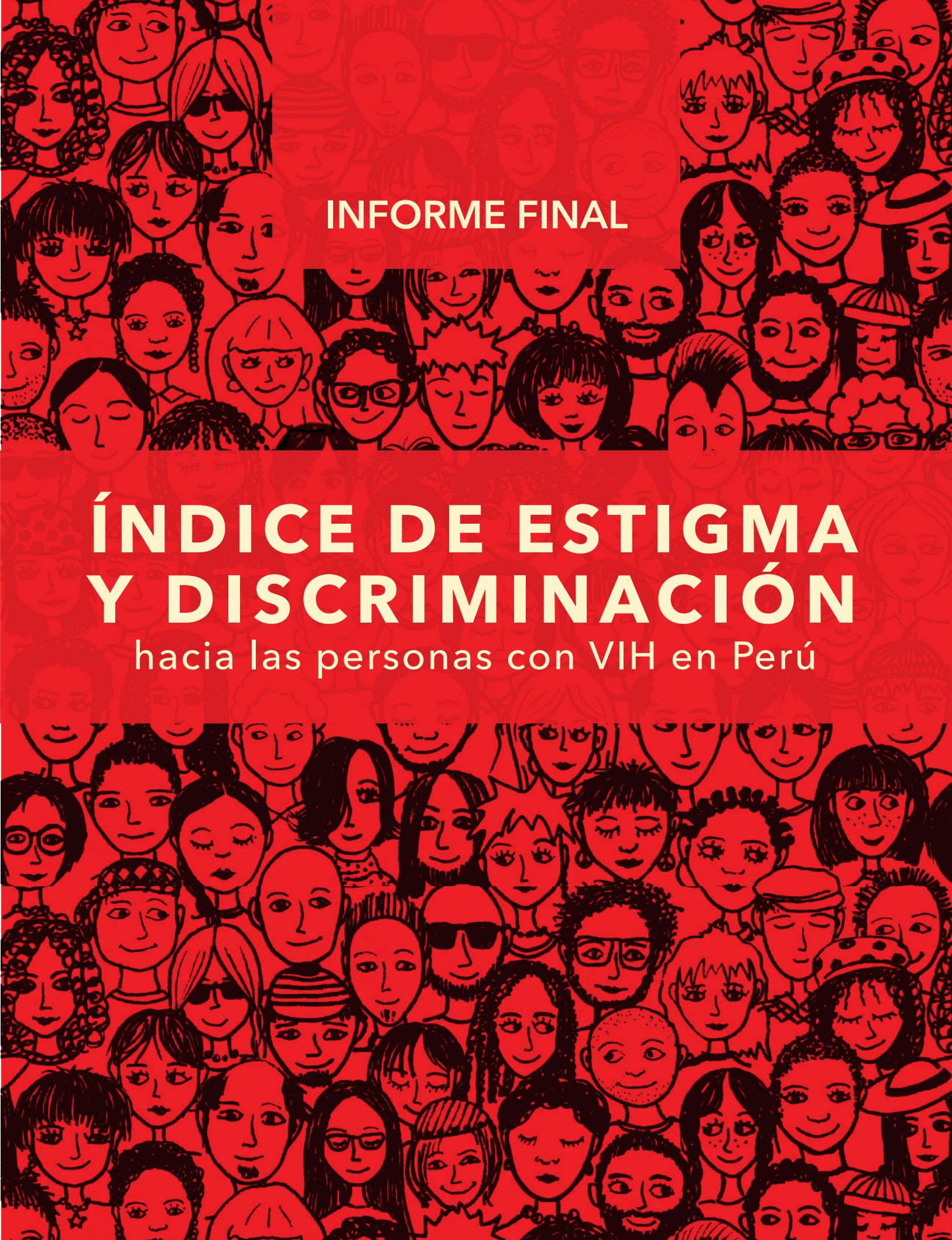
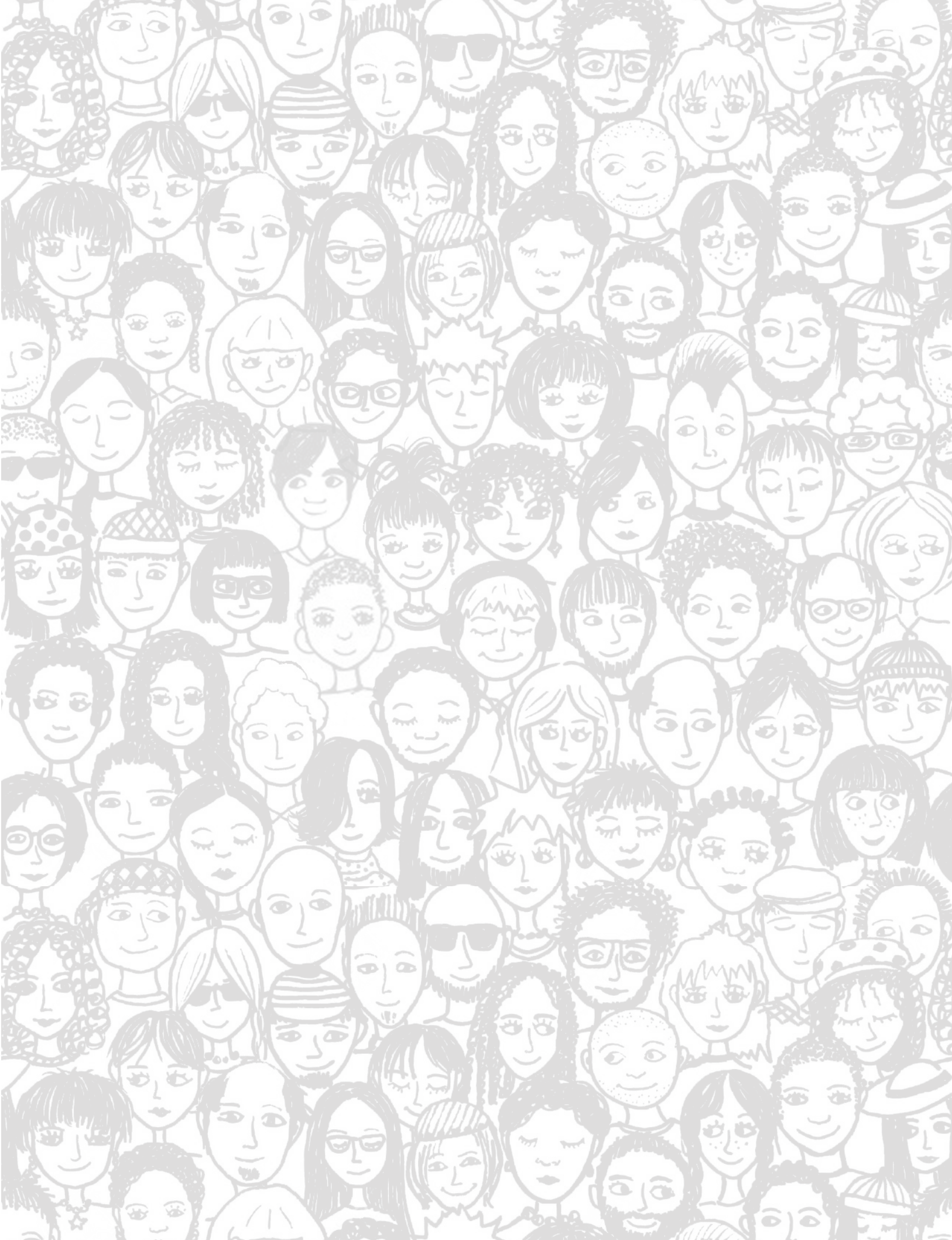




INFORME FINAL

ÍNDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

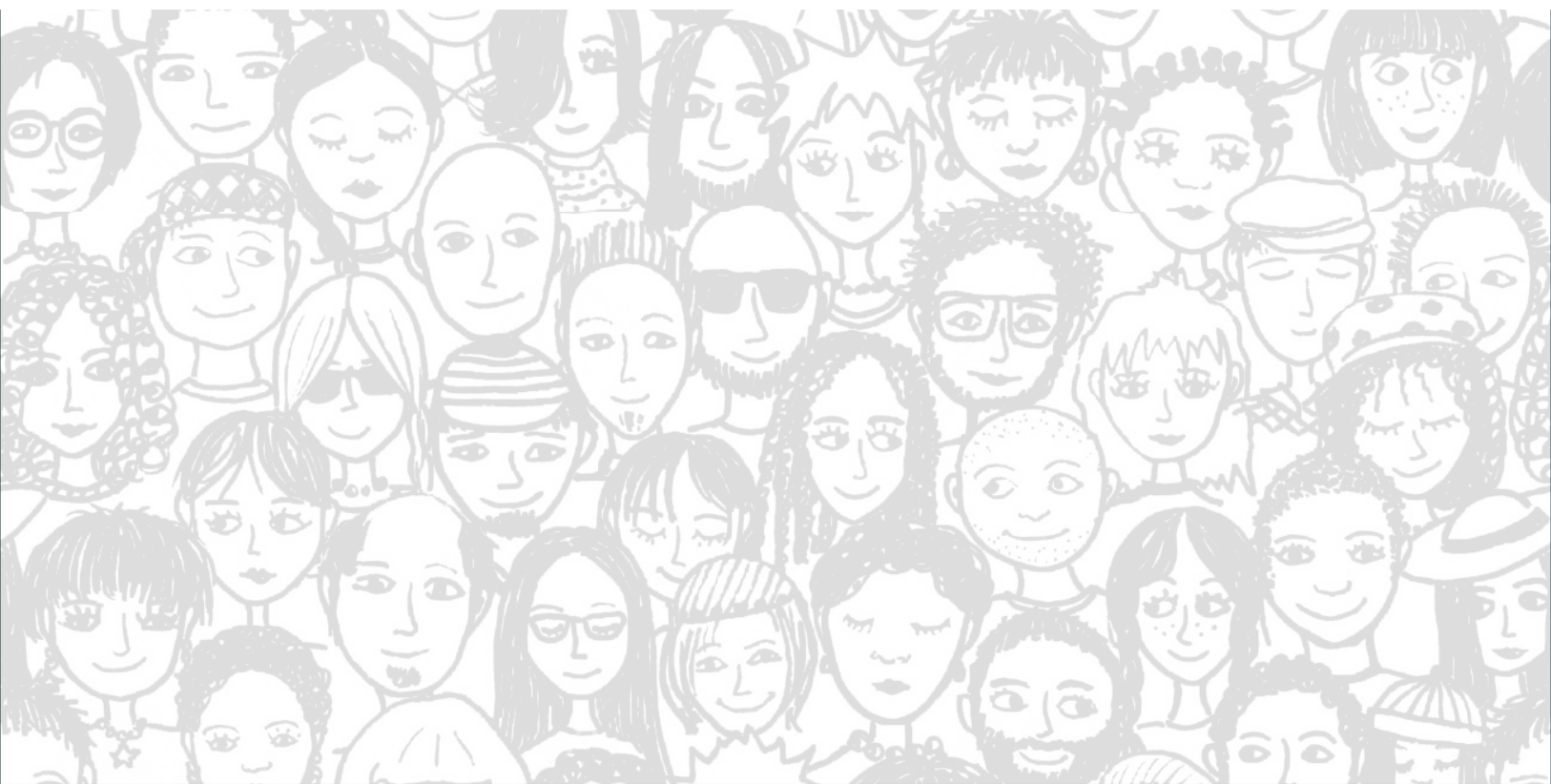
hacia las personas con VIH en Perú





INFORME FINAL
ÍNDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN
HACIA LAS PERSONAS CON VIH EN PERÚ

OCTUBRE 2018



INFORME FINAL: ÍNDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN HACIA LAS PERSONAS CON VIH EN PERÚ

Coordinador del Proyecto:

Pablo Anamaria

Supervisión técnica y elaboración del informe:

Alfonso Silva-Santisteban (Universidad Peruana Cayetano Heredia)

María José Bustamante (Universidad Peruana Cayetano Heredia)

Revisión:

Comité Asesor del Índice de Estigma y Discriminación

Fernando Cisneros

Guiselly Flores

Marina Soto

Pedro Pablo Prada

Fernando Chujutalli

Luz Melba Bustillos

Julio Cesar Cruz

Caterina Oliva-Monti

Maribel Caballero

Nadya Bravo

Patricia Bracamonte

Alberto Stella

Diagramación, diseño e Ilustración:

Cleidy Delgado

Monitoras de campo:

Guiselly Flores

Marina Soto

Encuestadores:

María Luz Quispe (Lima)

Luis Cabrera (Lima)

Gabriela Mariño (Lima)

Gloria Ypanaque (Lima)

Ricardo Mendoza (Callao)

Pedro Pablo Prada (Lima)

Juan Freddy Cahuina (Arequipa)

Irma Barrera (Arequipa)

Silvia Barbarán (Iquitos)

Carol Ríos (Iquitos)

Felipa Cárcamo (Piura)

Martin Marcial Ruiz (Piura)

Organizaciones Involucradas:

Asociación INPACVIH

Asociación PROSA

Coordinadora Peruana de Personas con VIH "Peruanos Positivos"

Comunidad Internacional de Mujeres con VIH - ICW Perú

Red Peruana de Mujeres viviendo con VIH

Financiamiento:

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD

Aids Healthcare Foundation Perú (AHF)

Asistencia técnica:

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA - ONUSIDA

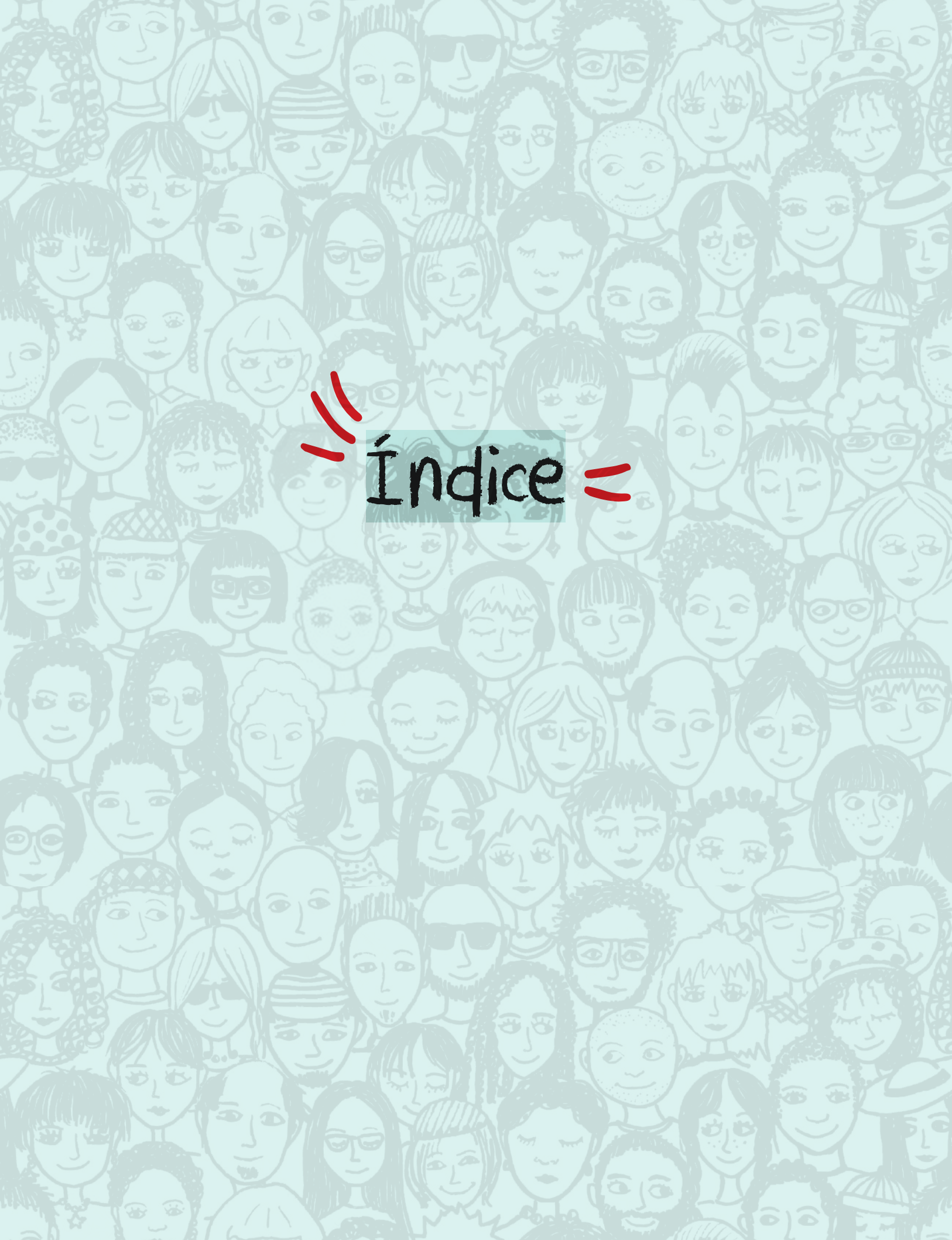
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD

Soporte administrativo

VIA LIBRE

Copyright © 2018**Consorcio de Organizaciones de Personas con VIH en el Perú**

Las opiniones, análisis y recomendaciones de política no reflejan necesariamente el punto de vista del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD / ONUSIDA, como tampoco el de su Junta Ejecutiva ni de sus estados miembros.



Índice =

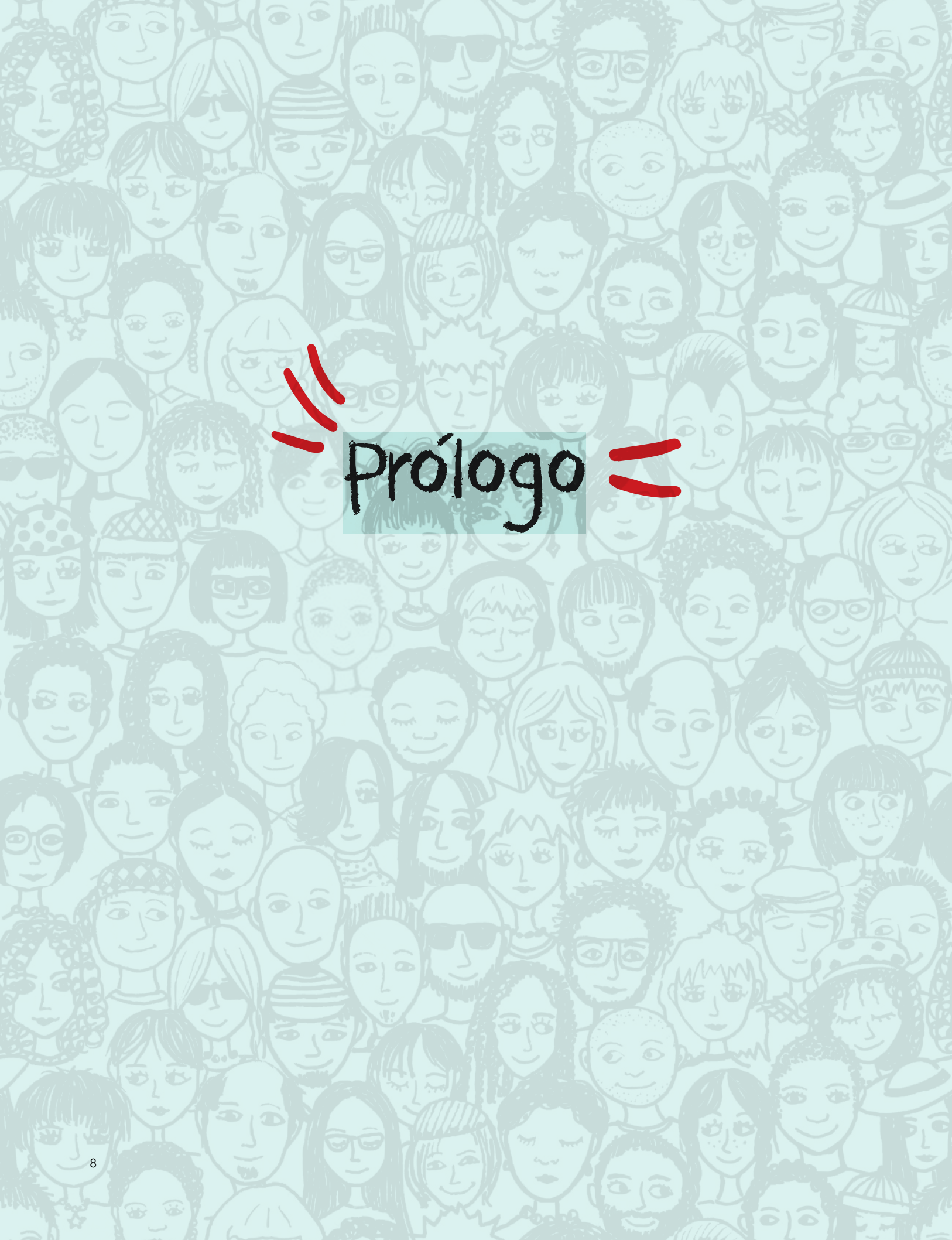
ÍNDICE

Acrónimos	6
Prólogo	8
Presentación	10
Resumen Ejecutivo	12
Situación del VIH y la respuesta en el Perú	28
Marco Teórico sobre el Estigma y Discriminación	34
Situación de Estigma y Discriminación hacia las personas con VIH en Perú	38
Metodología	42
Objetivo general	
Objetivos específicos	
Criterios de inclusión	
Método de muestreo	
Tamaño de la muestra	
Instrumento	
Procedimientos	
Entrenamiento	
Control de calidad	
Análisis de la información	
Consideraciones éticas	
Resultados	48
Características sociodemográficas de los participantes	
Distribución de la muestra según ciudad y grupo poblacional	
Experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas en los últimos 12 meses	
Acceso a vivienda, trabajo y servicios de salud y educación	
Estigma interno	
Derechos, leyes y política	
Pruebas de diagnóstico de VIH	
Tratamiento	
Compartir el estado de VIH y confidencialidad	
Gestión del cambio	
Conclusiones	64
Recomendaciones	66
Tablas	70
Bibliografía	88



Acróminos / Definiciones

IDENTIDAD DE GÉNERO	La percepción subjetiva del yo (identificación) y su lugar en la sociedad según la perspectiva del género.
ORIENTACIÓN SEXUAL	Describe la atracción sexual de la persona, por otras del sexo opuesto, el mismo sexo o ambas.
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres. Categoría epidemiológica que agrupa a hombres gays, bisexuales y hombres autodefinidos como heterosexuales que tienen sexo con otros hombres.
TRANS	La palabra trans literalmente significa "a través de los géneros". Es un término originado en la comunidad y se puede utilizar como una categoría amplia para describir a personas cuya identidad de género no concuerda con las categorías de género culturalmente atribuidas al sexo asignado al nacer.
MUJER TRANS	Persona con sexo hombre asignado al nacer, con una identidad de género femenina.
TRABAJADORA SEXUAL	Persona adulta que, sin coacción alguna por parte de terceras personas para ejercer esta actividad, gana dinero u otra forma de retribución mediante el ofrecimiento de un servicio sexual.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.



Prólogo

Hace ya más de 35 años, en la hoy lejana década de los ochenta, tenía inicio la epidemia del sida, que pronto se convertiría en un indicador incuestionable de los determinantes sociales, culturales y comportamentales de vulnerabilidad y expondría claramente los enormes desafíos que la sociedad tenía, y aún hoy sigue teniendo, en materia de derechos humanos.

La epidemia, que por un lado agudizaba el estigma y la discriminación de grupos en situación de vulnerabilidad, por otro despertaba un movimiento solidario sin precedentes en la historia moderna de la humanidad y la respuesta al sida pronto se convirtió en una plataforma para la promoción, defensa y reivindicación del ejercicio pleno de los derechos humanos. El camino por recorrer es todavía largo, a veces cuesta arriba, para alcanzar un cambio socio-cultural y político determinante, amparado por leyes y políticas públicas, que privilegie la cultura de derecho.

Los nuevos paradigmas de la respuesta al VIH nos permiten avizorar el fin de sida, entendido como el control de la epidemia en relación a la transmisión del VIH y su carga de enfermedad y muerte, así como su elevado costo en términos de dolor, sufrimiento y recursos de los estados. Sin embargo, la factibilidad real de esta afirmación dependerá del compromiso y capacidad de los gobiernos, y de la sociedad en general, de resolver los determinantes de vulnerabilidad en una perspectiva de derechos e inclusión.

El presente estudio permite un análisis riguroso y desprejuiciado de las circunstancias que atraviesan las personas que viven con VIH en relación a estigma y discriminación en Perú. En este sentido, el informe nos ofrece una medida clara y puntual del impacto que los procesos de transformación social, así como las políticas públicas (o la ausencia de ellas) han tenido en la promoción de un entorno social libre de estigma y discriminación. Esto es fundamental para la construcción de una sociedad democrática, y pluralista, así como para ir hacia el fin de la epidemia el 2030, compromiso asumido por todos los Estados Miembros de Naciones Unidas en la Reunión de Alto Nivel celebrada en junio de 2016. Porque no es posible pensar en el desarrollo sostenible y la paz en un mundo libre de VIH sin la plena realización de los derechos humanos universales, inalienables e indivisibles por definición.



Alberto A Stella
Director de ONUSIDA
Perú, Ecuador y Bolivia



Presentación

"Creemos, por definición, desde luego, que la persona marcada por un estigma no es 'totalmente humana'. Valiéndonos de este supuesto, practicamos diversos tipos de discriminación, y así afectamos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo sus posibilidades de vida"

*Erving Goffman Estigma:
La Identidad Deteriorada*

Según el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA) en su documento Acción acelerada: Pongamos fin a la epidemia del sida al 2030 *“Un sólido consenso mundial indica que ya existen las herramientas para poner fin a la epidemia de sida. Esta certeza se basa en una combinación de importantes avances científicos y el cúmulo de lecciones aprendidas a lo largo de más de una década de ampliar la respuesta al sida a escala mundial. Ahora, la consecución de objetivos en virtud de estas herramientas requiere **celeridad**. El tratamiento del VIH puede prolongar radicalmente la esperanza de vida de las personas con el VIH y prevenir con eficacia la transmisión del virus. Existen también muchas posibilidades comprobadas para prevenir el VIH además de los medicamentos, entre ellas la programación del uso de preservativos, los cambios conductuales, la circuncisión masculina voluntaria por medios médicos y los programas para los grupos de población clave. Sin duda estas han demostrado su capacidad para reducir drásticamente las tasas de nuevas infecciones por el VIH. ...”*

A pesar de esta alentadora certeza hay evidencia de que muchas personas no alcanzan, siquiera, a tener un diagnóstico oportuno, mucho menos acceso a tratamiento, por barreras de tipo social, cultural y económico, en particular, por el estigma y discriminación basados, tanto en la revelación de su estado serológico como en su orientación sexual o identidad de género. Esta evidencia, sin embargo, es en muchos casos anecdótica o parcial y no hay una visión clara de su magnitud real.

Para hacer frente a esta situación se ha desarrollado una herramienta de medición llamada **Índice de Estigma y Discriminación hacia las personas con VIH en Perú**, la cual, ha resultado de la colaboración entre la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), ONUSIDA, la Red mundial de personas que viven con el VIH (GNP+), y la Comunidad internacional de mujeres que viven con el VIH/SIDA (ICW). Desde que el proyecto inició su implementación en el 2008, más de 50 países alrededor del mundo han completado el estudio. El objetivo principal del índice es recolectar información sobre las experiencias de las personas que viven con VIH relacionadas con el estigma, la discriminación y la expresión de sus derechos, no pretende ser un ejercicio académico abstracto que se aplique “desde afuera” a la comunidad de personas con VIH. Más bien pretende adoptar un espíritu participativo que incluya a todas las personas involucradas desde el diseño del estudio. Así, las personas con VIH están en el centro del proceso como conductoras de la forma en que la información es recolectada, analizada y utilizada, como entrevistadores y como entrevistados, y como usuarios primeros de sus hallazgos desde la perspectiva de sus necesidades sentidas y del rol que tienen y aspiran a tener en la sociedad peruana.



Resumen Ejecutivo

El Índice de Estigma y Discriminación Hacia las Personas con VIH en Perú es una herramienta estandarizada, que permite obtener información sobre experiencias de discriminación vividas por las personas afectadas por la epidemia. Esta herramienta suele ser aplicada por personas de la comunidad de personas con VIH y ha sido utilizada en más de 50 países en el mundo.

Objetivo general

Describir las situaciones y formas de estigma y discriminación que sufren las personas con VIH, en diversos ámbitos sociales, en cinco ciudades del Perú (Lima y Callao, Arequipa, Iquitos y Piura).

Objetivos específicos

Comprender las experiencias de estigma y discriminación en personas con VIH, según los grupos poblacionales a los que pertenecen (hombres y mujeres de la población general, hombres gays y bisexuales, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales).

Reunir información que fortalezca los procesos de promoción de los derechos humanos de las personas con VIH por parte de las organizaciones que implementan el estudio.

Difundir información sobre la situación del estigma y la discriminación en personas con VIH entre tomadores de decisiones, funcionarios y actores de la sociedad civil involucrados en la respuesta a la epidemia del VIH en el Perú.

Metodología

El estudio tuvo un diseño transversal y usó un método de muestreo dirigido, orientado a hacer un análisis estratificado según el tipo de población: hombres de la población general, mujeres de la población general, gays/bisexuales (llamada desde lo epidemiológico como población de hombres que tienen sexo con hombres o HSH), mujeres trans y trabajadoras sexuales (mujeres TS). Se aplicó un cuestionario estandarizado a **600 personas con VIH mayores de 18 años** residentes en Arequipa, Iquitos, Lima/Callao y Piura. La aplicación de las encuestas fue realizado por personas con VIH de organizaciones comunitarias. El protocolo del estudio tuvo la aprobación del Comité de Ética de la ONG Vía Libre, a cargo de la implementación administrativa del estudio.

La recolección de información se llevó a cabo en estas ciudades, entre los meses de marzo a julio de 2016.

Resultados

Distribución de participantes por ciudad:

Ciudad	N	%
Lima / Callao	300	50
Arequipa	100	16.66
Iquitos	100	16.66
Piura	100	16.66
Total	600	100

Características sociodemográficas:



Figura 1: Distribución según grupo poblacional

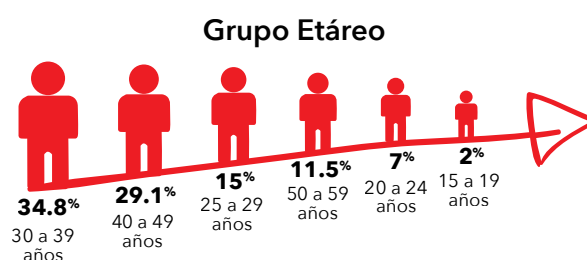


Figura 2: Distribución por edad

El nivel educativo

Fue de secundaria completa o superior en la mayoría de los grupos (Hombres: 88%, Mujeres: 78%, Mujeres trans: 75%, HSH: 96%, Mujeres TS: 84%). El grupo de entrevistados de HSH mostró mayor nivel educativo, en relación a los otros grupos. El estado civil varió según los grupos. Salvo en mujeres de población general, la mayoría de los entrevistados refirieron estar solteros (42%).

En relación al empleo

77% manifestó contar con algún tipo de empleo.

68% de la población HSH manifestaron contar con un empleo estable.

55% de la población de Hombres manifestaron contar con un empleo estable.

47% Las mujeres de la población general reportaron la **proporción más alta de personas desempleadas.**

Las mujeres de población general acceden también a empleos estables, pero en su mayoría de tiempo parcial (31%). En los demás grupos, la mayoría de personas (alrededor del 50%) reporto desarrollar sus labores en un régimen no formal.

EXPERIENCIAS DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN MANOS DE OTRAS PERSONAS

Los resultados muestran que las experiencias de discriminación y de violencia son cotidianas para las personas con VIH. Si bien es difícil tener un punto de referencia para comparar cifras, ya que no existen datos previos en el Perú, las proporciones mostradas de estas experiencias son preocupantes en sí mismas.¹



La Encuesta para medir la percepción de la población peruana sobre los derechos humanos, señala por ejemplo, que a nivel general de la población solo el 45% estaría dispuesta a contratar a una persona con VIH (aunque el 67% señale que esta en desacuerdo con la afirmación **“Las personas con VIH/SIDA no deberían trabajar pues ponen en riesgo a la comunidad”**)²

47% reporta haber tenido alguna experiencia de discriminación en el último año.

El 47% (n=284) de participantes reporta haber tenido alguna experiencia de discriminación en el último año, asociada a vivir con VIH.

Dentro de estas experiencias se encuentra: haber sido excluido de alguna actividad social, religiosa, familiar; haber recibido insultos o acoso verbal; ser víctima de murmuraciones y haber recibido alguna agresión física.

Al indagar sobre las mismas experiencias de discriminación por cualquier motivo (incluyendo el VIH), la cifra aumenta al 77% (n=490). La población de mujeres trans es la que reporta haber sufrido estas agresiones en mayor medida, seguido de las mujeres trabajadoras sexuales.

La población de mujeres trans sufren estas agresiones en mayor medida.



14 ¹La Encuesta para medir la percepción de la población peruana sobre los derechos humanos (ESAN/MINJUS) señala La mayor parte de la población declara no haberse sentido discriminada (64%); esta percepción es más marcada entre los de NSE más alto (70%) y entre los de menor edad (68%). Sin embargo se obtiene un significativo 36% que afirma haberse sentido discriminado alguna vez, principalmente por su condición económica (52%); otros motivos se refieren al lugar de procedencia o residencia (27%) y a la raza (25%).
²Idem supra

El grupo menos afectado es el de hombres heterosexuales. Las experiencias de discriminación, la vulnerabilidad al VIH y el estigma que se genera debe entenderse como capas que se adicionan sobre una vulnerabilidad social existente (como la violencia de género, la exclusión social de la población de mujeres trans, la homofobia, entre otros).

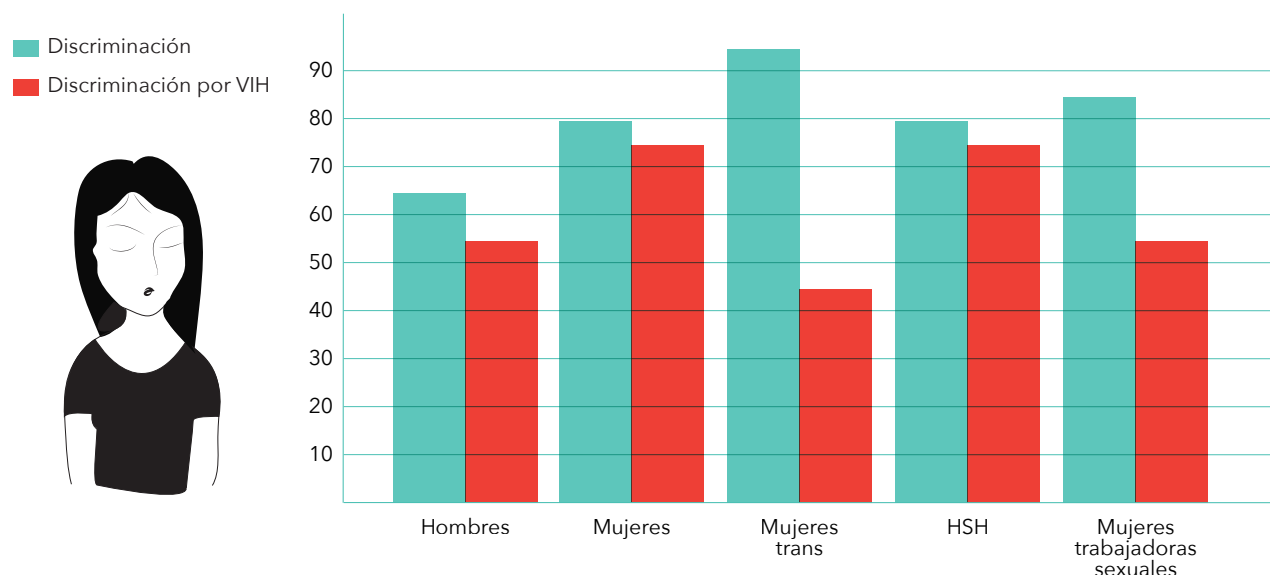


Figura 3: Experiencias de discriminación y proporción de estas experiencias de discriminación asociadas al VIH, según el grupo poblacional

La figura 3 muestra la proporción de participantes que sufrió experiencias de discriminación en el último año, según grupo poblacional, y de la proporción de estas experiencias que estuvo asociada al VIH. De las experiencias reportadas, el 60% estuvo asociado al vivir con VIH, según los participantes (todos los grupos combinados). Al analizar por cada grupo poblacional, observamos que son las mujeres de la población general las que reportan en mayor medida que estos casos hayan estado asociados al vivir con VIH (75%), seguido de la población HSH (63%).

En promedio, **1 de cada 5** entrevistados (20%) refiere haber sido **excluido de alguna reunión o actividad social en los últimos doce meses**. Esta cifra es mayor en el caso de las mujeres trans donde el 35% refiere haber sufrido la exclusión de alguna actividad social en el último año.

20% fueron excluidos de una reunión o actividad social

Dentro de aquellos que sufrieron la exclusión de actividades, **6 de cada 10 lo relaciona con el VIH**, sea como factor único o mencionado con otros factores.

3 de cada 10 (30%) entrevistados reporta haber sido **excluido alguna vez de actividades familiares en el último año**. Esta cifra es mayor en mujeres de la población general (35%) y en mujeres trans (43%) para mujeres TS.

De aquellas personas excluidas, 8 de cada 10 relaciona el hecho con el vivir con VIH.

30% fueron excluidos alguna vez de actividades familiares

70% se dió cuenta que las personas murmuraban sobre ellos

7 de cada 10 entrevistados se ha dado cuenta alguna vez en el último año que las personas murmuraban sobre ellos. El 56% lo asocia al VIH. En mujeres trans la cifra es de 9 de cada 10 mujeres trans. En esta población, la mayoría (53%) asocia las murmuraciones a otra causa aparte de vivir con VIH.



4 de cada 10 han sido verbalmente insultados, acosados o amenazados

En el último año **4 de cada 10** entrevistados ha sido verbalmente insultado, acosado o amenazado. Para mujeres de la población general y mujeres trabajadoras sexuales la cifra es de 5 de cada 10 mujeres. En mujeres trans, 7 de cada 10. En este último grupo un **10% refiere sufrir estas agresiones de forma constante**. La mayoría de encuestado (55%) asocia estas situaciones de violencia verbal a su condición de vivir con VIH. Sin embargo, en el caso de mujeres trans la cifra es menor (27%).



3 de cada 10 reportó haber sufrido alguna agresión física

3 de cada 10 reportó haber sufrido alguna agresión física en el último año. En mujeres trans el reporte se dio en 5 de cada 10. La mayoría de entrevistados (60%) asocia las agresiones a otra causa más allá del vivir con VIH. En mujeres de población general (50%) y mujeres TS (70%) el agresor fue la pareja. En mujeres trans, los agresores fueron conocidos fuera del ámbito familiar (35%) o desconocidos (40%).

Cuando se le pregunta a los participantes sobre las razones por las que ocurre la discriminación hacia las personas con VIH, **el 51% considera que estas son consecuencia de la incomprensión sobre cómo se transmite el VIH y de el temor al contagio**. El 28% lo asocia a que las personas consideran el vivir con VIH como algo vergonzoso, o condenan su estilo de vida y comportamiento y evitan relacionarse con ellas.

51% considera que estas son consecuencia de la incomprensión sobre cómo se transmite el VIH y del temor a la infección.

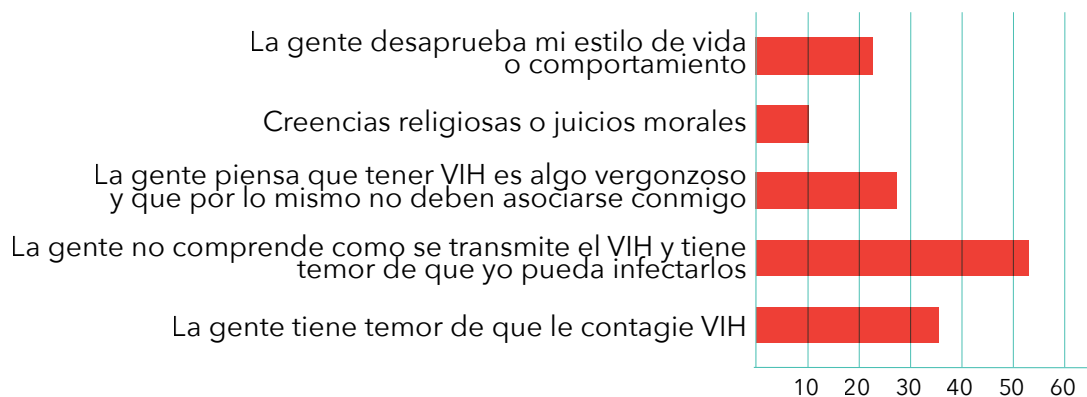


Figura 4: Razones por las que cree haber sido discriminado en relación a su condición de VIH, en los últimos 12 meses

VIVIENDA, SALUD Y EDUCACIÓN

El cuestionario indaga sobre experiencias relacionadas a estos temas en los últimos 12 meses y en relación al vivir con VIH.



- 3 de cada 10 personas encuestadas (**32%**) **reporta haber perdido su empleo o su fuente de ingresos económicos.** La proporción es menor en hombres de población general (20%) y mayor en mujeres de la población general (42%). De aquellas personas que pasaron por estas experiencias el 38% las relaciona con vivir con VIH.
- A 1 de cada 10 personas encuestadas (7%) se le ha negado una oportunidad laboral debido a vivir con el VIH en el último año.
- A 2 de cada 10 personas encuestadas (**21%**) **se le ha negado servicio de salud por su condición de VIH** en el último año.

21% se le ha negado servicio de salud por su condición de VIH en el último año.

ESTIGMA INTERNALIZADO

Esta sección del cuestionario describe las situaciones de estigma interno vividas por los participantes en los últimos 12 meses.



Por estigma interno nos referimos a aquellas situaciones donde la discriminación o los discursos de violencia hacia las personas con VIH son interiorizadas por las personas, disminuyendo su autonomía y capacidad de toma de decisiones y llevándolas a tener sentimientos o realizar acciones que pueden ir en contra de su propio bienestar.

- 5 de cada 10 personas encuestadas (**51%**) **refiere haber tenido sentimientos de auto inculpación** al pensar en su condición de VIH.
- 4 de cada 10 personas encuestadas (**40%**) **refieren haber sentido vergüenza.** En las mujeres de la población general, esta proporción es de 49%.

51% refiere haber tenido sentimientos de auto inculpación al pensar en su condición de VIH.



3 de cada 10 personas refieren haber sentido baja autoestima.

- 3 de cada 10 personas encuestadas **(30%) refieren haber sentido baja autoestima.** En mujeres de la población general, la proporción es de 44%.
- 2 de cada 10 entrevistados/-as **(21%) ha presentado sentimientos suicidas en el último año,** en relación a su condición de VIH. Esta cifra es similar a través de los grupos poblacionales y a través del tiempo de diagnóstico de VIH.

Entre los efectos más visibles de la interiorización del estigma están el temor y/o la autoexclusión frente a diversos tipos de situaciones sociales y decisiones personales. Al respecto, se encontró que:

- 4 de cada 10 personas entrevistadas (38%) dejaron de asistir a reuniones sociales.
- 3 de cada 10 personas entrevistadas (35%) se aislaron de su familia y amigos, siendo esta cifra mayor en mujeres de la población general (42%).
- 2 de cada 10 personas entrevistadas (23%) decidió no tener relaciones sexuales (37% de mujeres de la población general).

21% ha presentado sentimientos suicidas en el último año, en relación a su condición de VIH.

- 7 de cada 10 mujeres entrevistadas (68%) decidieron no tener más hijos por su condición de VIH.
- 2 de cada 10 personas entrevistadas (20%) refiere haber evitado una clínica local al haber tenido una necesidad de salud.
- 1 de cada 10 personas entrevistadas (15%) perdió una oportunidad laboral o educativa (abandonando sus estudios, dejando de trabajar o no solicitando un empleo) en el último, por su condición de VIH.

35% *se aislaron de su familia y amigos*

En cuanto a situaciones de estrés percibidas por los participantes en relación a las interacciones que puedan tener con terceros: 7 de cada 10 personas entrevistadas teme ser blanco de murmuraciones (8 de cada 10 mujeres TS).

- 6 de cada 10 personas entrevistadas teme ser objeto de agresiones verbales (7 de cada 10 en mujeres trans y mujeres TS).
- 4 de cada 10 personas entrevistadas teme sufrir agresiones físicas (6 de cada 10 mujeres trans).



7 de cada 10 mujeres trans y mujeres TS teme sufrir agresiones físicas.

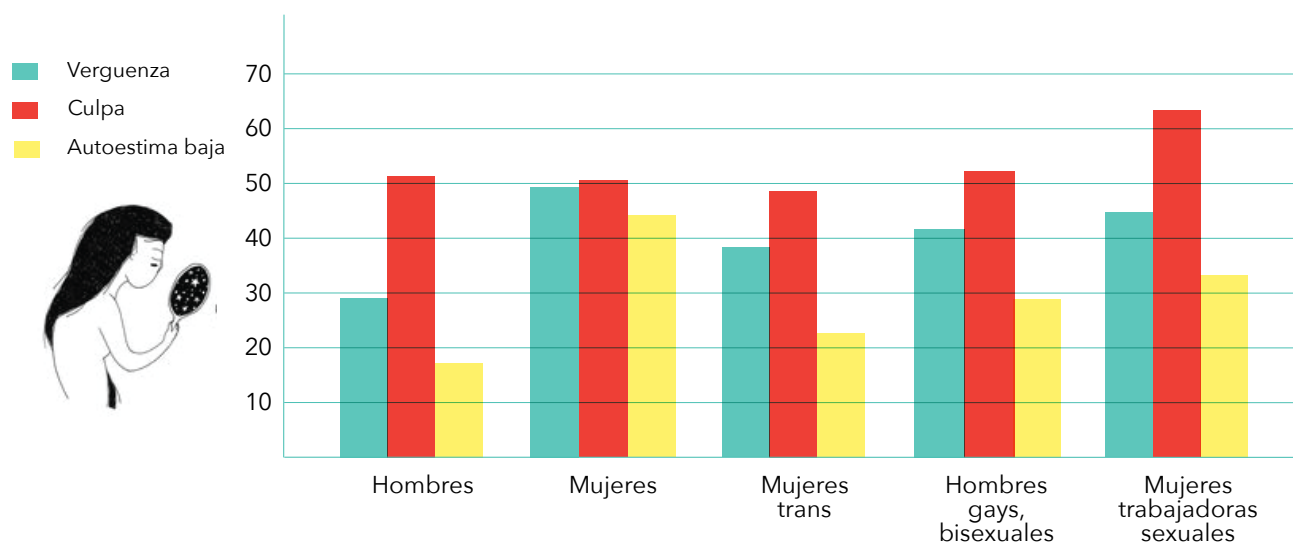


Figura 5: Sentimientos en relación a vivir con VIH en los últimos 12 meses.

DERECHOS, LEYES Y POLÍTICAS



- 3 de cada 4 personas encuestadas (**74%**) **no ha escuchado hablar sobre la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA** y 6 de cada 10 entrevistados (61%) no ha escuchado hablar sobre la ley que protege los derechos de las personas que viven con VIH en el Perú.
- 9 de cada 10 personas entrevistadas (91%) reporta no haber sufrido situaciones en los últimos 12 meses que impliquen: haber sido forzado a someterse a un procedimiento médico o de salud incluyendo pruebas de VIH, negación de un seguro de vida o salud, haber sido arrestado, revelar la condición de VIH para ingresar a otro país, revelar la condición de VIH para solicitar residencia o nacionalidad, detenido, aislado.

74% No ha escuchado hablar sobre la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA

- El **16% reporta que sus derechos como persona viviendo con VIH fueron vulnerados en el último año** (2 de cada 10 en mujeres de la población general), aunque el cuestionario no especifica qué tipo de derechos. De aquellos que sufrieron vulneraciones de derechos, 88% no buscó obtener una reparación legal por estas vulneraciones. Las principales razones dadas para no iniciar estos procesos son la falta de confianza en el sistema de justicia o el sentimiento de intimidación para tomar medidas.

16% reporta que sus derechos como persona viviendo con VIH fueron vulnerados en el último año

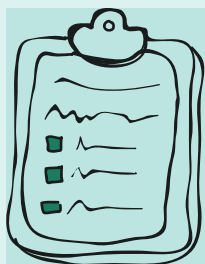
PRUEBAS DE DIAGNOSTICO DE VIH



8 de cada 10 reportó que la decisión de hacerse una prueba de VIH fue propia.

- 8 de cada 10 personas encuestadas (81%) reportó que la decisión de hacerse una prueba de VIH fue propia.
- Una mayor proporción de mujeres trans (15%) y mujeres de población general (13%) con respecto a los demás grupos, refiere que tomó la decisión tras recibir presión de terceros.
- 1 de cada 10 hombres y mujeres de la población general encuestadas (9%) refiere que se le hizo la prueba de VIH sin su consentimiento.
- Con respecto a la consejería, el 7 de cada 10 personas encuestadas (67%) reporta haber recibido consejería previa y posteriormente a realizarse la prueba.
- 13% solamente recibió consejería post test y 17% no recibió ningún tipo de consejería (25% en mujeres de la población general).

TRATAMIENTO



- Las personas encuestadas describen su estado de salud como excelente (12%) muy bueno (14%) o bueno (44%). El 28% lo describe como regular. Solo un 2% la describe como malo.

88% se encuentra actualmente tomando medicación antiretroviral.

- 9 de cada 10 personas encuestadas (**88%**) se encuentra actualmente tomando medicación antiretroviral. De éstas, 9 de cada 10 personas encuestadas (87%) refiere que accede de forma gratuita a los medicamentos.
- 7 de cada 10 personas encuestadas (**70%**) reporta no haber tenido una conversación constructiva con sus proveedores de salud acerca de sus opciones de tratamiento para el VIH.
- 7 de cada 10 personas encuestadas (72%) reporta no haber tenido una conversación constructiva con sus proveedores de salud acerca de temas de salud sexual y reproductiva, aspectos emocionales de su salud, entre otros.

En los últimos 12 meses,

¿Tuvo una discusión constructiva con profesionales de la salud sobre temas sobre su salud sexual y reproductiva, bienestar emocional, uso de drogas, etc.?

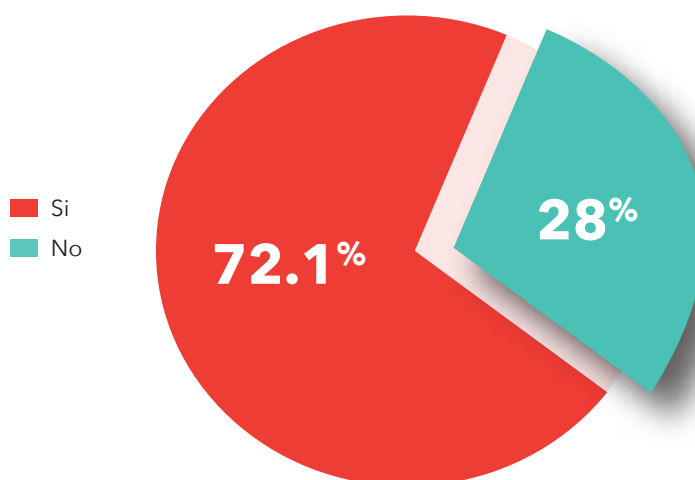
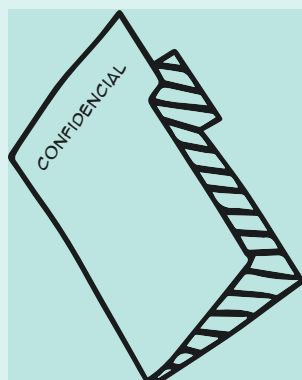


Figura 6: Comunicación con proveedores de salud sobre su salud sexual

COMPARTIR EL ESTADO DE VIH Y LA CONFIDENCIALIDAD



- 8 de cada 10 personas entrevistadas (76%) compartió su diagnóstico de VIH con su pareja (proporción del total de personas que cuenta con pareja). En 1 de cada 10 su pareja no conoce su diagnóstico y en el restante, el diagnóstico fue comunicado por otra persona, en la mitad de los casos con el consentimiento del encuestado y en el otro, sin éste.

En el caso de otros familiares:

- 6 de cada 10 comunicó su diagnóstico (61%); 2 de cada 10 no lo ha comunicado (16%). Cuando los familiares son niños y niñas, 5 de cada 10 reportan que estos no conocen su diagnóstico.

50% *reporta NO haber compartido su diagnóstico con amigos y vecinos*

- 5 de cada 10 personas entrevistadas (50%) reporta no haber compartido su diagnóstico con amigos y vecinos; 2 de cada 10 (23%) lo han hecho y 1 de cada 10 reporta que un tercero comunicó su diagnóstico sin su consentimiento (5%).
- 8 de cada 10 personas (79%) ha compartido su diagnóstico con otros pares (otras personas con VIH); 8 de cada 10 personas (80%) ha compartido su diagnóstico con el personal de salud.
- En aquellos con trabajo, 3 de cada 10 encuestados/as (28%) ha compartido su diagnóstico con sus colegas.
- 8 de cada 10 encuestados/as (78%) refiere haberse sentido empoderado al compartir su diagnóstico de VIH con otras personas. En mujeres trans la cifra es de 6 de cada 10.

76% compartió su diagnóstico de VIH con su pareja.

En relación a la confidencialidad de la información en los servicios de salud:

- 4 de cada 10 encuestados (44%) refieren no sentirse seguro sobre la confidencialidad de sus registros médicos (5 de cada 10 hombres de la población general).
- 2 de cada 10 encuestados (22%) piensan que sus registros no son confidenciales (3 de cada 10 mujeres de la población general).
- 15% reporta que alguna vez el personal de salud le dio información a otras personas sobre sus status de VIH, sin su consentimiento. 26% no está seguro si eso pasó o no.



3 de cada 10

mujeres piensan que sus registros no son confidenciales.

15% reporta que alguna vez el personal de salud le dio información a otras personas sobre sus status de VIH, sin su consentimiento.

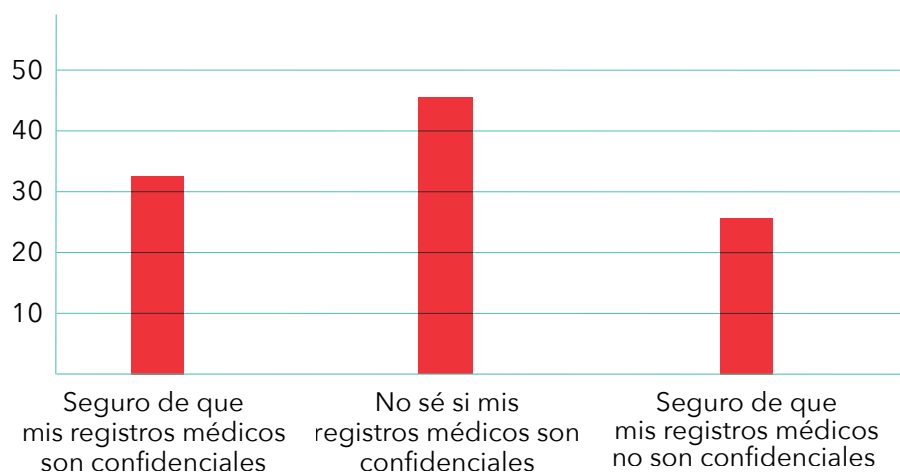


Figura 7: Cuán seguro se siente de la confidencialidad de sus registros médicos

Tener hijos y vivir con VIH

- La mitad de los participantes en la encuesta refiere tener hijos (47%), de éstos el 15% refiere tener hijos con VIH.
- 6 de cada 10 (58%) recibió algún tipo de consejería sobre el tener hijos después de su diagnóstico de VIH. Esta cifra fue mayor en mujeres (64%), que en hombres (37%).

38% refiere que alguna vez el personal de salud le aconsejó no tener hijos

- 4 de cada 10 (38%) refiere que alguna vez el personal de salud le aconsejó no tener hijos, luego de su diagnóstico de VIH. De este grupo, el 61% fueron mujeres.
- 2 de cada 10 mujeres encuestadas (20%) refieren haber sido coaccionadas por el personal de salud, para esterilizarse, debido a su condición de VIH positivas.
- 9 de cada 10 mujeres embarazadas al tener el diagnóstico de VIH refiere haber recibido tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión al feto.

Gestión del cambio



6 de cada 10
conoce alguna organización o grupo al que recurrir en caso de sufrir alguna situación de discriminación.

- 6 de cada 10 entrevistados conoce alguna organización o grupo al que recurrir en caso de sufrir alguna situación de discriminación. Las organizaciones más conocidas son los grupos de apoyo u organizaciones de base para personas con VIH.
- No obstante, solo 1 de cada 10 ha buscado ayuda en alguna organización para resolver para enfrentar alguna situación de discriminación.
- 7 de cada 10 entrevistados refiere haber apoyado a alguna persona con VIH en el último año. El principal tipo de apoyo brindado fue el de consejería o apoyo emocional.

20% de mujeres refiere haber sido coaccionada por el personal de salud, para esterilizarse, debido a su condición de VIH positiva.

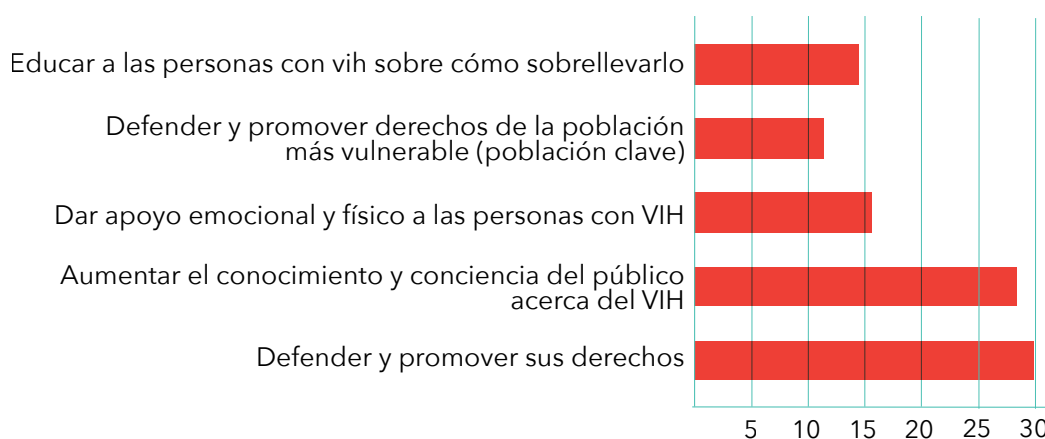


Figura 8: Principales acciones que deberían tomarse para hacer frente al estigma y la discriminación.

CONCLUSIONES

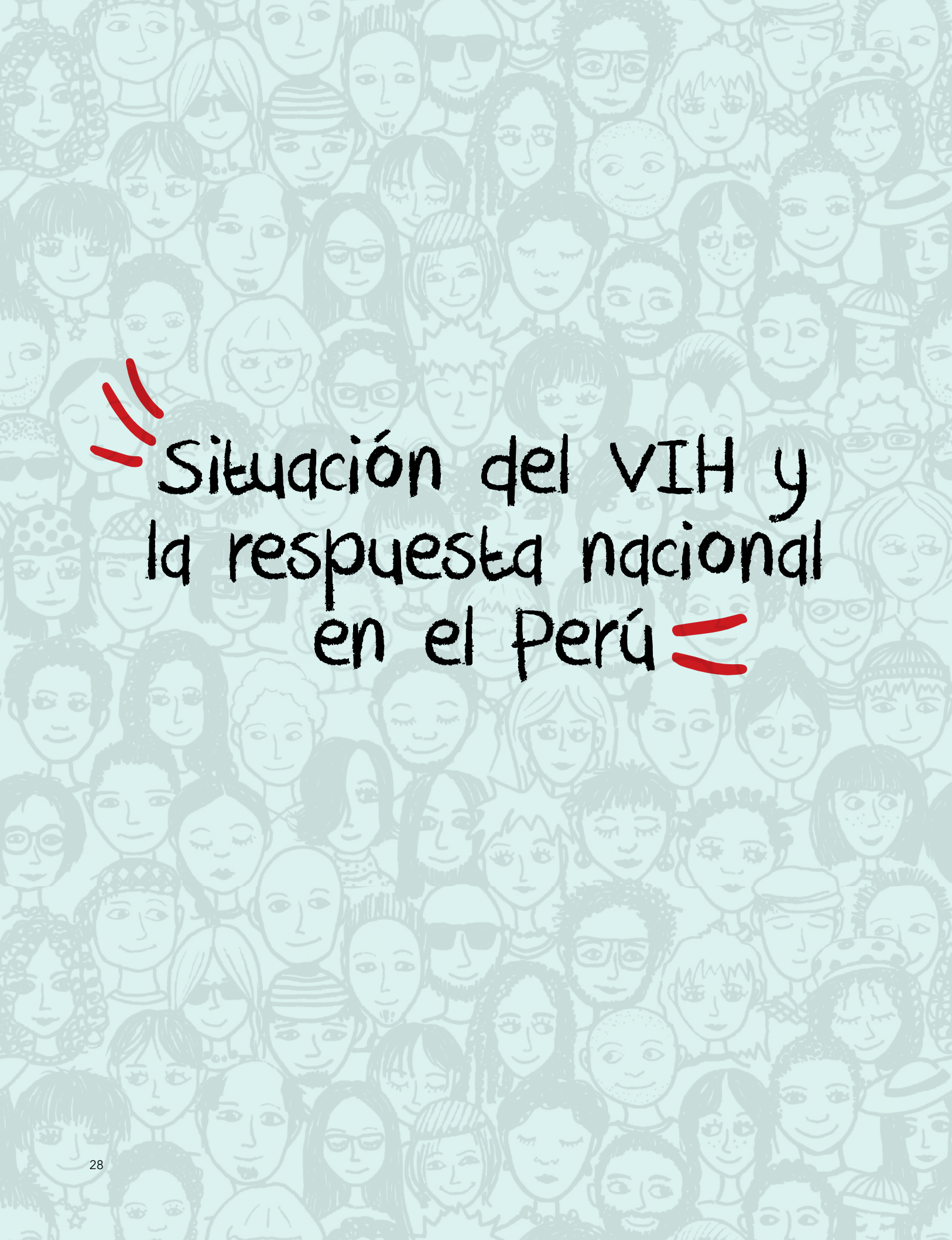
- Tal como lo evidencian las Encuestas de Demografía y Salud, el estigma hacia el VIH sigue muy presente en la sociedad peruana (entre 20 y 30 % de la población expresa actitudes discriminatorias contra las personas que viven con VIH³). Esto se expresa tanto en el público general como en las instituciones públicas y privadas, escuelas, proveedores de salud, sus familias. Las personas con VIH sufren experiencias cotidianas de exclusión y discriminación por lo que significa para otros el tener VIH.
- El 47% (n=284) de participantes reporta haber tenido alguna experiencia de discriminación en el último año, asociada a vivir con VIH. Dentro de estas experiencias se encuentran: haber sido excluido de alguna actividad social, religiosa, familiar; haber recibido insultos o acoso verbal; ser víctima de murmuraciones y haber recibido alguna agresión física.
- Al indagar sobre las mismas experiencias de discriminación por cualquier motivo (incluyendo el VIH), la cifra aumenta al 77% (n=490). La población de mujeres trans es la que reporta haber sufrido estas agresiones en mayor medida, seguido de las mujeres trabajadoras sexuales. El grupo menos afectado es el de hombres heterosexuales. Las experiencias de discriminación, la vulnerabilidad al VIH y el estigma que se genera debe entenderse como capas que se adicionan sobre una vulnerabilidad social existente (como la violencia de género, la exclusión social de la población de mujeres trans, la homofobia, entre otros).
- Estas experiencias son vividas e incorporadas (internalizadas) por las personas con VIH en su relaciones con los demás y en la percepción que tienen de sí mismos. Sentimientos como el desánimo, la culpa, el aislarse del entorno o la ansiedad son sentidas por una proporción importante de las personas con VIH, afectando su bienestar.
- Las vivencias de las experiencias del estigma y discriminación, están condicionadas además por las situaciones de vulnerabilidad relacionadas al género o la orientación sexual en las personas con VIH. El ser mujer, gay o mujer trans, añade una carga de vulnerabilidad social, que se puede reflejar en situaciones de violencia o exclusión social, que se adicionan a las discriminación por vivir con VIH.
- Además, la internalización del estigma afecta el acceso a los programas de salud y de tratamiento del VIH, lo que desde la perspectiva de la provisión de servicios, afectan su eficiencia y genera barreras para alcanzar las metas 90-90-90 a las que el Estado peruano se ha comprometido.
- Aunque La respuesta actual a la epidemia, a través del Plan Estratégico Multisectorial 2015-2019 considera estrategias específicas dirigidas a disminuir el estigma al VIH tanto entre las personas con VIH (estigma internalizado, a través de soporte en el eje de salud mental), como en servicios de salud, instituciones del estado o a nivel de opinión pública. no se ha verificado la implementación de las mismas

³INEI (2016). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Nacional y regional. Lima: INEI. Pgs. 376 y 377.

- La desinformación en el público general, perpetua experiencias de discriminación y exclusión. Las organizaciones de personas con VIH junto con otros aliados pueden fomentar campañas que cierren estas brechas de información, desarmen mitos y fomenten la empatía.

RECOMENDACIONES

- Desarrollar o expandir según sea el caso, campañas de sensibilización para la población general, con el objetivo de informar a la población sobre aspectos básicos de la transmisión y el tratamiento del VIH. Las campañas enfocadas en confrontar el estigma y la discriminación, deben considerar las múltiples vulnerabilidades y la diversidad de la población, sin considerar a las personas con VIH como un solo bloque poblacional.
- Reforzar/Fortalecer el enfoque de género y aspectos relacionados al abordaje del estigma relacionado al VIH en programas del MINSA, MIMP y MIDIS que contemplen aspectos de soporte social a personas con VIH y grupos vulnerables.
- Promover programas de apoyo social que contribuyan a mejorar la situación laboral de las mujeres con VIH y mujeres trans y diseñar los mecanismos para que se beneficien de los programas sociales ya existentes.
- Reforzar la capacitación a proveedores de salud de todos los servicios (no solo de los programas de VIH) en aspectos relacionados al estigma y discriminación en personas con VIH: transmisión ocupacional, confidencialidad, formar una familia, salud sexual, entre otros. Además reforzar la capacitación de proveedores en relación a condiciones de vulnerabilidad social relacionadas al género y la orientación sexual y a la salud de personas LGBT.
- Incluir aspectos de salud mental enfocados en el manejo de los efectos de experiencias de discriminación y violencia, dentro de los programas que contemplan el tratamiento de personas con VIH, expandiendo el enfoque de la consejería provista actualmente.
- Repotenciar y fortalecer normativa y financieramente, experiencias de apoyo como la consejería entre pares para personas con VIH, en el marco de una estrategia de vinculación a tratamiento y retención para la adherencia. Estas estrategias deben reforzar con una mirada positiva el cuidado de la salud y trabajar sobre aspectos de estigma internalizado, vergüenza o culpa que sienten algunas personas con VIH y que limitan su acceso a servicios de salud.
- Apoyar técnica y financieramente a las organizaciones de personas con VIH, para que desarrollen labores de difusión sobre sus derechos entre sus pares, a fin de que una mayor proporción de personas con VIH pueda exigir la garantía de un acceso adecuado y un tratamiento de calidad.
- Incidir para que en el próximo Plan Nacional de derechos humanos aparezcan acciones estratégicas para combatir el estigma y discriminación hacia las personas con VIH vinculadas a otros actores gubernamentales y que incorporen indicadores estructurales.



Situación del VIH y la respuesta nacional en el Perú

Desde el inicio de la epidemia y hasta el mes de Agosto del año 2016⁴, la Dirección General de Epidemiología (DGE) reportó 64,955 de casos de VIH y 34,990 casos de Sida notificados. La infección por el VIH en el Perú mantiene las características de una epidemia concentrada, se ha estimado en 72,000 (61,000-100,000) personas que viven con VIH, en 2,300 (1,500 - 3,800) nuevas infecciones por VIH por año, con una prevalencia nacional de 0,4% (0,5% para hombres y 0,2% para mujeres) y una incidencia en adultos de 0,01%.

La razón hombre/mujer de casos de infección VIH notificados en los últimos 10 años se mantiene en 3 a 1. El 70% de casos de VIH y Sida corresponden a personas entre los 20 a 39 años de edad. La principal vía de transmisión notificada es la sexual (97% de los casos). Por categoría de exposición, el 52% de varones reportó transmisión heterosexual, 37% de tipo homosexual y 10% de tipo bisexual; mientras que, en las mujeres, el 98% reportó transmisión heterosexual. Esta información podría resultar insuficiente, debido a que muchos hombres no admiten prácticas homo/bisexuales por temor al estigma y la discriminación, entre otras razones. Se observa una tendencia decreciente en la proporción de casos notificados de VIH en el grupo de mujeres heterosexuales y un incremento en la proporción de hombres que tienen sexo con hombres. Tales evidencias visibilizan la persistencia de una cadena de transmisión predominante que parte de poblaciones clave como los HSH y las mujeres trans (MT).

El 68% de los casos acumulados de Sida y el 61% de casos de VIH notificados proceden de Lima y Callao, regiones que albergan a la tercera parte de la población de todo el país. Por tal razón, la epidemia se concentra en los departamentos más densamente poblados de la costa y de la selva, más aún cuando el 80% de las notificaciones proceden desde las zonas de Lima, Callao, Loreto, La Libertad, Lambayeque, Piura y Ucayali.

Se evidencia que las tasas de prevalencia e incidencia más altas en poblaciones clave se producen en las comunidades de mujeres transgénero y HSH especialmente jóvenes menos de 25 años y que ejercen trabajo sexual. Constituyen el engranaje epidemiológico de la principal cadena de transmisión, especialmente en las zonas más densamente pobladas de la costa y selva. Las Mujeres trans constituyen un grupo poblacional altamente estigmatizado, con un bajo acceso a la educación y al trabajo. Debido a la discriminación que sufren constantemente, se alejan tempranamente de sus familias o migran de sus lugares de origen hacia las grandes ciudades, para ejercer el trabajo sexual como principal actividad económica, seguida por la peluquería, reflejando una falta de oportunidades como resultado de su rechazo por el conjunto de la sociedad. Los servicios ofrecidos a las poblaciones HSH y Mujeres trans centran su atención en la prevención de ITS, siendo débiles o inexistentes los servicios de apoyo psicológico, apoyo nutricional, servicio de salud sexual, y otros que permitan un abordaje integral acorde a su género, convirtiéndose en una barrera para el acceso de las poblaciones clave a los servicios de salud⁵.

Esta información podría resultar insuficiente, debido a que muchos hombres no admiten prácticas homo/bisexuales por temor al estigma y la discriminación, entre otras razones. Se observa una tendencia decreciente en la proporción de casos notificados de VIH en el grupo de mujeres heterosexuales y un incremento en la proporción de hombres que tienen sexo con hombres. Tales evidencias visibilizan la persistencia de una cadena de transmisión predominante que parte de poblaciones clave como los HSH y las mujeres trans (MT).

⁴Ministerio de Salud, Perú. Boletín epidemiológico de VIH/SIDA. Agosto 2016.

En: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2016/agosto.pdf.

⁵Ministerio de Salud, Perú. Nota conceptual para el Proyecto del Fondo VIH Mundial. Lima, 2015.

Acceso al TARGA:

El acceso al tratamiento antirretroviral es universal y gratuito desde el año 2004; actualmente existen 114 establecimientos de salud a nivel nacional que brindan tratamiento en todas las regiones del país. Según la cascada del continuo de la atención, de las 72,000 PVV estimadas para el 2014, el 64% (45,783) conoce su diagnóstico de infección por VIH. La cobertura de tratamiento antirretroviral (TARGA) alcanza el 46% (33,242) y las PVV con supresión viral llegan al 37% (26,855)³.

Respuesta multisectorial

Se cuenta con un *“Plan Multisectorial de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA 2015-2019”* (PEM 2015-2019) que se ha construido sobre la base de una participación activa de los diversos sectores involucrados durante los años 2012 y 2013. Participaron 217 instituciones en 39 reuniones que incluyeron a la sociedad civil, población afectada, poblaciones vulnerables y clave, MINSA y otros Ministerios.

El objetivo general del PEM ITS/VIH SIDA 2015 – 2019 es *“Fortalecer la respuesta a las ITS y al VIH SIDA, articulando las acciones del Estado y la sociedad civil con un abordaje inclusivo y de derechos en los tres niveles de gobierno”*. Tiene por característica la multisectorialidad y la búsqueda de igualdad en derechos para todos y todas, y comprende la respuesta nacional multisectorial al VIH liderada por el MINSA.

En resumen, los objetivos específicos del PEM ITS/VIH SIDA son los siguientes:

1. Mejorar la promoción y difusión de medidas preventivas contra el VIH dirigidas a las diferentes poblaciones. Teniendo en cuenta que las actividades preventivo-promocionales son esenciales para la lucha contra el VIH, este objetivo se enfoca en actividades que enfatizan la prevención en las poblaciones “clave”, principalmente en mujeres trans, hombres gays, bisexuales y otros HSH.
2. Promover la atención y tratamiento de calidad a través de la atención integral y transversal del VIH en el conjunto de sistemas de salud y el fortalecimiento de la atención integral de las PVV. Este objetivo busca reforzar el cuidado de la salud de las PVV, garantizando el tratamiento, reforzando la adherencia y asegurando una atención integral (salud mental, co-infección TB/VIH y aspectos nutricionales entre otros).
3. Reducir las barreras para el ejercicio de los derechos de personas con VIH y las poblaciones claves y vulnerables asegurando su acceso a los servicios de salud y educación, a oportunidades laborales y al conjunto de servicios públicos. La incorporación de una mirada de derechos es una condición indispensable hacia la respuesta nacional al VIH.
4. Fortalecer el trabajo multisectorial articulando e incorporando a los diferentes sectores, niveles de gobierno y organizaciones comunitarias en la prevención y control de las ITS y VIH. Esta actividad la realiza la CONAMUSA liderada por el MINSA y que agrupa a representantes de los otros actores del sector público y privado para efectos del acceso al FM.
5. Fortalecer la gestión y la rectoría de la respuesta nacional al VIH consolidando la posición de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) y de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA (ESNITSS) en la respuesta nacional. La ESNITSS responde a la DGSP, órgano de línea del MINSA.

30 ³Dirección de Prevención y Control de ITS, VIH y Hepatitis (ex Estrategia Sanitaria nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Hepatitis), Ministerio de Salud, 2016. Presentación “Continuo de la atención y mejora del acceso al diagnóstico: estrategias de acceso a la prueba de VIH y vinculación a los servicios”. Misión Conjunta de Apoyo para la actualización, expansión y sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH, ITS y hepatitis virales. Lima, 3 de marzo 2016

6. Fortalecer y mejorar los sistemas de información, monitoreo y evaluación para contar con información oportuna, de calidad y accesible para la toma de decisiones. El fortalecimiento del sistema de información abarca varios frentes, comenzando con el sistema de vigilancia epidemiológica y los sistemas de monitoreo y evaluación (M&E), incluyendo la evaluación de intervenciones sistematizadas para verificar su efectividad. Esto también involucra a la sociedad civil con la vigilancia social.

El PEM 2015-2019 cuenta con un plan de M&E. Adicionalmente compromete a 5 sectores del Estado (MEF, MIMP, MIDIS, MTPE, MINCUL y la Secretaría de Gestión Pública de la PCM) en este esfuerzo de desarrollar un Plan de M&E multisectorial.

Marco sobre los derechos humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴ (DUDH), plantea el reconocimiento de los derechos básicos y libertades fundamentales de todas las personas, independientemente de la nacionalidad, sexo, residencia, etnia, idioma, creencia o cualquier otra índole, defiende la dignidad y la justicia de todos y todas.

La DUDH es la plataforma sobre la cual se han diseñado los instrumentos y tratados internacionales firmados por los países para la defensa y el respeto de los derechos de todas las personas. De acuerdo al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, más de 80 declaraciones y tratados internacionales se han firmado sobre la base de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, además de otros instrumentos regionales o nacionales.

Entre los instrumentos diseñados a partir de esta Declaración, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁵ y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁶ han desarrollado la mayoría de los derechos ya consagrados por la DUDH. Junto con la DUDH, constituyen la Carta Internacional de Derechos Humanos.

La Constitución Política del Perú⁷, tiene como norma básica la protección de todos los derechos, respetando especialmente, la dignidad de la persona humana.

Es sobre esta base, desde la cual debe revisarse el contenido esencial de cada derecho fundamental de la persona. Cabe precisar que, en la doctrina constitucional se ha señalado la existencia, dentro de la Constitución, de un ámbito denominado de Jurisdicción Constitucional, la cual cautela por los derechos fundamentales contenidos en la misma mediante mecanismos dirigidos a protegerlos de la vulneración cometida por medio de actos u omisiones de parte de las autoridades, los funcionarios o particulares.

El artículo 2, incisos 1 y 2 de la Constitución establece que toda persona tiene derecho a la vida, a la igualdad ante la ley y que nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole. Igualmente se reconoce en la Constitución el derecho a la salud, dentro del capítulo de derechos económicos, sociales y culturales.

Para una efectiva protección de estos derechos humanos, debe verificarse la relación armónica de estos derechos con el respeto de la dignidad, los principios constitucionales y con las demás

⁴Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) fue aprobada en el seno de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

⁵Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 23 de marzo de 1976, de conformidad con el artículo 49°.

⁶Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27°.

⁷Aprobada el 1 de julio de 1993. Entró en vigencia el 31 de diciembre de 1993.

normas que conforman el ordenamiento jurídico, los cuales garanticen no sólo la protección de tales derechos sino su pleno ejercicio y vigencia. Uno de los principales problemas de las poblaciones vulnerables es la discriminación y el estigma los cuales afectan directamente su dignidad.

La discriminación supone diferenciar en el trato a las personas o grupos en base a un elemento de comparación, el cual se convierte en un rasgo estigmatizante, reduciendo así, en diversos espacios sociales, las posibilidades de vida de los sujetos discriminados y estigmatizados¹¹. Dichos elementos, forman parte de una lista de motivos prohibidos por el texto constitucional.¹² Estos motivos son, como ya los hemos señalado, los vinculados a origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole.

En la Constitución también se han previsto otros derechos para la promoción de la Salud. Así el artículo 7° señala que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. Lo que significa que el derecho a la salud no es de carácter meramente pasivo, sino también activo, y para promoverlo o defenderlo, este debe ser ejercido tanto por los particulares como por el aparato estatal.

La Ley General de Salud recoge y manifiesta en sus artículos III y IV del Título Preliminar, los términos, condiciones y el carácter irrenunciable del derecho a la protección de la salud y la responsabilidad del Estado en cuanto a la provisión de servicios de salud pública. Estas normas refieren que la salud es indispensable para alcanzar el bienestar individual y colectivo, reconociendo además el acceso libre de toda persona a las prestaciones de salud.

En cuanto a protección de la salud, podemos tomar en cuenta en primer lugar, La Ley General de Salud y la Ley CONTRASIDA N° 26626, y su modificatoria, Ley 28243, las cuales recogen el principio de autonomía de las personas; de ese modo, desde ellas se contempla dos dimensiones: que éstas no pueden ser sometidas y obligadas a hacerse las pruebas de detección del VIH sin su consentimiento; y que quien desee hacerse la prueba, deberá dejar constancia de la manifestación de su voluntad por escrito. En ese sentido, las personas con diagnóstico positivo o negativo tienen el derecho a la confidencialidad, es decir, su información deberá estar protegida por el secreto profesional¹³. Como contemplamos al principio, si este derecho es vulnerado, se pueden establecer mecanismos de discriminación y estigmatización (en el trabajo, en el medio local, etc.). Así, el resultado de sus pruebas de VIH no puede ser dado a conocer a ninguna persona sin la autorización del titular, obligando al personal de salud a respetar el carácter confidencial de la historia clínica.

En el Perú se han dado significativos avances a nivel legislativo para la protección de los derechos de las personas viviendo con VIH, además de la Constitución Política del Perú que, en el artículo 2, garantiza que “toda persona tiene derecho a: la vida y a la integridad moral, psíquica y física, a la igualdad ante la ley y a no ser discriminado”, la ley 28867 que modifica el artículo 323 del Código Penal sancionando cualquier tipo de discriminación en especial si el agente es un funcionario público y la sentencia del Tribunal Constitucional declarando a las personas con VIH “Sujetos de especial protección por parte del Estado” (N° 04749-2009-PA/TC).¹⁴

El enfoque de Desarrollo Humano (PNUD, 1990)¹⁵ se centra en las personas y las oportunidades que éstas tienen para lograr aquello que les genera una mayor calidad de vida. Los diferentes aspectos de la vida de una persona no están aislados y por ello se propone que la riqueza es mucho más que el ingreso (riqueza económica) y no podría ser la única referencia de desarrollo.

32 ¹¹Goffman Ervin. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Simon & Schuster Inc. New York 1986.

¹²Fernández María Soledad, Vargas Mery, Hernández Teresa. Innovando rutas legales: Mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres”. DEMUS, Estudio para la defensa de los Derechos de la Mujer. Primera Edición. Lima, 1999.

¹³La violación del secreto profesional constituye un delito contra la libertad, tipificado en el Art. 165 del Código Penal Peruano.

¹⁴Un grupo de especial protección - terminología recogida de la Carta Andina para la Promoción Protección de los Derechos Humanos constituye un colectivo de personas que no necesariamente han entablado relaciones directas entre sí pero están vinculadas por su situación de potencial o real afectación a sus derechos, lo que puede conllevar: i) su sometimiento a un estado de vulnerabilidad moral o permanente, ii) una necesidad de que se asegure su existencia o la preservación inmediata de su integridad física y mental a través de

Para alcanzar mayores los niveles de desarrollo humano es entonces fundamental garantizar una vida saludable, acceder a formas de potenciar las herramientas y capacidades con las que se cuenta como educación o trabajo y a través de ello, tener mayores oportunidades para una mejor calidad de vida. Las personas que son objeto de estigma y discriminación, ven reducidas estas opciones y, por tanto, reducen las posibilidades de lograr mayores niveles de bienestar.

En setiembre de 2015, los estados miembros de las Naciones Unidas aprobaron la Agenda 2030. La Agenda 2030 es una nueva agenda de desarrollo que comprende 17 objetivos (Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS). La agenda comprende objetivos relacionados a la lucha contra la pobreza y el hambre, salud y bienestar, educación, igualdad de género, inclusión, trabajo decente, desarrollo industrial, sostenibilidad ambiental, paz, seguridad y alianzas globales. 193 líderes del mundo se comprometieron con trabajar y alcanzar los 17 objetivos de esta nueva agenda de desarrollo para el año 2030.

El trabajo hacia la eliminación del estigma y la discriminación a personas viviendo con VIH contribuirá sin duda en el esfuerzo hacia el logro de la Agenda 2030¹⁶, dado que las consecuencias de la estigmatización y atraviesan transversalmente muchos de los objetivos planteados para 2030.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen el compromiso a poner fin a la epidemia del sida para 2030. Uno de los tres pilares para llegar a la meta es eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, aparte de prevenir nuevas infecciones y muertes por causas relacionadas con el sida.

La inclusión es parte integrante e importante de esta agenda, desterrar la estigmatización y no discriminación son absolutamente necesarias para poder alcanzar los objetivos y metas planteadas en esta agenda, que tiene por lema "Nadie debe ser dejado atrás".

medidas institucionales o iii) la sujeción a condiciones de J. C. LOMA M trato desigual y discriminatorio que es resultado del ejercicio de un fenómeno de abuso de poder que puede llegar a considerarse "normalizado" socialmente. 33

¹⁵Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 1990. New York, 1990.

¹⁶Organización de Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2015. En: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>



Marco Teórico: Estigma y Discriminación =

El estigma es un concepto universal, de origen griego, que se relacionaba con la marca física hecha con fuego o con un instrumento cortante a las personas que se consideraban inferiores o extrañas, fuera de lo común.

El estigma, entendido como un conjunto de elementos subjetivos que marcan y descalifican lo diferente, se manifiesta principalmente a través de la discriminación, práctica mediante la cual, nos limitan o vulneramos los derechos de otros, impidiendo así el desarrollo ciudadano de las personas afectadas. El estigma no suele basarse en evidencias sino en temores, prejuicios o significados atribuidos a determinados grupos en base a ciertas normas culturales, Por ello no suele desaparecer con explicaciones racionales, pues su **"corazón"** se mueve en el terreno de lo simbólico. La discriminación puede manifestarse en todas las circunstancias e instituciones sociales, y consta de tres componentes¹⁷: los prejuicios, los comportamientos discriminatorios, y la discriminación propiamente dicha. "Estigma experimentado" sería una expresión apropiada para concebir la discriminación desde el punto de vista de aquel que lo sufre. En este sentido se trata de una característica **"relacional"**, donde es necesario que el diferente sea consciente de su condición dentro del proceso de interacción cultural¹⁸.

El VIH, desde su aparición, ha constituido un campo fértil para que el estigma y la discriminación, se arraiguen, incrementándose cuando se ignora el mecanismo de su transmisión. En la sociedad, el estigma hacia las personas viviendo con VIH o sida cumple básicamente dos funciones: a) la psicológica, que permite a los individuos y/o los grupos, como el personal de salud, distanciarse por su temor a la infección, atribuyendo el riesgo a **"otros/as"** y negándolo en sí mismos; y b) la social, que sirve para mantener el orden social, marginando a quienes considera **"indeseables"** por su conducta **"fuera de la norma"**¹⁹. En el mismo sentido, al estar el VIH/sida vinculado a estigmas sociales relacionados con la sexualidad no convencional, debe diferenciarse entre el estigma frente a la enfermedad, o **"estigma determinante del sida"**, como reflejo del miedo relacionado con la muerte, y el "estigma simbólico" producto de la vinculación de la enfermedad con grupos ya estigmatizados que representan un peligro moral²⁰.

Las primeras referencias documentadas sobre la relación entre el estigma, la discriminación y el VIH se remontan a mediados de la década del 80, cuando se describió sobre la asociación entre el VIH y el temor a los gérmenes, a la enfermedad y la muerte, así como sobre su relación con inquietudes ligadas a la sexualidad. Dos años más tarde, el encargado del Programa Global de SIDA de la ONU, Jonathan Mann, alertó al mundo sobre los efectos perjudiciales del fenómeno del estigma y la discriminación y sobre su carácter cada vez más extendido. Mann dijo que a las epidemias del VIH y del SIDA se sumaba una tercera, tan importante y peligrosa como las otras dos, a la cual bautizó como **"la epidemia del estigma, la discriminación y la negación"**²¹.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH (ONUSIDA) define el estigma y la discriminación en relación con el VIH como: **"...un 'proceso de desvalorización' de las personas que viven o están asociadas con el VIH y el sida [...]. La discriminación se desprende del estigma y se refiere al tratamiento injusto y malintencionado de una persona a causa de su estado serológico real o percibido en relación con el VIH"**²².

Como resultado de esta discriminación, se violan los derechos de las personas que viven con el virus solo por el hecho de saber o pensar que tienen VIH. Las campañas de salud en cada comunidad, pueblo, ciudad y país deben trabajar para derribar esa barrera de vergüenza que rodea al VIH²³. De esta manera todas las personas afectadas podrían acceder a los servicios de salud de una manera más libre, sin pensar en que dirán los demás, sintiéndose apoyadas y respaldadas al momento de enfrentar la enfermedad.

¹⁷Foreman, M., Iyá, P. y Breinbauer, C. Comprensión y respuesta al Estigma y a la Discriminación por el VIH/sida en el Sector Salud.: Organización Panamericana de la Salud. 2003. Washington DC.

¹⁸Reguillo, R. Condensaciones y desplazamientos: Las políticas del miedo en los cuerpos contemporáneos. 2007. Hemisférica Noviembre 4.2. Corpografías. http://hemisphericinstitute.org/journal/4.2/esp/es42_pg_reguillo.html

¹⁹Brouard, P. y Wills, C. (2006). A Closer Look. The internalization of stigma related to HIV. USAID

²⁰Ver nota 12.

La discriminación real o percibida en el ámbito laboral puede llevar a las personas con VIH a retrasar las visitas a los centros de salud o evitar el tratamiento. A ello se suma el miedo a ser vistas en las salas de esperas o el temor anticipado a los efectos secundarios de los tratamientos. Ocultar su estado de VIH puede provocar un aumento considerable de los niveles de estrés de la persona con la consiguiente posibilidad de debilitamiento en el sistema inmunológico. El rechazo social y la discriminación pueden acabar con la autoestima de las personas con VIH y afectar a su motivación para asumir pautas correctas de cuidado personal y de adherencia al tratamiento antirretroviral.

El estigma y la discriminación asociados al VIH y la violación a los derechos humanos de las PVVS configuran un círculo vicioso. El estigma relacionado con el VIH da lugar a actitudes y comportamientos discriminatorios contra las PVVS. Estos son en sí mismos una violación de los principios de igualdad y de no-discriminación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Con frecuencia, estos actos de discriminación involucran además la violación de uno o más derechos adicionales, como son el derecho a la salud, a la educación, a la dignidad, a la privacidad o a la igualdad ante la ley. En una sociedad donde se promueve la violación de los derechos humanos se legitiman el estigma y la discriminación. Y así, el círculo empieza de nuevo²⁴.

Esto es particularmente notorio en los servicios de salud, en particular con aquellos “sensibles” como los servicios de salud sexual y reproductiva o planificación familiar que frecuentemente no son ofrecidos a las personas con VIH, ya que muchas veces el personal de salud supone que al tener VIH, la persona no tiene más derecho a vivir su sexualidad o derechos reproductivos. En un estudio diagnóstico sobre el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para personas con VIH desarrollado en 2012. Al explorarse la situación de estigma y discriminación relacionada al acceso a servicios en el área de salud sexual y reproductiva. Del total de participantes (815), casi al 15% se le negó algún tipo de servicio de salud durante los 12 meses previos al estudio y Con respecto a servicios de planificación familiar o salud reproductiva, aproximadamente 5% refirió que se le negó algún tipo de servicio y más del 25% refirió que nunca se le ofreció alguno. Finalmente, más de la cuarta parte de participantes refirió haber recibido un trato distinto a los otros pacientes VIH negativos, demostrando la existencia aún de estigma y discriminación hacia las PVVS²⁵.

Un meta-análisis publicado en 2017, evaluó los hallazgos de diversos estudios sobre el efecto del estigma del VIH percibido en la demora al acceso al tratamiento al VIH. Dentro de los principales hallazgos, el estudio encontró que las personas con un alto estigma al VIH percibido tenían 2.4 veces la probabilidad de presentarse tardíamente al tratamiento, que aquellas con una baja percepción de estigma²⁶. Por otro lado, en una encuesta a pacientes recibiendo terapia antirretroviral se halló que el 40% de las personas se demoraban en hacerse la prueba de VIH debido al estigma que había relacionado a hacerse la prueba²⁷.

En Argentina 94.1% (n=1,197) atravesó alguna situación de estigma interno y 58% de la muestra se había dado cuenta que las personas alrededor habían murmurado sobre ellas²⁸. En Paraguay 88% (n=61) de la población respondieron que si sufren de algún tipo de estigma o discriminación, también el 55% (n=38) mencionó que el desconocimiento o la falta de información causan miedo a la enfermedad y lleva a la discriminación²⁹. En Bolivia como en la mayoría de países en Latino América, se ha demostrado que la discriminación y el estigma se acentúa cuando el diagnóstico de VIH positivo se hace público³⁰.

36 ²¹Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc Sci Med. 2003; 57(1):13-24

²²ONUSIDA, hoja informativa del ONUSIDA sobre el estigma y la discriminación. 2003.

²³Gesese HA, et al. (2017) Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/ AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 12(3): e0173928

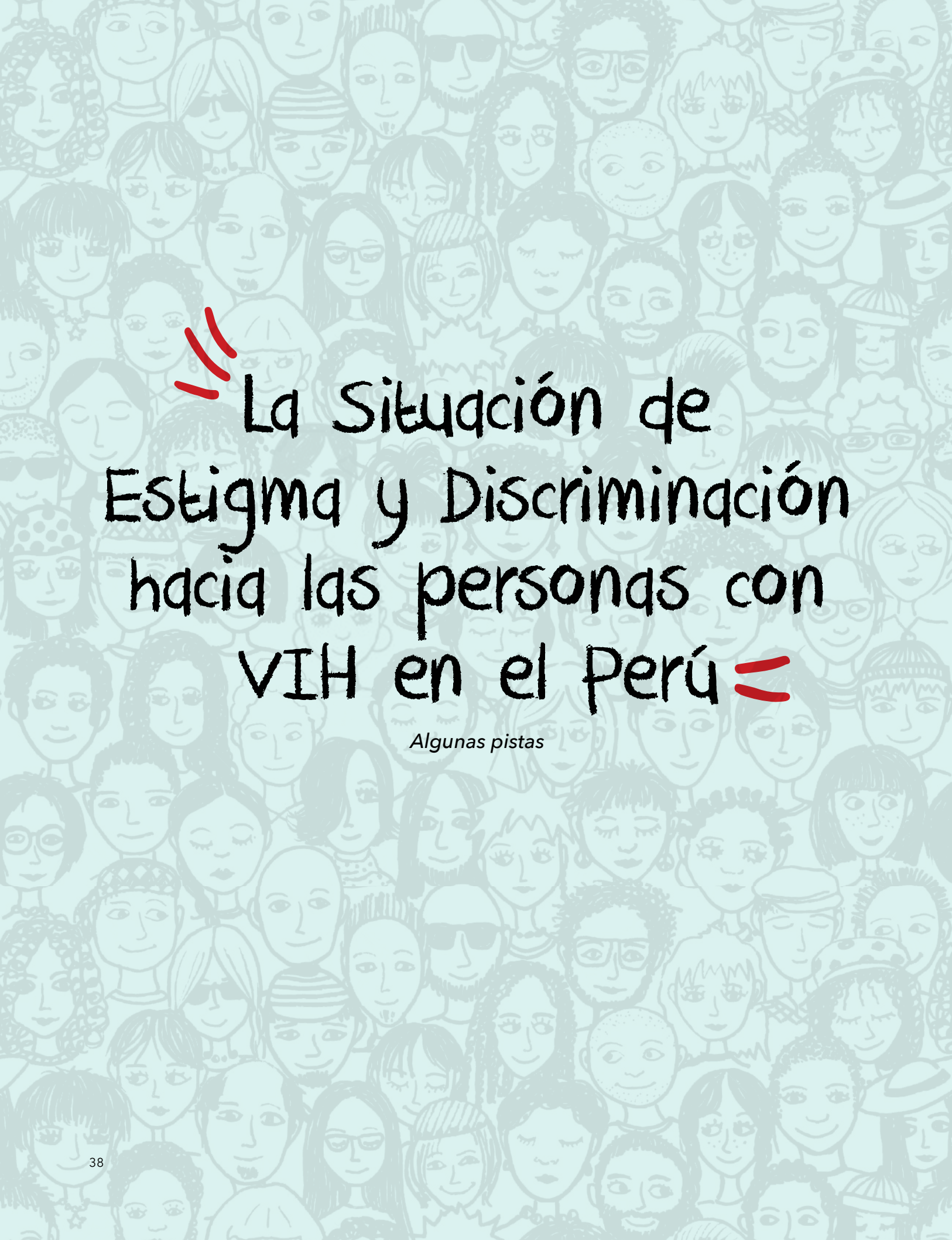
²⁷Wolfe WR, Weiser SD, Bangsberg DR, Thior I, Makhema JM, Dickinson DB, et al. Effects of HIV-related stigma among an early sample of patients receiving antiretroviral therapy in Botswana. AIDS Care. 2006;18(8):931-3.

Se reconoce la interrelación entre la falta de acceso universal a prevención, atención y tratamiento con el estigma y discriminación y la necesidad de fortalecer mecanismos de respeto a los derechos humanos de las personas con VIH. A pesar de esto, un gran desafío es medir de manera “objetiva” el estigma y discriminación, principalmente por su carácter “relacional”, cultural y simbólico. Estigma y discriminación resultan ser tan devastadores como la enfermedad misma para las personas afectadas. Los actos de discriminación suelen incluir el abandono de cónyuge y/o de la familia, el ostracismo social, discriminación relacionado al trabajo y la pérdida de la propiedad, la negación de la educación y los servicios médicos, y la violencia. El miedo de estigma y discriminación limita las probabilidades que las personas se sometan voluntariamente a la prueba del VIH, revelen su condición de VIH a otros, u adopten conductas preventivas del VIH.

²⁸Petracci, M; Romero, M. Índice de estigma en personas que viven con VIH en Argentina. 2011.

²⁹Monroy, J; Ruiz, M; Gaona, A. Perspectiva comunitaria sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH y sida en Paraguay. 2010.

³⁰Valencia CF, F. El estigma y la discriminación en VIH/sida en Bolivia. 2011. Recuperado de: <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Bolivia%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20Report%202011%20Spanish.pdf>



La Situación de Estigma y Discriminación hacia las personas con VIH en el Perú =

Algunas pistas

Aunque no existe abundante información, algunas fuentes nos permiten conocer las experiencias de discriminación de las personas con VIH en el país. La ENDES 2010, por ejemplo, reportó que entre 20 y 40% de las mujeres entrevistadas presentaban actitudes discriminatorias frente a las personas viviendo con VIH, valores similares a los encontrados en los varones en la encuesta del 2008, según informa el reporte. Una comparación entre las ENDES 2000 y 2010 (mujeres) evidenció asimismo una polarización de las actitudes positivas y negativas frente a las personas viviendo con VIH, habiéndose incrementado tanto los porcentajes de mujeres que opinaban que una maestra con VIH puede seguir impartiendo clases y que un trabajador no puede ser despedido de su trabajo por tener VIH y que estarían dispuestas a cuidar en su hogar a un pariente que vive con el VIH, como los porcentajes de aquéllas que opinaban lo contrario. Las actitudes negativas o más discriminatorias se presentaron entre las personas del sector rural³¹.

En la ENDES 2014, del total de mujeres entrevistadas que reportaron conocer del VIH, más de la mitad (60,2%) opinó que una maestra o maestro con VIH si puede seguir enseñando (incremento de 6,2 puntos porcentuales respecto al año 2009), representando un avance en este aspecto; sin embargo, una proporción importante de mujeres manifestaron lo contrario, es decir, que no debe enseñar, representando un 33,9% (2,8 puntos porcentuales menos que en la Encuesta 2009). El despido del trabajo de una persona VIH positiva fue aceptado por el 18,0% de mujeres, lo que significa una disminución importante en comparación al 2009 (31,8%), sin embargo, es mayor la diferencia en esos cinco años, en las que opinaron que no debe ser despedida (de 59,1% en el 2009 a 76,3% en el 2014)³²

Acerca de la opinión de las mujeres que estarían dispuestas a cuidar en el hogar a un pariente con VIH, ha aumentado el porcentaje de 69,4% a 75,3%. La respuesta "No sabe" a cada una de las tres preguntas mencionadas también debe llamar la atención por su relevancia en las acciones que se deben tomar para el futuro. El 5,9% de mujeres no sabía si a una maestra o maestro con VIH se le debe permitir o continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad; igualmente, un 5,7% no sabía si una persona VIH-positiva podría ser despedida de su trabajo; y un 6,5% no sabía si cuidaría en el hogar a un pariente que vive con el VIH.

Se observa que la mayoría de mujeres que opinaron que a una maestra o maestro con VIH no se le debe permitir o continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad, tenían educación primaria (60,4%), seguidas de las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (59,0%). El mayor porcentaje de mujeres opinó que una persona con el VIH no puede ser despedida del trabajo, especialmente entre las que alcanzaron educación superior (92,8%) y del quintil superior de riqueza (92,3%). Asimismo, entre aquellas que manifestaron estarían dispuestas a cuidar a un pariente VIH-positivo en el hogar, mayor porcentaje se presentó en las mujeres con educación superior (83,6%), y las solteras que han tenido relaciones sexuales (82,3%). Por área de residencia, en la urbana (79,8%).

Por su parte la Encuesta Nacional para medir la percepción de la población peruana frente a los derechos humanos realizada por el MINJUS en 2013, señaló que sólo el 45% de la población encuestada estaría dispuesta a contratar a una persona con VIH aunque este resultado contrasta con el 57% que señaló estar "muy en desacuerdo" con la afirmación: las personas con VIH no deberían trabajar pues ponen en riesgo a la comunidad³³.

³¹Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2010

³²Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2014

³³Ministerio De Justicia- Universidad ESAN, Encuesta para medir la percepción de la Población Peruana en relación a los Derechos Humanos, 2013

Se han dado significativos avances a nivel legislativo para la protección de los derechos de las personas viviendo con VIH, además de la Constitución Política del Perú que, en el artículo 2, garantiza que “toda persona tiene derecho a: la vida y a la integridad moral, psíquica y física, a la igualdad ante la ley y a no ser discriminado”, la ley 28867 que modifica el artículo 323 del Código Penal sancionando cualquier tipo de discriminación en especial si el agente es un funcionario público y la sentencia del Tribunal Constitucional declarando a las personas con VIH “Sujetos de especial protección por parte del Estado” (N° 04749-2009-PA/TC) y que se han promulgado dos leyes fundamentales: a) la ley 26626 (año 1996), que en su artículo 4 manifiesta que “las pruebas para diagnosticar el VIH/sida son voluntarias y se realizan previa consejería”; y b) la ley 28243 (año 2004), modificatoria de la ley 26626, que menciona en el artículo 7 que **“toda persona con VIH/sida tiene derecho a la atención médica integral y a la prestación provisional que el caso requiera”** señalándolo como una obligación del Estado.

Existen testimonios de años anteriores de personas con VIH que experimentan situaciones de estigma y discriminación, en especial dentro de los servicios de Salud en estas áreas:

Negación de la atención en salud: Una mujer de condición humilde, viviendo con VIH, embarazada y a punto de dar a luz, que además sufría de tuberculosis multidrogoresistente, se le hizo esperar en el Hospital San José en una silla, toda una madrugada, siendo luego derivada al Hospital Carrión donde se le atendió en emergencia constatando que su bebé había fallecido (Mujer, Callao, 2007)³⁴.

Violación de la libertad de elección: A una mujer joven viviendo con VIH en el Hospital Almenara le hicieron la ligadura de trompas después del nacimiento de su hijo, a pesar de que reiteradamente ella manifestó que no quería ser ligada y no firmó el consentimiento informado. Se enteró cuando se lo dijeron a su suegra (Mujer, Lima, 2001)³⁵.

Violación de la confidencialidad: “El problema es que el diagnóstico está a la vista. Está el fólter y la hojita te la ponen acá. Lo engrapan así y las enfermeras están así viendo. Y la gente se acerca a pedir consulta y ve VIH y ahí está tu nombre. Todo el mundo se acerca y lo pueden ver [...] Yo no entiendo para qué lo tienen acá afuera, para qué lo tienen exhibiendo eso. Debería ser algo más privado” (Hombre, Trujillo, 2007)³⁶.

Maltrato psicológico: La jefa de un servicio de salud del Estado les dijo a sus pacientes “su cajón ya lo está esperando”; juzga su vida personal culpabilizándolos de haberse contagiado (Hombre, Lima, 2007)³⁷.

De ahí la importancia de contar con datos actualizados lo más cercanos a la realidad posible y con cierto grado de consistencia y objetividad que puedan ser usados como herramienta de incidencia política y movilización social para erradicar en la medida de lo posible el estigma y la discriminación contribuyendo así a un mayor acceso a la prevención, atención y tratamiento.

Por las características de la epidemia en el país (epidemia concentrada) es importante considerar como afecta la doble discriminación por orientación sexual o identidad de género como factor agravante para la situación de estigma hacia las personas con VIH especialmente porque en el Perú no hay legislación específica que proteja los derechos humanos de la comunidad TLGBI, aunque los distintos colectivos LGBTI han logrado con su activismo concretar una serie de normas regionales y

40 ³⁴Vivo con VIH: Memoria de una experiencia de activismo cultural / Editores: Fernando Olivios, Ximena Salazar, Carlos F. Cáceres. -- Lima: IESSDEH, UPCH, 2014

³⁵Vivo con VIH: Memoria de una experiencia de activismo cultural / Editores: Fernando Olivios, Ximena Salazar, Carlos F. Cáceres. -- Lima: IESSDEH, UPCH, 2014

³⁶Idem supra

³⁷Idem supra

locales contra la discriminación en general y de manera específica contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Sin embargo, su difusión ha sido limitada, por lo que poco de sus contenidos se conocen, tanto al interior de las sedes institucionales como en las propias poblaciones LGBTI; se asigna bajo o nulo presupuesto para su implementación y las autoridades responsables carecen de facultades para la supervisión y sanción. Por ejemplo, según datos del Observatorio de Derechos LGTB y VIH/SIDA³⁸, son varios los municipios que, tras haber aprobado ordenanzas municipales contra la discriminación por orientación sexual y/o identidad de género, no han instruido en materia de no discriminación a su personal de serenazgo, que reiteradamente expulsa a las parejas del mismo sexo de los espacios públicos cuando se prodigan muestras de afecto y cariño. A pesar de esta situación, se rescata el efecto simbólico de estas ordenanzas en el imaginario social, pues logran movilizar la participación política y social, además de concientizar y sensibilizar sobre la igualdad de derechos y la no discriminación.

Es interesante señalar como en la **Encuesta Nacional para medir la percepción de la población sobre los Derechos Humanos**³⁹ a la pregunta: Si cambiaría el trato si su hijo/a fuera homosexual cuando se trata de un ser cercano la mayor parte de la población (76%) no cambiaría su comportamiento hacia él en caso de ser homosexual. La mayor proporción de quienes si modificarían su trato se ubican en la zona Sur (25%) y rural (23%); por sexo este porcentaje es mayor entre los hombres (17%) que entre las mujeres (13%) y por edad entre los que tienen 40 años a más (18%).

Quienes cambiarían el trato hacia su hijo en este caso, sería principalmente porque no aceptan esa condición (25%), especialmente en la zona rural (31%) y en el Oriente (30%), así como entre las personas de nivel socioeconómico C (30%); otras razones que van en un sentido similar hacen referencia a que no están de acuerdo o consideran que no está bien (10%), porque piensan que se trata de un pecado (8%) o porque si nació hombre tiene que seguir siéndolo (7%). La segunda razón más mencionada a nivel general, aunque muy cercana en importancia a la primera, parece más comprensiva, se trataría en este caso de darle más confianza, apoyo u orientación (24%), porcentaje que es mayor en Lima (31%), entre los de Nivel Socio económico más alto (37%) y entre los de 25 a 39 años de edad.

Cuando se consultó de **manera impersonal** el nivel de rechazo o discriminación hacia las personas de esta condición aumentó de manera significativa, 45% consideró que los homosexuales no deberían ser profesores de colegio (especialmente en la zona Centro con 53% y entre los de NSE más bajo con 48%), y 59% cree que tampoco tienen derecho al matrimonio civil. Asimismo, se considera que este grupo de personas está más expuesto a la discriminación y a ser de alguna manera agredido: 93% refirieron que la comunidad TLGBI está más expuesta a la discriminación; 92% al maltrato verbal y 88% a la agresión física.

³⁸Observatorio de Derechos LGBT y VIH/SIDA. UPCH. Reporte 2014. En: <https://d30e0k2qotp9aa.cloudfront.net/attachments/4376b48f-dff3-497c-bdc4-101a7cb026b6.pdf>

³⁹Ministerio De Justicia- Universidad ESAN, Encuesta para medir la percepción de la Población Peruana en relación a los Derechos Humanos, 2013

The background of the entire page is a dense, repeating pattern of stylized human faces. These faces are drawn in a simple, sketchy style with various expressions, hairstyles, and accessories like glasses and hats, representing a wide range of human diversity. The word "Metodología" is centered in the middle of the page, flanked by two sets of three red curved lines that resemble stylized quotation marks or decorative brackets.

Metodología

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Describir las situaciones y formas de estigma y discriminación que sufren las personas con VIH, en diversos ámbitos sociales, en cuatro ciudades del Perú.

Objetivos específicos

- Comprender las experiencias de estigma y discriminación en personas con VIH, según los grupos poblacionales a los que pertenecen (hombres y mujeres de la población general, hombres gays y bisexuales (llamada desde lo epidemiológico como población de hombres que tienen sexo con hombres o HSH), mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales.
- Reunir información que fortalezca los procesos de promoción de los derechos humanos de las personas con VIH por parte de las organizaciones que implementan el estudio
- Difundir información sobre la situación del estigma y la discriminación en personas con VIH entre tomadores de decisiones, funcionarios y actores de la sociedad civil involucrados en la respuesta a la epidemia del VIH en el Perú.

Tipo de estudio

El estudio tuvo un diseño transversal, aplicando un cuestionario a personas con VIH de ambos sexos, mayores de 18 años residentes en el Perú.

Criterios de inclusión

Para ser incluida en el estudio, la persona entrevistada debía ser mayor de 18 años al momento de la encuesta y aceptar firmar el consentimiento informado. Además, debía tener más de 12 meses de conocimiento del diagnóstico VIH positivo y residir en Perú.

Aquellas personas que no cumplían con estos criterios o que no estaban en capacidad de brindar consentimiento no fueron incluidas en el estudio.

Método de muestreo

El muestreo para este estudio presentó el reto de no contar con un marco que defina al universo de personas con VIH. Si bien existe un registro de casos en el sistema de salud y existen estimaciones del tamaño de la población, no existe un censo que permita definir el marco muestral, es decir el universo de donde se obtiene la muestra que lo represente⁴⁰.

Existen técnicas que permiten obtener aproximaciones probabilísticas para poblaciones no definidas (como el muestreo de espacio-lugar (TLS)⁴¹ o el muestreo dirigido por participantes (RDS)⁴², a fin de mejorar la representatividad o la posibilidad de generalizar los resultados. Sin embargo, la población de personas con VIH, en su conjunto no es idónea para estos métodos debido a la diversidad de los individuos que la componen en cuanto a sexo, orientación sexual e identidad de género. No es una población homogénea, y se incluyen diferentes subpoblaciones como la población gay, trans, hombres o mujeres de población general. En tal sentido, no es posible acceder a todas las personas con VIH, a través de locales pre-definidos como discotecas, organizaciones, lugares de esparcimiento (lo que haría del TLS el método ad hoc). Por otro lado, para aplicar el método de RDS deberíamos asumir que todas las personas con VIH (o la gran mayoría) forman una gran red social entre ellos y se relacionan por el hecho de vivir con VIH, lo que en la realidad no ocurre.

En otras palabras, los métodos llamados probabilísticos no son de gran utilidad para poder capturar el espectro de personas con VIH en una población. De esta forma, basados tanto en investigaciones previas realizadas por nosotros, como en el trabajo de otros investigadores,

⁴⁰Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*. 2005;19(Suppl 2):S67-72.

⁴¹Watters JK and Biernacki P. Targeted sampling: options for the study of hidden populations. *Social Problems*. 1989; 36:416-430.

⁴²Heckathorn DD. Respondent driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Soc Probl*. 1997;44(2):174-99.

⁴³Robinson WT, Risser JM, McGoy S, et al. Recruiting injection drug users: a three-site comparison of results and experiences with respondent-driven and targeted sampling procedures. *Journal of Urban Health*. 2006;83:29-3

propusimos un muestreo dirigido como método de elección para el presente estudio⁴³.

Este es un método de muestreo por conveniencia. Como su nombre lo indica, se dirige la muestra para incluir la diversidad de individuos que componen una población. Para la presente investigación, la muestra estuvo dirigida a representar a las personas con VIH, según sexo (hombre y mujer de la llamada población general) y grupos de población clave. Dentro de la población clave identificada, elegimos la inclusión del grupo llamado “hombres que tienen sexo con hombres (HSH, incluye población gay, bisexual, y heterosexual), mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales. Los participantes fueron reclutados de tres maneras: en centros de salud, a través de ONGs y a través de pares para personas de población clave.

Tamaño de la muestra

Existen estimados previos sobre experiencias de estigma y discriminación en personas con VIH, como es el caso de ENDES. Sin embargo, debido a las limitaciones en la muestra del estudio (aglomeración de los ámbitos geográficos como uno solo, muestreo por conveniencia sobre un marco muestral no definido), el cálculo del tamaño de muestra se realizó utilizando una aproximación conservadora. La aproximación conservadora implica utilizar 50% como proporción de una variable definida, en este caso el haber sufrido experiencias de estigma y discriminación por ser una persona con VIH. Esta cifra dará el tamaño de muestra máximo, sobre cualquier proporción entre 0 y 100%. Utilizando el 50%, un margen de error de $\pm 5\%$; y un efecto de diseño de 1.5, el total de la muestra se calculó en 600 individuos.

Ámbito de estudio

Las limitaciones logísticas y de presupuesto determinaron que el estudio se lleve a cabo en cuatro ciudades. La epidemia de VIH en el país es principalmente urbano. En ese sentido,

elegimos una ciudad de costa, una de sierra y otra de selva, además de Lima y Callao que concentran el mayor número de personas con VIH. Los ámbitos del presente estudio incluyeron las siguientes ciudades: **Lima/Callao, Iquitos, Piura, Arequipa.**

La distribución de la muestra se realizó teniendo en cuenta la posibilidad de estratificar los resultados según el tipo de subpoblación (hombres, mujeres, hombres gays, bisexuales, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales). En tal sentido, en cada ciudad se buscó dividir la muestra equitativamente en 5 grupos poblacionales: **hombres y mujeres de población general, población HSH, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales.** La muestra no buscó representatividad por ámbito geográfico. Priorizamos la comparación por subpoblación, dado que los resultados se agregaron como parte de un solo ámbito. Debido a que Lima/Callao representa casi el 80% de casos decidimos incluir una mayor población de esta ciudad, dejando un número mínimo (100) que permita reclutar por subpoblación, en las otras ciudades.

Distribución de la muestra por ciudad

Lima / Callao	300
Arequipa	100
Iquitos	100
Piura	100
Total	600

Instrumento

La recolección de información se basó en la aplicación del Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH. El cuestionario está dividido en tres secciones: 1) Información sociodemográfica sobre la persona entrevistada; 2) Indicadores enfocados a experiencias de estigma y discriminación relacionadas con el VIH, reportadas durante el último año por las personas que viven con VIH; estigma interno; la

protección de los derechos de las personas que viven con VIH a través de la legislación, las políticas y/o prácticas; y la gestión del cambio; y 3) Indicadores enfocados a casos de estigma y/o discriminación relacionados con el VIH durante el pasado año, específicamente con las pruebas de VIH, compartir la condición de VIH y la provisión de atención a la salud.

Procedimientos

Los participantes fueron reclutados en tres formas distintas: en centros de salud, en organizaciones de personas con VIH y a través de pares. Con esto buscamos incorporar tanto a personas con VIH que acceden a servicios, como las que no. Los encuestadores invitaron a los potenciales participantes en los establecimientos mencionados (centros de salud, ONGs) y a través de sus redes sociales a participar en el estudio, según los criterios de inclusión. Si el individuo mostraba interés en participar era invitado a uno de los locales para que se aplique el cuestionario. En estos locales el potencial participante pasó por el proceso de consentimiento informado y luego de aceptar se aplicó el cuestionario. La entrevista se llevó a cabo de forma confidencial en un espacio privado. Los entrevistadores fueron personas con VIH, con experiencia previa en trabajo con encuestas.

Entrenamiento

El equipo de campo estuvo conformado por un coordinador, dos monitoras y doce encuestadores. Esta iniciativa busca por un lado el estimular la participación directa de personas de la comunidad en trabajos de investigación y por otro, el facilitar la comodidad de los encuestados (y con eso mejorar la calidad de la información recogida) al poder discutir temas sensibles con pares o con personas que puedan comprenderlas mejor. La selección de los encuestadores fue llevada a cabo por el equipo coordinador del estudio.

Una vez seleccionados, los doce encuestadores pasaron por un entrenamiento los días 11, 12 y 13 de mayo. En este entrenamiento se presentó el estudio se discutieron aspectos básicos sobre el estigma y la discriminación hacia personas con VIH. Posteriormente se discutieron aspectos específicos de la investigación como las implicancias éticas del trabajo con personas, las secciones del cuestionario y la realización de entrevistas. Todo el personal de campo completó el curso online "Protección de los participantes humanos de la investigación" ofrecido por el Instituto Nacional de Salud de EEUU.

Control de calidad de los datos

El control de calidad de la información recogida fue llevado a cabo por el coordinador y las dos monitoras. Las primeras 10 entrevistas de cada ciudad fueron revisadas para evaluar la calidad del llenado del instrumento. Posteriormente el control se dio semanalmente, examinando encuestas de forma aleatoria.

Análisis de la información

Las entrevistas fueron digitadas e incluidas en una base de datos previamente diseñada. El análisis de la información se hizo con el software Stata 13.0 e incluyó la descripción de las frecuencias de las variables del cuestionario. La estratificación se hizo según sexo y población vulnerable (HSH, mujer trans y mujeres trabajadoras sexuales), aplicando la prueba de chi2 para mostrar diferencias entre los grupos.

Consideraciones éticas

El protocolo del estudio fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Asociación Vía Libre. La participación en el estudio estuvo condicionada a la firma de un consentimiento informado (ver apéndices). El consentimiento fue aplicado por los encuestadores. El principal riesgo identificado para la participación en este estudio fue de naturaleza

psicológica, en relación a los temas que puedan haber sido discutidos en las encuestas, lo cual fue explicado a los potenciales participantes. El encuestador explicó a los participantes que podían abstenerse de contestar cualquier pregunta que pudiera incomodarlos y que podían terminar su participación en el estudio cuando ellas decidan. Asimismo, el personal de campo contó con una lista de servicios de salud que podían brindar apoyo psicológico en caso los participantes lo requieran. Los participantes recibieron un pago de 30 soles por concepto de movilidad y por el tiempo invertido en la participación en el estudio, el cual fue de alrededor de 2 horas. La encuesta fue anónima. Cada cuestionario tuvo un código de identificación para archivar el material. Solo los investigadores pudieron acceder a los datos de las encuestas. Asimismo, los archivos electrónicos fueron almacenados en un ordenador con una clave respectiva, la cual solo fue de conocimiento de los investigadores. No se reportaron incidentes durante la realización del trabajo de campo.

Limitaciones

El presente estudio tiene algunas limitaciones metodológicas, para la inferencia de los resultados en la población total de personas con VIH. El método de muestreo es por conveniencia. Es decir, no es una muestra diseñada para representar a todas las personas con VIH en el Perú. Cabe mencionar que, al no existir un censo de esta población, es imposible determinar un marco muestral que sirva para la generalización. En ese sentido, en la parte de metodología se explica la racionalidad de la elección del método de muestreo dirigido, donde se priorizó la comparación por sexo y por grupo de población clave. Al decidir efectuar la comparación por estos grupos, dirigimos la muestra obtener un número que permitiera las comparaciones. Esta distribución no tiene la intención de reflejar distribución de estos grupos en la población total de personas con

VIH. La estratificación ha podido considerar también la edad a fin de asegurar una cuota de representación de las personas con VIH más jóvenes, que en este estudio constituyen un menor número.

En tal sentido, los resultados de esta investigación nos han permitido obtener información solo de 600 personas con VIH de cuatro ciudades del país, sin que estas cifras puedan ser extrapoladas al total de la población de personas con VIH. Los datos de este estudio, son un primer esbozo de la vivencia de las experiencias de estigma y discriminación de las personas con VIH en el Perú.

Cabe mencionar que, al no existir un censo de esta población, es imposible determinar un marco muestral que sirva para la generalización. En ese sentido, en la parte de metodología se explica la racionalidad de la elección del método de muestreo dirigido, donde se priorizó la comparación por sexo y por grupo de población clave. Al decidir efectuar la comparación por estos grupos, dirigimos la muestra obtener un número que permitiera las comparaciones. Esta distribución no tiene la intención de reflejar distribución de estos grupos en la población total de personas con VIH. La estratificación ha podido considerar también la edad a fin de asegurar una cuota de representación de las personas con VIH más jóvenes, que en este estudio constituyen un menor número.

En tal sentido, los resultados de esta investigación nos han permitido obtener información solo de 600 personas con VIH de cuatro ciudades del país, sin que estas cifras puedan ser extrapoladas al total de la población de personas con VIH. Los datos de este estudio, son un primer esbozo de la vivencia de las experiencias de estigma y discriminación de las personas con VIH en el Perú. Las cifras deben interpretarse con cautela, tomando en cuenta la

direccionalidad de los datos para evidenciar algunos temas urgentes, pero considerando también que esta no es una muestra estadísticamente representativa de la población.



Resultados

El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de mayo y julio del 2016. En total se encuestaron a 600 personas.

A continuación, presentamos los principales resultados.

Para el análisis hemos dividido a la población en subgrupos según sexo y su pertenencia a grupos de la población clave. Es decir, hombres y mujeres de la población general, población HSH (gays y bisexuales), mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales. Los resultados respetan las secciones del cuestionario y se presentan de forma descriptiva. Los casos en que se reportan diferencias entre grupos, son aquellos donde hubo una diferencia significativa según el análisis de chi2. Es decir, que la diferencia en las proporciones observadas no es producto del azar. Los resultados se presentan en forma de viñetas para facilitar su lectura.

Características sociodemográficas de los participantes

La tabla 1

(ver anexo adjunto) Muestra las características socio demográficas de la población. La mayoría de la población entrevistada (64%) se encuentra en el grupo de edad entre 30 y 49 años. El nivel educativo es de secundaria completa o superior en la mayoría de los grupos. El grupo de entrevistados HSH tiene mayor nivel educativo, en relación a los otros grupos. El estado civil varía según los grupos. Salvo en mujeres de población general, la mayoría de los entrevistados refieren estar solteros.

En relación al empleo, la mayoría de personas tiene algún tipo de empleo. Los hombres de la población general y la población HSH tienen mayor proporción de personas que tienen un empleo estable **Las mujeres de la población general reportan la proporción más alta de personas desempleadas.** Las mujeres de población general acceden también a empleos estables, pero de tiempo parcial. En los demás grupos, la mayoría de personas realiza sus labores en un régimen no formal.

En esta sección era posible marcar más de una opción para describir la situación actual de empleabilidad, por lo que las cifras suman más del 100%.

En cuanto al tiempo de conocer la condición de vivir con VIH, la mayor parte de la población en todos los grupos, tiene un tiempo de diagnóstico entre 1 y 9 años.

Distribución de la muestra según ciudad y grupo poblacional

La tabla 2

Muestra la distribución de la muestra según las ciudades donde se llevó a cabo el trabajo de campo. Se puede observar que la muestra estuvo distribuida según lo planificado. La Figura 1 muestra la distribución de la población según el tipo de población (hombres y mujeres de población general, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales). El reclutamiento de mujeres trabajadoras sexuales fue menor que el resto de poblaciones, no pudiendo completarse la cuota definida (100 personas). Los encuestadores tuvieron una menor llegada a este grupo poblacional. En la sección de "gestión del cambio" se aprecia que las mujeres trabajadoras sexuales que formaron parte del estudio, participan menos que los entrevistados de otros grupos en organizaciones comunitarias. Esto podría afectar su visibilidad y por ende el acceso que otras personas con VIH puedan tener a este grupo. Este podría ser también el caso para las personas con VIH menores de 30 años participantes en el estudio.

Las mujeres de la población general reportan la proporción más alta de personas desempleadas.



Figura 1: Distribución según grupo poblacional

Experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas en los últimos 12 meses

Esta sección del cuestionario aborda las percepciones de los entrevistados y su valoración sobre experiencias de discriminación y sus causas, en relación a su condición de vivir con VIH. La indagación sobre estas experiencias abarca el período del último año. En ese sentido, la información brindada nos sirve para tener un acercamiento sobre la dimensión cotidiana de estas experiencias entre las personas con VIH. (Ver tabla 4).

El 47% (n=284) de participantes reporta haber tenido alguna experiencia de discriminación en el último año, asociada a vivir con VIH. Dentro de estas experiencias se encuentra: haber sido excluido de alguna actividad social, religiosa, familiar; haber recibido insultos o acoso verbal; ser víctima de murmuraciones y haber recibido alguna agresión física.

Al indagar sobre las mismas experiencias de discriminación por cualquier motivo (incluyendo el VIH), la cifra aumenta al 77% (n=490). La población de mujeres trans es la que reporta haber sufrido estas agresiones en mayor medida, seguido de las mujeres trabajadoras sexuales. El grupo menos afectado es el de hombres heterosexuales.

Las experiencias de discriminación, la vulnerabilidad al VIH y el estigma que se genera debe entenderse como capas que se adicionan sobre una vulnerabilidad social existente (como la violencia de género, la exclusión social de la población de mujeres trans, la homofobia, entre otros).

La figura 2 muestra la proporción de participantes que sufrieron alguna experiencia de discriminación en el último año. Un total de 460 personas (77%) reporta haber tenido alguna experiencia de discriminación en el último año. La población de mujeres trans es la que reporta haber sufrido estas agresiones en mayor medida, seguido de las mujeres trabajadoras sexuales.

La figura 2 también muestra la proporción de aquellas experiencias de discriminación, que las personas consideran que estuvieran relacionados a su condición de VIH. La cifra es del 60% para todos los grupos combinados. Al analizar por cada grupo poblacional, observamos que son las mujeres de la población general las que reportan en mayor medida que estos casos hayan estado asociados al vivir con VIH, seguido de la población HSH.

El 47% de participantes reporta haber tenido alguna experiencia de discriminación.

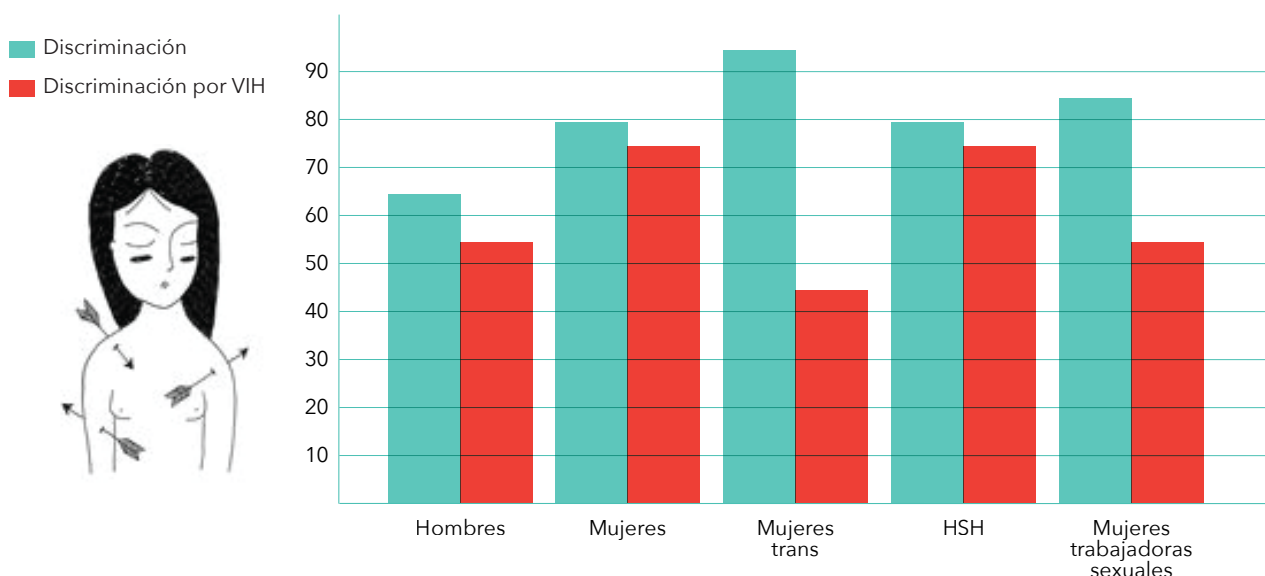


Figura 2: Experiencias de discriminación y proporción de estas experiencias de discriminación asociadas al VIH, según el grupo poblacional

- En promedio, 1 de cada 5 entrevistados (21%) refiere haber sido excluido de alguna reunión o actividad social en los últimos doce meses. Esta cifra es mayor en el caso de las mujeres trans donde el 35% refiere haber sufrido la exclusión de alguna actividad social en el último año.
- Dentro de aquellos que sufrieron la exclusión de actividades, 6 de cada 10 entrevistados (59.5%) relaciona el hecho con el vivir con VIH, sea como factor único o mencionado con otros factores.
- 3 de cada 10 (28%) entrevistados reporta haber sido excluido alguna vez de actividades familiares en el último año. Esta cifra es mayor en mujeres de la población general (35%) y mujeres TS (43%). De aquellas personas excluidas, 8 de cada 10 (80.4%) relaciona el hecho con el vivir con VIH.
- 7 de cada 10 entrevistados (71.7%) se ha dado cuenta alguna vez en el último año que las personas murmuraban sobre ellos. El 56% lo asocia al VIH. En mujeres trans la cifra es de 91%. En esta población, la mayoría (53%) asocia las murmuraciones a otra causa aparte de vivir con VIH.
- Aunque el cuestionario no pregunta sobre las prácticas religiosas de los participantes, 1 de cada 10 reportó haber sido excluido de actividades religiosas en el último año.
- En el último año 4 de cada 10 entrevistados (43.7%) ha sido verbalmente insultado, acosado o amenazado. Para mujeres de la población general o trabajadoras la cifra es de 5 de cada 10 mujeres (54% y 53%). En mujeres trans es 72%. En este último grupo un 10% refiere sufrir estas agresiones de forma constante. La mayoría de encuestado (55%) asocia estas situaciones de violencia verbal a su condición de vivir con VIH. Sin embargo, en el caso de mujeres trans la cifra es menor (27%).
- 3 de cada 10 entrevistados (26%) reportó haber sufrido alguna agresión física en el último año. En mujeres trans el 51% reportó haber sufrido una agresión. La mayoría de entrevistados (60%) asocia las agresiones a otra causa más allá del vivir con VIH. En mujeres de población general (50%) y mujeres TS (70%) el agresor fue la pareja. En mujeres trans, los agresores fueron conocidos fuera del ámbito familiar (35%) o desconocidos (40%).

- Cuando se le pregunta a los participantes sobre las razones por las que ocurre la discriminación hacia las personas con VIH, el **51% considera que estas son consecuencia de la incomprensión sobre cómo se transmite el VIH y del temor al contagio**. El 27% lo asocia a que las personas consideran el vivir con VIH como algo vergonzoso, o condenan su estilo de vida y comportamiento y evitan relacionarse con ellas.

51% considera que estas son consecuencia de la incomprensión sobre cómo se transmite el VIH y del temor al contagio.

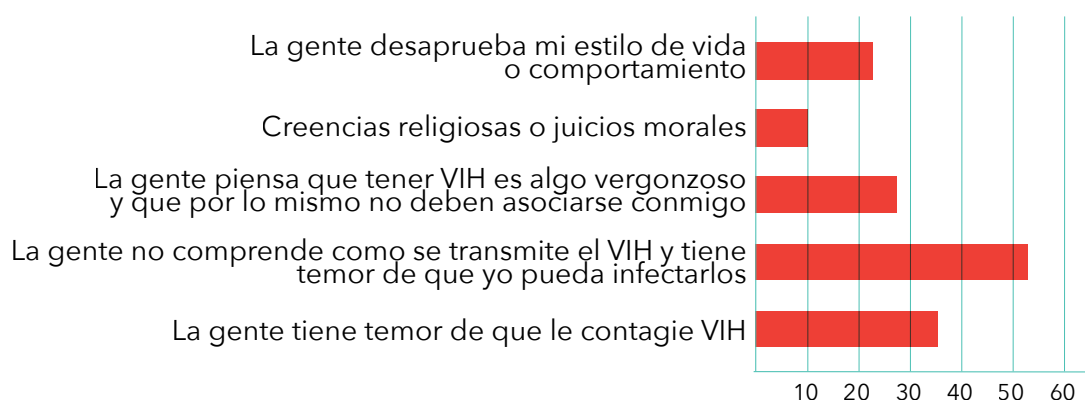


Figura 3: Razones por las que cree haber sido discriminado en relación a su condición de VIH, en los últimos 12 meses

Los resultados muestran que las experiencias de discriminación y de violencia son cotidianas para las personas con VIH. Si bien es difícil tener un punto de referencia para comparar cifras, las proporciones mostradas de estas experiencias son preocupantes en sí mismas. El grupo de mujeres trans describe en mayor frecuencia experiencias de discriminación y de violencia psicológica y física. Sin embargo, no la asocian en su mayoría a su condición de VIH. Es probable que estas experiencias de agresión tengan relación con su identidad de género y sean un reflejo de una transfobia normalizada en nuestra sociedad. La población de mujeres es que la reporta en mayor medida experiencias de discriminación asociadas al vivir con VIH.

Al estigma generado por el vivir con VIH se agregan las vulnerabilidades específicas de cada grupo poblacional: en mujeres la violencia de género, específicamente la ejercida por la pareja, o en mujeres trans, la exclusión social y las experiencias cotidianas de violencia presentes en muchas de sus interacciones sociales. Es decir, estamos frente a un contexto de múltiple discriminación hacia las personas con VIH, donde las vulnerabilidades sociales propias de algunos grupos (transfobia, homofobia, violencia de género), se adicionan al estigma y discriminación por VIH.

Las personas encuestadas refieren la constante incomprensión de las formas de transmisión del VIH, el miedo al contagio o la estigmatización de índole moral, como principales razones para explicar las experiencias de discriminación descritas. Estos resultados muestran que el estigma hacia personas con VIH, sigue siendo un tema que debe ser abordado por los programas enfocados en la mejora de la salud de esta población

Acceso a vivienda, trabajo y servicios de salud y educación

Esta sección del índice indaga sobre experiencias que limitan el acceso a empleo, salud y educación vividas en los últimos doce meses (ver tabla 5).



32% reporta haber perdido su empleo o su fuente de ingresos económicos. La proporción es mayor en mujeres.

- 2 de cada 10 personas encuestadas (19%) reporta haber sido forzada a cambiar de residencia o verse imposibilitado de alquilar una vivienda, durante el último año. Esta cifra es mayor en el grupo de población de mujeres trans (28%) y mujeres TS (27%). Más de la mitad de las personas refiere que las razones por las que atravesaron por esta situación, fueron distintas al vivir con VIH.
- 3 de cada 10 personas encuestadas (32%) reporta haber perdido su empleo o su fuente de ingresos económicos. La proporción es menor en hombres de población general (20%) y mayor en mujeres de la población general (42%). De aquellas personas que pasaron por estas experiencias el 38% las relaciona con vivir con VIH.
- A 1 de cada 10 personas encuestadas (7%) se le ha negado una oportunidad laboral debido a vivir con el VIH en el último año.
- A 2 de cada 10 personas encuestadas (21%) se le ha negado servicio de salud por su condición de VIH en el último año.

Los resultados presentados en esta sección deben interpretarse en el contexto del tiempo sobre el cual se recoge la información. El medir experiencias en los últimos 12 meses tiene mucha utilidad para la descripción de interacciones cotidianas, tales como las relaciones con la pareja, la familia, los eventos sociales que la personas suele frecuentar. Sin embargo, para aspectos de acceso a servicios o a trabajo o educación, presenta una limitación ya que es posible que no se logre capturar la información que se requiere. Por ejemplo, una persona puede haber sido discriminada durante la etapa escolar o universitaria. Es experiencia puede dejar huella tanto a nivel psicológico, como obstaculizar el desarrollo personal del individuo. Si la experiencia ocurrió previo al último año, la experiencia no será recogida. En temas que ocurren a nivel estructural (discriminación en servicios de salud, educación o limitaciones para acceder al trabajo) la medición podría hacerse a nivel de la experiencia de vida de la persona en vez de en el último año.

Estigma internalizado

Esta sección del cuestionario describe las situaciones de estigma interno vividas por los participantes en los últimos 12 meses. Por estigma interno nos referimos a aquellas situaciones donde la discriminación o los discursos de violencia hacia las personas con VIH son interiorizadas por las personas, disminuyendo su autonomía y capacidad de toma de decisiones y llevándolas a tener sentimientos o realizar acciones que pueden ir en contra de su propio bienestar. Asimismo, el cuestionario indaga sobre distintas acciones relacionadas al aislamiento social, que las personas han llevado a cabo en el último año debido a su condición de VIH positivos (ver tabla 6).

- 5 de cada 10 personas encuestadas (51%) refiere haber tenido sentimientos de auto inculpación al pensar en su condición de VIH.

- 4 de cada 10 personas encuestadas (40%) refieren haber sentido vergüenza. En las mujeres de la población general, esta proporción es de 49%.
- 3 de cada 10 personas encuestadas (30%) refieren haber sentido baja autoestima. En mujeres de la población general, la proporción es de 44%.
- 2 de cada 10 entrevistados (21%) ha presentado sentimientos suicidas en el último año, en relación a su condición de VIH. Esta cifra es similar a través de los grupos poblacionales y a través del tiempo de diagnóstico de VIH.

51% refiere haber tenido sentimientos de auto inculpación al pensar en su condición de VIH.

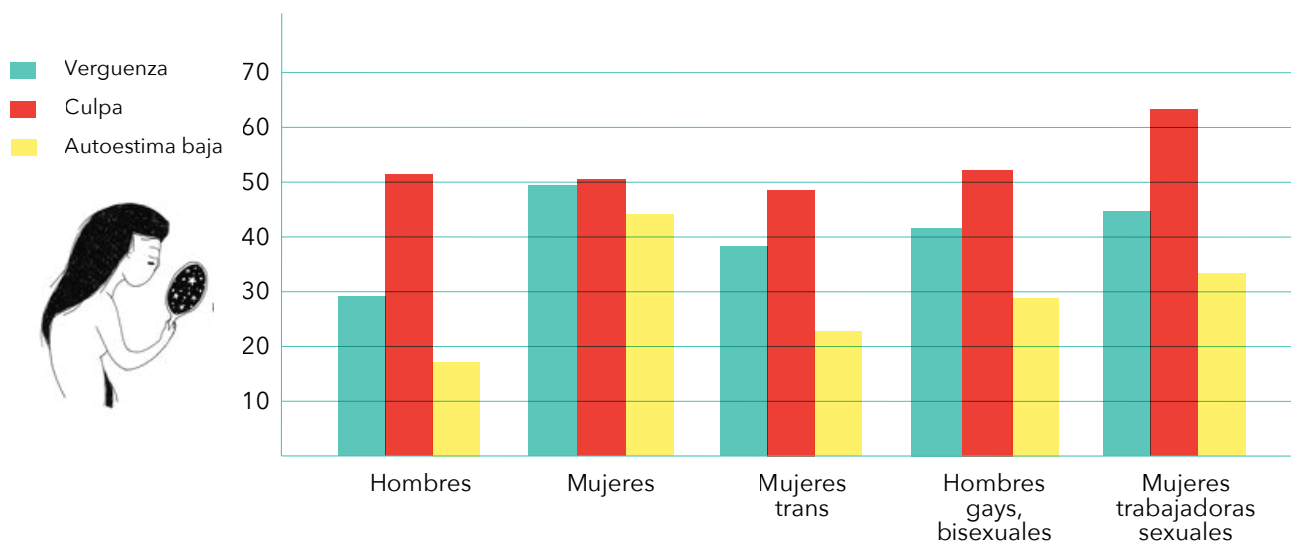


Figura 5: Sentimientos en relación a vivir con VIH en los últimos 12 meses.

Entre los efectos más visibles de la interiorización del estigma están el temor y/o la auto-exclusión frente a diverso tipo de situaciones sociales y decisiones personales. Al respecto, se encontró que:

- 4 de cada 10 personas entrevistadas (38%) dejaron de asistir a reuniones sociales.
- 3 de cada 10 personas entrevistadas (35%) se aislaron de su familia y amigos, siendo esta cifra mayor en mujeres de la población general (42%).
- 2 de cada 10 personas entrevistadas (23%) decidió no tener relaciones sexuales (37% de mujeres de la población general).
- 7 de cada 10 mujeres entrevistadas (68%) decidieron no tener más hijos por su condición de VIH.

68% decidieron no tener más hijos por su condición de VIH.

- 2 de cada 10 personas entrevistadas (20%) refiere haber evitado una clínica local al haber tenido una necesidad de salud.
- 1 de cada 10 personas entrevistadas (15%) perdió una oportunidad laboral o educativa (abandonando sus estudios, dejando de trabajar o no solicitando un empleo) en el último, por su condición de VIH.
- En cuanto a situaciones de estrés percibidas por los participantes en relación a las interacciones que puedan tener con terceros: 7 de cada 10 personas entrevistadas teme ser blanco de murmuraciones (8 de cada 10 mujeres TS).
- 6 de cada 10 personas entrevistadas teme ser objeto de agresiones verbales (7 de cada 10 en mujeres trans y mujeres TS).
- 4 de cada 10 personas entrevistadas teme sufrir agresiones físicas (6 de cada 10 mujeres trans).

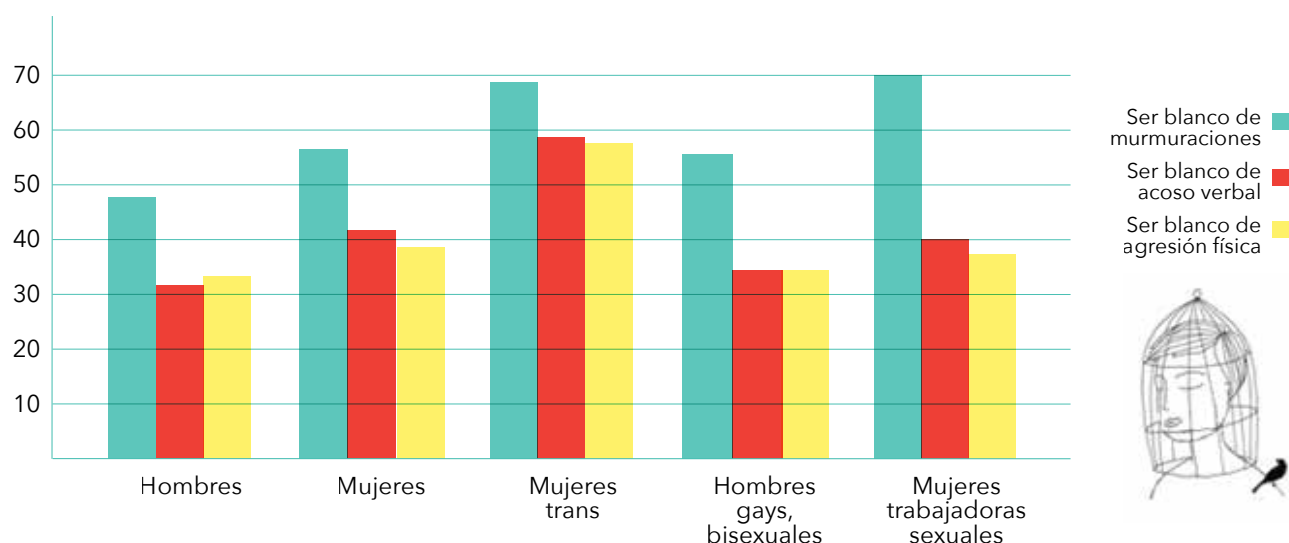


Figura 5: Temores sentidos en los últimos 12 meses

En general, los sentimientos de auto inculpación y de vergüenza son los más frecuentemente descritos, lo que puede reflejar una persistente dificultad para aceptar la condición de ser VIH positivo y limitaciones para las interacciones sociales. Las participantes mujeres de la población general describen en mayor medida sentimientos asociados al estigma interno de ser una persona con VIH: vergüenza, baja autoestima, auto marginación en ámbitos familiares de trabajo, o en la vivencia de su sexualidad y posibilidades reproductivas.

La interiorización del estigma en personas con VIH afecta directamente su calidad de vida. Los resultados muestran que una proporción importante de las personas encuestadas se aisló socialmente debido al VIH. Incluso un 10% de la población manifiesta haber experimentado ideas suicidas en el último año, independientemente del grupo población y del tiempo de diagnóstico de VIH.

Derechos, leyes y política

Esta sección del cuestionario hace referencia al conocimiento sobre declaraciones o leyes que protejan el derecho de las personas con VIH. Además, indaga sobre situaciones de vulneración de derechos de personas con VIH y la respuesta a estas vulneraciones (ver tabla 7).

- 3 de cada 4 personas encuestadas (74%) no ha escuchado hablar sobre la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA y 6 de cada 10 entrevistados (61%) no ha escuchado hablar sobre la ley que protege los derechos de las personas que viven con VIH en el Perú.
- 9 de cada 10 personas entrevistadas (91%) reporta no haber sufrido situaciones en los últimos 12 meses que impliquen: haber sido forzado a someterse a un procedimiento médico o de salud incluyendo pruebas de VIH, negación de un seguro de vida o salud, haber sido arrestado, revelar la condición de VIH para ingresar a otro país, revelar la condición de VIH para solicitar residencia o nacionalidad, detenido, aislado.
- El 16% reporta que sus derechos como persona viviendo con VIH fueron vulnerados en el último año (2 de cada 10 en mujeres de la población general).

De aquellos que sufrieron vulneraciones de derechos, 88% no buscó obtener una reparación legal por estas vulneraciones. La principal razones dadas para no iniciar estos procesos son la falta de confianza en el sistema de justicia o el sentimiento de intimidación para tomar medidas.

- 8 de cada 10 personas entrevistadas (83%) que sufrieron vulneración de sus derechos, reporta que no trataron de incidir en algún funcionario para que tome medidas al respecto. Entre aquellos que sí lo hicieron, el 75% refiere que el caso aún está en proceso de resolverse o no se resolvió.
- En el caso de incidencia sobre actores políticos, solo el 2% de los que sufrieron vulneraciones de derechos como persona con VIH manifiesta haber intentado aproximarse a algún actor para que tome medidas.



EL 83% que sufrieron vulneración de sus derechos, reporta que no trataron de incidir en algún funcionario para que tome medidas al respecto.

La mayoría de las personas entrevistadas no ha oído hablar de la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA, ni de la ley nacional que protege los derechos de las personas con VIH. Una minoría reportó haber sufrido la vulneración de sus derechos como personas con VIH en el último año. De estas, casi el 90% decidió no buscar un resarcimiento del daño, o la incidencia con funcionarios o políticos, por falta de confianza con el sistema de justicia o por temor a tomar acciones y ser intimidados.

Gestión del cambio

Esta sección hace referencia a la participación de las personas encuestadas en organizaciones o redes de personas con VIH y la acciones que las personas puedan haber tomado para apoyar a sus pares.

- 6 de cada 10 entrevistados conoce alguna organización o grupo al que recurrir en caso de sufrir alguna situación de discriminación. Las organizaciones más conocidas son los grupos de apoyo u organizaciones de base para personas con VIH.
- No obstante, solo 1 de cada 10 ha buscado ayuda en alguna organización para resolver para enfrentar alguna situación de discriminación.
- 7 de cada 10 entrevistados refiere haber apoyado a alguna persona con VIH en el último año. El principal tipo de apoyo brindado fue el de consejería o apoyo emocional.
- 2 de cada 10 entrevistados es miembro de algún grupo de apoyo o red de personas con VIH. Esta cifra es menor en hombres de la población general (15%) y en mujeres trabajadoras sexuales (7%).
- 1 de cada 10 entrevistados estuvo involucrado en algún proyecto o programa (gubernamental o de sociedad civil) que proporcione asistencia a personas con VIH. En población HSH la cifra es de 2 de cada 10 y en mujeres trabajadoras sexuales 3% (o 3 de cada 100).
- Al preguntársele a los participantes sobre las principales acciones más importantes que se deben de tomar para lucha contra el estigma y discriminación a personas con VIH (ver tabla 13).

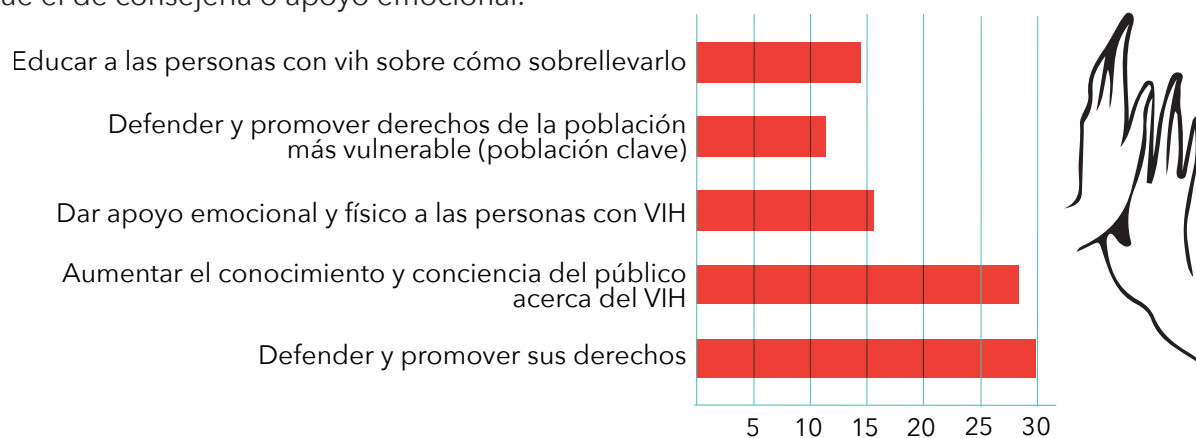


Figura 6: Principales acciones que deberían tomarse para hacer frente al estigma y la discriminación

Aunque la mayoría de entrevistados no forma parte de alguna organización de personas con VIH, ni ha participado en algún proyecto o programa dirigido a personas con VIH, existe un apoyo presente hacia pares. Principalmente desde el aspecto de consejería y apoyo emocional. Este dato hace referencia a la importancia de las redes de solidaridad entre las personas viviendo con VIH, las cuales ocurren, aunque no estén establecidas de manera formal u organizada. Existe una demanda de las personas con VIH por reforzar la defensa y promoción de sus derechos y por concientizar e informar a la población sobre la epidemia. Se puede inferir que desde la perspectiva de las personas afectadas, existe aún una brecha social para garantizar la inclusión y el bienestar de las personas con VIH.

Pruebas de diagnóstico de VIH

Esta sección del cuestionario hace referencia a la experiencia de las personas al hacerse la prueba de VIH. En este caso el período de tiempo sobre el que se recoge la información va más allá de los 12 meses (ver tabla 8).

- 8 de cada 10 personas encuestadas (81%) reportó que la decisión de hacerse una prueba de VIH fue propia. Una mayor proporción de mujeres trans (15%) y mujeres de población general (13%) con respecto a los demás grupos, refiere que tomó la decisión tras recibir presión de terceros.

- 1 de cada 10 hombres y mujeres de la población general encuestadas (9%) refiere que se le hizo la prueba de VIH sin su consentimiento.
- Con respecto a la consejería, el 7 de cada 10 personas encuestadas (67%) reporta haber recibido consejería previa y posteriormente a realizarse la prueba. 13% solamente recibió consejería post test y 17% no recibió ningún tipo de consejería (25% en mujeres de la población general).



La mayoría de personas encuestadas (8 de cada 10) decidió hacerse la prueba de VIH por voluntad propia. El grupo de mujeres y mujeres trans reportó mayores situaciones de sentir presión de terceros para realizarse la prueba. Las mujeres y los hombres de población general reportaron en mayor medida que se les hizo una prueba sin su consentimiento. En cuanto a la consejería, las mujeres de población general reportaron en mayor medida no haber recibido consejería al hacerse una prueba de VIH. La población de mujeres trans, HSH y mujeres trabajadoras sexuales disponen de los servicios de atención médica periódica para hacerse la prueba de VIH. A pesar de los problemas en la atención que se han descrito en estos servicios, existen protocolos establecidos, donde la consejería forma parte de la atención estándar. Para población general, la prueba de VIH puede ofrecerse en distintas áreas de atención clínica. A muchas mujeres se les hace una prueba de VIH como parte de sus controles de embarazo. Una posibilidad que explique los resultados descritos en relación a las mujeres, es que en los servicios de obstetricia y ginecología, la consejería sobre la prueba no esté integrada a los servicios ofrecido y que esta se lleve a cabo como un control de laboratorio.

Compartir el estado de VIH y confidencialidad

Esta sección indaga sobre la revelación del estado de VIH hacia terceros y la percepción de confidencialidad de las personas encuestadas sobre su información personal en los servicios de salud.

- 8 de cada 10 personas entrevistadas (76%) compartió su diagnóstico de VIH con su pareja (proporción de personas que cuentan con pareja). En 1 de cada 10 su pareja no conoce su diagnóstico y en el restante el diagnóstico se lo comunicó otra persona, en la mitad de los casos con el consentimiento del encuestado y en la otra sin este.
- En el caso de otros familiares, 6 de cada 10 comunicó su diagnóstico (61%); 2 de cada 10 no lo ha comunicado (16%). Cuando los familiares son niños y niñas, 5 de cada 10 reportan que estos no conocen su diagnóstico.
- En cuanto a amistades y vecinos, 5 de cada 10 personas entrevistadas (50%) reporta no haber compartido su diagnóstico con ellos; 2 de cada 10 (23%) lo han hecho y 1 de cada 10 reporta que un tercero comunicó su diagnóstico sin su consentimiento (5%).
- 8 de cada 10 personas (79%) ha compartido su diagnóstico con otros pares (otras personas con VIH); 8 de cada 10 personas (80%) ha compartido su diagnóstico con el personal de salud.
- En aquellos con trabajo, 3 de cada 10 encuestados (28%) ha compartido su diagnóstico con sus colegas.
- La mayoría de participantes reporta reacciones solidarias de las personas al momento en que compartieron su diagnóstico de VIH (ver tabla 11).
- 8 de cada 10 encuestados (78%) refiere haberse sentido empoderado al compartir su diagnóstico de VIH con otras personas. En mujeres trans la cifra es de 6 de cada 10.
- 1 de cada 10 de participantes refiere haber sentido algún tipo de presión de otras personas con VIH para revelar su diagnóstico (11% en mujeres trans, 18% en población HSH y 14% en mujeres trabajadoras sexuales).
- El 16% de participantes refiere haber sentido algún tipo de presión de otras personas que no viven con VIH para revelar su diagnóstico (22% en mujeres de la población general y en mujeres trans).

En relación a la confidencialidad de la información en los servicios de salud:

- 4 de cada 10 encuestados (44%) refieren no sentirse seguro sobre la confidencialidad de sus registros médicos (5 de cada 10 hombres de la población general).
- 2 de cada 10 encuestados (22%) piensan que sus registros no son confidenciales (3 de cada 10 mujeres de la población general).
- 15% reporta que alguna vez el personal de salud le dio información a otras personas sobre sus status de VIH, sin su consentimiento. 26% no está seguro si eso pasó o no.



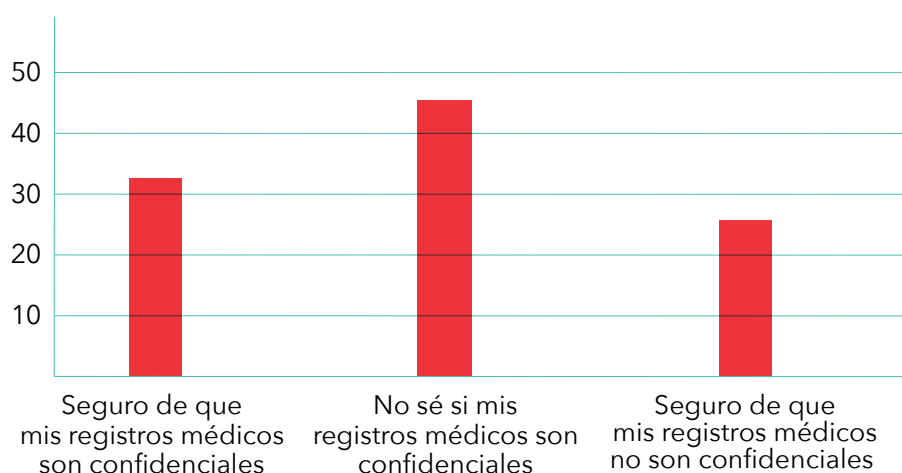


Figura 7: Cuán seguro se siente de la confidencialidad de sus registros médicos

Es importante señalar que 8 de cada 10 personas entrevistadas considera que el revelar el diagnóstico a otra persona es una experiencia empoderadora. La mayoría de participantes ha podido revelar su diagnóstico a su entorno más cercano: pareja y familiares. Estas cifras son menores en el caso de vecinos o colegas de trabajo, donde los participantes han preferido no compartir su diagnóstico. El cuestionario no evalúa las razones por las que las personas comparten o no su condición de VIH positivos con otras personas. Estas experiencias se relacionan a la libertad y derecho de la persona para elegir en qué momento y a quién le comunica su condición de ser portador del VIH. Esta situación contrasta con la presión que las personas puedan sentir de terceros por revelar sus resultados, o con la desconfianza que puedan sentir sobre el manejo de su información personal. Entre las personas encuestadas existe una desconfianza establecida hacia el sistema de salud: 6 de cada 10 personas entrevistadas no está segura acerca de la confidencialidad con la que se almacenan sus registros de salud, o piensa que estos no son en nada seguros. El estudio no indaga sobre experiencias específicas sobre las que se sustenta esta desconfianza. Sin embargo, este dato se puede interpretar como una barrera para el acceso a una provisión de salud de calidad.

Tratamiento

Esta sección explora el acceso de las personas encuestadas a medicación antiretroviral e infecciones oportunistas. Asimismo, evalúa la calidad de la atención recibida de parte del personal de salud, en relación a los aspectos de salud mental y sexual de las personas (ver tabla 9).

- Las personas encuestadas describen su estado de salud como excelente (12%) muy buena (14%) o buena (44%). El 28% la describe como regular. Solo un 2% la describe como mala.

- 9 de cada 10 personas encuestadas (88%) se encuentra actualmente tomando medicación antiretroviral. De estos el 9 de cada 10 personas encuestadas (87%) refiere que accede de forma gratuita a los medicamentos.
- El acceso gratuito reportado, para tratamiento de infecciones oportunistas es menor que el de ARV (61%), en mujeres y mujeres TS (5 de cada 10).

En los últimos 12 meses,

¿Tuvo una discusión constructiva con profesionales de la salud sobre el tema de las opciones de tratamiento relacionadas con el VIH que usted tiene?

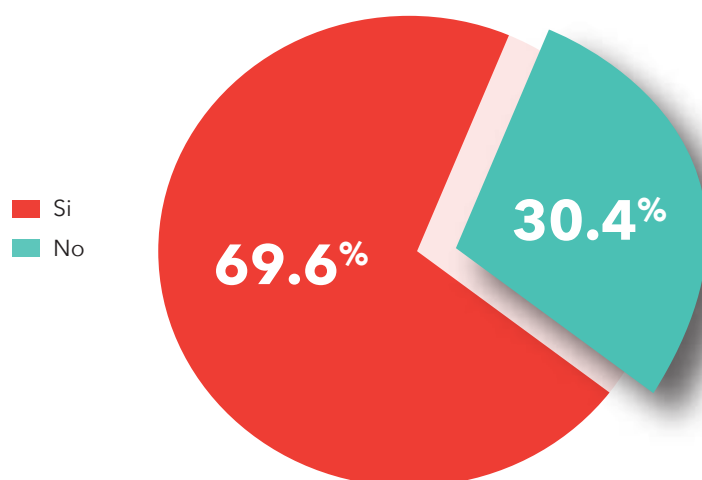


Figura 8: Comunicación con proveedores de salud sobre el tratamiento

En los últimos 12 meses,

¿Tuvo una discusión constructiva con profesionales de la salud sobre temas sobre su salud sexual y reproductiva, bienestar emocional, uso de drogas, etc.?

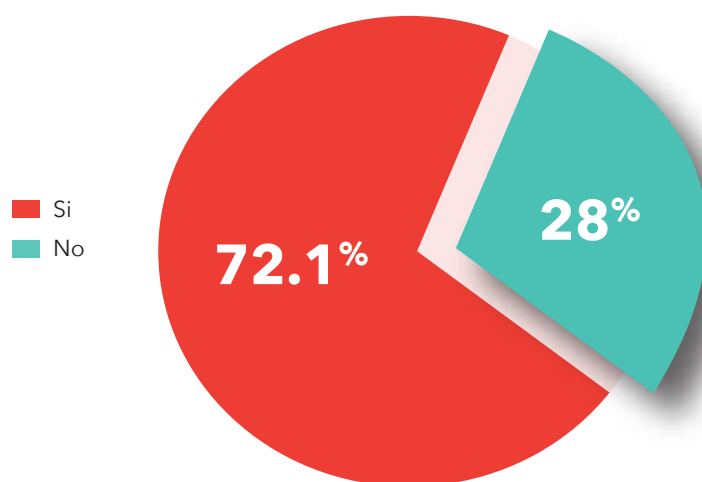


Figura 9: Comunicación con proveedores de salud sobre su salud sexual

*El 90% de personas encuestadas se encuentra actualmente en tratamiento antirretroviral y de estos el 90% tiene acceso gratuito a la medicación. El acceso gratuito a medicación oportuni-
sta es menor que el acceso a antiretrovirales. El 70% de participantes reporta no haber tenido conversaciones constructivas con su proveedor de salud sobre aspectos relacionados al trata-
miento, o su salud sexual o mental. Esta cifra hace referencia a un vacío en la atención de personas con VIH: el de aspectos relacionados al bienestar de la persona más allá del recibir
medicación antiretroviral.*

Tener hijos y vivir con VIH

Esta sección explora aspectos relacionados a la consejería sobre el tener hijos en personas con VIH y la prevención de la transmisión vertical.

- La mitad de los participantes en la encuesta refiere tener hijos (47%), de estos el 15% refiere tener hijos con VIH.
- 6 de cada 10 (58%) recibió algún tipo de consejería sobre el tener hijos después de su diagnóstico de VIH. Esta cifra fue mayor en mujeres (64%), que en hombres (37%).
- 4 de cada 10 (38%) refiere que alguna vez el personal de salud le aconsejó no tener hijos, luego de su diagnóstico de VIH. De este grupo, el 61% fueron mujeres.
- 2 de cada 10 mujeres encuestadas (20%) refiere haber sido coaccionada por el personal de salud, para esterilizarse, debido a su condición de VIH positiva.
- 9 de cada 10 mujeres embarazadas al tener el diagnóstico de VIH refiere haber recibido tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión al feto.

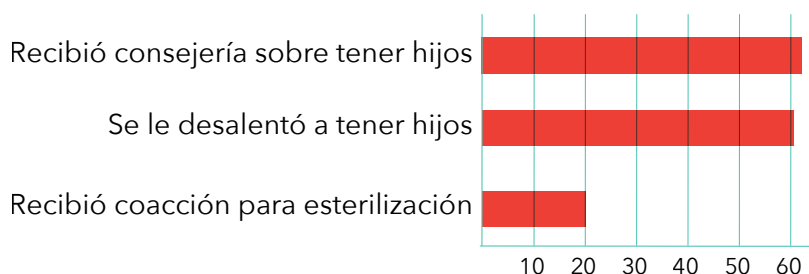


Figura 10: Consejería sobre el tener hijo y vivir con VIH para mujeres

De los resultados se evidencia que aunque por una lado, las participantes gestantes pudieron recibir en su gran mayoría tratamiento destinado a reducir la transmisión vertical, existen serias limitaciones y prejuicios en la atención respecto al tema de tener hijos y vivir con VIH: una proporción importante no recibió algún tipo de consejería sobre la posibilidad de tener hijos. Las mujeres son más vulnerables a recibir una consejería negativa sobre la posibilidad de ser madres, incluso reportando coacción del personal del salud para pasar por procesos de esterilización.



conclusiones

- Tal como lo evidencian las Encuestas de Demografía y Salud, el estigma hacia el VIH sigue muy presente en la sociedad peruana (entre 20 y 30 % de la población expresa actitudes discriminatorias contra las personas que viven con VIH). Esto se expresa tanto en el público general como en las instituciones públicas y privadas, escuelas, proveedores de salud, sus familias. Las personas con VIH sufren experiencias cotidianas de exclusión y discriminación por lo que significa para otros el tener VIH.
- El 47% (n=284) de participantes reporta haber tenido alguna experiencia de discriminación en el último año, asociada a vivir con VIH. Dentro de estas experiencias se encuentran: haber sido excluido de alguna actividad social, religiosa, familiar; haber recibido insultos o acoso verbal; ser víctima de murmuraciones y haber recibido alguna agresión física.
- Al indagar sobre las mismas experiencias de discriminación por cualquier motivo (incluyendo el VIH), la cifra aumenta al 77% (n=490). La población de mujeres trans es la que reporta haber sufrido estas agresiones en mayor medida, seguido de las mujeres trabajadoras sexuales. El grupo menos afectado es el de hombres heterosexuales. Las experiencias de discriminación, la vulnerabilidad al VIH y el estigma que se genera debe entenderse como capas que se adicionan sobre una vulnerabilidad social existente (como la violencia de género, la exclusión social de la población de mujeres trans, la homofobia, entre otros).
- Estas experiencias son vividas e incorporadas (internalizadas) por las personas con VIH en su relaciones con los demás y en la percepción que tienen de sí mismos. Sentimientos como el desánimo, la culpa, el aislarse del entorno o la ansiedad son sentidas por una proporción importante de las personas con VIH, afectando su bienestar.
- Las vivencias de las experiencias del estigma y discriminación, están condicionadas además por las situaciones de vulnerabilidad relacionadas al género o la orientación sexual en las personas con VIH. El ser mujer, gay o mujer trans, añade una carga de vulnerabilidad social, que se puede reflejar en situaciones de violencia o exclusión social, que se adicionan a la discriminación por vivir con VIH.
- Además, la internalización del estigma afecta el acceso a los programas de salud y de tratamiento del VIH, lo que desde la perspectiva de la provisión de servicios, afectan su eficiencia y genera barreras para alcanzar las metas 90-90-90 a las que el Estado peruano se ha comprometido.
- Aunque la respuesta actual a la epidemia, a través del Plan Estratégico Multisectorial 2015-2019 considera estrategias específicas dirigidas a disminuir el estigma al VIH tanto entre las personas con VIH (estigma internalizado, a través de soporte en el eje de salud mental), como en servicios de salud, instituciones del estado o a nivel de opinión pública. no se ha verificado la implementación de las mismas.
- La desinformación en el público general, perpetúa experiencias de discriminación y exclusión. Las organizaciones de personas con VIH junto con otros aliados pueden fomentar campañas que cierren estas brechas de información, desarmen mitos y fomenten la empatía.



Recomendaciones =

Con relación a los resultados:

- Desarrollar o expandir según sea el caso, campañas de sensibilización para la población general, con el objetivo de informar a la población sobre aspectos básicos de la transmisión y el tratamiento del VIH. Las campañas enfocadas en confrontar el estigma y la discriminación, deben considerar las múltiples vulnerabilidades y la diversidad de la población, sin considerar a las personas con VIH como un solo bloque poblacional.
- Reforzar/Fortalecer el enfoque de género y aspectos relacionados al abordaje del estigma relacionado al VIH en programas del MINSA, MIMP y MIDIS que contemplen aspectos de soporte social a personas con VIH y grupos vulnerables.
- Promover programas de apoyo social que contribuyan a mejorar la situación laboral de las mujeres con VIH y mujeres trans y diseñar los mecanismos para que se beneficien de los programas sociales ya existentes.
- Reforzar la capacitación a proveedores de salud de todos los servicios (no solo de los programas de VIH) en aspectos relacionados al estigma y discriminación en personas con VIH: transmisión ocupacional, confidencialidad, formar una familia, salud sexual, entre otros. Además reforzar la capacitación de proveedores en relación a condiciones de vulnerabilidad social relacionadas al género y la orientación sexual y a la salud de personas LGBT.
- Incluir aspectos de salud mental enfocados en el manejo de los efectos de experiencias de discriminación y violencia, dentro de los programas que contemplan el tratamiento de personas con VIH, expandiendo el enfoque de la consejería provista actualmente.
- Repotenciar y fortalecer normativa y financieramente, experiencias de apoyo como la consejería entre pares para personas con VIH, en el marco de una estrategia de vinculación a tratamiento y retención para la adherencia. Estas estrategias deben reforzar con una mirada positiva el cuidado de la salud y trabajar sobre aspectos de estigma internalizado, vergüenza o culpa que sienten algunas personas con VIH y que limitan su acceso a servicios de salud.
- Apoyar técnica y financieramente a las organizaciones de personas con VIH, para que desarrollen labores de difusión sobre sus derechos entre sus pares, a fin de que una mayor proporción de personas con VIH pueda exigir la garantía de un acceso adecuado y un tratamiento de calidad.
- Incidir para que en el próximo Plan Nacional de derechos humanos aparezcan acciones estratégicas para combatir el estigma y discriminación hacia las personas con VIH vinculadas a otros actores gubernamentales y que incorporen indicadores estructurales.

Con respecto a los datos:

- Continuar con el análisis de los datos generados en este estudio, desarrollando modelos estadísticos que permitan el determinar los distintos factores (y su interacción) asociados a la vivencia internalizada del estigma y las experiencias de discriminación, en los diferentes grupos poblacionales. Estas investigaciones deben darse en un contexto de colaboración entre las organizaciones comunitarias y la academia, de modo que aquellas preguntas que se generen desde los grupos de base, puedan ser exploradas por los investigadores.
- Propiciar la inclusión activa de la población de jóvenes viviendo con VIH (especialmente de aquellos grupos más vulnerables), en las investigaciones que aborden la temática del estigma, la discriminación y el acceso a servicios.
- Realizar investigaciones cualitativas, sobre las experiencias de discriminación en personas con VIH, en el contexto de su entorno familiar, amical, laboral y el acceso a servicios públicos y privados. El conocer aquellos temas que potencian aspectos como la vergüenza o el sentimiento de culpabilidad, permitirá su abordaje en los programas de salud (en especial salud mental) dirigidos a las personas con VIH. En ese sentido, es importante el abordaje considerando las diferentes vulnerabilidades según el sexo, orientación sexual, identidad de género, tipo de trabajo, edad, pobreza, entre otros.



Tabla 1: características socio demográficas de la población

	Hombres		Mujeres		Mujeres trans		HSH		Mujeres TS		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad												
15-19	4	2.6	6	3.1	3	3.3	1	0.8	2	6.67	16	2.7
20-24	13	8.5	6	3.1	12	13.3	9	6.7	2	6.67	42	7
25-29	20	13.1	25	12.9	22	24.4	21	15.7	2	6.67	90	15
30-39	49	32	66	34	31	34.4	49	36.6	14	46.67	209	34.8
40-49	48	31.4	61	31.4	18	20	39	29.1	9	30	175	29.1
50 - +	19	12.4	30	15.5	4	4.4	15	11.2	1	3.33	69	11.5
Tiempo de diagnostico												
0-1 año	12	7.8	13	6.7	9	10	20	14.9	4	13.33	58	9.7
1-4 años	74	48.4	77	39.7	43	47.8	62	46.3	10	33.33	266	44.3
5-9 años	41	26.8	61	31.4	31	34.4	36	26.9	10	33.33	179	29.8
10-14 años	17	11.1	26	13.4	5	5.6	7	5.2	4	13.33	59	9.8
15 años a mas	9	5.9	17	8.8	2	2.2	9	6.7	2	6.67	39	6.5
Escolaridad												
Ninguna educación formal	1	0.7	5	2.6	2	2.3	0	0	1	3.33	9	1.5
Primaria	17	11.1	37	19.1	20	22.5	5	3.7	10	33.33	89	14.8
Secundaria	81	52.9	96	49.5	52	58.4	55	41	13	43.33	297	49.5
Superior técnica/superior	54	35.4	56	28.9	15	16.9	74	55.2	6	20	205	34.2
Estado civil												
Casado/conviviente	45	29.4	80	41.5	14	15.6	21	15.8	5	16.67	165	25.6
Casado/unión y viven separados	1	0.7	7	3.6	7	7.8	6	4.5	1	3.33	22	3.7
Relación sin vivir juntos	16	10.5	17	8.8	14	15.6	14	10.5	7	23.33	68	11.4
Soltero	79	51.6	30	15.5	54	60	85	63.9	5	16.67	253	42.2
Divorciado	11	7.2	40	20.7	1	1.1	5	3.8	7	23.33	64	10.7
Viudo	1	0.7	19	9.8	0	0	2	1.5	5	16.67	27	4.5
Empleo*												
Empleo tiempo completo	33	36.7	17	18.9	5	5.6	32	35.6	3	3.33	90	15
Empleo medio tiempo	15	18.8	25	31.3	12	15	26	32.5	2	2.5	80	13.33
Tiempo completo, no empleado	22	31.9	16	23.2	14	20.3	15	21.7	2	2.89	69	11.5
Trabajo casual o parcial	61	27.6	70	31.7	39	17.6	35	15.8	16	7.2	221	36.83
Desempleado	22	15.7	66	47.1	20	14.3	25	17.9	7	5	140	23.33
Ingresos (mediana, Min-max)												
Mediana	1530		1277		1540		2190		1466		1601	
Min	100		50		100		450		320		204	
Max	7000		4500		8000		10000		3500		6600	

*posible marcar más de una opción

Tabla 2. Distribución de los participantes por ciudad

Ciudad	n	%
Lima/Callao	300	50
Arequipa	100	16.66
Iquitos	100	16.66
Piura	100	16.66
Total	600	100

Tabla 3. Distribución de los participantes por grupo poblacional

Grupo poblacional	n	%
Hombres pob. General	153	25.4
Mujeres pob. General	194	32.3
Mujeres trans	90	15
HSH	133	22.3
Mujeres trabajadoras sexuales	30	5
Total	600	100

Tabla 4: Experiencias de discriminación

	Hombres		Mujeres		Mujeres trans		HSH		TS mujer		TOTAL	%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
En los últimos 12 meses, ¿ ha sido usted excluido/a de reuniones o actividades sociales													0.002
No	135	88.2	154	79.8	59	65.6	106	79.7	22	73.3	476	79.5	
Si	18	11.8	39	20.2	31	34.4	27	20.3	8	26.7	123	20.5	
Si esto sucedió, fue...													0.036
Debido a su condición de VIH	2	11.8	16	41	2	6.7	5	18.5	4	37.5	28	23.1	
Por otras razones	8	47.1	12	30.8	16	53.3	8	29.6	1	12.5	45	37.2	
Tanto por su condición de vih como por otras razones	7	41.2	11	28.2	11	36.7	12	44.4	3	37.4	44	36.4	
no esta seguro por que	0	0	0	0	1	3.3	2	7.4	1	12.5	4	3.3	
En los últimos 12 meses, ¿ha sido usted excluido/a de actividades religiosas o de lugares de culto?													0.055
no	145	95.4	175	90.2	73	82	125	94	27	90	572	95.7	
si	7	4.6	19	9.8	16	18	8	6	3	10	26	4.3	
Si esto sucedió, fue...													0.193
debido a su condición de vih	1	14.3	8	42.1	0	0	1	14.3	0	0	10	20	
por otras razones	3	42.9	6	31.6	11	73.3	4	57.1	2	100	26	52	
tanto por su condición de vih como por otras razones	2	28.6	2	10.5	2	13.3	0	0	0	0	6	12	
no esta seguro por que	1	14.3	3	15.8	2	13.3	2	28.6	0	0	8	16	
En los últimos 12 meses, ¿ha sido usted excluido/a de actividades familiares;													0.038
no	123	80.4	127	65.5	63	70	99	74.4	17	56.7	429	72.8	
si	30	19.6	67	34.5	27	30	34	25.6	11	43.3	169	28.2	
Si esto sucedió, fue...													<0.001
debido a su condición de vih	10	33.3	38	57.6	4	15.4	10	29.4	7	53.9	69	40.8	
por otras razones	8	26.7	4	6.1	5	19.2	8	23.5	3	23.1	28	16.6	
tanto por su condición de vih como por otras razones	9	30	23	34.9	17	65.4	15	44.1	3	23.1	67	39.6	
no esta seguro por que	3	10	1	1.5	0	0	1	2.9	0	0	5	3	
En los últimos 12 meses, ¿se ha dado cuenta de que algunas personas han murmurado sobre usted?													<0.001
no	65	42.5	53	27.3	8	8.9	39	29.1	6	20	170	28.3	
si	88	57.5	141	72.7	82	91.1	95	70.9	24	80	430	71.7	
Si esto sucedió, fue...													<0.001
debido a su condición de vih	33	38.8	60	42.9	5	6.3	20	21.5	7	30.4	125	29.7	
por otras razones	31	36.5	38	27.1	43	53.8	28	30.1	9	39.1	149	35.4	
tanto por su condición de vih como por otras razones	14	16.5	39	27.9	21	26.3	34	36.6	6	26.1	114	27.1	
no esta seguro por que	7	8.2	3	2.1	11	13.8	11	11.8	1	4.4	33	7.8	

TABLAS

	Hombres		Mujeres		Mujeres trans		HSH		TS mujer		TOTAL	%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
5a. En los últimos 12 meses, ¿ha sido usted insultado/a verbalmente, acosado/a y/o amenazado/a?													<0.001
no	113	73.9	104	53.6	25	27.8	81	60.5	16	53.3	338	56.3	
si	40	26.1	90	46.4	65	72.2	53	39.5	14	46.7	262	43.7	
Si esto sucedió, fue...													<0.001
debido a su condición de vih	10	26.3	37	41.1	3	4.6	11	21.2	2	14.3	63	24.3	
por otras razones	16	42.1	23	24.6	44	67.7	20	38.5	5	35.7	108	41.7	
tanto por su condición de vih como por otras razones	11	29	29	32.2	15	23.1	20	38.5	7	50	82	31.7	
no esta seguro por que	1	2.6	1	1.1	3	4.6	1	1.9	0	0	6	2.3	
En los últimos doce meses, ¿ha sido usted acosado/a o amenazado/a físicamente?													<0.001
no	127	83	139	71.7	49	54.4	99	73.9	18	60	493	82	
si	26	17	55	28.3	41	45.6	35	26.1	12	40	108	18	
Si esto sucedió, fue...													0.003
debido a su condición de vih	2	8	16	29.1	0	0	6	17.7	4	33.3	28	16.8	
por otras razones	17	68	21	38.2	26	63.4	16	47.1	4	33.3	84	50.3	
tanto por su condición de vih como por otras razones	6	24	18	32.73	13	31.71	8	23.53	3	25	48	28.74	
no está seguro por que	0	0	0	0	2	4.9	4	11.8	1	8.3	7	4.2	
En los últimos doce meses, ¿ha sido usted agredido/a físicamente?													<0.001
No	130	85	142	73.2	46	51.1	103	76.9	23	76.7	443	73.8	
Si	23	15	52	26.8	44	48.9	31	23.1	7	23.3	157	26.2	
Si esto sucedió, fue...													0.005
debido a su condición de VIH	1	4.4	10	19.2	0	0	3	10	2	28.6	16	10.3	
por otras razones	19	82.6	24	46.2	28	63.6	22	73.3	2	28.6	95	60.9	
tanto por su condición de VIH como por otras razones	2	8.7	18	34.62	13	29.55	4	13.33	3	42.86	40	25.64	
no está seguro ¿por qué?	1	4.35	0	0	3	6.82	1	3.33	0	0	5	3.21	
Si esto sucedió, ¿quién le agredió?													<0.001
mi esposo/pareja	4	17.39	26	52	7	16.28	5	16.67	5	71.43	47	30.72	
otro miembro de mi familia	1	4.35	13	26	4	9.3	5	16.67	0	0	23	15.03	
personas fuera de mi grupo familiar que son conocidas													
personas desconocidas	10	43.48	4	8	17	39.53	12	40	0	0	43	28.1	

	Hombres		Mujeres		Mujeres trans		HSH		TS mujer		TOTAL	%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Si en las preguntas 1 a 7, contestó haber experimentado estigma y/o discriminación por razones diferentes a su condición de VIH, por favor seleccione la categoría que explique mejor por qué usted considera que fue estigmatizado/a y/o discriminado/a.													
orientación sexual e identidad de género	39	48.75	2	1.69	55	68.75	61	62.24	1	4.17	158	39.5	<0.001
trabajo sexual	1	1.25	4	3.39	20	25	0	0	19	79.17	44	11	<0.001
usuario de drogas	2	2.5	0	0	0	0	0	0	1	4.17	3	0.75	
miembro de un grupo indígena	1	1.25	2	1.69	0	0	0	0	0	0	3	0.75	
prisionero	2	2.5	0	0	0	0	1	1.02	0	0	3	0.75	
ninguna de las anteriores	35	43.75	110	93.22	5	6.25	36	36.73	24	12.5	189	47.25	
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha estado usted sujeto/a a presión psicológica o manipulación por parte de su esposo/esposa o pareja sexual, en la que su condición de VIH positivo haya sido usada en su contra?													0.312
no	129	87.16	147	79.03	80	89.89	98	81.67	22	78.57	502	87.91	
si	19	12.84	49	20.97	9	10.14	28	18.33	6	21.43	69	12.09	
En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado usted rechazo sexual como resultado de su condición de VIH positivo?													0.001
no	121	79.61	157	83.51	67	76.14	92	67.7	25	89.29	515	87.58	
si	31	20.39	31	16.49	21	23.86	40	32.3	3	10.71	73	12.41	
En los últimos 12 meses, ¿ha sido usted discriminado/a por otras personas que viven con VIH/SIDA?													<0.001
no	134	88.16	177	92.19	62	69.66	104	78.2	26	86.67	543	91.11	
si	18	11.84	15	7.81	27	30.34	29	21.8	4	13.33	53	8.89	
En los últimos 12 meses, ¿su esposa/esposo o pareja, o alguno de los miembros de su grupo familiar ha experimentado discriminación como resultado de la condición de VIH positivo que usted tiene?													<0.001
no	129	84.87	123	64.4	77	87.5	103	78.63	22	73.33	515	86.99	
si	23	15.13	68	33.6	11	12.5	28	21.37	8	26.67	77	13.04	
Si ha experimentado estigma y/o discriminación relacionados con el VIH en los últimos 12 meses, ¿por qué piensa que esto sucedió? - La gente tiene temor de que yo la contagie con el VIH													<0.001
la gente tiene temor de que le contagie vih	32		44		13		28		9		126		
la gente no compre como e transmite el vih y tiene temor de que yo pueda infectarles con el VIH	38		75		10		47		8		178		
la gente piensa que tener vih es algo vergonzoso y que por lo mismo no deben asociarse conmigo	13		42		11		23		4		93		
creencias religiosas o juicios morales	4		15		7		7		2		35		
la gente desapruaba mi estilo de vida o comportamiento	16		9		21		4		7		77		
mi apariencia es la de una persona enferma con síntomas asociados al VIH	3		5		6		5		0		19		

Tabla 5: Acceso a trabajo, vivienda y educación

	hombre		mujeres		mujer trans		HSH		Ts mujer		Total	%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
En los últimos doce meses, ¿se ha visto usted forzado/a a cambiar su lugar de residencia o sido incapaz de rentar un alojamiento?													0.02
no	139	91.5	157	81.4	64	71.1	104	77.6	21	72.4	485	81.1	
si	13	8.5	36	18.6	26	28.9	30	22.4	8	27.6	113	18.9	
Si esto sucedió, fue													0.005
Debido a su condición de VIH	3	23.1	11	30.6	0	0	0	0	2	22.2	16	14.4	
Por otras razones	8	61.5	18	50	16	61.5	22	75.9	3	33.3	65	58.6	
tanto por su condición de VIH como por otras razones	2	12.4	7	19.4	8	30.8	7	24.1	4	4.4	28	25.2	
No está seguro por que	0	0	0	0	2	7.7	0	0	0	0	2	1.8	
En los últimos 12 meses, ¿ha perdido usted su empleo (si estaba empleado) u otra fuente de ingreso (si estaba autoempleado o era trabajador/a informal o casual)?												100	0.021
no	98	80.3	74	57.8	49	73.1	68	64.8	17	65.4	306	68.3	
si	24	19.7	54	42.2	18	26.9	37	35.2	9	34.6	142	31.7	
Si esto sucedió, fue													
Debido a su condición de VIH	6	26.1	13	25	3	16.7	6	17.7	0	0	28	20.6	
Por otras razones	13	56.5	34	65.4	10	55.6	20	58.8	7	77.8	84	61.8	
tanto por su condición de VIH como por otras razones	4	17.4	5	9.6	5	27.8	7	20.6	2	2.2	23	16.9	
No está seguro por que	0	0	0	0	0	0	1	2.9	0	0	1	0.7	
¿Perdió usted su trabajo o fuente de ingreso debido (fundamentalmente o en parte) a su condición de VIH...												0.195	
debido a discriminación de su empleador o compañeros	2	8.7	4	7.6	1	5.6	2	5.6	1	1.1	10	7.2	
debido a que se vio obligado a dejar su trabajo por mala salud	9	39.1	23	43.4	3	16.7	17	47.2	1	11.1	53	38.1	
debido a una combinación de discriminación y mala salud	2	8.7	2	3.8	3	16.7	0	0	2	2.2	9	6.5	
debido a otra razón	10	43.5	24	45.3	11	61.1	17	47.2	5	55.6	67	48.2	
En los últimos 12 meses ¿se le ha negado un empleo o una oportunidad de trabajo debido a su condición de VIH?												0.316	
si	5	4.3	9	7.5	6	10.5	5	4.9	3	13.6	28	6.7	
no	111	95.7	111	92.5	51	89.5	97	95.1	19	86.4	389	93.3	
En los últimos 12 meses, ¿ha cambiado la característica o naturaleza de su trabajo, o se le ha negado un ascenso laboral como resultado de su condición de VIH?												0.067	
no	109	90.8	102	84.3	51	85	91	89.2	18	75	371		86.7
si	11	8.2	19	15.7	9	15	11	10.8	6	25	57	13.3	

	hombre		mujeres		mujer trans		HSH		Ts mujer		Total	%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Si esto sucedió, fue													
debido a discriminación de su empleador o compañeros	2	18.2	1	5	2	2.2	2	18.2	0	0	7	12.3	0.122
debido a que se vio obligado a dejar su trabajo por mala salud	5	45.5	10	60	2	22.2	3	27.3	1	16.7	21	36.8	
debido a una combinación de discriminación y mala salud	1	9.1	2	10	4	44.4	0	0	1	16.7	8	14	
debido a otra razón	3	27.3	7	35	1	11.1	6	54.6	4	66.7	21	36.8	
En los últimos 12 meses, ¿ha sido rechazado, expulsado o se le ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a la condición de VIH de usted?													
no	113	73.9	138	71.5	46	51.1	96	71.6	15	50	408	68	0.018
si	1	0.7	2	1	1	1.1	0	0	0	0	3	0.5	
no aplica	39	25.5	53	27.5	43	47.8	38	28.4	15	50	188	31.3	
En los últimos 12 meses, ¿su(s) hijo(s) ha(n) sido rechazado(s), expulsado(s) o se les ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a la condición de VIH de usted?													
no	66	43.1	155	79.9	10	11.4	51	38.1	20	66.7	314	52.4	n.s
si	3	2	10	5.2	0	0	2	1.5	0	0	3	0.5	
no aplica	84	54.9	29	15	78	88.6	81	60.5	10	33.3	282	47.1	
En los últimos 12 meses, ¿se le ha negado algún servicio de salud, incluyendo la atención dental debido a su condición de VIH?													
no	131	85.6	139	71.7	66	73.3	105	78.4	25	83.3	466	77.7	0.022
si	21	13.7	53	27.3	19	21.1	26	28.4	5	16.7	124	20.7	
no aplica	1	0.7	2	1	5	5.6	3	2.2	0	0	10	1.6	
En los últimos 12 meses, ¿se le ha negado servicios de planificación familiar debido a su condición de VIH? (no cambiar el orden de abajo)													
si	4	2.6	19	9.9	2	2.2	3	2.3	2	6.7	30	5.1	<0.001
no	69	45.4	133	69.3	13	14.4	59	45.7	23	76.7	297	50.1	
no aplica	79	52	20	20.8	75	83.3	67	51.9	5	16.7	266	44.9	
En los últimos doce meses, ¿se le ha negado servicios de salud sexual y reproductiva debido a su condición de VIH? (no cambiar el orden de abajo)													
si	1	0.7	19	10	10	11.1	7	5.5	0	0	37	6.3	0.001
no	150	99.3	171	90	80	88.9	120	94.5	30	100	551	93.7	

Tabla 6: Estigma internalizado

	hombre		mujeres		mujer trans		HSH		Ts mujer		Total	%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
En los últimos 12 meses experimentó los siguientes sentimientos debido a su condición de VIH													
Me siento avergonzado	44	29	94	48.5	34	38.2	55	41	14	46.7	241	40.2	0.007
Me siento culpable	77	50.7	96	49.5	43	47.8	70	52.2	19	63.3	305	50.8	0.652
Me culpo a mi mismo	85	55.9	99	51.3	45	50	83	62.9	19	63.3	331	55.4	0.188
Culpo a otros	51	33.8	101	52.3	34	38.2	32	24.1	9	31	227	39.2	<0.001
Tengo una baja autoestima	26	17.1	85	44	21	23.3	39	29.1	10	33.3	181	30.2	<0.001
Siento que debería ser castigado	22	14.6	21	11	5	5.6	11	8.3	3	10	62	10.4	0.215
Tengo sentimientos suicidas	23	15.1	42	21.7	22	24.4	31	23.5	8	26.7	126	21.1	0.297
En los últimos 12 meses, ¿ha hecho usted algo de lo siguiente debido a su condición de VIH?													
He preferido no asistir a reuniones sociales	43	28.3	90	46.4	30	33.3	55	41	9	30	227	37.8	0.007
Me he aislado de mi familia o amigos	35	23	81	42	33	36.7	50	37.3	10	33.3	209	34.9	0.007
Tome la decisión de dejar de trabajar	16	10.6	38	19.8	20	22.5	19	14.2	5	16.7	98	16.4	0.085
decidí no solicitar un empleo o un trabajo	21	13.9	27	14.1	17	18.9	14	10.5	9	30	88	14.8	0.066
abandone mi educación/capacitación	11	7.3	18	9.4	12	13.3	13	9.8	2	6.7	56	9.4	0.615
decidí no contraer matrimonio	24	16	58	30.1	8	9	40	30.1	9	30	139	23.4	<0.001
decidí no tener relaciones sexuales	20	13.2	72	37.3	8	8.9	33	24.8	4	13.3	137	22.9	<0.001
decidí no tener (mas) hijos	52	37.7	129	67.5	14	15.6	75	56.8	22	73.3	292	50.3	<0.001
evite ir a una clínica local cuando lo necesitaba	22	14.5	41	21.2	18	20	31	23.1	7	23.3	119	19.9	0.388
evite ir a un hospital local cuando lo necesitaba	13	8.6	17	8.9	13	14.4	14	10.5	4	13.3	61	10.2	0.57

Tabla 7: Derechos, leyes y política

	Sí		no		no está seguro	
Ha oído usted hablar de la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA, la cual protege los derechos de las personas que viven con VIH?	154	25.71	445	74.29		
En caso afirmativo, ¿ha leído o discutido alguna vez el contenido de esa Declaración?	48	31.37	105	68.63		
Ha oído usted hablar de Ley 26626 y su modificatoria 28243 la cual protege los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA en este país?	228	38.58	363	61.42		
En caso afirmativo, ¿ha leído o discutido alguna vez el contenido de esa/ese Ley	86	37.55	143	62.45		
En los últimos 12 meses, ¿le ha sucedido alguna de las siguientes situaciones debido a su condición de VIH?						
Fui forzado/a someterme a un procedimiento médico o de salud (incluyendo pruebas de VIH)	26	4.36				
Se me negó un seguro de salud o de vida debido a mi condición de VIH	19	3.18				
Fui arrestado/a o llevado a la corte por cargos relacionados con mi condición de VIH	1	0.16				
Tuve que revelar mi condición de VIH para poder ingresar a otro país	4	0.67				
Tuve que revelar mi condición de VIH para solicitar residencia o nacionalidad	1	0.16				
Fui detenido/a, puesto/a en cuarentena, aislado/a o segregado/a	2	0.33				
Ninguna de estas situaciones me sucedió	543	91.1				
En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus derechos como persona viviendo con VIH ha sido violado?	97	16.14	406	67.55	98	16.31
En caso afirmativo, ¿ha tratado usted de obtener una reparación legal de daños por la violación de sus derechos como persona viviendo con VIH?	12	11.88	88	87.13	1	0.99
4c. ¿Ha comenzado este proceso en los últimos 12 meses?	9	75	3	25	0	0
¿Cuál fue el resultado?						
El asunto ha sido resuelto	2	18.18				
El asunto está todavía en proceso de ser resuelto	4	36.36				
Nada sucedió/el asunto no fue resuelto	5	45.45				
Si la respuesta a la pregunta 4b fue NEGATIVA, ¿cuál fue la razón de no tratar de obtener una reparación legal de daños?						
Mis recursos financieros fueron insuficientes para tomar medidas	5	7.25				
El proceso para atender el problema me pareció demasiado burocrático	13	18.84				
Me sentí intimidado/a o con miedo de tomar medidas	20	28.99				
Tuve poca / ninguna confianza en que el resultado sería exitoso	11	15.94				
Ninguna de las razones anteriores	20	28.99				
¿Ha tratado usted de que algún o algunos empleados de gobierno tomen medidas en contra de la violación de sus derechos como persona viviendo con VIH?	17	16.19	88	83.81		
¿Ocurrió esto en los últimos 12 meses?	11	64.71	6	35.29		
Cuál fue el resultado?						
El asunto ha sido resuelto	4	25				
El asunto está todavía en proceso de ser resuelto	6	37.5				
Nada sucedió/el asunto no fue resuelto	6	37.5				
¿Ha usted tratado de que algún político local o nacional tome medidas en contra de la violación de sus derechos como persona viviendo con VIH?	2	1.92	102	98.08		
¿Ocurrió esto en los últimos 12 meses?	2	100				
¿Cuál fue el resultado?						
El asunto ha sido resuelto	1	50				
El asunto está todavía en proceso de ser resuelto	0					
Nada sucedió/el asunto no fue resuelto	1	50				

Tabla 8: Prueba de VIH

	Hombres		Mujeres		Mujeres trans		HSH		TS mujer		TOTAL	%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
¿Por qué se le hizo la prueba de VIH? (Marque una o más casillas según sea apropiado)													<0.001
Por razones de empleo	4	2.6	1	0.5	2	2.2	7	5.1	2	5.9	16	2.6	
Por embarazo	1	0.6	45	23.2	0	0	0	0	5	14.7	51	8.4	
En preparación para el matrimonio/relación sexual	1	0.6	1	0.5	0	0	0	0	1	2.9	3	0.5	
Fui referido/a por una clínica de infecciones de transmisión sexual	29	18.8	5	2.6	27	29.7	11	8	3	8.8	75	12.3	
Fui referido/a debido a síntomas sospechosos relacionados con el VIH (Ej. tuberculosis)	60	39	45	23.2	25	27.5	50	36.5	10	29.4	190	31.1	
Mi esposo/esposa/pareja/un miembro de mi familia resultó positivo	17	11	48	24.7	5	5.5	14	10.2	5	14.7	89	14.6	
Enfermedad o muerte de mi esposo/esposa/pareja/miembro de mi familia	3	1.9	10	5.2	0	0	6	4.4	2	5.9	21	3.4	
Simplemente quería saber	28	18.2	16	8.2	19	20.9	35	25.5	3	8.8	101	16.6	
Otro	11	7.1	23	11.9	13	14.3	14	10.2	3	8.8	64	10.5	
¿La decisión de hacerse una prueba de VIH fue suya? (Marque sólo una casilla).													
Sí, yo mismo/a tomé la decisión de hacerme la prueba (i.e. fue voluntaria)	133	89.9	144	75	70	79.6	111	82.8	26	86.7	484	81.1	0.008
Yo tomé la decisión de hacerme la prueba, pero fue bajo presión de otras personas	4	2.6	24	12.5	13	14.8	11	8.2	2	6.7	54	9.1	
Se me forzó a hacerme la prueba de VIH (coerción)	1	0.7	6	3.1	4	4.6	2	1.5	1	3.3	14	2.4	
Se me hizo la prueba sin mi conocimiento - Me di cuenta después de que la prueba había sido hecha	15	9.8	18	9.4	1	1.1	10	7.5	1	3.3	45	7.5	
¿Recibió usted consejería cuando se hizo la prueba de VIH? (Marque sólo una casilla).													
Recibí consejería tanto pre y post prueba de VIH	104	68	114	59.4	72	80	92	68.7	20	69	402	67.2	0.045
Solamente recibí consejería pre prueba de VIH	6	3.9	4	2.1	4	4.4	4	3	1	3.5	19	3.2	
Solamente recibí consejería post prueba de VIH	21	13.7	26	13.5	9	10	16	11.9	4	13.8	76	12.7	
No recibí consejería cuando me hice la prueba de VIH	22	14.4	48	25	5	5.6	22	16.4	4	13.8	101	16.9	

Tabla 9: Tratamiento

	Hombres		Mujeres		Mujeres trans		HSH		TS mujer		TOTAL	%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
1. ¿En términos generales cómo describiría usted su salud en este momento? (Marque sólo una casilla).													
Excelente	16	10.5	17	8.8	15	16.7	19	14.2	3	10	70	11.7	0.084
Muy buena	21	13.7	20	10.3	16	17.8	23	17.2	3	10	83	13.8	
Buena	78	51	81	41.8	39	43.3	54	40.3	15	50	267	44.4	
Regular	35	22.9	67	34.5	19	21.1	37	27.6	9	30	167	27.8	
Mala	3	2	9	4.6	1	1.1	1	0.8	0	0	14	2.3	
2a. ¿Está usted tomando actualmente medicamentos antirretrovirales? (Marque sólo una casilla).													
Sí	133	87.5	180	92.8	78	86.7	11	85.1	24	80	529	88.2	0.118
No	19	12.5	14	7.2	12	13.3	20	14.9	6	20	71	11.8	
2b. ¿Tiene usted acceso* a medicamentos antirretrovirales para combatir la infección por VIH, aún si actualmente no los está tomando? (Marque sólo una casilla).													
Sí	131	86.2	168	87.1	76	86.4	115	85.8	29	96.7	519	86.9	0.246
No	4	2.6	2	1	1	1.1	7	5.2	0	0	14	2.4	
No lo sé	17	11.2	23	11.9	11	12.5	12	9	1	3.3	64	10.7	
3a. ¿Está tomando actualmente algún medicamento para prevenir o tratar infecciones oportunistas?													
Sí	53	34.6	42	21.7	26	28.9	33	24.6	1	3.3	155	25.8	0.002
No	100	65.4	152	78.4	64	71.1	101	75.4	29	96.7	446	74.2	
3b. ¿Tiene usted acceso* a medicamentos para combatir las infecciones oportunistas, aún si actualmente no los está tomando?													
Sí	108	71.5	101	52.1	59	67.1	82	61.7	15	50	365	61.2	0.002
No	11	7.3	21	10.8	9	10.2	22	16.5	4	13.3	67	11.2	
No lo sé	32	21.2	72	37.1	20	22.7	29	21.8	11	36.7	164	27.5	
4. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted una discusión constructiva con algún(os) profesional(es) de la salud sobre el tema de las opciones de tratamiento relacionadas con el VIH que usted tiene?													
Sí	39	25.5	61	31.6	30	33.3	44	32.8	8	27.6	182	30.4	0.605
No	114	74.5	132	68.4	60	66.7	90	67.2	21	73.4	417	69.6	
5. En los últimos doce meses, ¿ha tenido usted una discusión constructiva con algún(os) profesional(es) de la salud sobre otros temas como su salud sexual y reproductiva, relación(es) sexual(es), bienestar emocional, uso de drogas, etc.?													
Sí	30	19.6	53	27.3	30	33.3	48	35.8	7	23.3	168	28	0.026
No	123	80.4	141	72.7	60	66.7	86	64.2	23	76.7	433	72.1	

Tabla 10: Compartir el estado de VIH

Describa cómo fue que, por primera vez, se enteraron de su condición de VIH, si es que se han enterado.	n	%
Esposo/esposa/pareja		
Yo les dije	286	47.7
Alguien le dijo con mi consentimiento	18	3
Alguien le dijo sin mi consentimiento	25	4.2
No conocen mi condición de VIH	48	8
No aplica	222	37.1
Otros familiares adultos		
Yo les dije	376	60.5
Alguien le dijo con mi consentimiento	42	6.8
Alguien le dijo sin mi consentimiento	87	14
No conocen mi condición de VIH	98	15.8
No aplica	18	2.9
Niños/niñas de la familia		
Yo les dije	40	6.7
Alguien le dijo con mi consentimiento	11	1.8
Alguien le dijo sin mi consentimiento	28	5.2
No conocen mi condición de VIH	288	48.2
No aplica	226	38.1
Amistades/vecinos		
Yo les dije	143	23.6
Alguien le dijo con mi consentimiento	10	1.6
Alguien le dijo sin mi consentimiento	88	14.5
No conocen mi condición de VIH	302	49.8
No aplica	64	10.5
Otras personas con VIH		
Yo les dije	438	73
Alguien le dijo con mi consentimiento	38	6.3
Alguien le dijo sin mi consentimiento	30	5
No conocen mi condición de VIH	63	10.5
No aplica	31	5.2
Personas con quien trabaja		
Yo les dije	92	15.3
Alguien le dijo con mi consentimiento	1	0.2
Alguien le dijo sin mi consentimiento	12	2
No conocen mi condición de VIH	272	45.1
No aplica	226	37.4
Trabajadores de salud		
Yo les dije	455	74.9
Alguien le dijo con mi consentimiento	31	5.2
Alguien le dijo sin mi consentimiento	105	17.2
No conocen mi condición de VIH	7	1.2
No aplica	9	1.5

Tabla 11: Reacciones de terceros al enterarse sobre su diagnóstico de VIH

¿Cómo describiría las reacciones de estas personas (en general) cuando se enteraron por primera vez sobre su condición de VIH?	n	%
Esposo pareja		
Muy negativa	34	5.7
Negativa	54	9
Neutral	76	12.7
Solidaria	111	18.6
Muy solidaria	55	9.2
No aplica	268	44.8
Otros familiares adultos		
Muy negativa	26	4.4
Negativa	86	14.4
Neutral	80	13.4
Solidaria	207	34.7
Muy solidaria	79	13.3
No aplica	118	19.8
Niños/niñas de su familia		
Muy negativa	1	0.2
Negativa	9	1.5
Neutral	26	4.4
Solidaria	26	4.4
Muy solidaria	14	2.4
No aplica	514	87.1
Amistades/vecinos		
Muy negativa	14	2.4
Negativa	37	6.2
Neutral	59	9.9
Solidaria	102	17.1
Muy solidaria	20	3.4
No aplica	363	61

¿Cómo describiría las reacciones de estas personas (en general) cuando se enteraron por primera vez sobre su condición de VIH?	n	%
Otras personas con VIH		
Muy negativa	2	0.3
Negativa	4	0.7
Neutral	131	21.9
Solidaria	296	49.5
Muy solidaria	79	13.2
No aplica	86	14.4
Personas con quien trabaja		
Muy negativa	4	0.7
Negativa	6	1
Neutral	35	5.8
Solidaria	51	8.5
Muy solidaria	11	1.8
No aplica	493	82.2
Trabajadores de salud		
Muy negativa	8	1.3
Negativa	10	1.7
Neutral	287	48.2
Solidaria	194	32.5
Muy solidaria	78	13.1
No aplica	19	3.2

Tabla 12: Tener hijos y vivir con VIH

	n	%
Tiene hijos		
Sí	284	47.4
No	315	52.6
Tiene hijos con VIH		
Sí	41	15.2
No	229	84.8
Recibió consejería sobre el tener hijos después de diagnóstico de VIH		
Sí	263	57.8
No	192	42.2
Alguna vez algún profesional de salud le aconsejó no tener hijos luego de diagnóstico de VIH		
Sí	171	37.9
No	280	62.1
Recibió alguna vez tratamiento ARV durante el embarazo para prevenir la transmisión de VIH		
Sí	85	46
No - no sabía que existía	7	3.8
No - no tuve acceso al tratamiento	6	3.2
No - no era VIH positiva durante embarazo	87	47

Tabla 13: Acciones más importantes para el abordaje del estigma

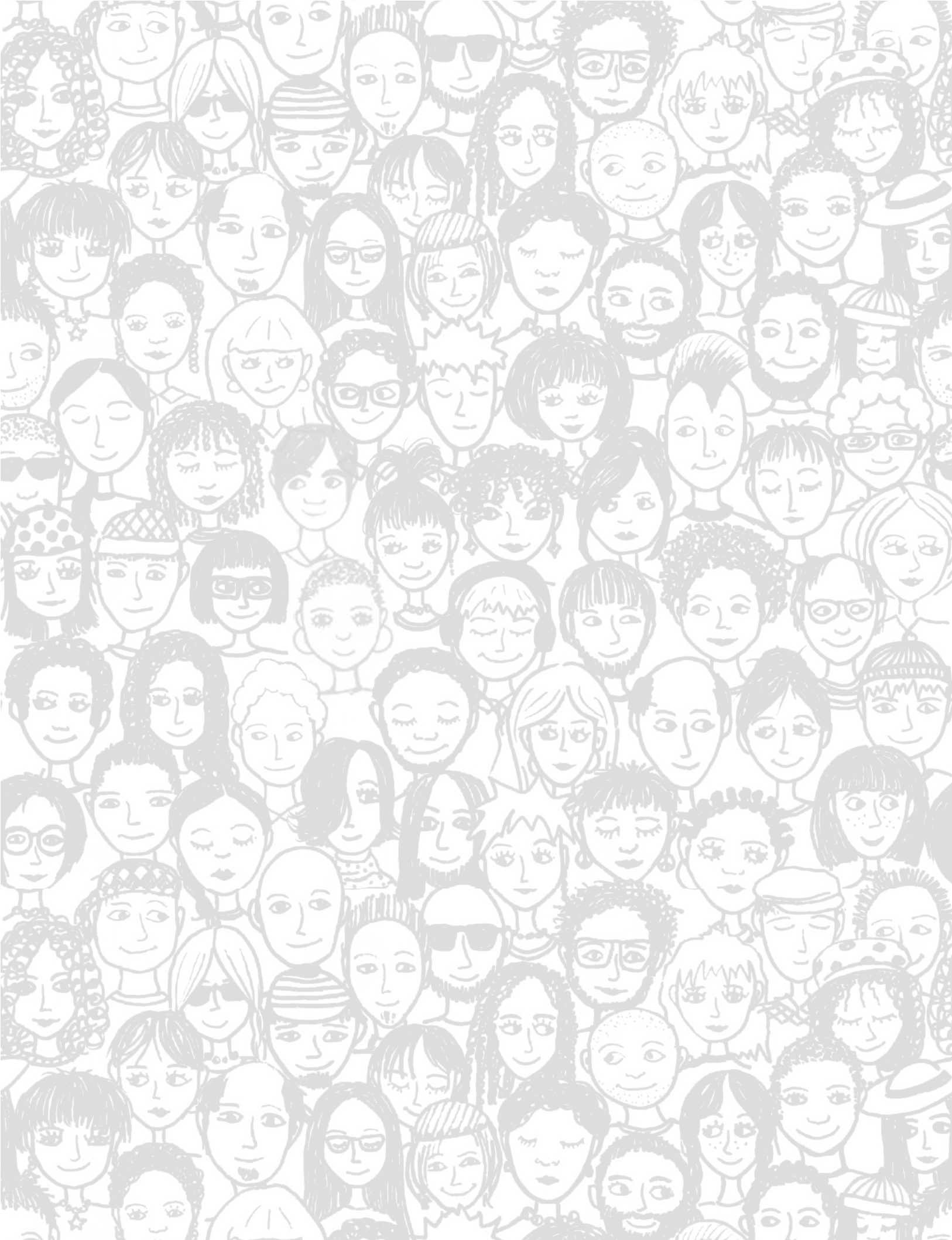
Acciones	n	%
Defender y promover sus derechos	171	29.7
Aumentar el conocimiento y conciencia del público acerca del VIH	164	28.4
Darles apoyo emocional y físico	89	15.4
Defender y promover derechos de la población más vulnerable (población clave)	68	11.8
Educar a las personas con VIH sobre cómo vivir con VIH	85	14.7

The background of the entire page is a dense, repeating pattern of stylized human faces. These faces are drawn in a simple, sketchy line-art style and represent a wide variety of ethnicities, ages, and genders. Some faces have unique features like glasses, beards, or different hairstyles. The pattern is light gray and covers the entire page.

Bibliografía

1. Watters JK and Biernacki P. Targeted sampling: options for the study of hidden populations. *Social Problems*. 1989; 36:416-430.
2. Heckathorn DD. Respondent driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Soc Probl*. 1997;44(2):174-99.
3. Robinson WT, Risser JM, McGoy S, et al. Recruiting injection drug users: a three-site comparison of results and experiences with respondent-driven and targeted sampling procedures. *Journal of Urban Health*. 2006;83:29-INEI (2016).
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Nacional y regional. Lima: INEI. Pgs. 376 y 377.
5. Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*. 2005;19(Suppl 2):S67-72.
6. Observatorio de Derechos LGBT y VIH/SIDA. UPCH. Reporte 2014. En: <https://d30e0k2qotp9aa.cloudfront.net/attachments/4376b48f-dff3-497c-bdc4-101a7cb026b6.pdf>
7. Ministerio De Justicia- Universidad ESAN, Encuesta para medir la percepción de la Población Peruana en relación a los Derechos Humanos, 2013
8. Vivo con VIH: Memoria de una experiencia de activismo cultural / Editores: Fernando Olivos, Ximena Salazar, Carlos F. Cáceres. -- Lima: IESSDEH, UPCH, 2014
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2010
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2014
11. Gesesew HA, et al. (2017) Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/ AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 12(3): e0173928
12. Wolfe WR, Weiser SD, Bangsberg DR, Thior I, Makhema JM, Dickinson DB, et al. Effects of HIV-related stigma among an early sample of patients receiving antiretroviral therapy in Botswana. *AIDS Care*. 2006;18(8):931-3.
13. Petracci, M; Romero, M. Índice de estigma en personas que viven con VIH en Argentina. 2011.
14. Monroy, J; Ruiz, M; Gaona, A. Perspectiva comunitaria sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH y sida en Paraguay. 2010.

15. Valencia CF, F. El estigma y la discriminación en VIH/sida en Bolivia. 2011. Recuperado de: <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Bolivia%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20Report%202011%20Spanish.pdf>
16. Brborich WA, M; Herrera, C; Ariza, E. El Estigma y la Discriminación en VIH/SIDA. 2010.
17. Aggleton, P; Wood K y Malcolm A; Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH Estudios de caso de intervenciones exitosas. 2005. Instituto de Educación, Universidad de Londres, Reino Unido.
18. Cáceres et al. Diagnóstico del acceso a servicios y programas de prevención y de salud sexual y reproductiva por parte de las personas viviendo con VIH. 2012. UPCH/Peruanos Positivos/Red Trans.
19. Foreman, M., Iyry, P. y Breinbauer, C. Comprensión y respuesta al Estigma y a la Discriminación por el VIH/sida en el Sector Salud.: Organización Panamericana de la Salud. 2003. Washington DC.
20. Reguillo, R. Condensaciones y desplazamientos: Las políticas del miedo en los cuerpos contemporáneos. 2007. E-misférica Noviembre 4.2. Corpografías.
http://hemisphericinstitute.org/journal/4.2/esp/es42_pg_reguillo.html
21. Brouard, P. y Wills, C. (2006). A Closer Look. The internalization of stigma related to HIV. USAID
22. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc Sci Med. 2003. 57(1):13-24
23. ONUSIDA, hoja informativa del ONUSIDA sobre el estigma y la discriminación. 2003.
24. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 1990. New York, 1990
25. Organización de Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2015. En: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>





Con el apoyo de:

