, solo el 4.4% han reportado estigma en este escenario.

Gráfico 20 - Estigma Externo segun factores seleccionados (N=958)



Población: La prevalencia de estigma externo en las poblaciones se encuentran entre el 27,7% en los hombres de la PG, siendo la más baja y el 44,1% en los HSH siendo ésta la más elevada de todas las poblaciones descritas.

Departamento: En relación a los departamentos, es en Asunción y Central donde se observa mayor proporción de estigma externo (39%) y en Caaguazú en donde el valor es el menor de todos los departamentos analizados (3,7%)

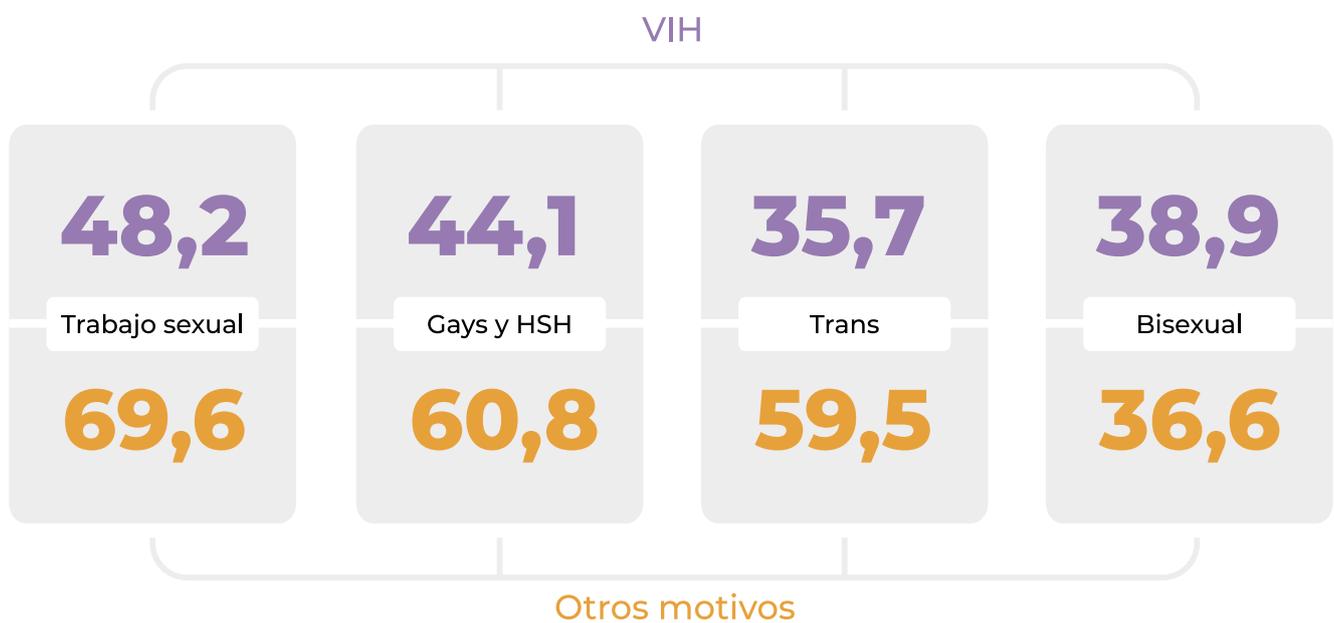
Edad: En cuanto a la edad, las PVV con mayor prevalencia de este tipo de estigma son las de 30 a 39 años con un 36,6% y este porcentaje va disminuyendo cuando aumenta la edad.

Educación: Tener educación terciaria y más implica mayor proporción para este tipo de estigma, con un 39,8%.

Necesidades Básicas: Tener necesidades básicas satisfechas claramente muestra mayor proporción de estigma externo, con un 51,8%.

Prácticas: En relación al tipo de prácticas, las PVV que consumen drogas muestran una elevada proporción de estigma externo (67,9%), la más elevada entre todas las poblaciones, seguido de las PVV que han intercambiado sexo por dinero, el cual muestra una proporción de 51,8%.

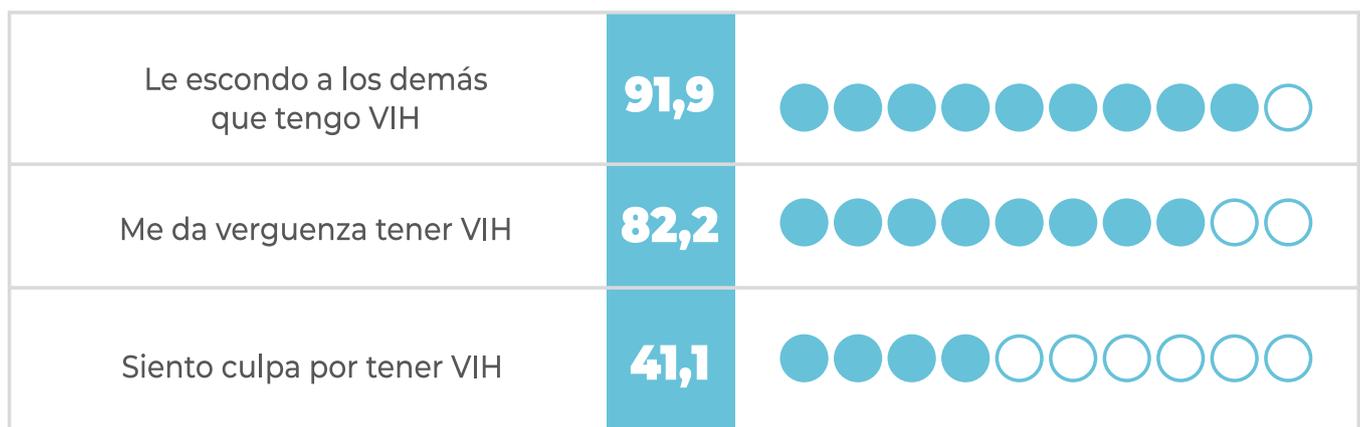
Gráfico 21 - Estigma y discriminación combinado, por VIH y otros motivos (identidad de género, orientación y/o trabajo sexual)



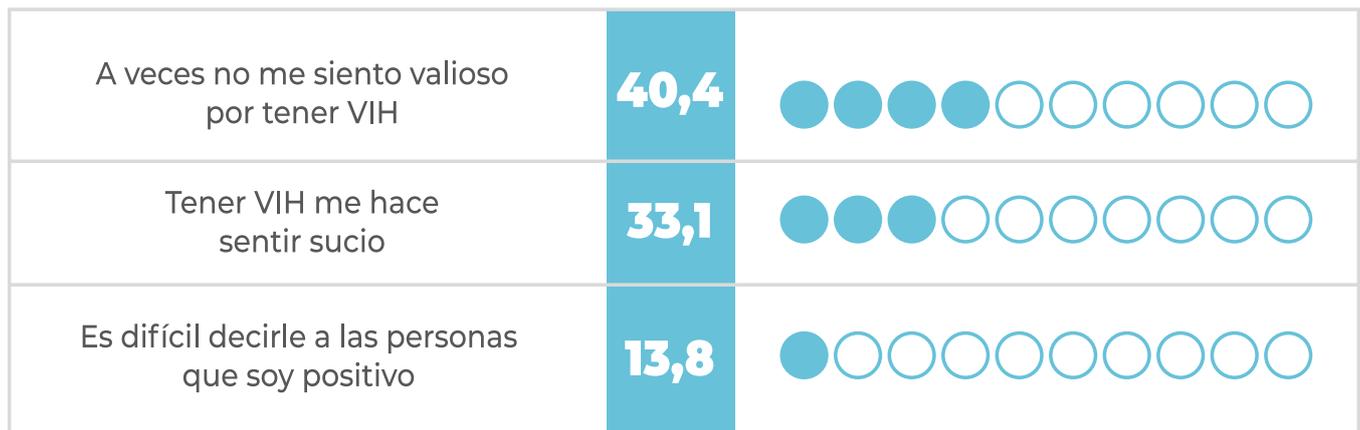
9.3.2 Estigma Interno

Se exploró el impacto del VIH en la salud mental y emocional (ideas, creencias, emociones). Estas ideas y creencias desvalorizantes se internalizan y se transforman en emociones negativas hacia uno mismo (culpa, vergüenza, enojo, etc.)

Gráfico 22 - Estigma Interno (N=958)



Estigma Interno (N=958)

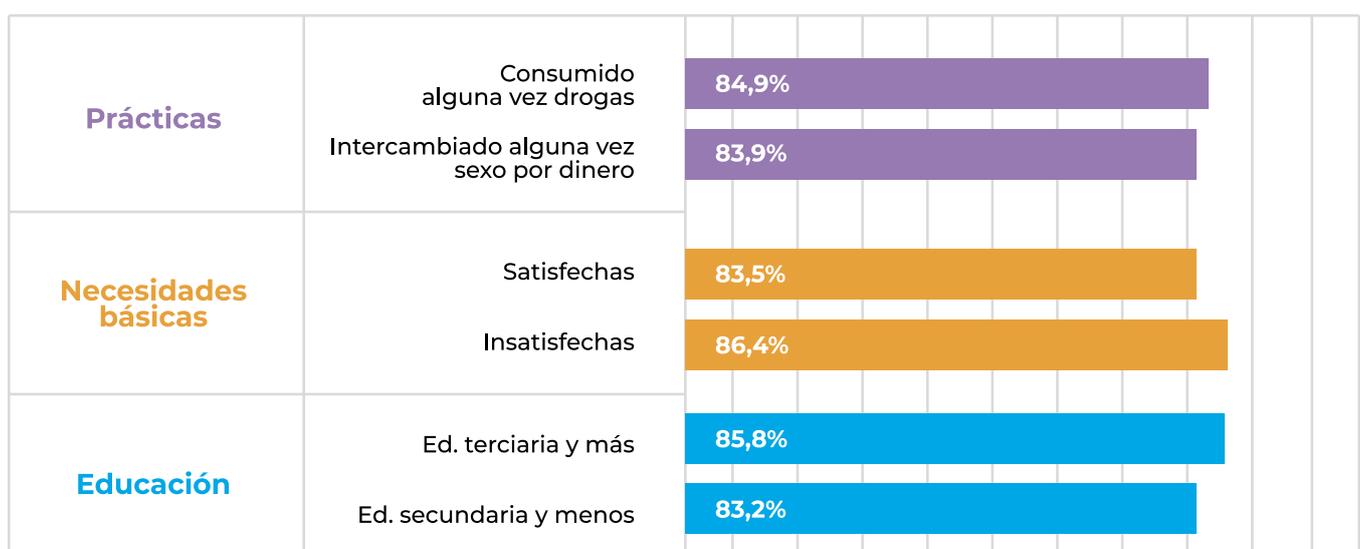


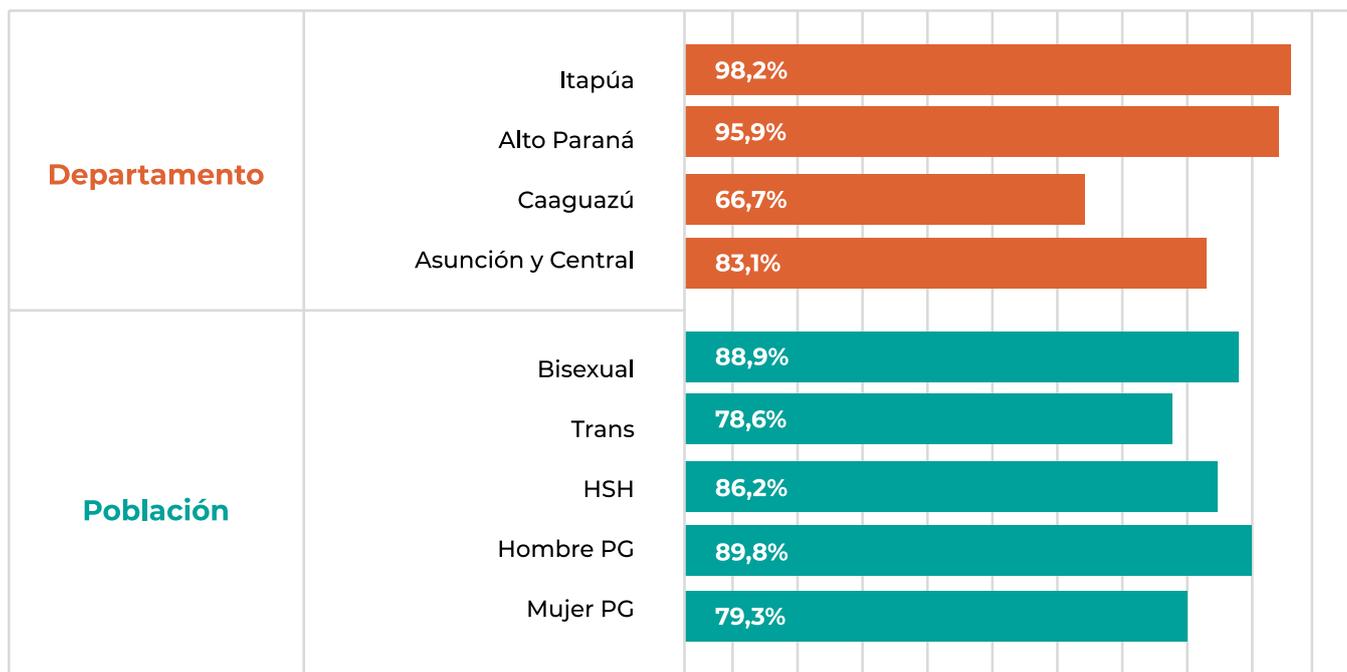
En general, este tipo de estigma es el más prevalente en las PVV, reportándose un 84% de situaciones de estigma interno experimentado alguna vez por las PVV encuestadas, lo que significa que 8 de cada 10 PVV experimentan algún pensamiento y emoción negativa en relación al hecho de vivir con el VIH.

El estigma interno que enfrentan las personas viviendo con VIH se ve reflejado en los resultados del estudio donde se puede observar una abrumadora mayoría, el 91,9%, oculta su condición (de VIH) a los demás, lo que evidencia el temor a la discriminación y el rechazo. Además, un considerable 82,2% siente vergüenza por su estado serológico, lo que puede llevar a una baja autoestima y aislamiento social.

Asimismo, el 41,1% experimenta sentimientos de culpa relacionados con la adquisición del virus, lo que puede afectar negativamente su bienestar emocional. Por último, el 40,4% reporta sentimientos de desvalorización, lo que indica que muchos individuos se ven afectados por una percepción negativa de sí mismos debido a la carga del estigma.

Gráfico 23 - Estigma Interno según factores seleccionados (N=958)





Población: La prevalencia de estigma interno en las poblaciones se encuentran entre el 89,8% en los hombres de la PG, siendo la más alta y el 86,2% en los HSH seguido de la población trans con un 78,6% y las mujeres CIS (PG) 79,3%

Departamento: En relación a los departamentos, es en Itapúa donde se observa mayor proporción de estigma externo (98,2%), seguido de Alto Paraná (95,9%), Asunción y Central (83,1%) y en Caaguazú (66,7%) en donde el valor es el menor de todos los departamentos analizados.

Edad: En cuanto a la edad, las PVV con mayor prevalencia de este tipo de estigma son las de 30 a 39 años con un 84,9%, este porcentaje no varía porcentualmente en los demás.

Educación: En cuanto a educación se observa un porcentaje de estigma interno (85,8%) en PVV con nivel de formación terciaria y más frente a un 83,2% en PVV cuya formación abarcó el nivel secundario. Necesidades Básicas: Las PVV cuyas necesidades básicas insatisfechas se hicieron más frecuente presentan un 86,4% frente al 83,5% en necesidades satisfechas

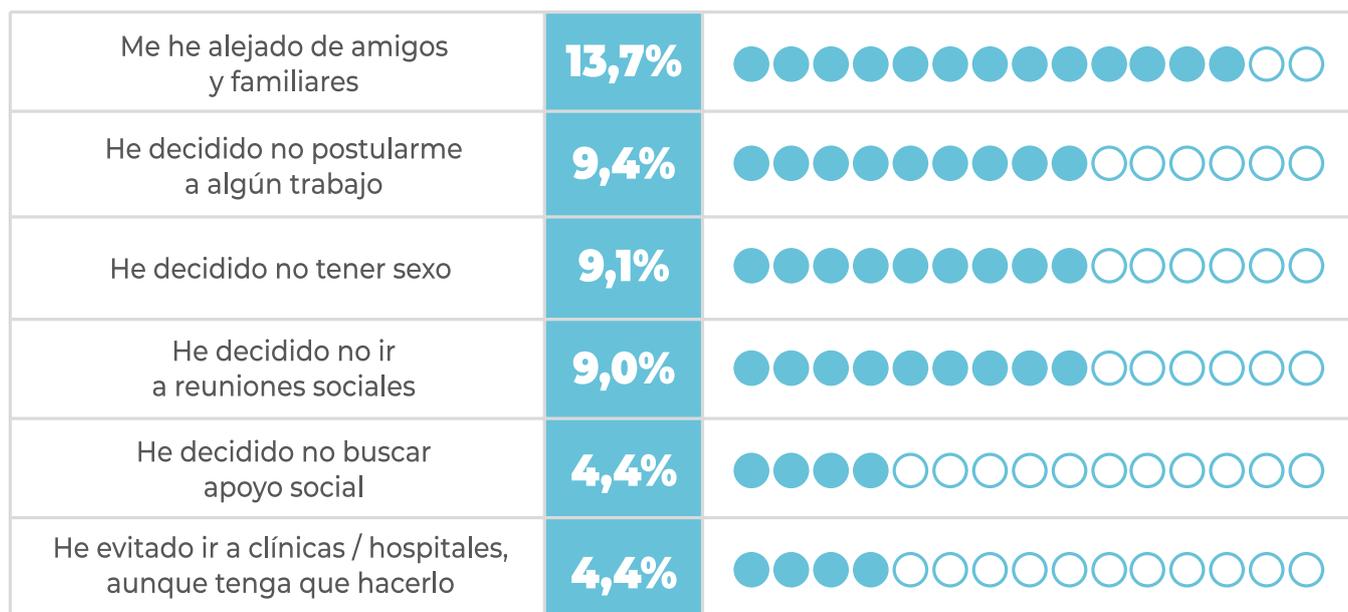
Prácticas: En relación al tipo de prácticas, las PVV que afirman haber consumido alguna vez algún tipo de drogas muestran una elevada proporción de estigma interno (84,9%), seguido de las PVV que han intercambiado sexo por dinero, el cual muestra una proporción de 83,9%

9.3.3 - estigma anticipado (Autoexclusión)

El estigma anticipado o conductas de autoexclusión se refiere a actividades que la persona ha dejado de realizar, o planes de futuro que se ha abandonado a causa de su diagnóstico.

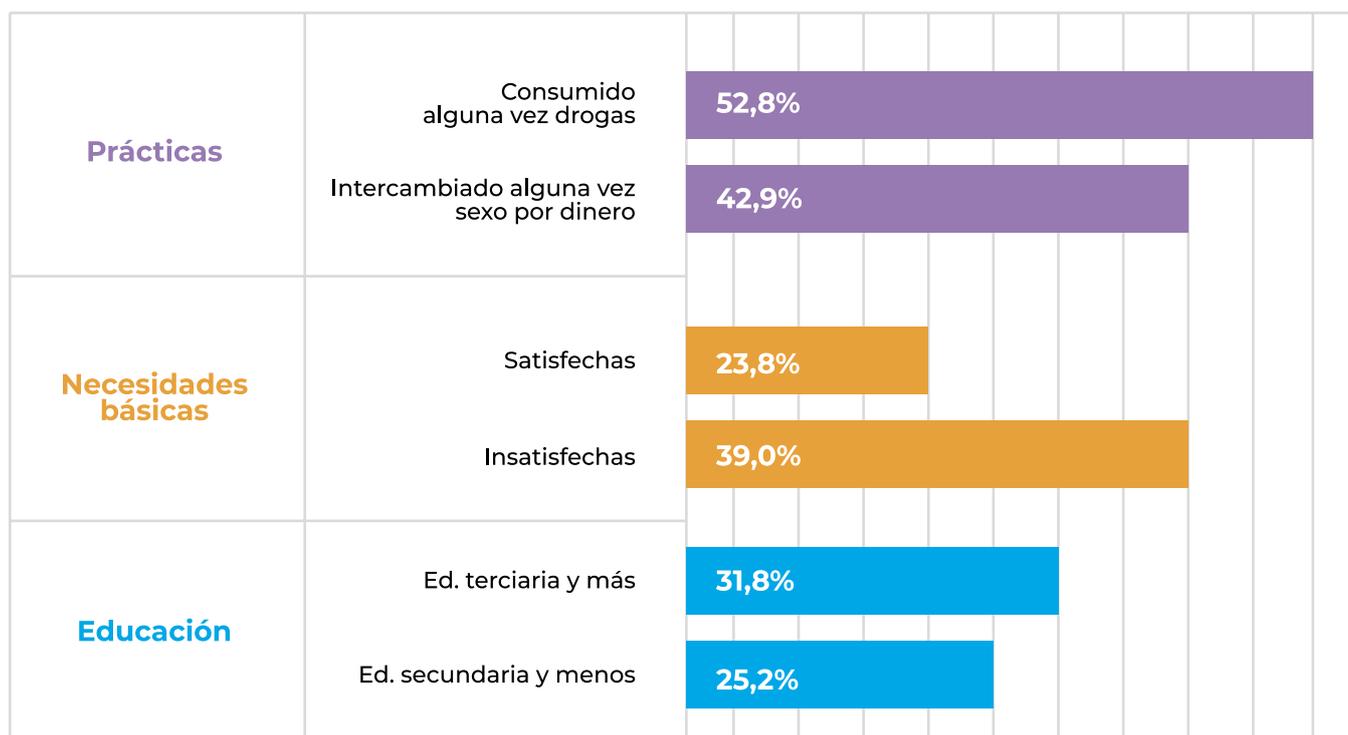
En general, el 28% de las PVV reportaron alguna situación de autoexclusión a partir del diagnóstico por VIH.

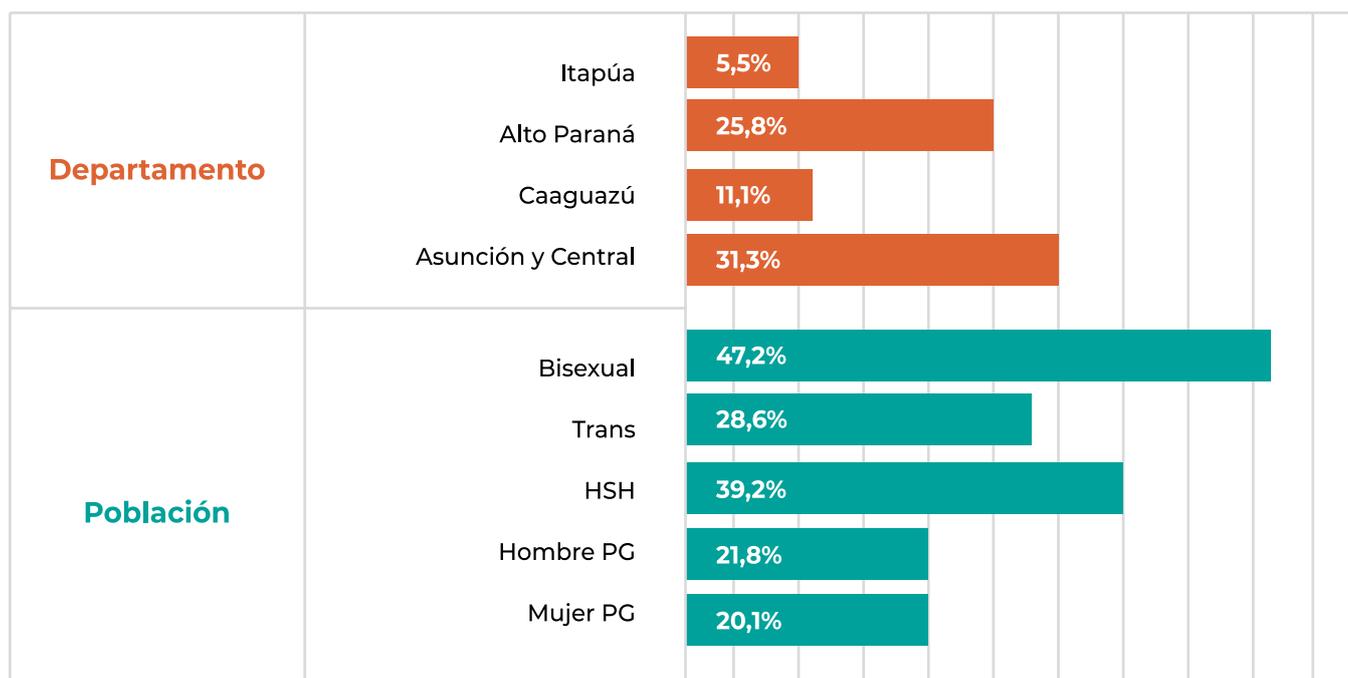
Gráfico 24 - Situaciones de autoexclusión (N=958)



Con respecto al estigma anticipado o autoexclusión que enfrentan las personas con VIH. Los resultados revelan que, 13,7% ha optado por alejarse de sus amigos y/o familiares debido al temor al rechazo y a la discriminación que podría surgir por revelar su condición serológica. Asimismo, un 9,4% ha decidido no postularse a trabajos por el temor a la discriminación laboral. Otro 9% ha dejado de asistir a reuniones sociales ocasionales para evitar situaciones incómodas o desagradables relacionadas con su estado de salud. Además, un 4,4% ha evitado ir a clínicas u hospitales, a pesar de tener la necesidad de hacerlo, debido a la preocupación de ser estigmatizado o juzgado. Estos datos reflejan la necesidad de crear conciencia y trabajar en la erradicación del estigma asociado al VIH para promover la inclusión, el apoyo y el acceso a servicios de salud adecuados para todas las personas con VIH.

Gráfico 25 - Estigma Anticipado o Situaciones de Autoexclusión según factores seleccionados (N=958)





Población: Las situaciones de autoexclusión con respecto a las poblaciones un mayor porcentaje se observó en la población de bisexuales (47,2%), seguido de los HSH con 39,2% y personas trans con un 28,6% en cuanto a la población general, hombres y mujeres (CIS) representan un 21,8% y 20,1% respectivamente.

Departamento: Las personas con VIH de Asunción y Central mostraron mayor porcentaje de autoexclusión (31,2%) seguido de Alto Paraná con 25,8%, siendo el Departamento de Itapúa con 5,5% el menor.

Edad: Los más jóvenes (18 a 29 años) han experimentado un mayor porcentaje 35,4% de estigma anticipado y adultos entre los 40 y 50 años y más, un menor porcentaje entre 22,5% y 19,5% respectivamente.

Educación: Tener educación terciaria y más implica como en las demás situaciones una mayor proporción para este tipo de estigma, con un 31,8%

Necesidades Básicas: Tener necesidades básicas insatisfechas claramente muestra mayor proporción de estigma anticipado, con un 39%.

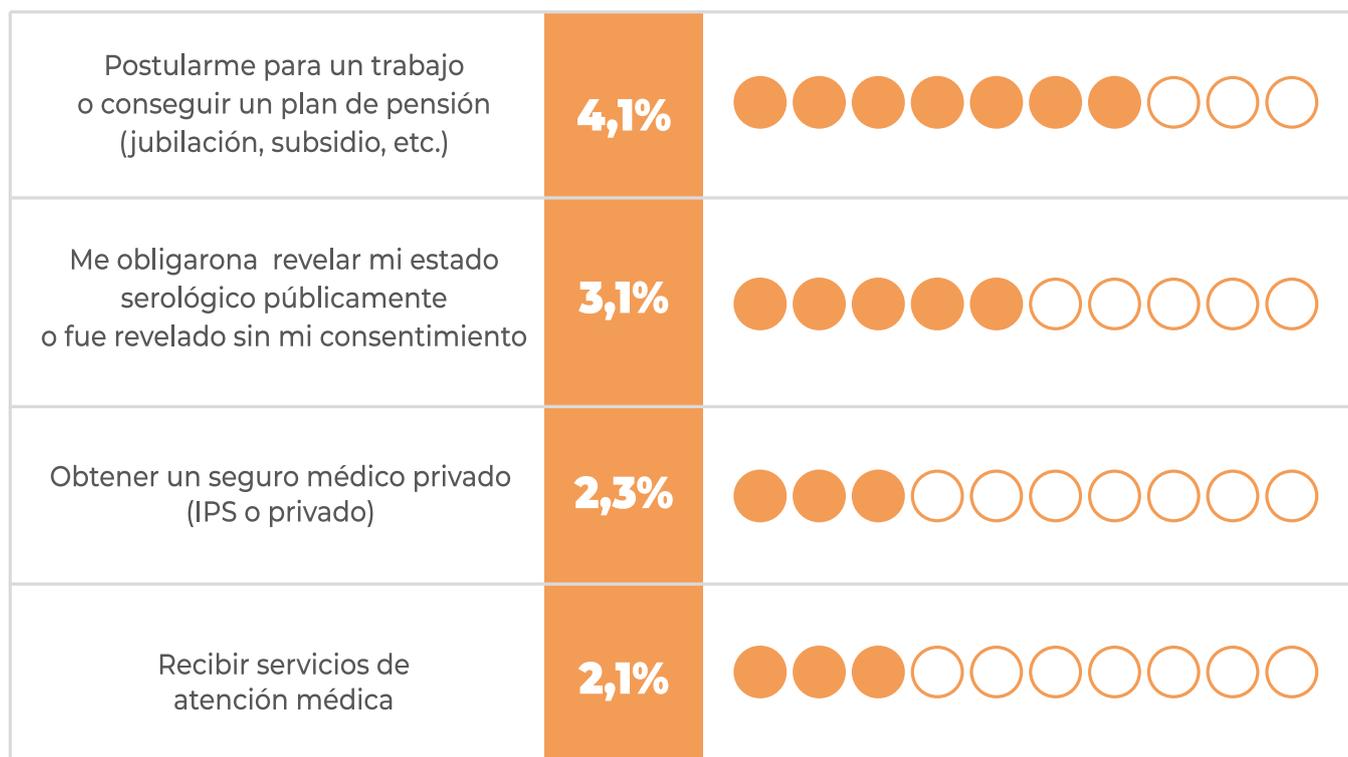
Prácticas: Un 52,8% de las personas con VIH que consumen drogas experimentan mayores situaciones de autoexclusión frente a un 42,9% quienes manifestaron haber intercambiado sexo por dinero.

9.4 - Vulneración de DDHH

Se exploró las diferentes violaciones a los DDHH de las personas con VIH en diferentes ámbitos: acceso a la salud, trabajo, vivienda, justicia, etc. Estas violaciones de los DDHH se plantearon básicamente bajo dos situaciones específicas, por un lado, situaciones donde se condicionaba el acceso a un derecho o beneficio con la realización del test del VIH y por otro, situaciones donde el estado serológico fue revelado sin el consentimiento del mismo.

En general, el 12% de las PVV encuestas han manifestado que alguna vez han experimentado alguna vulneración de sus DDHH de acuerdo a las situaciones expuestas en el cuestionario 2.0.

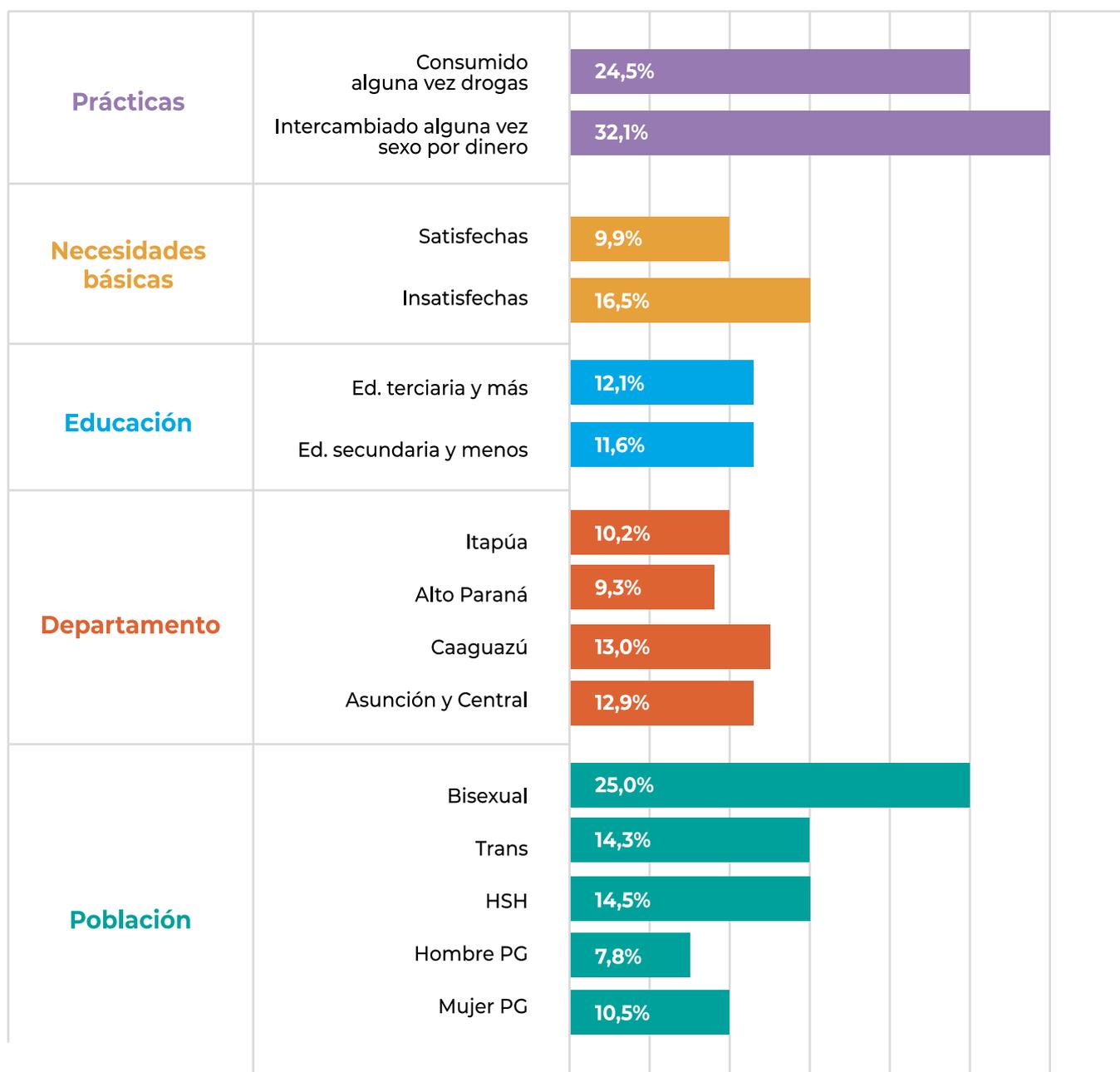
Gráfico 26 - Situaciones para las cuales han solicitado un test de VIH (N=958)



El Estudio INDEX pone de manifiesto diversas violaciones a los DDHH que enfrentan las personas con VIH en diferentes ámbitos. En el ámbito laboral, un 4,1% de personas con VIH ha experimentado la obligación de someterse a pruebas de VIH para postularse a un trabajo o acceder a planes de pensión y subsidios, lo que claramente atenta contra su privacidad y dignidad. Además, un 3,1% ha sido forzado a revelar públicamente su estado serológico o ha sido expuesto sin su consentimiento, lo que viola su derecho a la confidencialidad y puede conducir a estigmatización y discriminación. En el contexto del acceso a la salud, un 2,3% ha tenido dificultades para obtener seguros médicos privados o del IPS¹⁹, lo que limita su acceso a la atención médica necesaria. Estas violaciones a los derechos humanos son alarmantes y subrayan la urgente necesidad de promover la concienciación, la igualdad y la no discriminación para garantizar que todas las personas con VIH gocen de sus derechos fundamentales en todos los ámbitos de la vida.

¹⁹: Instituto de Previsión Social (IPS) es un sistema de seguro a las personas con trabajos formales y que cotizan en Paraguay.

Gráfico 27 - Vulneración de DDHH según factores seleccionados (N=958)



Población: Nuevamente estos escenarios de discriminación y vulneración de DDHH se vieron en mayor porcentaje en la población Bisexual (25%), seguido de la población HSH (14,5%), población de personas trans (14,3) y población de hombres y mujeres (CIS) 7,8% y 10,5% respectivamente.

Departamento: En cuanto las personas con VIH que residen en los departamentos, Caaguazú tiene el porcentaje más alto, 13%, seguido de Asunción y Central con 12,9%, Itapúa y Alto Paraná con 10,2% y 9,3% respectivamente.

Edad: Las personas con VIH cuyas edades comprenden entre 18 a 29 años han experimentado un mayor porcentaje de vulneración de derechos, (15,6%), seguidos de adultos de 30 a 39 años. (10,4%), 11% entre 40 a 49 años y finalmente, 50 años y más, 9,4%

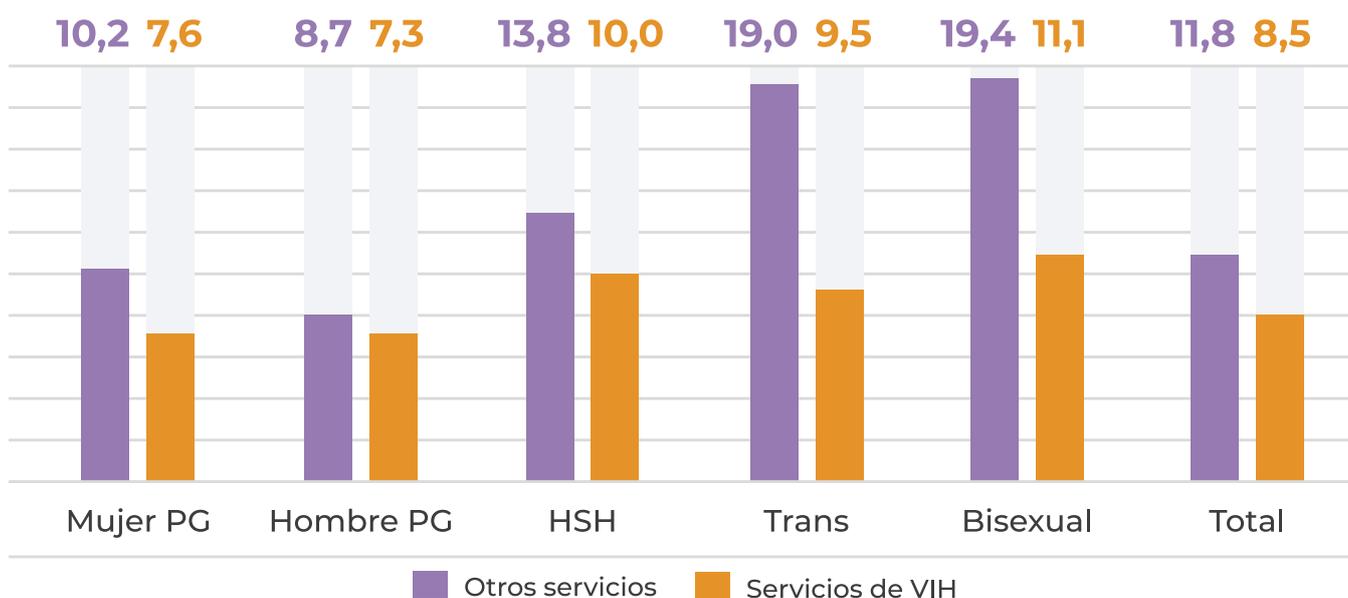
Educación: Educación terciaria y más 12,1% y educación secundaria y menos 11,6%

Necesidades Básicas: Tener necesidades básicas insatisfechas proporciona una mayor exposición a las situaciones mencionadas en el indicador, 16,5% frente a 9,9% de las personas con VIH cuyas necesidades básicas son satisfechas.

Prácticas: 32,1% de las personas con VIH quienes manifestaron haber intercambiado sexo por dinero se vieron expuestos a situaciones de violación de DDHH y un 24,5% de personas con VIH consumidores de drogas

9.5 - discriminacion en servicios de salud

Gráfico 28 - Discriminación en Servicios de salud, según tipo de servicio (N=958)



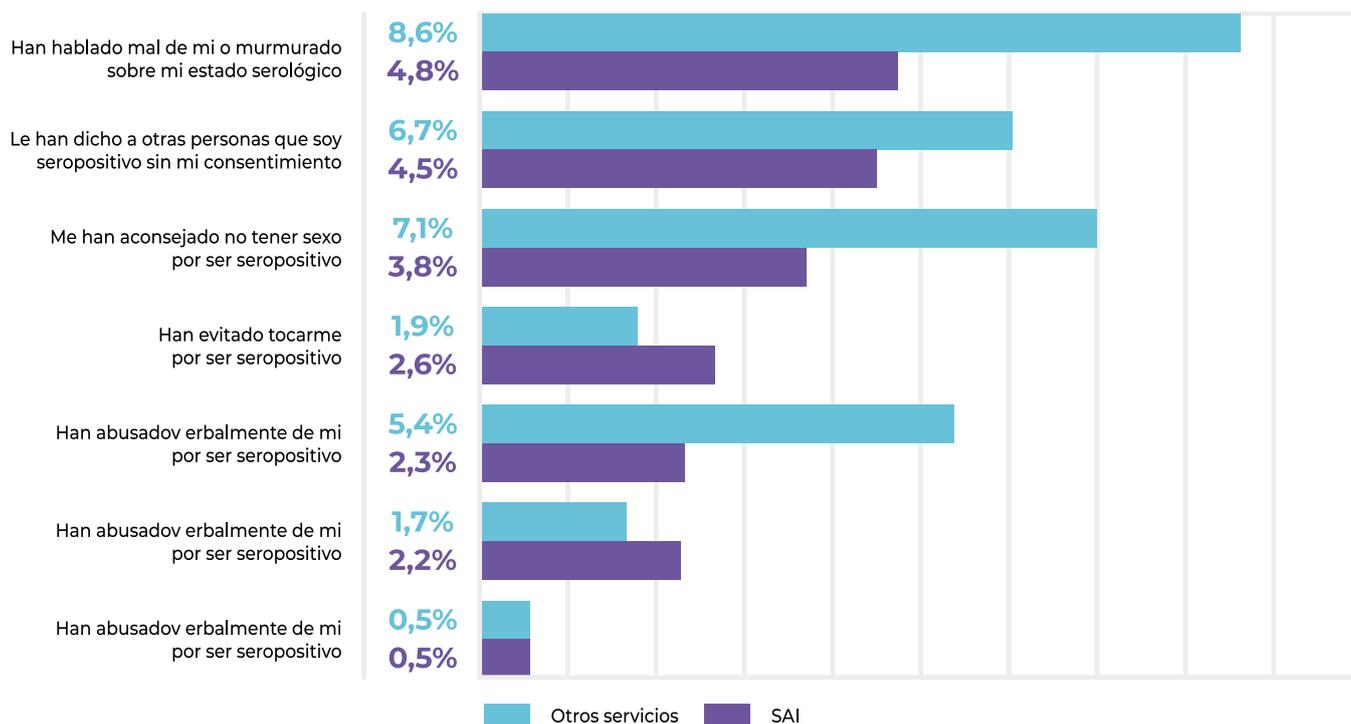
Las personas con VIH enfrentan diversas situaciones de discriminación en los servicios de salud, según los datos revelados.

En general, se observa una diferencia del nivel de estigma y discriminación de acuerdo al tipo de servicio de salud.

En relación a los servicios de salud de VIH (donde las PVV realizan sus tratamientos) la proporción de PVV que han experimentado al menos una situación de discriminación es del 8,5% y en los servicios de salud no relacionados con el VIH, donde las PVV acuden para tratarse otras patologías diferentes del VIH, el porcentaje de se incrementa hasta el 11,8%.

La población bisexual ha experimentado discriminación en los servicios de salud general, independientemente de estar vinculada o no con la atención del VIH, lo que sugiere un trato desigual basado en su orientación sexual. Por otro lado, las personas trans, con un alarmante 19% de casos, se ven afectadas por una doble estigmatización relacionada tanto con el VIH como con su identidad de género, lo que indica una falta de comprensión y sensibilidad por parte del personal de salud. Otras poblaciones, como los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), también enfrentan discriminación, con un 13% en servicios de salud en general y un 7,3% en servicios específicos de atención al VIH (SAI). De igual manera, las mujeres (CIS) manifiestan haber experimentado discriminación en los servicios de salud general (10,2%) frente a un 7,6% en los servicios de atención integral de VIH, igual situación los hombres CIS, 8,7% en otros servicios y un 7,3% en los SAI del PRONASIDA

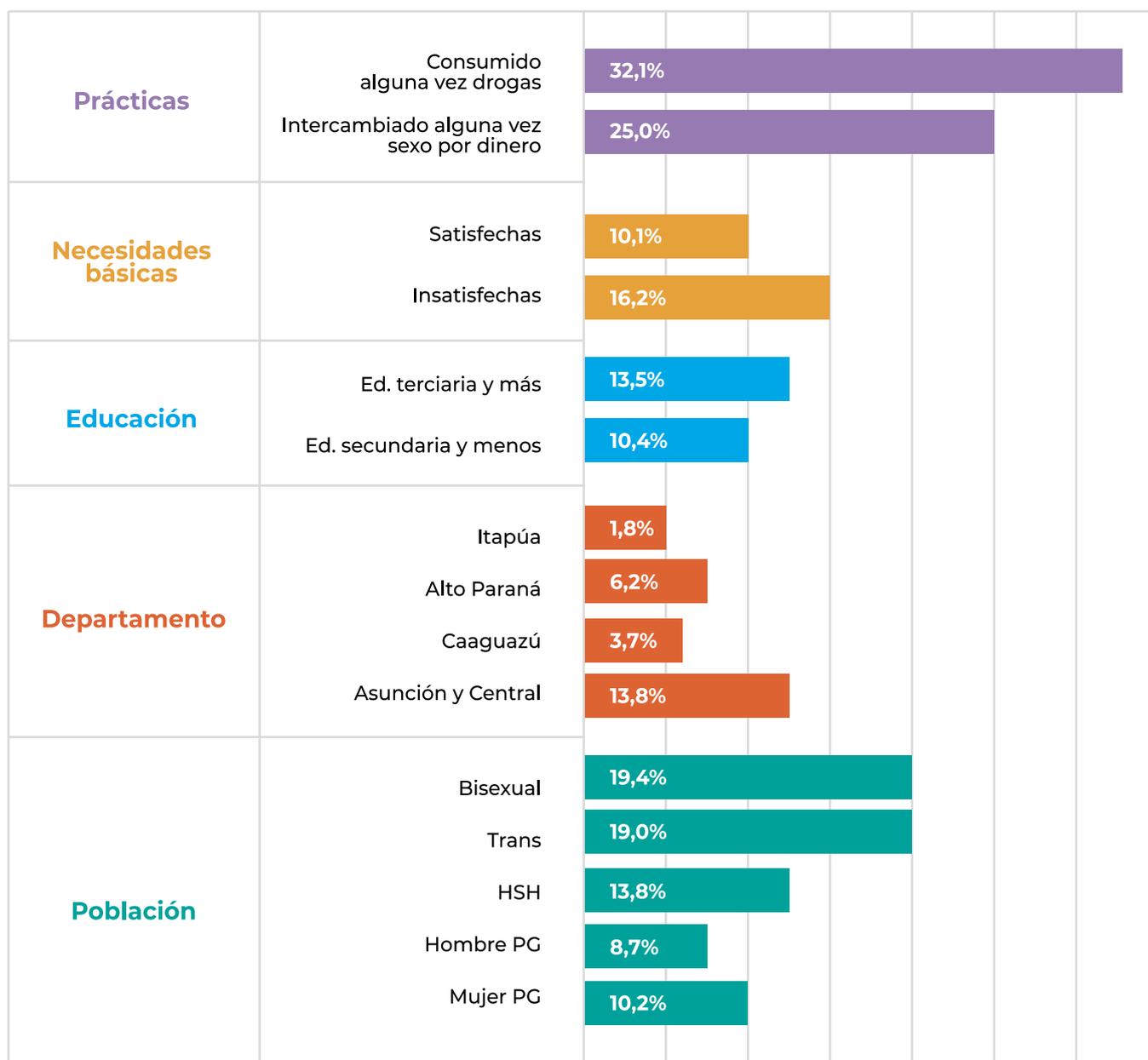
Gráfico 29 - Situaciones de estigma y discriminación en servicios de Salud (N=958)



Al analizar por situaciones y por tipo de servicios, se observa que, en casi todas las situaciones, la proporción de estigma y discriminación es mayor en los otros servicios de salud diferentes del VIH en comparación con los servicios de VIH, que en Paraguay se denomina como SAI (Servicio de Atención Integral).

La situación con mayor porcentaje es el hecho de murmurar sobre el estado serológico, donde el 4,8% se ha producido en los SAIs y el 8,6% en otros servicios de salud, seguido de la situación de que otras personas revelaran el estado serológico sin el consentimiento de las PVV, hecho que ha reportado el 4,5% en los SAIs y el 6,7% en otros servicios de salud.

Gráfico 30 - Estigma y discriminación en servicios de salud de VIH por factores seleccionados (N=958)



Población: Nuevamente estos escenarios de discriminación se vieron en mayor porcentaje en la población Bisexual (19,4%), seguido de la población trans (19,0%), población de HSH (13,8%) y población de hombres y mujeres (CIS) 8,7% y 10,2% respectivamente.

Departamento: En cuanto las personas con VIH que residen en Asunción y Central 13,8% experimentaron las diversas situaciones, seguido de Alto Paraná 6,2%, Caaguazú 3,7% e Itapúa 1,8%

Edad: Las edades entre 18 a 29 años han experimentado un mayor porcentaje de vulneración, (13,6%), seguidos de adultos de 30 a 39 años. (12,1%), 10% entre 40 a 49 años y finalmente, 50 años y más 10,2%

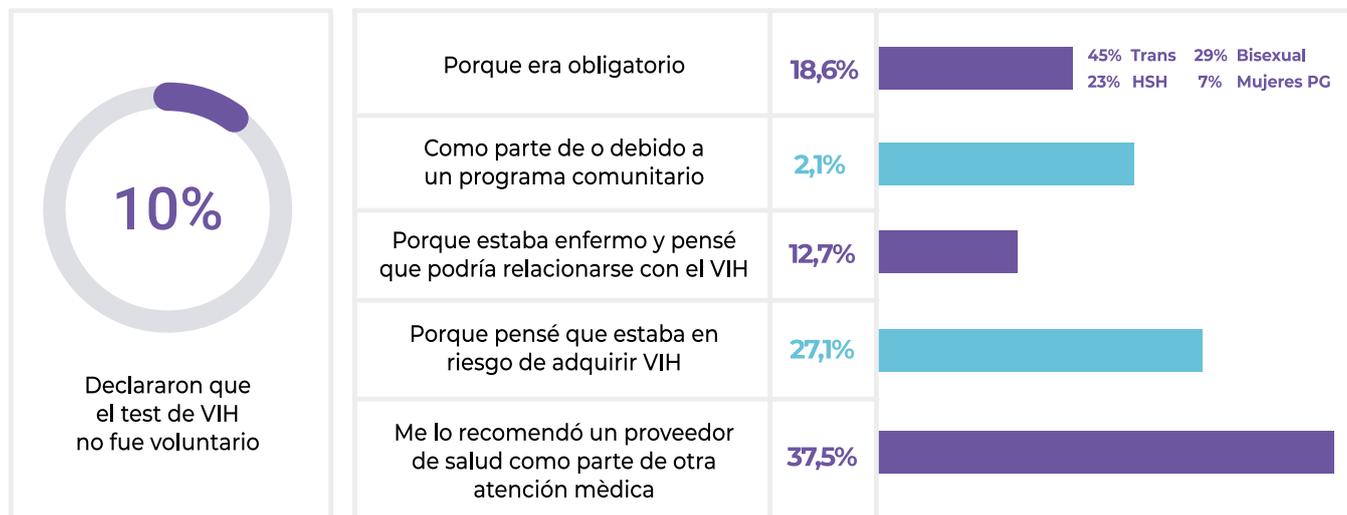
Educación: Educación terciaria y más 13,5% y educación secundaria y menos 10,4%

Necesidades Básicas: Las personas con VIH cuyas situaciones expuestas se ven reflejadas en que, un 16,2% mantuvo sus necesidades básicas insatisfechas contrario al 10,1% con necesidades básicas satisfechas.

Prácticas: 32,1% de las personas con VIH quienes manifestaron ser consumidores de drogas fueron expuestas a situaciones mencionadas frente a 25% quienes intercambiaron sexo por dinero

9.6 - Diagnostico y tratamiento

Figura 4 - Voluntariedad del Test de VIH y razones para su realización

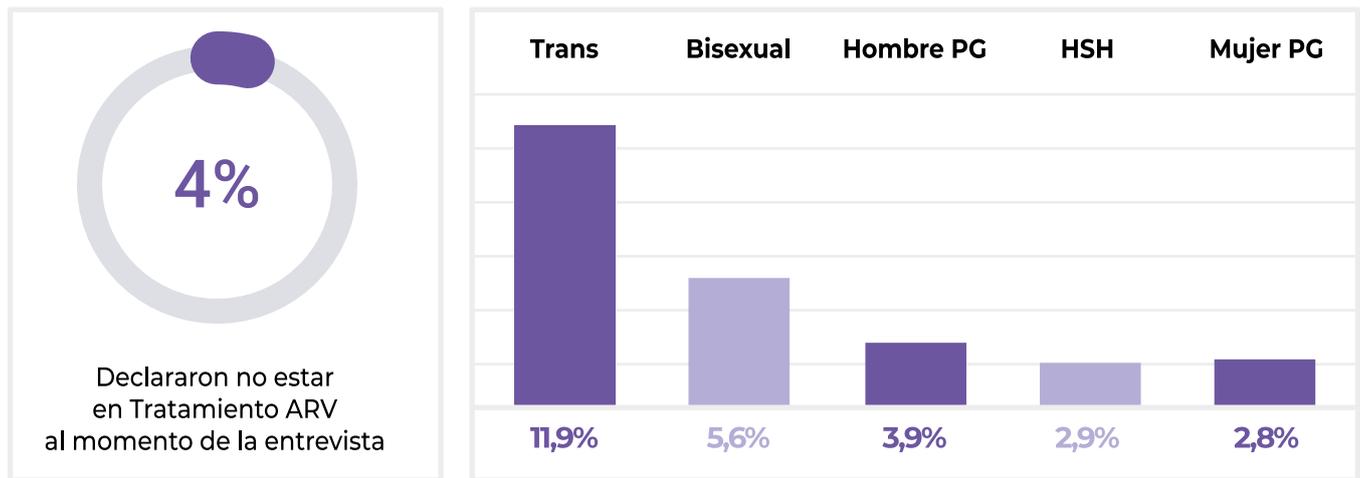


Con relación al diagnóstico y tratamiento se revela preocupantes situaciones. Un aspecto alarmante es que un 18,5% de las personas con VIH informaron que el test de detección del VIH fue obligatorio, lo que indica una violación de su derecho a la autonomía y la toma de decisiones informadas sobre su salud. La obligatoriedad del test puede conducir a una mayor estigmatización y discriminación, y puede disuadir a las personas de buscar atención médica. Entre las poblaciones que más reportaron que fueron coaccionados a realizarse el test de VIH se encuentran las personas trans (45%), los bisexuales (29%) y los HSH (23%), Por otro lado, las que menos han reportado coacción han sido las mujeres cis de la PG (7%)

Además, este hallazgo sugiere la necesidad de abordar la falta de confidencialidad y privacidad en los servicios de salud, y enfatiza la importancia de promover un enfoque basado en los derechos humanos en el diagnóstico y tratamiento del VIH, respetando la voluntad y la dignidad de las personas afectadas por esta condición mencionadas en la Ley 3940/09.

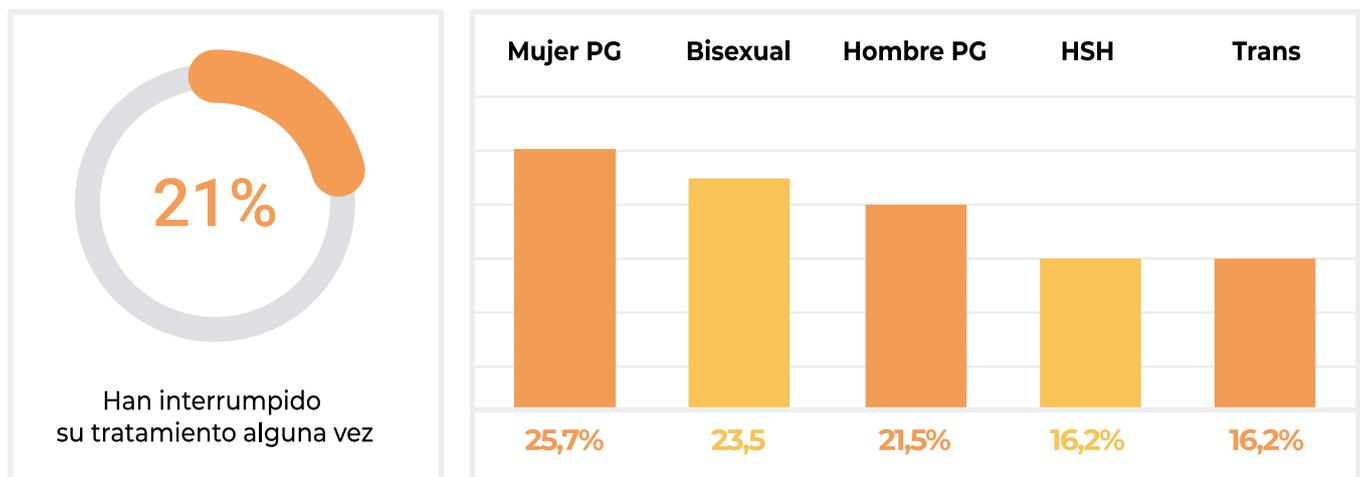
Adicional a esta información, 37,5% refirieron que el test de VIH fue recomendado por un proveedor de salud como parte de la atención medica requerida en ese momento, 27% de las PVV se realizó debido a que suponía haber estado en riesgo de contraer el virus, 12,7% porque estaba enfermo y que este guardaba relación con el VIH y un 2,1% accedió al test como parte de un programa comunitario.

Figura 5 - Seguimiento del TARV y razones no de no estar en tratamiento actualmente



Se destaca situaciones preocupantes en cuanto a la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) para las personas viviendo con VIH (PVV). En el momento de la aplicación del estudio, un 4% de las PVV entrevistadas (N=35) manifestaron no estar recibiendo TARV. Entre estos casos, se observa una disparidad en el acceso al tratamiento según la identidad de género y orientación sexual. El 11,9% de la población trans estaban en abandono, el 5,6% de las personas bisexuales, el 3,9% de los hombres cisgénero de la PG, el 2,9% de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y el 2,8% de las mujeres cisgénero de la PG, no estaban recibiendo el tratamiento necesario. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica y el tratamiento para todas las personas con VIH, asegurando que reciban el TARV adecuado, independientemente de su identidad de género u orientación sexual, para mejorar la calidad de vida y reducir la transmisión del virus. Otro aspecto importante es la salud mental y como vimos anteriormente ir trabajando el estigma anticipado o auto-exclusión.

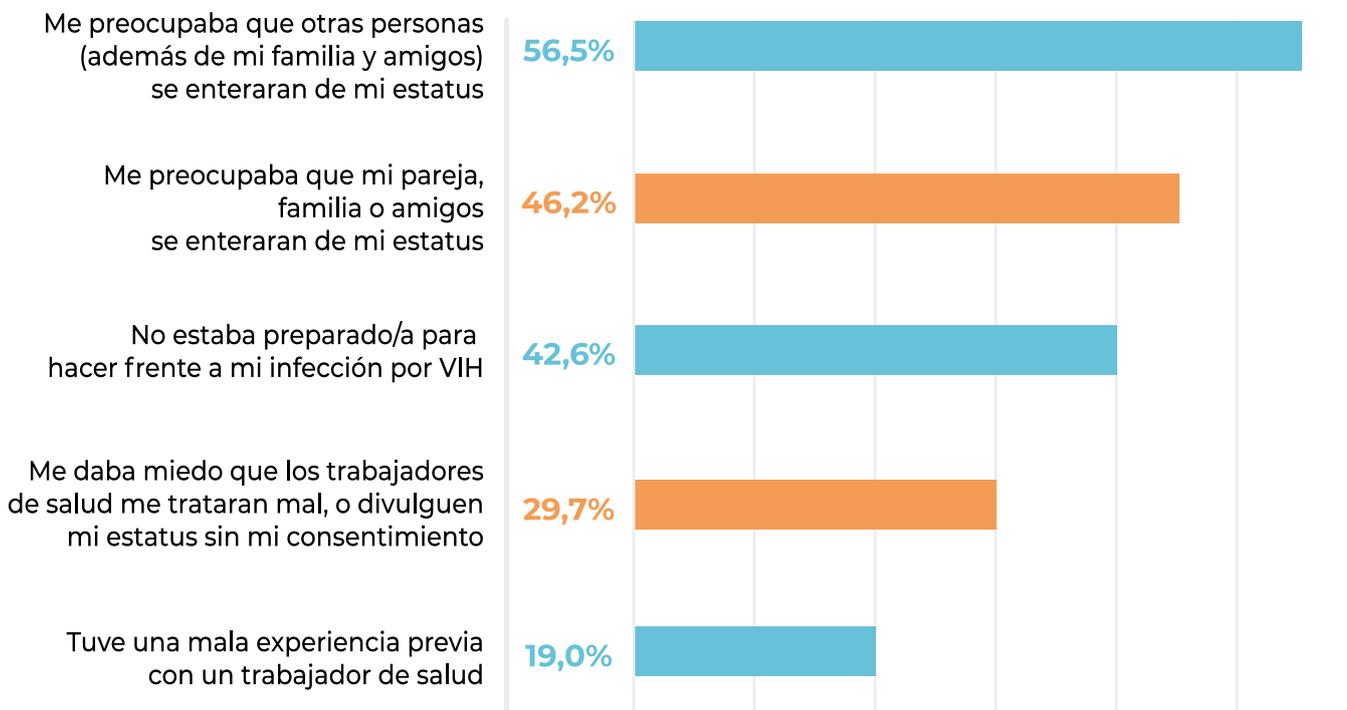
Figura 6 - Interrupción delo tratamiento según tipo de poblaci6ns



En este apartado se muestra que el 21% de las personas con VIH entrevistadas han experimentado interrupciones en su tratamiento antirretroviral debido a diversas cuestiones relacionadas con estigma interno, violencia o discriminaci6n en servicios de salud. Dentro de este grupo, se observan diferencias seg6n la identidad de g6nero y orientaci6n sexual. Un preocupante 25,7% de mujeres de la poblaci6n general (PG) o cisgénero, el 23,5% de personas bisexuales, el 21,7% de hombres cisgénero de la PG, el 16,2% de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y el 16,2% de personas trans han experi-

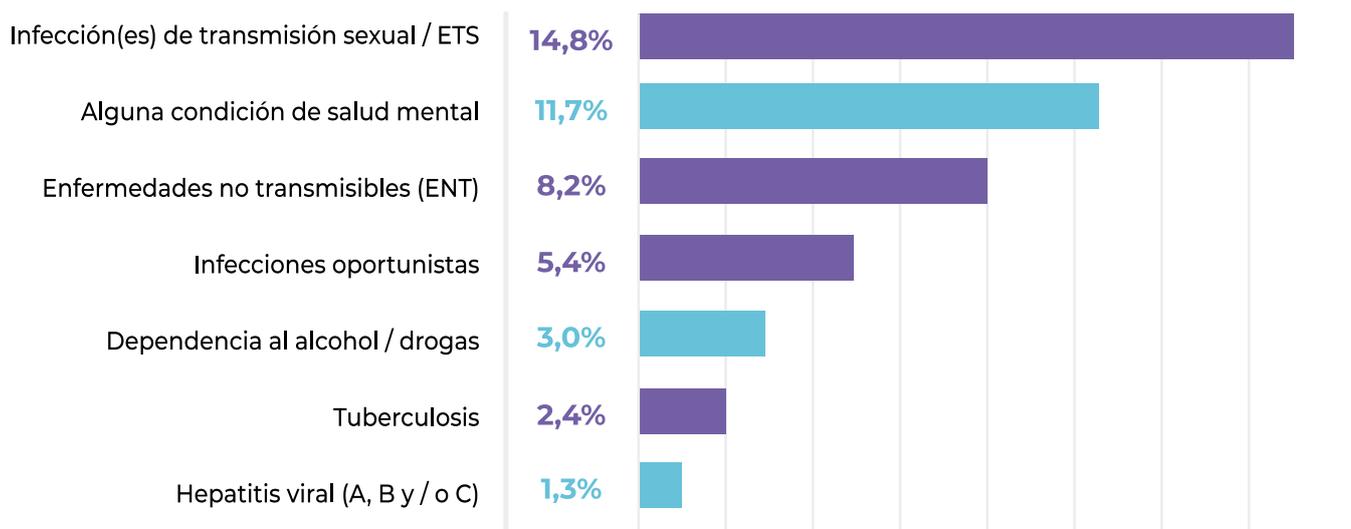
mentado estas interrupciones. Estos datos evidencian la urgente necesidad de abordar el estigma y la discriminación en los servicios de salud, garantizar el acceso ininterrumpido al tratamiento para todas las personas con VIH y promover un enfoque inclusivo y libre de prejuicios en la atención médica para mejorar la salud y el bienestar de las personas afectadas por esta condición.

Gráfico 31 - Situaciones que me hicieron dudar el inicio del tratamiento (n=195)



Se puede observar diversas situaciones por las cuales las personas con VIH entrevistadas dudaron sobre el inicio de la terapia antirretroviral. El 56,5% de los participantes se preocupaba por la posibilidad de que otras personas conocieran su estado serológico, lo que refleja el temor al estigma y la discriminación. Además, el 46,2% tenía inquietudes sobre que su pareja, familia o amigos supieran que eran VIH positivos, lo que destaca la importancia de la privacidad y la confidencialidad en el manejo de la infección. Un 42,6% no se sentía preparado para enfrentar la infección, lo que sugiere la necesidad de brindar apoyo emocional y educación sobre el VIH. Asimismo, el 29,7% temía ser maltratado o que se divulgara su estado serológico por parte del personal de salud, lo que señala la importancia de promover un ambiente seguro y respetuoso en los servicios médicos. Finalmente, un 19% había tenido una mala experiencia previa con un trabajador de la salud, lo que subraya la necesidad de mejorar la calidad de la atención y la sensibilización del personal en el tratamiento de personas con VIH.

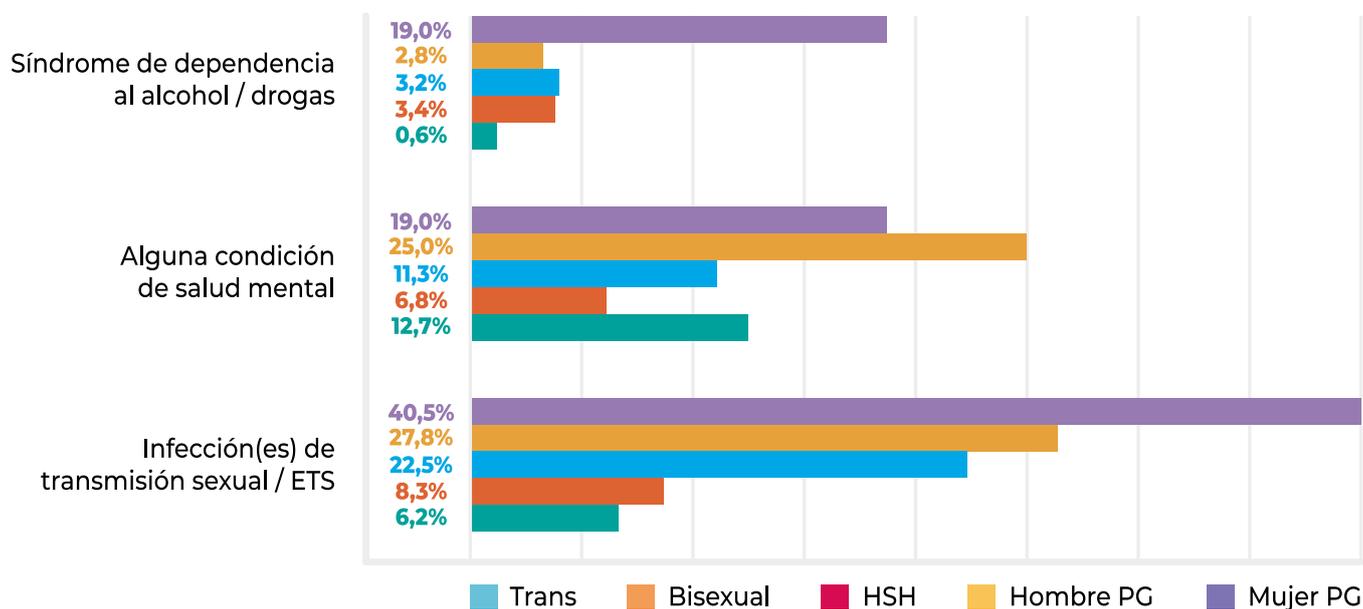
Gráfico 32 - Comorbilidades. Condiciones de salud diagnosticadas en el último año (N=958)



Las PVV no solo tienen VIH como única condición de salud, también experimentan diferentes patologías que en su conjunto configuran lo que llamamos comorbilidad.

Se ha identificado una serie de comorbilidades en las personas con VIH entrevistadas. Los datos muestran que el 14,8% de las personas con VIH presentaron o cursaron alguna infección de transmisión sexual, lo que resalta la importancia de la prevención y el manejo adecuado de estas infecciones en esta población. Además, el 11,7% presentó alguna condición de salud mental, lo que destaca la necesidad de una atención integral para abordar tanto el VIH como las condiciones de salud mental. Un 8,2% presentó cuadros de enfermedades no transmisibles (ENT), lo que subraya la importancia de adoptar enfoques de atención a la salud que consideren tanto el VIH como otras enfermedades crónicas. También, el 5,4% sufrió infecciones oportunistas, lo que pone de relieve la importancia de la vigilancia y el manejo adecuado del sistema inmunitario en las personas con VIH. Otros porcentajes destacados incluyen el 3% que presentó síndrome de dependencia al alcohol o drogas, el 2,4% con tuberculosis y el 1,3% con hepatitis virales (A, B y/o C). Estos hallazgos subrayan la necesidad de una atención integral y multidisciplinaria para abordar las comorbilidades en las personas con VIH y mejorar su calidad de vida.

Gráfico 33 - Comorbilidades por tipo de población (N=958)



Haciendo el cruce de las comorbilidades con el tipo de población encontramos que, la población trans es la que mayor porcentaje de co-infección con ITS presentan seguido de un 19% de alguna condición mental, así como síndrome de dependencia al alcohol /drogas. Otra de las poblaciones es la bisexual con 27,8% en ITS y 25% en salud mental. Seguido de los HSH con 22,5% de infecciones de transmisión sexual y 11,3% de alguna condición de salud mental.

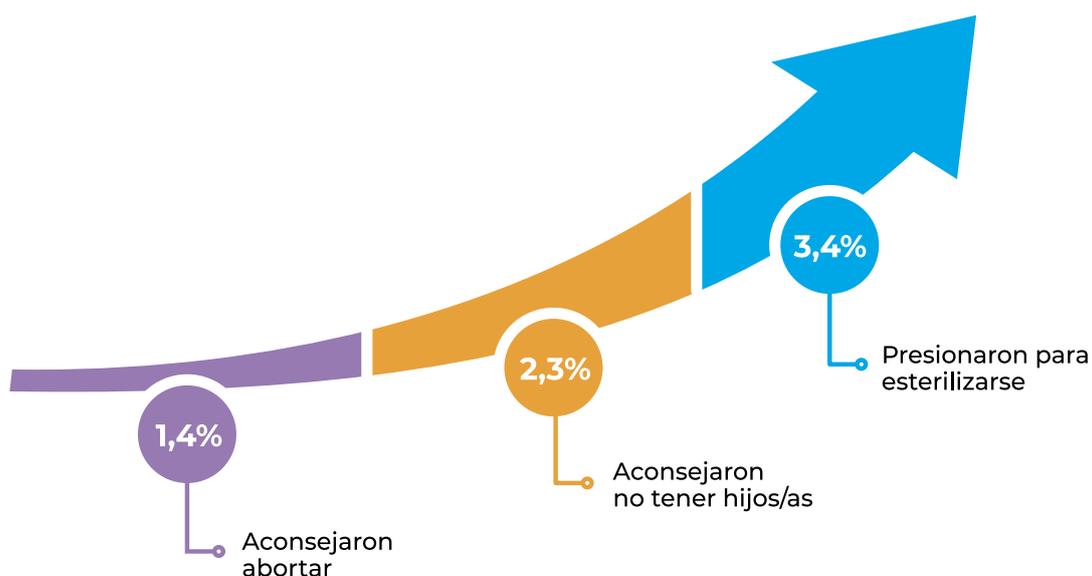
Gráfico 34 - Cree que el historial médico es seguro y se guarda confidencialidad (N=958)



Con respecto a la confidencialidad y la percepción que tiene las personas con VIH sobre el manejo de datos e información llama la atención que, 46% de los entrevistados desconfían del sistema de salud y no cree en la confidencialidad y el resguardo de sus datos personales.

9.7 - Salud sexual y reproductiva en mujeres con VIH

Figura 7 - Situaciones de discriminación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en Mujeres con VIH



El indicador de Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres con VIH, revelado por el estudio, presenta preocupantes resultados. El 1,4% de las mujeres con VIH que cursaban o habían cursado embarazos recibieron el consejo de abortar, lo que pone de manifiesto la necesidad de respetar la autonomía y las decisiones reproductivas de las mujeres con VIH. Además, el 2,3% recibió el consejo de no tener hijos/as, lo que refleja la presión y estigmatización que enfrentan algunas mujeres con VIH respecto a

su capacidad para ser madres. Igualmente, un alarmante 3,4% fue presionada para esterilizarse, lo que constituye una violación de los derechos reproductivos y la autonomía de las mujeres con VIH. Estos datos evidencian la necesidad de mejorar la formación y sensibilización del personal de salud sobre la atención integral y libre de estigma para mujeres con VIH, garantizando el respeto a sus derechos reproductivos y brindando un apoyo adecuado para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

En general, estos resultados ponen en evidencia la discriminación y el estigma que persisten en torno a la maternidad y la sexualidad de las mujeres con VIH. Es esencial abogar por un enfoque basado en los derechos humanos, que empodere a las mujeres con VIH para que tomen decisiones informadas sobre su salud reproductiva, sin temor a la estigmatización o la presión social. Garantizar el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y respetuosos es fundamental para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las mujeres con VIH y asegurar que sus derechos sean plenamente respetados en todas las etapas de su vida.

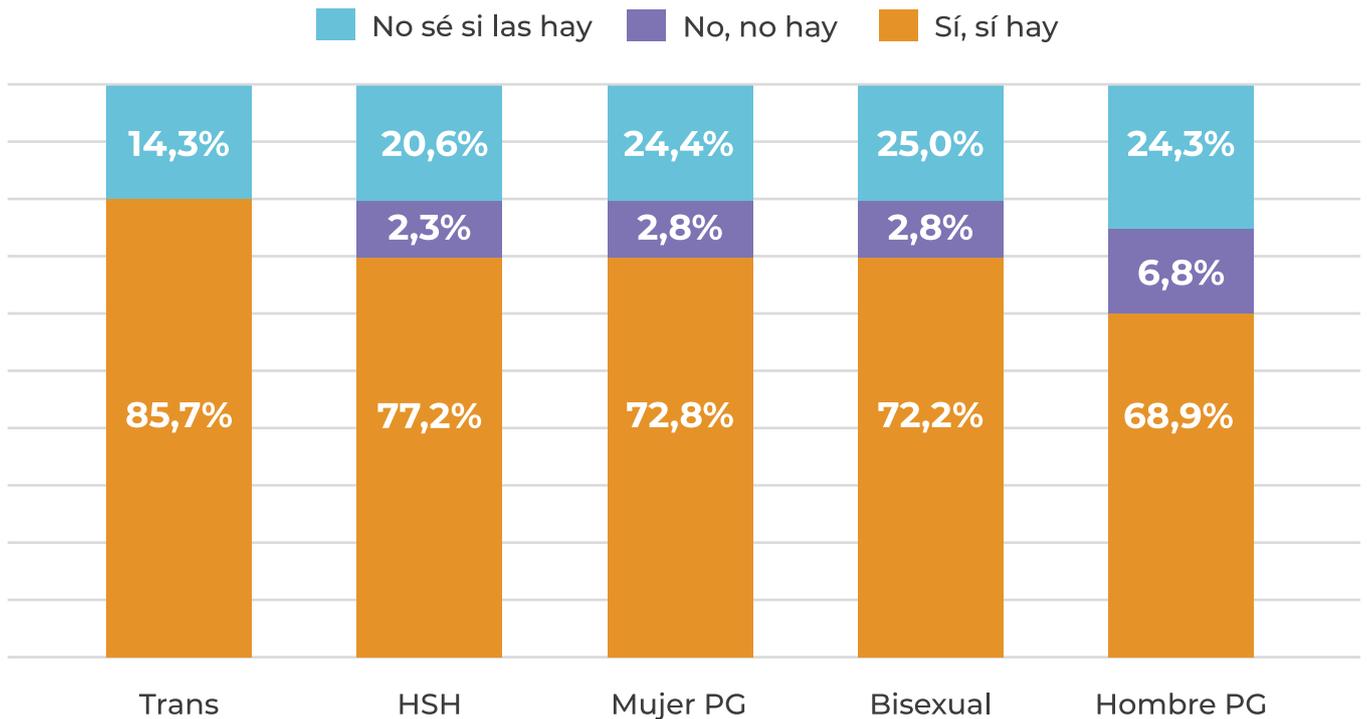
9.8 - Resiliencia y empoderamiento

Gráfico 35 - Conocimiento sobre leyes que protejan a las personas con VIH (N=958)



La gran mayoría de las PVV encuestadas conocen que existe una ley que protege los DDHH de las PVV. El 73,8% sabe que hay, pero aún existen PVV que no lo saben (22,8%) y un 3,4% que directamente afirman que no existe ningún tipo de ley.

Gráfico 36 - Conoce leyes que protejan a las PVV, por tipo de población (N=958)



93% de las PVV jamás DENUNCIÓ cuando alguno de sus DDHH fue vulnerado

En relación a las poblaciones, si bien todas en su mayoría conocen la existencia de la ley 3940, son las trans y los HSH son las que en mayor proporción conocen la existencia de esta (85,7% y 77,2%) respectivamente. En contrapartida son los hombres cis de la PG los que en menor medida conocen la ley, donde el 24,3% no está seguro y el 6,8% afirma que no existe.

A pesar del elevado conocimiento de la existencia de un macro legal que protege a las PVV en sus DDHH, el 93% de las PVV que han reportado alguna vulneración de sus DDHH debido al VIH, no lo han denunciado.

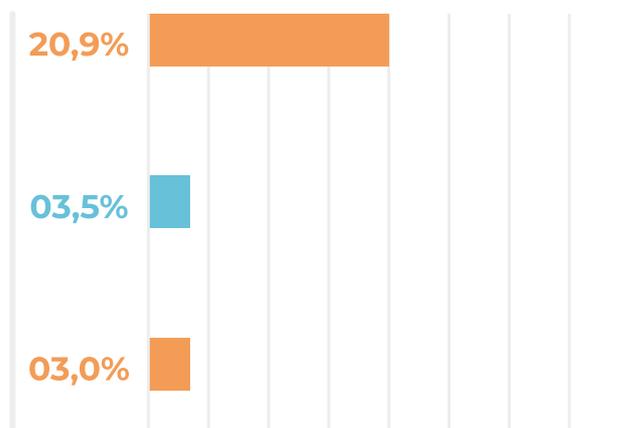
Figura 8 - Situaciones de empoderamiento y resiliencia según niveles de visibilidad y/o exposición



Participaste en una organización o campaña educativa que abordase el estigma y la discriminación en contra de personas con VIH

Hablaste con medios de comunicación sobre problemas relacionados al estigma y discriminación hacia personas con VIH

Incentivaste a un líder de tu comunidad a luchar contra el estigma y discriminación hacia personas que viven con el VIH



La diferencia en las acciones de empoderamiento y resiliencia de las personas con VIH podría explicarse por varios factores. En el primer grupo (Menor visibilidad), donde se observa una mayor disposición a cuestionar o educar a terceros sobre conductas de estigma y discriminación hacia otras personas con VIH, así como ofrecer apoyo emocional o financiero, es posible que estas personas hayan experimentado en mayor medida la discriminación y el estigma asociados al VIH, lo que les motiva a actuar para cambiar la percepción y mejorar la vida de otras personas con la misma condición. Además, puede que estas personas tengan un mayor sentido de comunidad y solidaridad, lo que las lleva a ser más activas en la defensa de los derechos y el bienestar de otras personas con VIH.

Por otro lado, en el segundo grupo (el cual implica mayor exposición) donde se observa una menor visibilidad y menor disposición a participar en organizaciones o campañas educativas sobre el VIH, conversar con medios de comunicación o realizar incidencia con líderes comunitarios, es posible que estas personas tengan mayores temores o preocupaciones relacionadas con la estigmatización o la divulgación de su condición. Es probable que experimenten un mayor deseo de mantener su privacidad y evitar situaciones que podrían ponerlos en riesgo de sufrir discriminación o rechazo. También puede haber diferencias en los niveles de confianza o en el acceso a recursos y apoyo, lo que puede influir en su disposición para participar en actividades públicas o de mayor visibilidad relacionadas con el VIH.

En general, estas diferencias en las acciones de empoderamiento y resiliencia entre las personas con VIH pueden reflejar la diversidad de experiencias y realidades que enfrentan. Es importante reconocer que cada individuo tiene sus propios procesos y desafíos, y que las acciones de empoderamiento y resiliencia pueden variar según las circunstancias y necesidades personales. La promoción de la resiliencia y el empoderamiento en las personas con VIH debe tener en cuenta estas diferencias y brindar un apoyo integral y adaptado a las diversas situaciones que puedan enfrentar.

10 – Discusión y Conclusiones

10.1 Información Sociodemográfica

De acuerdo a los datos obtenidos, las personas con VIH en Paraguay enfrentan desigualdades socio-demográficas significativas

Identificación: Las personas con VIH constituye una población diversa y heterogénea, conformada por diferentes grupos. De la muestra obtenida, se abordó en mayor proporción a mujeres cis de la población general (PG), seguida de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con un 32,5%, y en menor medida en hombres cis de la población general (PG) con un 21,5%. Luego se lograron acceder a las poblaciones de menor tamaño poblacional, como las personas trans (4,4%), las personas que se

declararon bisexuales (3,8%) y un pequeño grupo de personas que no se identificaban con ninguna de las categorías del cuestionario 2.0, que para fines de este estudio se categorizó como personas no binarias (0,8%) y en Mujeres que tienen sexo con Mujeres (MSM) con solo un 0,2%.

En relación a las personas usuarias de sustancias, de las 53 personas que declararon consumir drogas de forma habitual, solo 7 se identificaron como “usuario/a de drogas” (UD) y de las 56 personas con VIH que reportaron que alguna vez han intercambiado sexo por dinero, solo 27 se reconocen como “Trabajadores del sexo”. Estos datos nos muestran que el consumo de drogas y el intercambio de dinero son percibidas más como una #práctica” que como una identidad.

Esta distribución de las poblaciones refleja el perfil de la epidemia del Paraguay, donde claramente el 90% de todas las PVV son representadas por tres poblaciones: las mujeres Cis, los Hombres Cis y los HSH, con una mayor representación masculina con un 57,5% (hombres cis y HSH). El 10% restante se encuentran otras poblaciones con menor representación a nivel poblacional, como las trans, los bisexuales, y las personas que consumen drogas y que intercambian sexo por dinero.

Edad: En cuanto a la edad, la muestra accedida es principalmente joven, donde 6 de cada 10 PVV son menores de 40 años, es decir, están en plena edad reproductiva y productiva por lo que su abordaje resulta estratégico para el desarrollo del país. Estos datos coinciden con los datos epidemiológicos oficiales donde el 65% de los 1.519 nuevos diagnósticos registrados en el 2022 corresponde a personas de 18 a 39 años. (PRONASIDA, 2022)²⁰

Nivel educativo: El nivel educativo de las personas con VIH en Paraguay varía significativamente, entre poblaciones. En general, el 56% (6 de cada 10 PVV) ha alcanzado como máximo nivel educativo la secundaria, y solo el 23% logro acceder a la universidad. De acuerdo a los datos del Index 2017, estos valores se mantienen para el nivel secundario, donde 6 de cada 10 PVV alcanzaba ese nivel, pero aumento el acceso al nivel universitario, ya que, en el 2017, solo el 6% reportó acceder a ese nivel educativo. En cuanto a las poblaciones, en su conjunto se observa que las PVV con identidades masculinas (hombres cis de la PG, HSH o bisexuales) muestran claramente mayores oportunidades para acceder a educación superior que las PVV con identidades femeninas (mujeres cis de la PG y mujeres trans). Se halló que 6 de cada 10 PVV, han alcanzado el máximo nivel secundario, y solo el 6% accede a la universidad. Además, el 18,5% de las PVV están desempleadas, de las cuales 31,3% son mujeres.

Situación laboral: Las personas con VIH en Paraguay también enfrentan desafíos en el ámbito laboral. Según los datos, muchas personas con VIH tienen trabajos informales y precarios y sólo el 43% reportan trabajos formales de tiempo completo como empleados, y el nivel de desempleo es del 18,8%. Este cifra es más del doble de la tasas de desempleo de la población general, que según datos del 2022 se sitúa en el 8,5% a nivel nacional (INE, 2022)²¹.

En cuanto a las poblaciones, al igual que lo observado en el acceso a la educación, son los HSH y los hombres cis de la PG lo que mayor acceso a trabajos formales tienen (62,4% y 51,9% respectivamente) y presentan por lo tanto menores niveles de desempleo (5,8% y 9,7% respectivamente. En cuanto a las mujeres cis de la PG, es la población con menor acceso a un trabajo formal de tiempo completo (26,9%) pero presentan la mayor proporción de desempleo de todas las poblaciones, con un 36,5%.

20: MSPBS, PRONASIDA (2022). Informe Situación Epidemiológico del VIH-Paraguay. Disponible en: file:///C:/Users/User/Dropbox/CONSULTORIAS%202022/INDEX_Regional/Informe%20INDEX%20Paraguay%202023/252034-INFORMEPIDEMIOLOGICOVIH2022.pdf

21: Instituto nacional de Estadística INE (2022). Principales Resultados. Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC 2022). Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/4b64_Boletin%20trimestral_EPHC_1er%20%20Trim%202022.pdf

Esto muestra que las mujeres con VIH enfrentan desafíos adicionales en el ámbito laboral debido a la discriminación de género. En cuanto a las trans, si bien las proporciones de trabajo formal y desempleo son bajas, esto se justifica que el 70% de las mismas ejercen el trabajo sexual, que es considerado con un trabajo informal.

En relación con el Index 2017, el nivel de desempleo de las PVV se mantuvo en el mismo valor, el aquel año el desempleo fue del 18,5%. no se modificó.

Necesidades básicas satisfechas: 3 de cada 10 PVV no cubren sus necesidades básicas siempre, por lo que se puede afirmar que experimentan algún tipo de precariedad socioeconómico. Esto afecta de forma particular a las personas trans (43% de necesidades básicas insatisfechas) y en mujeres cis de la PG (36%). Los hombres en general, (HSH como hombres cis de la PG) muestran mejores condiciones económicas que les permiten satisfacer en mayor proporción sus necesidades básicas que las poblaciones femeninas. En el Index del 2017, también se observada esta tendencia, donde el 34% de las mujeres cis presentaban tenían ingresos económicos inferiores a un salario mínimo y el 13,8% de las trans ha carecido de al menos una de las tres comidas básicas diarias en el último mes.

10.1.1 Conclusión Información Sociodemográficas

Los datos expuestos en la discusión de resultados de esta sección muestran una desigualdad entre las diferentes poblaciones de PVV. Claramente se identifica como las poblaciones con identidades femeninas (mujeres cis y mujeres trans) muestran peores indicadores socioeconómicos (nivel educativo, acceso al trabajo y necesidades básicas insatisfechas) que los hombres o poblaciones masculinas (HSH y hombres cis). Estas desigualdades quizás no estén explicadas por el VIH, ya que esta asimetría sería pre-existente del diagnóstico, es decir, las diferencias entre hombres y mujeres identificadas en este apartado, responderían más a las desigualdades históricas de géneros y que se refleja también a la población general sin VIH.

El VIH en este sentido no generaría por si misma estas desigualdades, sino más bien podría profundizarlas si no se toman medidas compensatorias y correctivas.

10.2 Divulgación del estado serológico y consentimiento

La divulgación del estado serológico a otras personas por parte de las PVV sigue siendo una de las principales barreras para la visibilización de las PVV, inclusive en ámbitos más privados como la familia y amigos.

En general, 4 de cada 10 PVV (36%) ha reportado que nunca han divulgado su estado serológico a nadie, ni siquiera su círculo más íntimo, y el resto (64%) si lo han realizado, principalmente a su familia más cercana (37%) parejas, (36%) y grupos de amistades (28%), y en menor medida a otros grupos como colegas de trabajo (4%), jefes (3%) y vecinos (3%) o académico.

Esta baja divulgación del estado serológico podría explicarse principalmente por la elevada proporción de estigma interno (84%) el cual motiva que el 91,9% de las PVV escondan su estado serológico a los demás y que el 82,2% tenga vergüenza de tener VIH.

En relación al consentimiento, se observa que en los ámbitos más cercanos de las PVV (familia, parejas y amigos) el nivel de NO consentimiento es más bajo, es decir, que las personas que saben del estado serológico se enteraron del mismo por personas diferentes de las PVV. Por ejemplo, en las parejas, solo el 7% se han enterado sin el consentimiento de las PVV, en los grupos de amigos el 19% y en la familia el 23,7%. Al comparar con grupos menos cercanos, se identifica claramente como los niveles de no consentimiento se disparan. Si bien solo el 4,2% de los colegas de trabajo saben del estado serológico de las PVV, el 42,5% de los mismos se enteraron sin el consentimiento de las personas afectadas, en

cuanto a los jefes la proporción de no consentimiento es del 28% y en los vecinos es el más elevado, del 66.6%.

10.2.1 Conclusión sobre Divulgación y Consentimiento

La divulgación del estado serológico está condicionada por el estigma interno que genera temor de que los demás se enteren sobre su estado y la vergüenza que las PVV sienten de tener VIH. Esto podría generar que las personas oculten su estado serológico en ciertos espacios que perciban como no seguros. Esto explica que los escenarios donde mayor divulgación existe es en la familia, pareja y amistades, y donde mayor consentimiento se da.

10.3 Nivel de Estigma Externo

En términos generales, las situaciones que las PVV reportan con mayor frecuencia son las “murmuraciones” o comentarios sobre el estado serológico tanto en el ámbito familiar (22,8%) como por personas diferentes de la familia (19,6%). Le siguen en menor medida situaciones acoso verbal (8,9%), de exclusión en ámbitos familiares (8,9%) y sociales (4,6%).

En relación a exclusión del ámbito laboral, sólo el 4,4% han reportado que esto ha sucedido debido al VIH.

En general, el 34% de las PVV ha experimentado al menos alguna situación de estigma externo en el último año.

De acuerdo a la desagregación de otros factores, la mayor proporción de estigma externo por VIH se da en usuarios de drogas (67,9%), personas que intercambian sexo por dinero (51,8%) y en HSH (44%). Según otros factores, el 39% de las PVV que experimentaron este tipo de estigma viven en Asunción y Central, el 36,6% tiene entre 30 y 39 años, el 39,8% accedió a nivel terciario y superior de educación y el 51,8% lograron satisfacer sus necesidades básicas.

Por otro lado, se ha explorado el estigma externo por razones diferentes al estado serológico de las personas. De acuerdo a los resultados obtenidos, se identifica claramente que la carga de estigma que experimentan las personas con VIH es explicado mejor por razones de orientación sexual, identidad de género, o trabajo sexual. Entre las personas que intercambian sexo por dinero, el 48,2% reporto estigma por VIH, pero esta proporción se elevó hasta el 69,6% al tratarse de otras razones. En cuanto a los HSH, el 44% experimento estigma por VIH, pero el 60,8% por razón de su orientación sexual, las trans el 35,7% por VIH y el 59,5% por su identidad de género. Las personas bisexuales es la única población donde la proporción de estigma por VIH es superior (38,9%) que por su orientación sexual (36,6%).

10.3.1 Conclusión sobre Estigma Externo

Si bien la proporción de estigma externo por VIH es más baja, esto puede explicarse por la elevada proporción de no divulgación del estado serológico analizada en el apartado anterior. Esto se basa en el supuesto que para que se produzca un acto de estigmatización y posterior discriminación, el motivo (tener VIH) debe ser conocido previamente. En este caso, vimos que el 36% de las PVV no ha divulgado nunca su estado serológico por lo que las probabilidades de experimentar estigma externo a manos de una tercera persona se ven disminuido. Y de acuerdo a la analizado, la mayor proporción de divulgación se concentra en los ámbitos más cercanos de las PVV (familia, pareja y amigos) y mucho menos en ámbitos menos íntimos (comunitario, ámbito laboral, etc.). Esto último también podría explicar la baja proporción de estigma externo en el ámbito laboral (4,4%), ámbito donde solo se da el 4% de divulgación (colegas de trabajo) y 3% (jefes/as).

Por otro lado, las poblaciones con mayor carga de estigma externo por VIH son las personas que consumen drogas, las personas que intercambian sexo por dinero, los HSH, trans y bisexuales, poblaciones, es decir, las poblaciones clave que también experimentan en mayor medida estigma externo por motivos diferentes al VIH.

En resumen, el estigma externo y los actos de discriminación asociados al VIH, no pueden ser abordados separados de otros motivos de estigmatización y discriminación, como la orientación sexual, identidad de género, uso de drogas o el trabajo sexual. Los estigmas se cruzan y se potencian entre sí, generando mayores niveles de vulnerabilidad.

10.4 Nivel de Estigma Interno

De todos los tipos de estigmas analizados, el interno claramente es el que mayor prevalencia presenta, 8 de cada 10 PVV reporto al menos un indicador de estigma interno. Entre estos indicadores, se destaca el temor a que otras personas sepan del estado serológico, que motiva a que las PVV oculten su estado serológico (92%), seguido de la vergüenza que les produce vivir con VIH (82%) y el sentimiento de culpa que aun acompaña a muchas PVV por el hecho de haberse infectado (41%) y la percepción de sentirse menos valioso que los demás por el hecho de tener VIH (40%).

Otra característica del estigma interno en la muestra de PVV encuestada es que este tipo de estigma se distribuye de forma homogénea en todas las poblaciones y para todos los factores seleccionados, es decir, los valores de estigma interno son elevados independientemente del tipo de población, la región donde viven, el nivel educativo, la situación laboral y económica.

10.4.1 Conclusión sobre el Estigma Interno

El estigma interno o internalizado, a tratarse de un conjunto de creencias y emociones de naturaleza negativa dirigidas hacia uno mismo, es un fenómeno silencioso que muchas veces no se manifiesta de forma directa, pero que impacta la salud mental y la calidad de vida de las personas con VIH a largo plazo.

Es un fenómeno trasversal y que afecta a todas las PVV sin estar condicionado por otros factores, a diferencia de lo que sucede con otros tipos de estigma, como el externo o el anticipado, así como la vulneración de DDHH, donde claramente se observa desigualdades según tipo de población y otros factores socioeconómicos.

Varias fuentes de información relacionan la mala salud mental y el hecho de vivir con el VIH (NIH, 2013)²² sobre todo en el mayor riesgo de sufrir depresión o trastornos de ansiedad, así como el estrés, que en su conjunto podría tener mayor impacto en la salud y en la correcta adherencia al tratamiento en las PVV (CDC, 2022)²³.

10.5 Estigma anticipado (auto estigma o autoexclusión)

En general, 3 de cada 10 PVV (28%) reportaron situaciones de autoexclusión como alejarse de familiares y amistades por tener VIH (14%) o evitado postularse a algún trabajo o evitar reuniones sociales (9%). Estos datos son significativamente menores que los registrados en el Index 2017, donde el 38%

²²: National Institutes of Health (NIH). (2021, Agosto 13) El VIH y la salud mental. Recuperado de <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-vih-y-la-salud-mental>

²³: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022, abril 4). Salud mental. Recuperado de <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/livingwithhiv/mental-health.html>

reporto aislamiento en actividades familiares y el 39% en actividades sociales.

El 4,4% ha evitado acudir a un servicio de salud aun necesitándolo. De acuerdo a este último dato, las personas que viven con el VIH que perciben altos niveles de estigma relacionado con el VIH tienen 2,4 veces más probabilidades de retrasar la inscripción en la atención médica hasta que están muy enfermas. En ocho países con datos disponibles, más de una cuarta parte de las personas que viven con el VIH informaron que habían evitado acudir a una clínica local en los últimos 12 meses debido a su estado serológico respecto del VIH. Tales temores también desalientan la aceptación de los servicios de prevención y pruebas ²⁴

Estas conductas de evitación están relacionadas con el temor a ser identificados como PVV por lo que muchas personas prefieren desarrollar estrategias de evitación, aunque estas muchas veces vayan contra sus propios intereses.

Este tipo de estigma se observa en mayor proporción en las personas que usan drogas (52,8%) seguido en menor medida por las personas que intercambian sexo por dinero (42,9%), las personas bisexuales (47,2%) y los HSH (39,2%).

De acuerdo a otros factores, el estigma anticipado se incrementa más en Asunción y Central (31,3%), en el rango de edad de 18 a 29 años (35,4%), en las personas que tienen un nivel educativo secundario y más, y las que no tienen sus necesidades básicas satisfechas (39%).

10.5.1 Conclusiones sobre estigma anticipado o autoexclusión

El estigma anticipado por VIH se refiere a la anticipación de la discriminación y el rechazo que una persona puede experimentar debido a su estado serológico de VIH. Esto puede llevar a que las personas oculten su estado serológico, eviten hacerse la prueba o buscar tratamiento, y experimenten sentimientos de aislamiento y desesperación.

De acuerdo a lo encontrado en este estudio sobre estigma interno y estigma anticipado (autoexclusión), los datos coinciden con otras fuentes de información, que encuentran una mayor proporción de temor a la discriminación que motiva a la no revelación del estado serológico y esto conduce a conductas de evitación a situaciones que anteriormente (antes del diagnóstico) no eran percibidos como amenazantes (Radusky & Mikulic, 2019) ²⁵.

Es importante abordar el estigma y el auto estigma asociados al VIH para ayudar a las personas a sentirse seguras y apoyadas en su búsqueda de tratamiento y cuidado. Hablar abiertamente sobre el VIH y corregir las suposiciones erróneas que existen sobre el VIH puede ayudar a normalizar el tema y reducir el estigma. Además, es fundamental brindar apoyo y educación para combatir el estigma y el auto estigma asociados al VIH.

10.6 Discriminación en Servicios de Salud

Aun se observan situaciones de estigma y discriminación en los servicios de salud, donde el 8,5% de las PVV han reportado al menos una de estas situaciones en los servicios donde se tratan el VIH. Pero esto aumenta al 12% cuando se trata de un servicio diferente del VIH.

²⁴: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (s.f.). *Estigma y VIH/sida*. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/estigma.htm>

²⁵: Radusky, P. D., & Mikulic, I. M. (2019). *Experiencia y percepción de estigma relacionado con el VIH en varones con orientación homosexual*. *Salud & Sociedad*, 10(2), 110-127. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-010>

Independientemente de tipo de servicio de salud, las situaciones estigma y discriminación que más se han reportado fueron los relacionados con la murmuración y comentarios sobre el estado serológico y la revelación del estado serológico por parte del personal de salud sin el consentimiento de las PVV. En ambos casos esto se observó en mayor proporción en los servicios de salud no relacionados con el VIH.

En relación a las poblaciones, y solo tomando en cuenta las situaciones de estigma y discriminación en servicios relacionados al VIH, las poblaciones que en mayor medida han reportado este tipo de estigma son los usuarios de drogas (32%), las personas que intercambian sexo por dinero (25%), las personas bisexuales (19%) y las trans (19%).

En cuanto a otros factores, este tipo de situaciones se observa en mayor medida en Asunción y Central (13,8%), entre los 18 y 29 años (13,6%), con educación terciaria y más (13,5%) y con necesidades básicas insatisfechas (16,2%).

10.6.1 Conclusión sobre discriminación en servicios de salud

La situación del estigma y la discriminación hacia personas con VIH en los servicios de salud en Paraguay sigue siendo preocupante. Los datos recogidos muestran que en los servicios de atención integral (SAI) los cuales son servicios especializados para la atención con calidad y humanizada a las personas con VIH, aun el 8% de las PVV encuestadas reportan alguna situación de estigma y discriminación. La política en estos servicios de salud especializados en VIH debería ser de “tolerancia cero” ante estas situaciones.

Por otro lado, en otros servicios de salud no relacionados con el VIH y donde se espera que los profesionales de salud no estén sensibilizados ni capacitados para abordar a PVV, el porcentaje sea mayor, en este caso, del casi 12% (4 puntos porcentuales superior que en servicios de VIH). Sin embargo, cabe recordar que el 87% de las PVV no revelan estado serológico cuando acuden a un servicio de salud diferente del VIH. Este porcentaje del 12% de estigma y discriminación podría inclusive incrementarse bajo el supuesto que más PVV revelen su estado serológico en estos servicios.

El estigma y la discriminación en los servicios de salud y desde los proveedores de salud pueden poner en peligro la eficacia de los programas de prevención y cuidado del VIH, haciendo que las personas no se presenten para recibir atención médica (Fundación Vencer, 2017).

Aunque existen servicios de atención integral a las personas que viven con el VIH y el sida en Paraguay, aún hay mucho por hacer para eliminar las desigualdades de género y mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (OPS, 2009)²⁶. Es importante seguir trabajando en la eliminación del estigma y la discriminación hacia personas con VIH en los servicios de salud en Paraguay para garantizar que todas las personas tengan acceso a la atención integral que necesitan.

10.7 Vulneración de DDHH, mecanismos de denuncia y resiliencia

E 12% de las PVV han reportado que han experimentado alguna vez una situación donde se le ha condicionado algún DDHH por la realización del test de VIH o que se ha revelado su estado serológico son el consentimiento.

Entre las situaciones con mayor proporción se encuentra la solicitud de test de VIH para la postulación de un trabajo o un plan de jubilación (4%), seguido de la situación de verse obligados a revelar su estado serológico públicamente (3%).

26: OPS (2009)). Evaluación VIH Sistema Salud Paraguay [PDF]. Retrieved from file:///C:/Users/User/Downloads/Evaluacion%20VIH%20Sistema%20Salud%20Paraguay.pdf

De acuerdo al tipo de población, estas vulneraciones de los DDHH se han focalizado en mayor medida en personas que intercambian sexo por dinero (32%), usuarios de drogas (24,5%) y bisexuales (25%).

En relación a otros factores, estas situaciones se reportan en mayor medida en Caaguazú, Asunción y Central (13%), en personas jóvenes de 18 a 29 años (16%), en personas de educación terciaria y más (12%) y en personas con necesidades básicas insatisfechas (16,5%).

Por otro lado, también se ha indagado sobre el conocimiento o no de leyes que protegen los DDHH de las PVV, en caso de la Ley 3940, cerca de 7 de cada 10 PVV conoce la existencia de la ley 3940, y entre las poblaciones de mayor conocimiento están las trans y los HSH. Esto último quizás se explica por el trabajo de años que vienen llevando a lado las diferentes organizaciones LGBTI con respecto a la promoción y defensa de los DDHH. Esto también queda claro por el menor conocimiento de la ley por parte de los hombres cis de la PG, población que ninguna organización civil aborda de forma específica en Paraguay.

En este sentido se observa un incremento significativo en el conocimiento de la Ley 3940 en comparación con el INDEX 2017, donde solo el 47,5% de las PVV conocían esta ley.

Relacionado con esto, se podría suponer que a mayor conocimiento de la existencia de un marco legal que beneficia a las PVV, mayor motivación para denunciar alguna vulneración de los DDHH relacionados con el VIH. Sin embargo, los datos muestran claramente que esta relación no existe, ya que una gran mayoría (93%) de las PVV que han reportado alguna vulneración de sus DDHH, jamás lo han denunciado.

Finalmente, analizando los comportamientos de gestión de cambio y resiliencia de las PVV, se observa que en mayor medida las PVV se involucran en actividades de educación a personas con conductas de estigma contra otras PVV, ofreciendo apoyo emocional y económico, pero en menor medida se involucran en situaciones que exijan mayor visibilidad como hablar públicamente sobre la situación de los DDHH de las PVV o participar en iniciativas a nivel comunitario.

10.7.1 Conclusión sobre vulneración de DDHH, mecanismos de denuncia y resiliencia

El indicador de Resiliencia y Empoderamiento abordado en el estudio presenta un resultado preocupante y revelador. El hecho de que el 93% de las personas con VIH no haya denunciado cuando sufrió vulneración de sus Derechos Humanos, a pesar de tener cierto conocimiento o manejo del marco legal y las leyes que protegen a las personas con VIH, resalta las barreras y desafíos que enfrentan estas personas para ejercer sus derechos y buscar justicia. Esta situación puede estar relacionada con el elevado nivel de estigma interno que genera mucho temor a ser expuesto como PVV y experimentar una serie de consecuencias percibidas (estigma anticipado).

Estos datos muestran claramente que no es suficiente solo promocionar la Ley 3940 a las poblaciones de PVV en general y las poblaciones clave en particular, ya por el solo hecho de conocer que existe este marco legal, esto no motiva a las PVV a denunciar.

Asimismo, puede indicar la necesidad de mayor educación y empoderamiento de las personas con VIH para que puedan hacer valer sus derechos y acceder a la protección que les corresponde.

Este resultado destaca la importancia de trabajar en la promoción de la resiliencia y el empoderamiento de las personas con VIH, proporcionándoles información clara sobre sus derechos y el apoyo necesario para denunciar cualquier vulneración que puedan experimentar. Además, resalta la necesidad de mejorar los mecanismos de protección y acceso a la justicia para las personas con VIH, ga-

garantizando un ambiente seguro y libre de discriminación en todos los ámbitos de su vida. Promover la participación activa y significativa de las personas con VIH en la toma de decisiones y en la defensa de sus derechos es fundamental para avanzar hacia una sociedad más inclusiva y justa para todas las personas afectadas por esta condición.

11 – Recomendaciones

Familia y Comunidad:

- 1- Información y Sensibilización: Que los consejos locales de Salud de los Municipios integren en su agenda, acciones de capacitación y campaña de sensibilización en VIH, acompañado por la Sociedad Civil.
- 2- Mesa Interministerial, Gobernaciones, Municipios para llegar a la familia a nivel nacional (Diferentes poblaciones Ejemplo Indígena)
- 3- Fortalecimiento de las organizaciones: Eliminar las barreras de los procesos para el registro y formalización de organizaciones civiles, como para la participación en procesos de concurso público. (Facilitar los mecanismos y los recursos necesarios, para el registro y formalización de organizaciones civiles, como para la participación en los procesos de concurso público.
- 4- Fortalecimiento de las organizaciones, ir ampliando actores, ir más allá de los proyectos. Trabajar por la “causa”. Que los gobiernos locales se ocupen y realicen periódicamente campañas informativas en temas relacionadas al VIH.
- 5- Empoderamiento de las poblaciones clave: Crear canales confidenciales de denuncias anónimas y realizar campaña de información sobre procesos de denuncias formales disponibles (Defensor del Pueblo) (Asesoría jurídica del MSPyBS). Además de las poblaciones clave llegar a los que no están organizados, tampoco descuidar a la población general.
- 6- Normalizar la realización de denuncia, fortalecer canales existentes. Difundir y acompañar/seguimiento sobre los casos.
- 7- Articulación con el Estado y organismos internacional
- 8- Incluir la participación de poblaciones que viven con VIH en espacios de construcción y participación no exclusivos de salud (INDI, MEC, Tratado Internacional, Migración, Etc)
- 9- Articulación Real para: Sensibilización, Incidencia, Acción, Evaluación para la construcción colectiva de políticas sociales.

Salud:

- 1- Incidir en la socialización de la información científica sobre las acciones de sustancias en el efecto del tratamiento para que las personas puedan tomar decisiones informadas (A modo de Pre sala mientras la gente espera)
- 2- Incidir en protocolos que permitan al personal de salud abarcar de manera integral las necesidades del usuario en situación de consumo.
- 3- Apostar por el empoderamiento colectivo en las comunidades para difundir información científica, empujar y sostener cambios comunitarios, en los servicios de salud y personales.

- 4- Incidir en los cuidados de los cuidadores. La salud mental de los profesionales de salud, muchas veces por falta de recursos las condiciones laborales y personales se deterioran.
- 5- Elaboración de una Guía Médica LGBTIQ+ Friendk
- 6- Articular e incidir en agenda de decisiones
- 7- Facilitar la atención en horarios fuera de los laborales.
- 8- Implementar una ruta crítica de denuncia
- 9- Disminuir el estigma a través de información sobre consumidores de sustancias y fortalecerlos como sujetos de derechos.
- 10- Promover la participación de personas con discapacidad en el espacio de elaboración de políticas públicas en el área de salud.
- 11- Capacitación para el personal de salud para la atención de personas con discapacidad (Sorda, Asperger, autismo, etc.),
- 12- Implementación de charlas pre consultas en todos los niveles de los servicios de salud
- 13- Énfasis en la salud mental y en su acceso desde una perspectiva axiológica integral

Trabajo:

1. Que se establezca Política de prevención del VIH, en el lugar de trabajo con enfoque de derechos y la no discriminación.
2. Evaluar diferentes tipos de emprendimientos para las mujeres más vulnerables.
3. Trabajo articulado para la supervisión en empresas e instituciones públicas para la implementación efectiva de la Ley 3940/09.
4. Incidir para la implementación de una política de No Discriminación en el lugar de trabajo
5. Incidir por Política de cupo laboral Trans (Cuota)
6. Armonizar los reglamentos internos MSPyBS (INAM)
7. Articular e incidir en la agenda de los sindicatos
8. Implementar un mecanismo de fiscalización desde el Estado a las empresas privadas para el cumplimiento de la Ley 3940/09 y otras.
9. Capacitar a trabajadores en Políticas de prevención con enfoque de derechos y no discriminación

Educación:

1. Abordaje con enfoque de derechos, no hacerlo todo muy biomédico.
2. Que las universidades asuman el compromiso hacia la Respuesta al VIH y articule con la Sociedad Civil
3. Incidir por una Política de EIS, como herramienta de prevención del VIH (Art. 12 LEY 3940/09) utilizando información científica cuantitativa.
4. Incidir en la formación/educación no formal sobre la EIS.
5. Promover una mesa interinstitucional de dialogo para evitar la discriminación en el ámbito educativo (Comunidad educativa -MSPyBS – CODENI – MINNA – OSC – Defensoría de la Niñez)
6. Articular con la academia para promover mayor investigación en VIH

Vulneración de DD.HH.:

1. Abordaje integral de la Ley 3940/09
2. Énfasis en servicios de salud
3. Empresas (trabajar con Ministerios, Estado para mayor impacto y acceso)
4. Análisis jurídico de la Ley actual, plantear la actualización de la Ley 3940
5. Construir políticas públicas que incluyan factores culturales
6. Garantizar la formación en DD.HH. para su correcta aplicación en todos los servicios del Estado.
7. Propiciar la presentación de una Ley contra toda forma de discriminación

Género:

1. Violencia obstétrica en todas sus formas y relacionada al VIH
2. Disgregación de percepciones de saberes en cuanto al VIH a nivel integral
3. Diagnóstico de servicio de atención a Mujeres / Trans
4. Producción Científica, registros, publicaciones académicas en cuanto a Genero y VIH
5. Promover la Ley Integral 5777/16 y su reglamentación en el ámbito del VIH.

Ficha Técnica

Investigador Principal:

Martin Negrete

Estadístico:

Walter Benítez (CEPEP)

Monitoreo y control de la calidad de la Información:

Juan Sebastián Cabral

José Escobar

Alfredo Gaona

Revisión Técnica:

Juan Sebastián Cabral

Encuestadores/as:

Bettina Agüero

Aurora Gaona

Diana Gómez

Leticia Agüero

Adam Núñez

Mary García

Richard Zarate

Juan Francisco Ramírez

Kevin Montiel

José Luis Fernández

Lourdes Herreira

Gladys Franco

Delma Morinigo

Julia Chávez

Diseño y Diagramación:

Matias Franco



Resultados del informe

Índice de Estigma & Discriminación en personas con VIH 20. Paraguay

Con el apoyo de

