



INFORME MULTIPAÍS ÍNDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN PERSONAS CON VIH 2.0

Bolivia, Ecuador, Nicaragua,
Perú y Paraguay

2023



**Alianza Liderazgo en Positivo
& Poblaciones Clave.**



RedLAC+
Red Latinoamericana y del Caribe de Personas con VIH



ITPC
INTERNATIONAL TREATMENT
PREPAREDNESS COALITION
"Regional Office for Latin American and Caribbean Network"
ITPC LATCA



INFORME FINAL

ESTUDIO MULTIPAÍS ÍNDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN PERSONAS CON VIH 2.0

Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Perú y Paraguay

2023



COMITÉ REGIONAL DE REDES REGIONALES ALIANZA LIDERAZGO EN POSITIVO Y POBLACIONES CLAVE (ALEP+PC) Y COMITÉ COORDINADOR POLÍTICO DEL ESTUDIO (EN ORDEN ALFABÉTICO)

- Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento América Latina y Caribe – ITPC/LATCA: Alma de León
- Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH SIDA – ICW Latina: Arely Cano -Hilda Esquivel
- Movimiento de Mujeres Positivas – MM+: Mirta Ruíz Díaz
- Plataforma Latinoamericana de Personas que Ejercen el Trabajo Sexual – PLAPERTS: Karina Bravo
- Red Centroamericana de Personas con VIH – REDCA+: Otoniel Ramírez
- Red Latinoamericana GayLatino: Rónald Céspedes Barriga
- Red Latinoamericana y del Caribe de Jóvenes Positivos – J+LAC: Hache Barreda -Isaac Melamed
- Red Latinoamericana y del Caribe de Personas con VIH – RedLAC+: Guiselly Flores
- Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que usan Drogas, LANPUD: Verónica Russo
- Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans – RedLacTrans: Marcela Romero

Coordinación Regional

- Rodrigo Pascal (2021)
- Martin Negrete (2022-2023)

Análisis estadístico Regional

- Walter Benitez (CEPEP)

EQUIPOS NACIONALES DE INVESTIGACIÓN

Bolivia

Coordinación Nacional

- Violeta Ross - MM+
- Julio Cesar Aguilera Hurtado - ITPC/LATCA

Análisis estadístico Bolivia

- Nilda Céspedes

Equipo de personas encuestadoras

- Alejandro Martin Ovando
- Anabela Cuellar Rojas
- Cristofer Sato Quiller Flores
- Domitila Cuellar Soliz
- Francisco José Área Coca
- Giovanna Corrales Arce
- Javier Quispe Quispe
- Linder Zenteno Futuri
- Marcela Sandra Cabezas de Cabrera
- Martha Banzer Castedo
- Fortunata Virginia Hilaquita Soto
- José Willan Montaña Ferrel

Ecuador

Coordinación Nacional

- Fausto Ramiro Vargas Sandoval - RedLAC+

Análisis estadístico Ecuador

- Victor Hugo Chicaiza

Equipo de personas encuestadoras

- Jorge Lautaro Ochoa Ronquillo
- Alexandra Villavicencio
- Grace del Rocío Macías Jiménez
- Mercedes María Muñoz Balón

- Carmen Esther Cadena Paz
- George Edison González Laínez
- Ney Veas Pita
- Angela Ubaldina Yance Tisalema
- David Macías
- Gonzalo Jhon Morales Castro
- Ileana Salome Villavicencio Mendoza
- Luis Ernesto Luna Villamarín

Nicaragua

Coordinación Nacional

- María Teresa Martínez García
- Karla Isabel Gómez Pastrana - REDCA+

Análisis estadístico Nicaragua

- Rafael Arana Picado

Equipo de personas encuestadoras

- Aldo Avellán
- Alejandro Artola
- Alfonso Ramos
- Eduardo Rayo Torrentes
- Erick Gutiérrez
- Ippisia Zamora
- Juana Griselda Navas
- Karla Nohemí Solís
- Luis Sandino
- Maisy Archibol Maxwell
- María José Rayo
- María Teresa Ramírez
- Reyna Isabel López
- Yadira Gómez

Perú

Coordinación Nacional e investigador principal

- Fernando Cisneros Dávila - RedLAC+

Análisis estadístico Perú

- Juan Carlos Enciso Durand

Equipo de personas encuestadoras

- María Luz Quispe
- Marina Soto
- Luisa Garcia
- Silvia Barbaran
- Gloria Ypanaque
- Raquel Maldonado
- Juan Manuel Castillo
- Elio Estupiñan
- Fernando Chujutalli
- Jorge Roja
- Pablo Tocto
- Freddy Cahuina

Paraguay

Coordinación Nacional

- Martin Negrete

Análisis estadístico Paraguay

- Wallter Benitez (CEPEP)

Monitoreo y control de la calidad de la Información

- Juan Sebastián Cabral
- José Escobar
- Alfredo Gaona

Equipo de personas encuestadoras

- Bettina Agüero
- Aurora Gaona
- Diana Gómez
- Lety Agüero
- Adam Núñez
- Marie García
- Richard Zarate
- Juan Francisco Ramírez
- Kevin Montiel
- José Luis Fernández
- Lourdes Herreira
- Gladys Franco
- Delma Morinigo
- Julia Chávez

Socio de investigación

- Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP)

Global Network of People living with HIV (GNP+)

- Katarzyna Lalak
- Pim Looze
- Omar Sayrif

Equipo de Trabajo Hivos, Receptor Principal

- Tanja Lubbers – Directora Regional América Latina y el Caribe
- Gabriela Bonilla – Gerente de Proyecto ALEP+PC (2019-2022)
- Laura Sánchez Calvo – Gerente de Proyecto ALEP+PC (2022- a la fecha)
- Fabian Betancourt – Oficial de Programa

Contenidos

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	8
ANTECEDENTES	9
OBJETIVOS DE LA COORDINACIÓN DEL ESTUDIO ÍNDEx 2.0	10
METODOLOGÍA	10
MUESTRA	12
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	14
CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO REGIONAL.....	15
CONTEXTO DEL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN PVV REGIONAL	16
RESULTADOS	18
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	18
DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO	33
ESTIGMA EXTERNO	34
ESTIGMA INTERNO	40
CONDUCTAS DE AUTOEXCLUSIÓN (ESTIGMA ANTICIPADO).....	44
VULNERACIÓN DE DDHH	48
DISCRIMINACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	52
INTERACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	57
ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN POR OTROS MOTIVOS DIFERENTES AL VIH	61
GAYS Y OTROS HSH	61
PERSONAS TRANS.....	62
BISEXUALES.....	63
PERSONAS TRABAJADORAS SEXUALES	64
CAPACIDAD DE RESPUESTA ANTE LA VULNERACIÓN DE DDHH	65
MUJERES CIS Y PERSONAS TRANS	68
ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN DIFERENTES ÁMBITOS.....	71
ESTIGMA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	72
CONCLUSIONES	75
DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS.....	75
ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN DIFERENTES ÁMBITOS.....	76
SITUACIÓN DE LAS MUJERES CIS Y PERSONAS TRANS	80
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	80
ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN DIFERENTES ÁMBITOS.....	81
ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	82
RECOMENDACIONES	83

Tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra por país.....	12
Tabla 2. Estructura del cuestionario 2.0	13
Tabla 3: Porcentajes según Situación Laboral por país	28
Tabla 4: Porcentajes según Situación Laboral por población	29
Tabla 5: Porcentajes según situación laboral por población sexo personas Transaccional y personas UDE..	30
Tabla 5. Experiencia sobre divulgación del estado serológico, total (N=4024)	34
Tabla 6: Porcentaje de situaciones estigma externo.	35
Tabla 7: Situaciones de Estigma Interno (N=4024)	40
Tabla 8: Situaciones de conductas de autoexclusión (N=4024)	44

Figuras

Figura 1. Muestra válida por país.....	18
---	----



Gráficos

Gráfico 1. Incidencia de VIH por 1000 habitantes Adultos (15+) - 2021	15
Gráfico 2. Prevalencia del VIH en poblaciones clave (%) - 2021.....	15
Gráfico 3. Progreso hacia los Objetivos 95-95-95 (todas las edades) % - 2021	16
Gráfico 4. Estigma Externo: % de discriminación en lugar de trabajo	17
Gráfico 5: Estigma Externo: % Discriminación en servicios de salud.....	17
Gráfico 6: Estigma Externo: % Discriminación en el sector educativo.....	18
Gráfico 7. Distribución de la muestra por países % (N=4204)	19
Gráfico 8: Tipo de Población % (N=4204)	19
Gráfico 9: Sexo personas Trans accional alguna vez % (N=4204)	20
Gráfico 10: Sexo personas Trans accional alguna vez y personas que se identifican como trabajador/a sexual, por tipo de población % (N=4204)	20
Gráfico 11: Uso de algún tipo de drogas alguna vez % (N=4204)	21
Gráfico 12: Consumo habitual de drogas por tipo de población % (n=101)	21
Gráfico 13. Condición étnica, migratoria y discapacidad % (N=4204)	22
Gráfico 14: Grupos etarios, total (N=4204)	22
Gráfico 15: Grupos etáreos, por país (N=4204)	23
Gráfico 16: Grupos etarios por tipo de población (N=4204).....	23
Gráfico 17: Años de diagnóstico, Total (N=4204)	24
Gráfico 18: Años de diagnóstico, por país (N=4204)	24
Gráfico 19: Años de diagnóstico por tipo de población (N=4204).....	25
Gráfico 20: Máximo nivel educativo alcanzado, total (N=4204)	25
Gráfico 21: Máximo nivel educativo alcanzado, por país (N=4202)	26
Gráfico 22: Máximo nivel educativo alcanzado por tipo de población (N=4204)	27
Gráfico 23: Nivel educativo en trabajadores/as sexuales y usuarios/as de drogas (N=420)	27
Gráfico 24: Situación laboral actual (N=4204)	28
Gráfico 25: Necesidades básicas satisfechas, total (N=4204)	30
Gráfico 26: Necesidades básicas satisfechas, por país (N=4204)	31
Gráfico 27: Necesidades básicas satisfechas, por tipo de población (N=4204).....	32
Gráfica 28: Necesidades básicas satisfechas por tipo de prácticas (N=420)	32
Gráfico 29. Divulgación del estado serológico y consentimiento (N=4204)	33
Gráfica 30: Estigma externo por VIH alguna vez, total y por país (N=4204)	35
Gráfica 31: Estigma externo por VIH alguna vez, por tipo de población (N=4204).....	36
Gráfica 32: Estigma externo por VIH alguna vez según tipo de práctica (n=420)	36
Gráfica 33: Intensidad del estigma y la discriminación externa, total de la muestra (N=4204)	37
Gráfico 34. Intensidad de estigma y discriminación externo por país (N=4204).....	37
Gráfico 35: Intensidad de estigma y discriminación externa por tipo de población (N=4204)	38
Gráfico 36: Estigma externo debido al VIH por factores seleccionados (N=4204)	39
Gráfico 37: Estigma interno debido al VIH, por país y total (N=4204)	40
Gráfico 38: Estigma interno por VIH, por tipo de población (N=4204).....	41
Gráfico 39: Estigma interno según tipo de práctica (N=420)	41
Gráfico 40: Estigma interno según factores seleccionados (N=4204)	43
Gráfico 41: Conductas de autoexclusión debido al VIH, por país y total (N=4204).....	44
Gráfico 42: Conductas de autoexclusión debido al VIH, por tipo de población (N=4204)	45
Gráfico 43: Conductas de autoexclusión debido al VIH por tipo de prácticas (n=420)	45
Gráfica 44: Conductas de autoexclusión debido al VIH, por factores seleccionados (N=4204)	47
Gráfico 45: Vulneración de algún DDHH alguna vez debido al VIH, por país y total (N=4204).....	48
Gráfico 46: Vulneración de algún DDHH alguna vez debido al VIH, por tipo de población (N=4204)	49
Gráfica 47: Vulneración del según DDHH alguna vez debido al VIH, por tipo de práctica (N=420)	49

Gráfica 48: Vulneración de algún DDHH alguna vez debido al VIH, por factores seleccionados (N=4204) .	51
Gráfica 49: Estigma y discriminación en servicios de salud, de VIH y otros no relacionados al VIH, total (N=4204).....	52
Gráfica 50: Estigma y discriminación en el último año en servicios de salud de VIH, por países y total (N=4204).....	53
Gráfica 51: Estigma y discriminación en el último año en servicios de salud de VIH, por tipo de población (N=4204).....	54
Gráfica 52: Estigma y discriminación en el último año en servicios de VIH, por tipo de prácticas (N=4204)	54
Gráfica 53: Estigma y discriminación en el último año en servicios de VIH, por factores seleccionados (N=4204).....	56
Gráfica 54: Tu mismo/a decidiste realizarte la prueba del VIH, por país y total (N=4204)	57
Gráfica 55: Tu mismo/a decidiste la prueba del VIH, por tipo de población (N=4204)	57
Gráfica 56: En tratamiento actualmente, por país (N=4024).....	58
Gráfica 57: En tratamiento actualmente, por tipo de población (N=4024)	58
Gráfica 58: Alguna vez se interrumpió el tratamiento, por país (N=4024)	59
Gráfica 59: Alguna vez interrumpió el tratamiento, por tipo de población (N=4024).....	59
Gráfica 60: El miedo a que otras personas se enteraran del estatus de VIH, hizo retrasar hacerse la prueba del VIH o dejar de tomar alguna dosis de ARV, por país (N=4024)	60
Gráfica 61: El miedo a que otras personas se enteraran del estatus de VIH hizo retrasar hacerse la prueba del VIH o dejar de tomar alguna dosis de ARV, por tipo de población (N=924).....	60
Gráfica 62: Estigma y discriminación a gays y otros HSH por motivos diferentes al VIH (N=1273).....	61
Gráfica 63: Estigma y discriminación por VIH y basado en la orientación sexual en hombres gays y otros HSH (N=1.273).....	62
Gráfica 64: Estigma y discriminación alguna vez en personas Trans por motivos diferentes al VIH (N=324).....	62
Gráfica 65: Estigma y discriminación por VIH y basado en la identidad/expresión de género en personas Trans (N=324).....	63
Gráfica 66: Estigma y discriminación alguna vez en personas bisexuales por motivos diferentes al VIH (N=243)	63
Gráfica 67: Estigma y discriminación por VIH y basado en la orientación sexual de personas bisexuales (N=243).....	64
Gráfica 68: Estigma y discriminación alguna vez en personas trabajadoras/es sexuales por motivos diferentes al VIH (N=319)	64
Gráfica 69: Estigma y discriminación por VIH y basado en el trabajo sexual (N=319)	65
Gráfica 70: Nivel de conocimiento sobre leyes que protegen a PVV, por país y total (N=4204).....	65
Gráfica 71: Nivel de conocimiento sobre leyes que protegen a las PVV por tipo de población (N=4204) ..	66
Gráfico 72: % de PVV que emprendieron acciones a partir de la vulneración de algún DDHH, por país y total (N=682)	66
Gráfico 73: % de PVV que emprendieron algún tipo de acción a partir de la vulneración de algún DDHH, por tipo de población (N=682)	67
Gráfico 74: Tipo de acciones realizadas como respuesta a la vulneración del algún DDHH (N=93)	67
Gráfico 75: Resultados de las acciones emprendidas a partir de la vulneración de algún DDHH (N=93) ..	68
Gráfico 76: Edad por tipo de población de mujeres (N=1.695)	69
Gráfico 77: Máximo Nivel Educativo alcanzado (N=1.695)	69
Gráfico 78: Situación laboral en Mujeres Cis, MSM y personas Trans (N=1.695)	70
Gráfico 79: Necesidades básicas satisfechas en Mujeres Cis, MSM y personas Trans (N=1.695)	70
Gráfico 80: Proporción de los diferentes tipos de estigma por tipo de población de mujeres (N=1.695) .	71
Gráfica 81: Estigma y discriminación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en mujeres cis (N=1424).....	73
Gráfico 82: Estigma y discriminación en el ámbito de la SSRR por factores seleccionados (N=1424).....	74
Gráfico 83: Porcentaje de Estigma Interno, Externo, Autoexclusión, Vulneración DDHH	79



ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CIS:	Apócope de cisgénero. Neologismo que refiere a individuos cuya identidad de género coincide con su fenotipo sexual.
GNP+:	Global Network of People Living with HIV (Red Global de Personas que Viven con VIH).
HSB:	Hombres que tienen sexo con hombres.
ÍNDICE:	Índice de estigma y discriminación hacia personas con VIH 2.0.
ITS:	Infecciones de transmisión sexual.
ICW:	The International Community of Women Living with HIV (Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH).
LGTBIQ+:	Lesbianas, gays, bisexuales, personas Transexuales e intersexuales, Queer y población de orientación sexual diversa.
MSM:	Mujeres que tienen sexo con mujeres.
MTS:	Mujeres trabajadoras sexuales.
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
PG:	Población general (personas cis-heterosexuales).
PVV:	Personas que viven con VIH.
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SSRR:	Salud sexual y reproductiva
TAR:	Tratamiento Antirretroviral.
TS:	Persona trabajadora sexual.
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

ANTECEDENTES

El estigma y la discriminación que experimentan las personas con VIH es atribuible a su estatus frente a esta situación de salud, la cual también está transversalizada por diferentes determinantes sociales como el trabajo, la educación, la posición social, el acceso a servicios; así como por el género, la orientación sexual, la identidad y el uso de drogas, entre otros. Para poder entender el impacto del estigma y la discriminación en las vidas de las personas con VIH, es necesario tener una visión prospectiva a partir de sus perspectivas, experiencias y opiniones; es decir, que sus voces deben ser escuchadas de una manera sistemática que permita potenciar los sentires, las vivencias y elevarlas a la acción política.

En este sentido, este estudio es parte del Proyecto “Mejorando la calidad de vida, y el disfrute de los derechos humanos hacia el buen vivir de las personas con VIH y poblaciones clave de América Latina / Abya Yala”, el cual es financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria, e implementado por el consorcio Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). Tanto en la fase 1 del Proyecto (2019-2022) como en la Fase 2 (2022-2025) estos estudios se han enmarcado en las actividades relacionadas con el desarrollo e implementación de estrategias regionales, subregionales y nacionales para abordar el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y otras poblaciones clave, y contribuir por un lado, a derribar las barreras relacionadas que afectan el acceso y la prestación de servicios integrales para estas poblaciones; y por otro, a generar información válida respecto a los diferentes ámbitos de la vida de las personas con VIH y las afectaciones que se generan sobre éstas cuando el estigma y la discriminación median sus interacciones.

Este estudio utiliza la metodología desarrollada por Global Network of People living with HIV (GNP+), con su asesoría y acompañamiento, la cual incorpora métodos participativos y de investigación operacional para entender el impacto de este fenómeno.

Con miras a cumplir esta perspectiva, a lo largo del 2021, se constituyó el equipo investigativo con el liderazgo de ICW Latina y de RedLAC+; se conformaron los comités nacionales de apoyo; se articularon socios técnicos tales como universidades nacionales, ONUSIDA, USAID, OPS, Fondo Mundial y la misma GNP+. A partir de esta estructura se ajustó el protocolo de investigación de acuerdo a las realidades nacionales; se diseñó la muestra poblacional para cada país, a partir de la información epidemiológica disponible; se sensibilizó a las poblaciones y los sistemas de salud para participar en la investigación.

En 2022 se llevó a cabo el proceso de recolección de información a partir de una encuesta estandarizada y se hizo el análisis respectivo de los datos recabados. En toda esta fase se contó con un fuerte involucramiento de las Redes del Proyecto ALEP+PC, lo cual permitió movilizar la participación y ampliar el rango de acción, incluso a regiones apartadas de los centros urbanos, logrando muestras más representativas y resultados más incluyentes.

Entre finales de 2022 e inicios de 2023 se elaboraron los informes nacionales y multipaís de investigación, con la participación de las coordinaciones regional y nacionales; los socios técnicos; organizaciones y autoridades nacionales; y entidades académicas vinculadas.

Como actividad concluyente de este ejercicio investigativo, entre marzo y junio de 2023, las Redes del Consorcio ALEP+PC desarrollaron un ejercicio de análisis de los resultados de los estudios; elaboraron recomendaciones; y diseñaron una estrategia de incidencia política basada en la evidencia. Este documento al momento de edición del presente informe, inició un proceso de validación y articulación con actores de toma de decisión vinculados a la defensa de derechos en los diferentes niveles geográficos mencionados, con el fin de encontrar alternativas reales de implementación para la región y los países en los que se lleva a cabo el Proyecto ALEP+PC.

El estudio que presentamos a continuación, es el resultado de la articulación de múltiples voluntades de trabajo que creen firmemente en que el reto fundamental para acabar con el VIH es contrarrestar una epidemia mucho más fuerte que le subyace: la del estigma y discriminación hacia todas aquellas personas afectadas.



METODOLOGÍA

Tipo de Estudio: El estudio tiene un alcance descriptivo, transversal y de método cuantitativo. El componente cuantitativo brindará información que muestre la magnitud del fenómeno de estudio y la distribución de las diferentes variables estudiadas desagregadas por factores de interés.

Delimitación geográfica y temporal: El estudio abarcó cinco países (Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador y Nicaragua) durante los meses de abril a diciembre del 2022.

Población y muestra: El universo está definido por personas de 18 años y más con un diagnóstico confirmado por VIH de al menos 12 meses previo al estudio y que, actualmente, esté o no bajo tratamiento.

Ahora bien, luego del análisis de la base de datos y el cruzamiento de las variables relacionadas a la identificación de las diferentes poblaciones, se clasificó a las siguientes poblaciones de personas con VIH de acuerdo a su sexo de nacimiento, su género auto percibido y sus orientaciones sexo-afectivas (hacia su mismo sexo/género, contrario o ambos):

- **Hombres que tienen sexo con hombres:** En este contexto, se define HSH como hombres biológicos que mantienen relaciones sexuales con otros hombres biológicos, independientemente de la autodefinición de la orientación sexo-afectiva o la identidad de género. Dentro de esta categoría epidemiológica, se encuentran hombres cis género autodefinidos como gays, homosexuales y/o bisexuales.
- **Bisexuales:** Bajo esta categoría, se clasifican las personas de diferentes sexos y género que reportan una orientación sexo-afectiva dirigida a ambos o más géneros y sexos. En la muestra se identificaron 243 personas bisexuales, los cuales 13 son mujeres y 230 hombres. Ninguna persona Trans se declaró bisexual.
- **Mujeres que tienen sexo con Mujeres (MSM):** Mujeres cis género que reportan una orientación sexo-afectiva, generalmente, dirigida a otras mujeres cis género.
- **Personas no binarias:** Personas de diferentes sexos que no se identifican con ninguna de las categorías del género descritas anteriormente o que representan un género relativo y fluido.
- **Personas Trans:** Personas que han nacido con un sexo biológico y han sido asignados al género tradicionalmente asociado a dicho sexo (ejemplo: Nacido hombre biológico y asignado al género masculino y viceversa), pero que han desarrollado, construido y expresado una identidad de género diferente al asignado al nacer. En esta categoría, se incluyen identidades como travestis, personas Transgénero, personas Transexuales, personas Transformistas y otras. Del total de 340 personas Trans encuestadas, 308 son mujeres personas Trans (nacidos hombres que personas Transicionaron a mujeres) y 16 son hombres personas Trans (nacidas mujeres que personas Transicionaron a hombres).
- **Personas Trabajadoras Sexuales (TS):** Personas de diferentes sexos, géneros y orientaciones sexuales que ejercen de forma exclusiva o esporádica el trabajo sexual; es decir, el intercambio servicios sexuales por dinero, bienes y/o favores. En este grupo, solo se agrupó a mujeres y hombres cis. Las personas Trans que reportaron ejercer el trabajo sexual, se las agrupó en la categoría de “personas Trans”.
- **Personas usuarias de drogas:** personas de diferentes sexos, géneros y orientaciones sexuales que consumen de forma habitual sustancias o que se identifican como personas usuarias de drogas.
- **Población General (PG):** Bajo esta categoría, se engloban a las personas con VIH que no cumplen con ninguna de las características de las poblaciones claves mencionadas. En esta categoría, se encuentran hombres y mujeres cis género que se definen como heterosexuales y que mantienen vínculos eróticos, sexuales y afectivos con personas del sexo y género contrario.

- **Otros:** Bajo esta categoría, se han agrupado a las personas que no cumplían con los criterios descritos para las poblaciones anteriores. Estas personas al momento de responder el cuestionario marcaron combinaciones de sexo, género, y orientación sexo-afectiva muy particulares que no permitió al equipo de investigación agruparlos en las poblaciones citadas anteriormente. También fueron las que marcaron opciones de “ninguna de las anteriores” ante las preguntas de identidad de género auto percibida y de preferencia sexual.

Criterios de inclusión:

- 18 años de edad o más.
- Con un diagnóstico confirmado de al menos 12 meses previo al estudio.
- Tener buena comunicación en uno de los idiomas del país.
- Capaz de brindar consentimiento informado en términos de comprensión de todos los elementos del estudio.
- Personas con VIH que pertenezcan a las poblaciones clave.

Criterio de exclusión:

- Personas con VIH con un diagnóstico por VIH menor a 12 meses antes del estudio.
- Personas con VIH que no den su consentimiento informado y voluntariedad para participar en el estudio.



MUESTRA

La muestra fue determinada por cada país de forma independiente utilizando la “calculadora para tamaño de muestras”¹ para los estudios del Índice 2.0, proveída por GNP+. Para ello, se utiliza la prevalencia de la pregunta “Evitó ir a una clínica local cuando lo necesitaba” del último estudio del Índice de cada país. A partir de este parámetro, se suman otros como “el nivel de precisión y el nivel de confianza”.

Así pues, la muestra resultante de este cálculo, posteriormente fue desarticulada por región, departamento, provincia y por el tipo de población en cada uno de los países.

Finalmente, la muestra por cada país y por el total de la región se observa en la siguiente tabla:

Tabla 1. Distribución de la muestra por país

País	N	%
Paraguay	958	23
Bolivia	945	22
Perú	812	19
Ecuador	751	18
Nicaragua	738	18
TOTAL	4.204	100

Recolección de información e instrumento

Para la recolección de información, se utilizó el cuestionario 2.0, el cual es instrumento estandarizado otorgado por GNP+ que fue revisado y adaptado al contexto nacional y regional. Este instrumento, posteriormente, fue digitalizado a una plataforma digital para su administración por medio de dispositivos electrónicos como celulares, tabletas o computadoras.

Asimismo, el programa utilizado fue la plataforma gratuita “KoBo toolbox”², inicialmente desarrollada por el *Harvard Humanitarian Initiative* para levantamiento de datos en zonas de catástrofes o de emergencia humanitaria. De esta manera, puede ser utilizada tanto de forma *on-line* como *off-line*; es decir, no es necesaria la conexión a internet para completarla. Esta situación se considera una ventaja, ya que muchas veces las encuestas se realizaron en contextos comunitarios.

Ahora bien, el cuestionario 2.0 cuenta de 80 preguntas divididas en 8 secciones.

1 Disponible en : https://hall.shinyapps.io/PLHIV_Stigma_Sample_Size_Calculator/

2 <https://www.kobotoolbox.org/>

Tabla 2. Estructura del cuestionario 2.0

Sección	Secciones	Descripción	N° de preguntas
A	Acerca de usted	Se explora características sociodemográficas como edad, identidad de género, estado civil, nivel educativo, situación laboral y económica, pertenencia étnica.	13
B	Divulgación	Se explora el nivel de visibilidad /revelación serológica a otras personas de su entorno y cuál fue el resultado de esta revelación.	2
C	Su experiencia con el estigma y la discriminación	Se explora el estigma externo; es decir, las diferentes situaciones y escenarios donde se experimentan actos de estigma y discriminación a manos de terceras personas basados en el estado serológico (exclusión, rechazo, violencia verbal y física, etc.).	1
D	Estigma interno y resiliencia	Se explora el impacto del VIH en la salud mental y emocional (ideas, creencias, emociones) y como esto ha condicionado la satisfacción de las necesidades. También explora situaciones de autoexclusión, tales como actividades que la persona ha dejado de realizar a causa de su diagnóstico.	4
E	Interacciones con los servicios de salud	Se explora la relación con el servicio de salud, que incluye circunstancia de la prueba del VIH, tiempo entre el diagnóstico e inicio de tratamiento, pruebas de seguimiento, interrupciones del tratamiento, razones por no seguir tratamiento, infecciones oportunistas e ITS, acceso a servicios comunitarios, relación con el personal de salud, confidencialidad, temores y situaciones de discriminación por parte de proveedores de salud.	23
F	Derechos Humanos y efectuar cambios	Se explora las diferentes violaciones a los DDHH de las personas con VIH en diferentes ámbitos: acceso a la salud, trabajo, vivienda, justicia, etc. También se explora la capacidad de respuesta ante estas violaciones: denuncia, seguimiento y resultado.	4
G	Estigma y discriminación por otros motivos además del VIH	Se explora situaciones de estigma y discriminación originados por razones diferentes del estado serológico. Aquí se identifican las intersecciones de la discriminación y cómo esta se cruza con variables como el género, orientación sexual, identidad y expresión de género, trabajo sexual, consumo de drogas, entre otros.	32
H	Experiencia persona del estigma y la discriminación	Se explora la experiencia personal con el estigma y la discriminación.	1



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para iniciar el proceso de análisis, se trabajó de forma coordinada con los diferentes estadísticos nacionales y el regional para armonizar el procedimiento de limpieza, codificación y etiquetado de las diferentes bases de datos nacionales. Una vez concluida esta etapa, el estadístico refusionó las cinco bases de datos en una sola regional, la cual fue utilizada para el análisis de la información y la obtención de los resultados descritos en este informe.

Para el desarrollo del **Plan de Análisis**, se optó realizar dos tipos de planes. Por un lado, cada país desarrolló sus propios planes de análisis y, por el otro, se elaboró uno diferente a nivel regional. Para todos los casos, se siguieron las recomendaciones de la “Guía del Usuario del índice de Estigma en Personas con VIH”.

Con base en el cuestionario 2.0, se desarrolló una metabase (diccionario de datos) con el fin de identificar el tipo de variables y el análisis a ser realizado. También permitió identificar el tipo de desagregación y los cruces de variables que tengan un valor informativo clave. Finalmente, se priorizó la generación de información que respondan a los indicadores prioritarios de la Respuesta Nacional al VIH y de los GAM (Monitoreo Global).

A nivel regional, se realizó el análisis según los siguientes criterios:

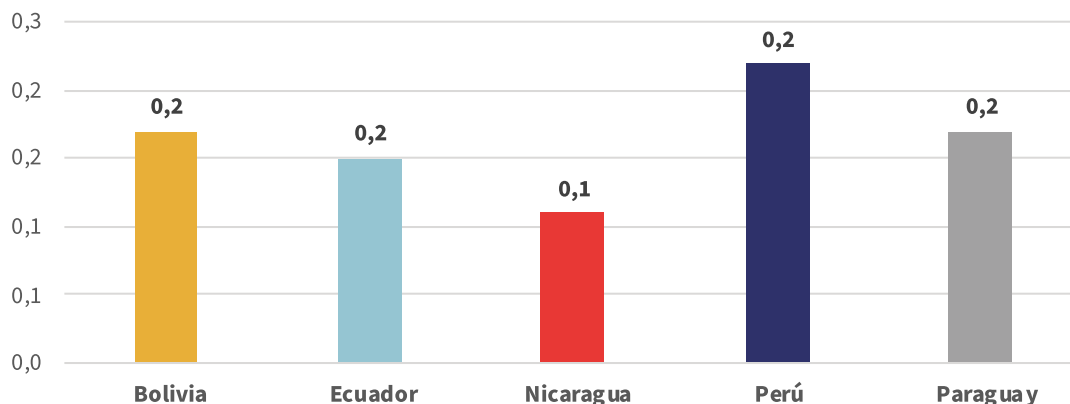
- **Por país:** Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador y Nicaragua.
- **Por género:** mujeres cis, MSM y mujeres trans.
- **Por tipo de población:** Mujeres cis de la población general (PG); hombres cis de la población general (PG); hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH); mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM); personas bisexuales; personas trans; personas trabajadoras sexuales; personas usuarias de drogas y personas no binarias.
- **Por grupo de edad:** 18 a 29 años; 30 a 39 años; 40 a 49 años; 50 años y más.
- **Nivel educativo:** Hasta nivel secundario y nivel terciario/universitarios.
- **Situación laboral:** Empleo de tiempo completo y desempleo.
- **Necesidades básicas:** Insatisfechas y satisfechas.
- **Otros factores:** desplazados/as internos, pertenencia a comunidad indígena, pertenencia a minoría étnica, discapacidad, migración.

Toda la base de datos fue analizada utilizando el “Paquete Estadístico para Ciencias Sociales” (SPSS vs.16). La estrategia de análisis principalmente incluyó el uso de técnicas descriptivas bi variadas.

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO REGIONAL

A pesar de que varios países muestran una disminución en la incidencia del VIH, la cantidad de nuevas infecciones por VIH en la región de América Latina y el Caribe aumentó un 7% entre el 2018 y el 2020.

Gráfico 1. Incidencia de VIH por 1000 habitantes Adultos (15+) - 2021



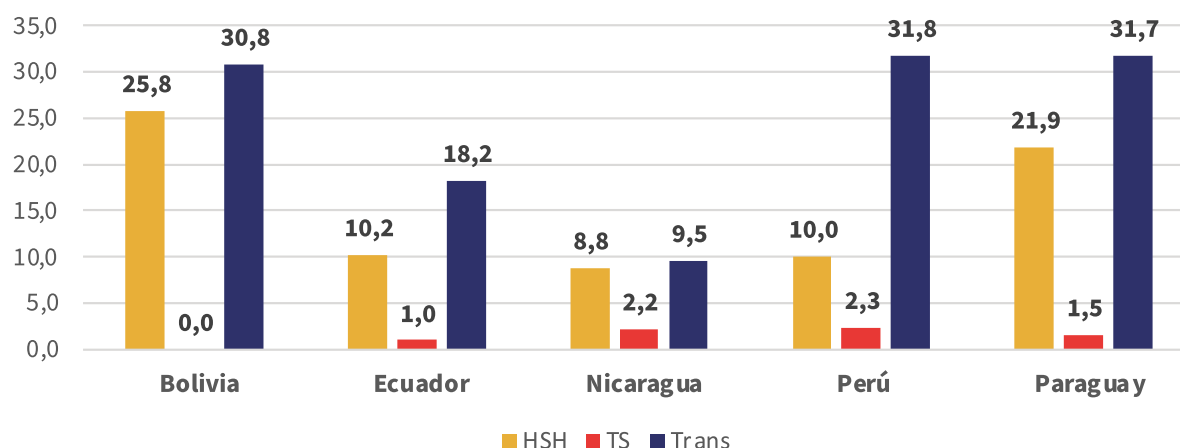
Fuente: Data AIDSinfo.

La prevalencia del VIH en la región de América Latina y el Caribe, se concentra en las poblaciones clave de personas Trans y hombres que tienen sexo con otros hombres.

Sin embargo, la inversión nacional en lo que respecta a la programación para poblaciones clave es insuficiente. Dentro de este, se incluye la expansión de los servicios de prevención para gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadoras sexuales y personas Transgénero. En la mayoría de los países, estos programas dependen en gran parte del apoyo de donadores internacionales. En este contexto, la rápida disminución de dichos recursos amenaza la sostenibilidad de estos programas.

Así pues, dada la alta prevalencia e incidencia del VIH entre gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas Transgénero en la región, se deben fortalecer y expandir los sistemas nacionales de información médica para recopilar datos completos sobre estas poblaciones.

Gráfico 2. Prevalencia del VIH en poblaciones clave (%) - 2021



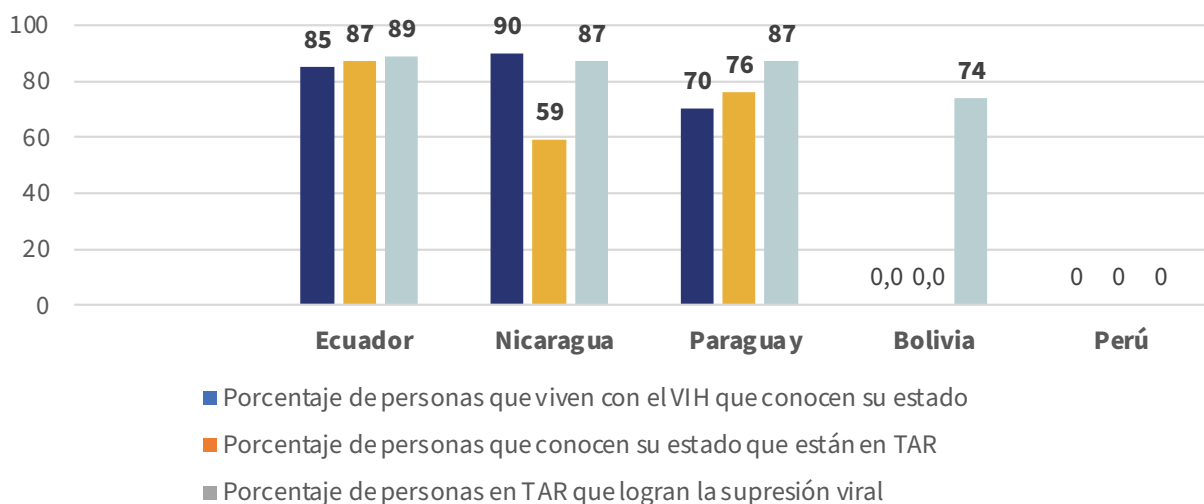
Fuente: Data AIDSinfo.

En 2021, más de 80% de las personas con VIH en Ecuador y Nicaragua sabían que vivían con VIH; entre ellas, más de las tres cuartas partes de quienes sabían estaban en tratamiento y aproximadamente 8 de cada 10 lograron la supresión viral. Por su parte, en Paraguay, la cobertura de los dos primeros indicadores está por debajo del 70%.

Para el Informe de Monitoreo Global del SIDA, estos indicadores de progreso no fueron reportados por Perú y Bolivia, ya que solo se reportó el indicador de supresión viral. No obstante, ningún país individual en América Latina, incluido los 5 analizados, logró los 3 objetivos 90-90-90 al 2020.

Ahora bien, entre los muchos obstáculos para alcanzar los objetivos 95-95-95 en la región, la brecha más grande que se encontró es la vinculación con la atención después del diagnóstico. Asimismo, el diagnóstico tardío sigue siendo un desafío.

Gráfico 3. Progreso hacia los Objetivos 95-95-95 (todas las edades) % - 2021



Fuente: Data AIDSinfo.

CONTEXTO DEL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN PVV REGIONAL

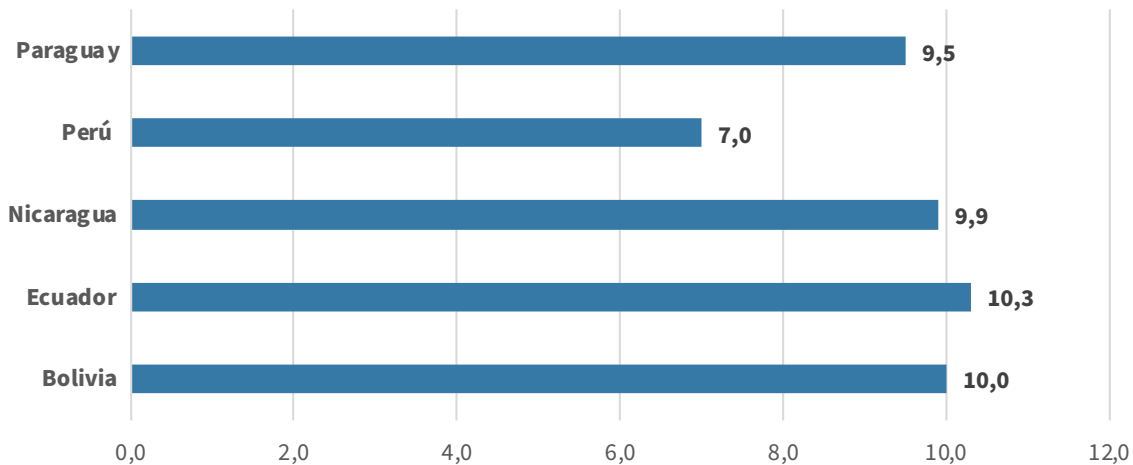
Los temores irracionales a la infección por el VIH, así como las actitudes y juicios negativos hacia las personas que viven con el VIH, persisten a pesar de décadas de campañas de información pública y otros esfuerzos de sensibilización. Por lo tanto, las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH enfrentan altos niveles de estigma debido, entre otras cosas, a su género, orientación sexual, identidad de género, uso de drogas o comercio sexual.

Como resultado de este estigma, las personas que viven con el VIH, o corren el riesgo de contraerlo, sufren actos de discriminación en todos los sectores de la sociedad, desde los funcionarios públicos, los agentes de policía y los trabajadores de la salud hasta el lugar de trabajo, las escuelas y las comunidades. En muchos países, las leyes y políticas discriminatorias refuerzan un entorno de violencia y marginación. Asimismo, este estigma y discriminación desalientan a la población con VIH a acceder a los servicios de atención sanitaria, incluidos los métodos de prevención del VIH, conocer su estado serológico respecto del VIH, inscribirse en la atención médica y seguir un tratamiento.

De igual forma, el estigma y la discriminación continúan impidiendo la respuesta al VIH en muchos países de la región. En este comparativo, con datos recientes, se demuestra que las personas con VIH fueron

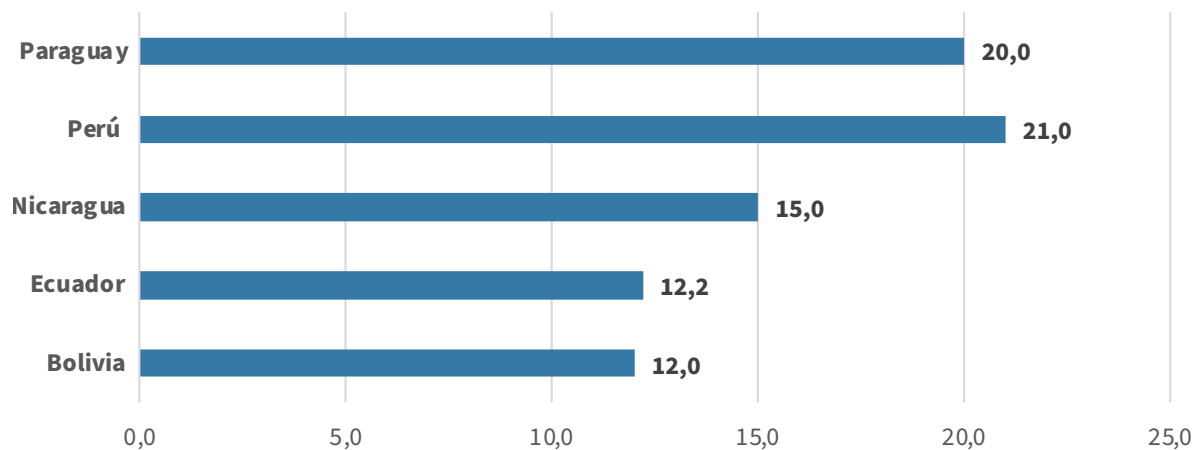
objeto de discriminación en el ámbito laboral. Esto dio como resultado un promedio de 10% de las personas encuestadas en los cinco países que manifestaron si se les ha negado empleo o una oportunidad de trabajo por su condición de VIH/SIDA.

Gráfico 4. Estigma Externo: % de discriminación en lugar de trabajo



Fuentes: Estudios ÍNDEX Bolivia (2011), Ecuador (2010), Nicaragua (2013), Perú (2018), Paraguay (2017).

Gráfico 5: Estigma Externo: % Discriminación en servicios de salud

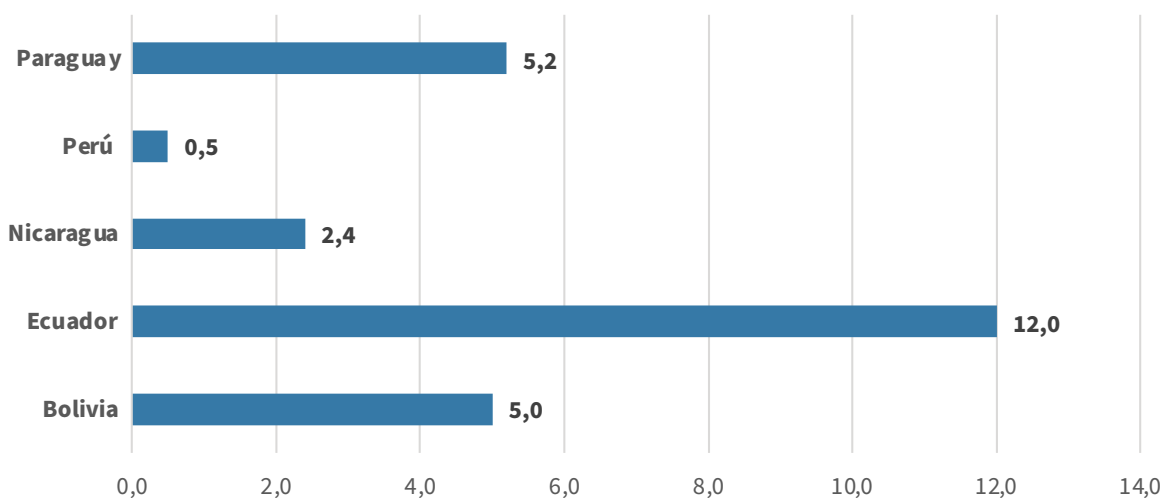


Fuentes: Estudios ÍNDEX Bolivia (2011), Ecuador (2010), Nicaragua (2013), Perú (2018), Paraguay (2017).

Ahora bien, los estudios sobre el estigma y la discriminación, así como el comportamiento de demanda de atención de salud, muestran que las personas con VIH, las cuales perciben altos niveles de estigma relacionados con el VIH, tienen 2,4 veces más probabilidades de atrasar el ingreso al sistema de salud hasta que ya se encuentran muy enfermas. Esta situación, afecta de manera significativa la salud, las vidas y el bienestar de las personas con el VIH, o están expuestas al virus, especialmente los grupos de población clave.

En ese contexto, resultan alarmante los altos índices de discriminación en el ámbito de la salud, los cuales se traducen en la negativa a acceder al sistema de salud. Lo anterior se observa no solo para con las personas con VIH, sino también en los servicios que ofrecen testeos.

Gráfico 6: Estigma Externo: % Discriminación en el sector educativo



RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Esta sección, y las que siguen, se ha elaborado con base en el total de cuestionarios válidos presentados por cada país. Así pues, cada país ha implementado un proceso de revisión y validación de sus respectivas bases de datos, proceso donde se han identificado cuestionarios que no reunían criterio de calidad y se han eliminado; por lo tanto, solo se han utilizado los datos válidos.

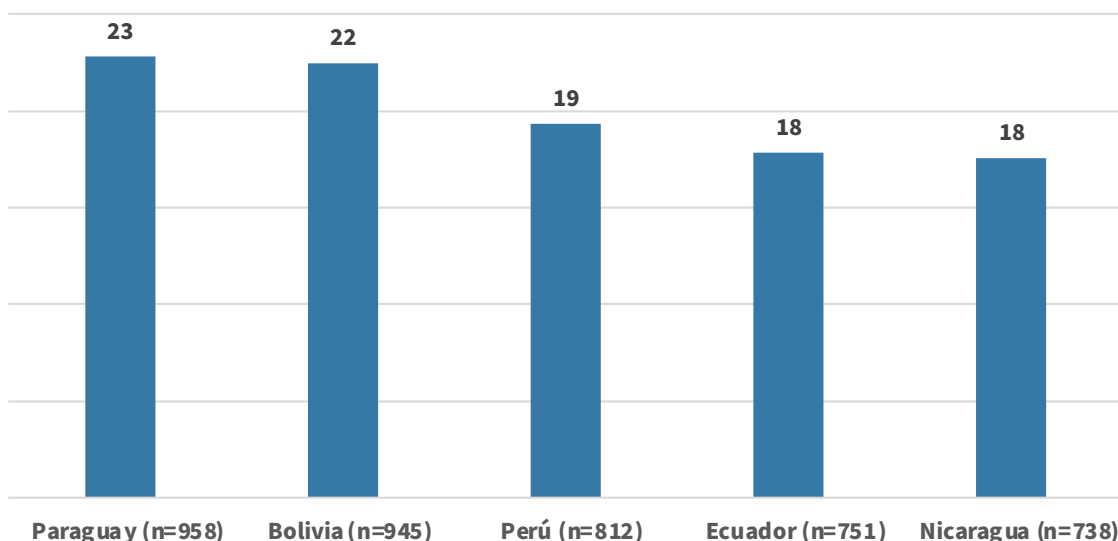
De esta manera, se ha logrado alcanzar un total de 4.204 personas con VIH con las encuestas realizadas en 5 países: Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador y Nicaragua.

Figura 1. Muestra válida por país



En términos porcentuales, Paraguay y Bolivia accedieron a la mayor proporción de la muestra regional (23% y 22% respectivamente), seguido por Perú (19%), Ecuador y Nicaragua (18%).

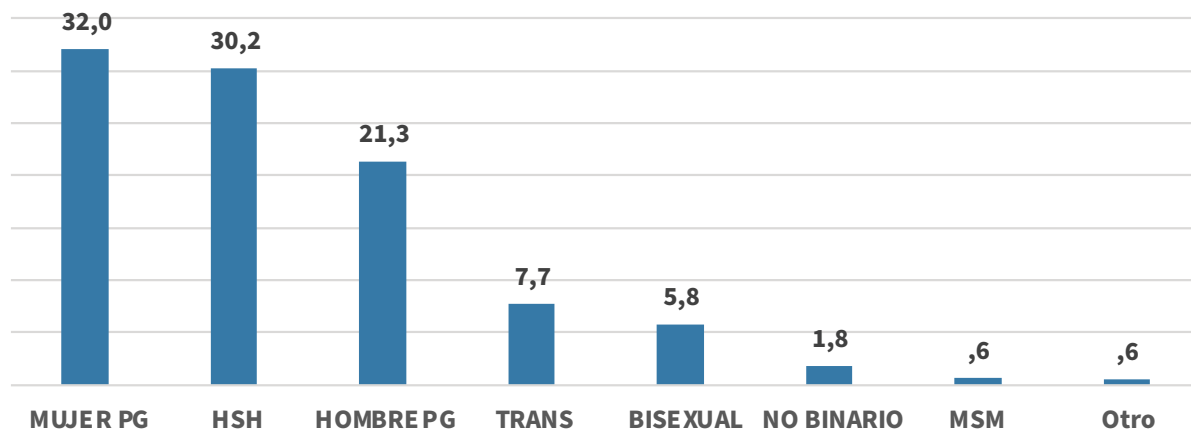
Grafico 7. Distribución de la muestra por países % (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Tipo de población: En relación con el tipo de población, las mujeres de la población general (mujeres cis género y con orientación heterosexual) constituyen la población con mayor muestra llegando a los 1.346 casos (32% d la muestra total de PVV encuestados), seguido de los varones gays y otros HSH (1.270 casos que corresponde al 30%). Solo entre las mujeres y los HSH, se alcanza el 62% de la muestra total; por su parte, el 40% restante se divide entre los hombres de la población general (hombres cis género con orientación heterosexual) que corresponde el 21% (n=897), mujeres transgénero el 8% (n=324), personas bisexuales (hombres y mujeres cis géneros y/o personas Trans que declaran orientación bisexual) alcanzan el 6% (n=243), personas no binarias (no se identifican ni como hombres, mujeres o personas Trans), corresponde el 2% (n=75), Mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) el 0,6% (n=25) y otros, a los que se les asigna 24 personas (0,6%).

Grafico 8: Tipo de Población % (N=4204)



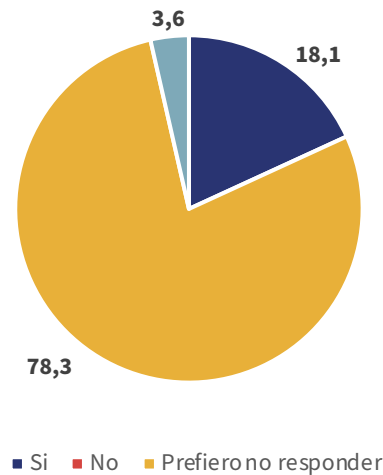
Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.



Trabajo sexual: El trabajo sexual se ha abordado como una práctica, no como una identidad, debido a que todas las personas que han declarado que han intercambiado sexo por dinero están distribuidos dentro de todas las poblaciones. Por este motivo, se abordará de forma separada esta categoría al igual que las personas usuarias de drogas.

De las 763 (18,1%) que han intercambiado sexo por dinero alguna vez, el 3,9% (n=319) se identifican como persona trabajadora sexual. Esto muestra que de cada 10 personas con VIH que han intercambiado sexo por dinero alguna vez, 4 se identifican como “personas trabajadoras sexuales”.

Gráfico 9: Sexo Transaccional alguna vez % (N=4204)

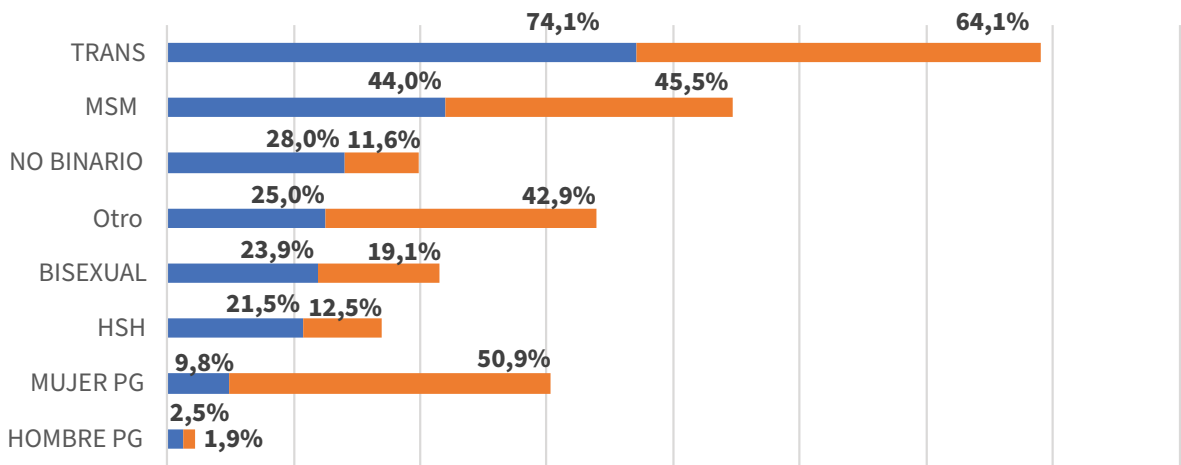


Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

En las poblaciones que mayor proporción de personas que declaran intercambio de sexo por dinero, se encuentran las personas trans (74,1%) y las mujeres que mantienen sexo con mujeres (44%). Por otro lado, la población con menos frecuencia de reporte de sexo transaccional son las mujeres y los hombres de la población general (10% y 3% respectivamente).

Sin embargo, cuando se explora la identificación como trabajador/a sexual, las personas trans (64%) y las mujeres de la población general (51%) son las dos poblaciones donde la mayoría de las personas encuestadas se identifican como tal.

Gráfico 10: Sexo personas Trans accional alguna vez y personas que se identifican como trabajador/a sexual, por tipo de población % (N=4204)



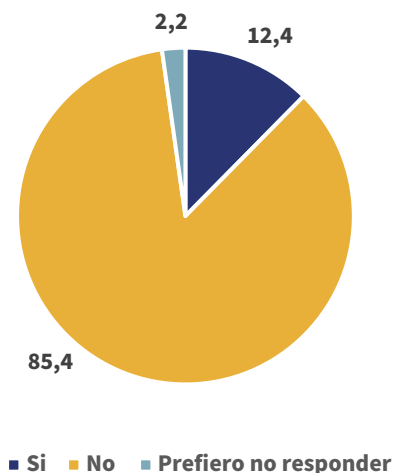
Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Uso de drogas: El abordaje de las personas usuarias de drogas se realizó de forma similar al de las personas trabajadoras sexuales.

En este caso, también se ha categorizado el “uso de drogas” como una práctica que se encuentra en todas las poblaciones.

De las 521 (12,4%) personas que reportaron el uso de algún tipo de drogas alguna vez, el 22% (n=101) consumen de manera habitual (entre dos veces por semana hasta todos los días). De este grupo, 72 personas (71,2%) se identificaron como usuario/a de drogas.

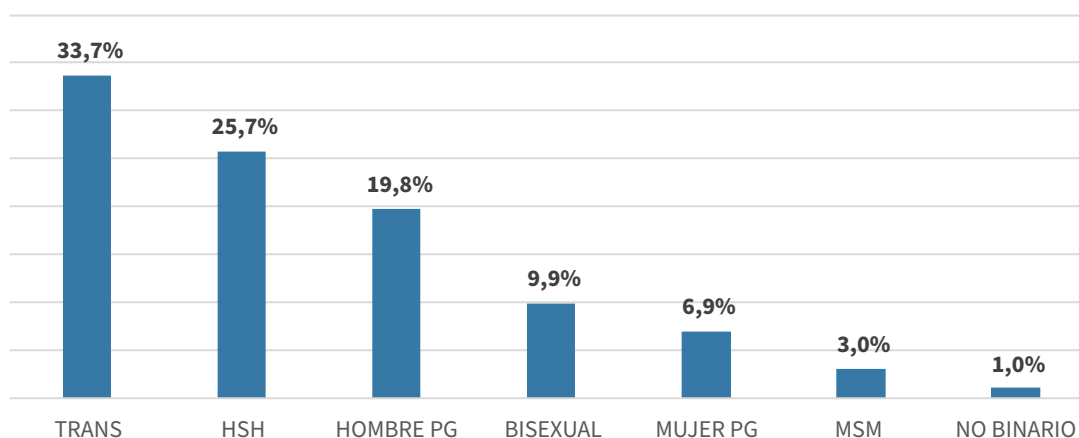
Gráfico 11: Uso de algún tipo de drogas alguna vez % (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

En relación al consumo de drogas desarticulado por tipo de población, la mayor proporción se concentra en las personas Trans (34%), seguido de las HSH (26%) y los hombres de la población general (20%).

Gráfico 12: Consumo habitual de drogas por tipo de población % (n=101)

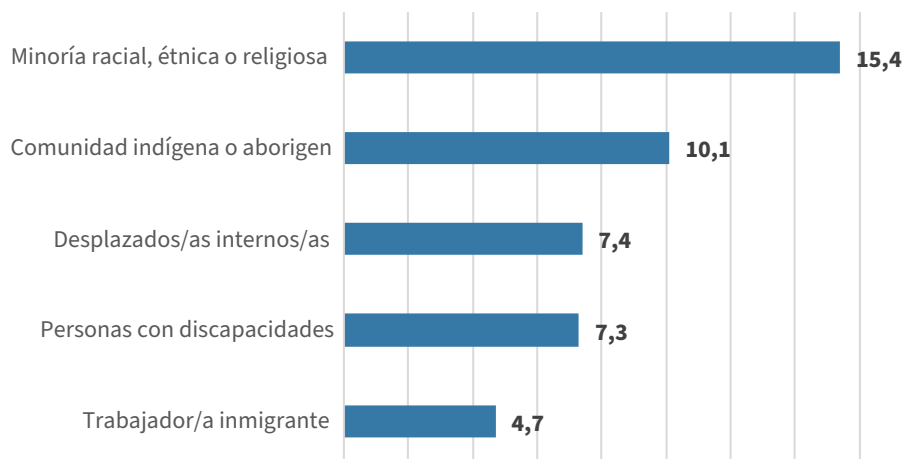


Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Otros determinantes sociales: En cuanto a otras características, las personas que se identifican como parte de un grupo étnico y/o religioso particular corresponden al 15% del total de la muestra, seguida de las personas identificadas con alguna comunidad o pueblo originario (10%).

En relación a la migración, el 7% reportan ser desplazados internos y el 5% son trabajadores/as migrantes. En cuanto a la discapacidad, el 7% declaró que posee algún tipo.

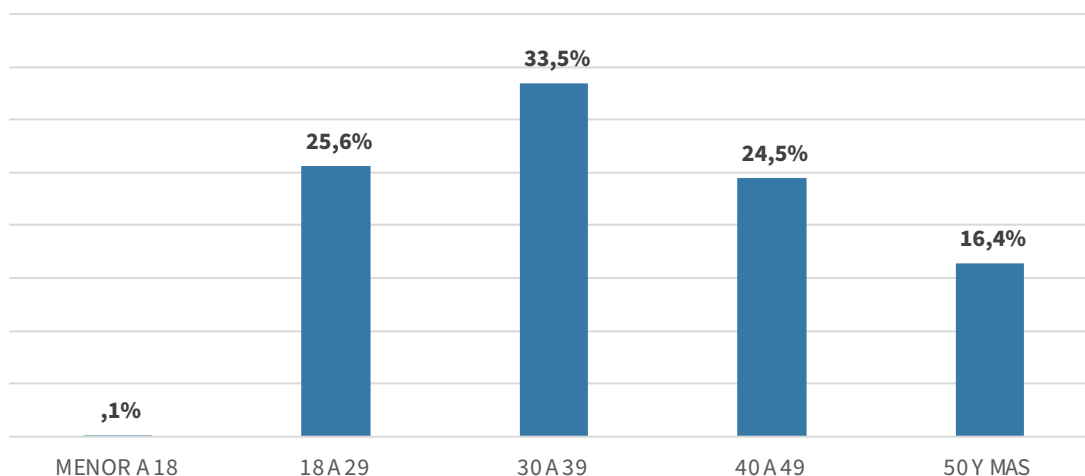
Gráfico 13. Condición étnica, migratoria y discapacidad % (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional

Edad: La muestra recolectada es principalmente joven, en la que el 26% tiene menos de 30 años y el 33% menos de 40. Se destaca asimismo la elevada proporción de personas de 50 y más años, que corresponden al 16% del total de la muestra.

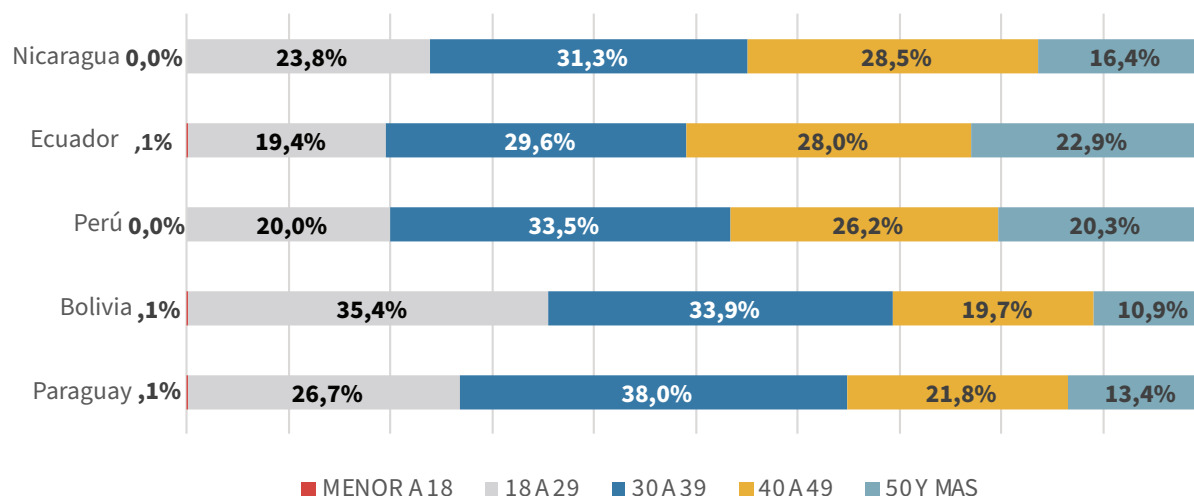
Gráfico 14: Grupos etarios, total (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional

En relación a los países, Bolivia y Paraguay muestran la mayor frecuencia de personas con VIH jóvenes (menor de 29 años), con un 35% y 27% respectivamente. Por otro lado, las personas con VIH de mayor edad (23% y 20% mayores de 50 años) se encuentran en Ecuador y Perú.

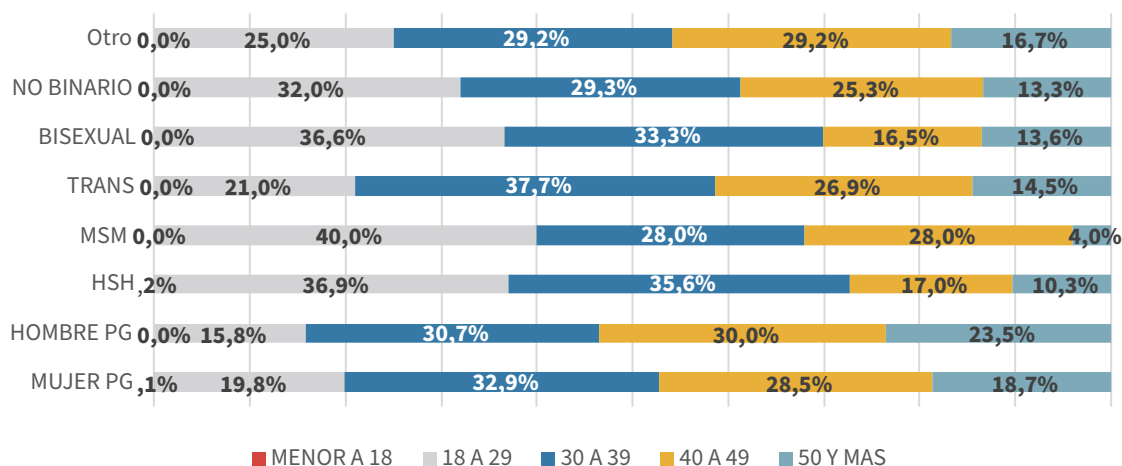
Gráfico 15: Grupos etáreos, por país (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Desarticulado con relación al tipo de población, las mujeres que tienen sexo con mujeres (40%), los HSH y las personas bisexuales (37%) son las poblaciones con mayor frecuencia de personas jóvenes (menores de 30 años). Por el otro lado, los hombres y mujeres de la población general son las que muestran mayor proporción de adultos mayores de 40 años (30% y 29% respectivamente) y de 50 años y más (23% y 19% respectivamente).

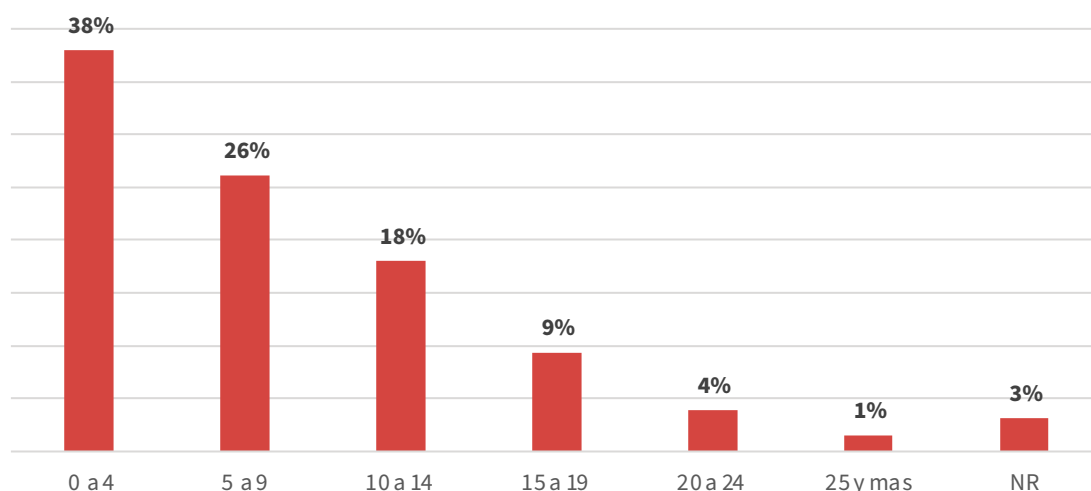
Gráfico 16: Grupos etarios por tipo de población (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Años de diagnóstico: Los años de diagnóstico (cuántos años transcurrieron entre el diagnóstico y el momento de la entrevista) muestran el nivel de sobrevida de las personas con VIH. En este sentido, 4 de cada 10 personas con VIH de la región obtuvieron el diagnóstico antes de los 5 años; mientras que 6 de cada 10 en los últimos 10 años. Esto muestra que la población encuestada por el estudio es relativamente joven en relación al hecho de tener con el VIH; es decir, joven en edad y en años de conocer su diagnóstico. Por otro lado, el 32% de las personas encuestadas viven con el VIH desde hace 10 años o más.

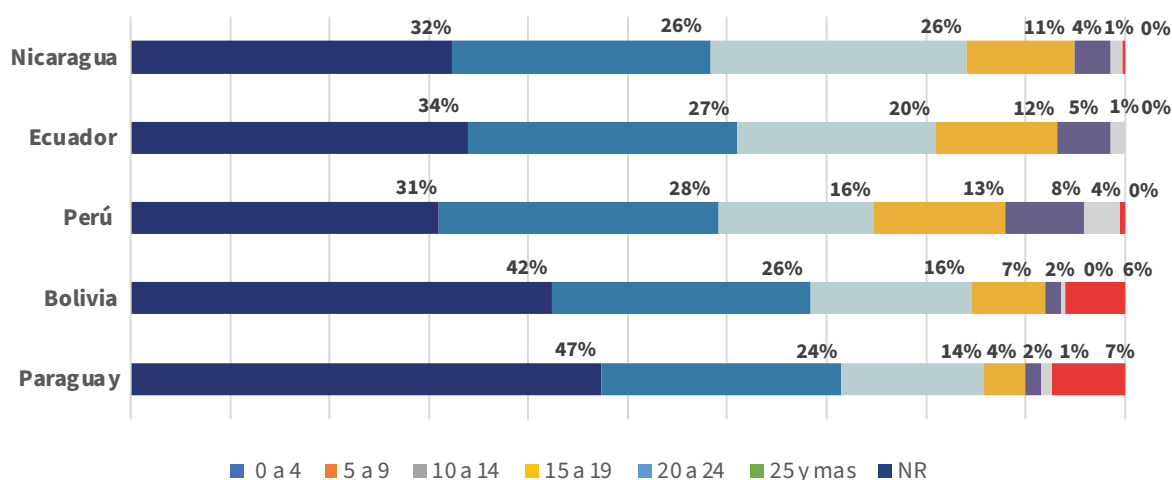
Gráfico 17: Años de diagnóstico, Total (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Desarticulado por países, Paraguay (47%) y Bolivia (42%) son los países con mayor frecuencia de personas diagnosticadas en los últimos 5 años. Por otra parte, Ecuador (20%) y Nicaragua (26%) son las que acumulan mayor proporción de personas con un diagnóstico entre 10 a 14 años y Perú (13%) la mayor frecuencia en el grupo de 15 a 19 años de diagnóstico.

Gráfico 18: Años de diagnóstico, por país (N=4204)

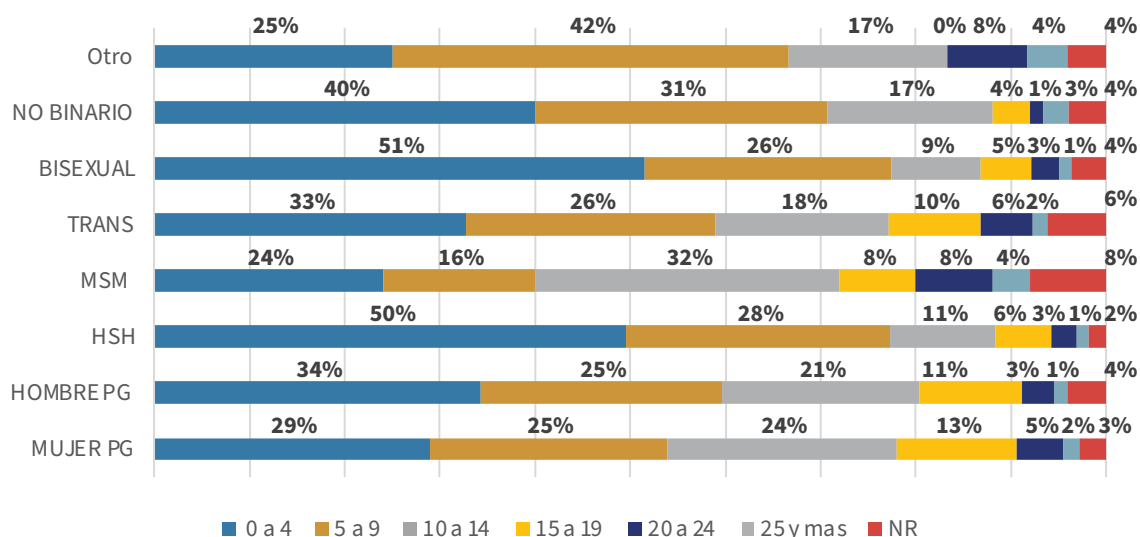


Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Con respecto al tipo de población, las personas bisexuales (51%), los HSH (50%) y las personas no binarias (40%) son las que presentan mayor porcentaje de personas con un diagnóstico de 5 años o menos. Por otro lado, las poblaciones de mujeres que tienen sexo con mujeres (40%), mujeres de la población general

(37%), hombres de la población general (32%) y las personas Trans (28%) son las que presentan personas con mayor años de vida con VIH, de 10 a 20 años.

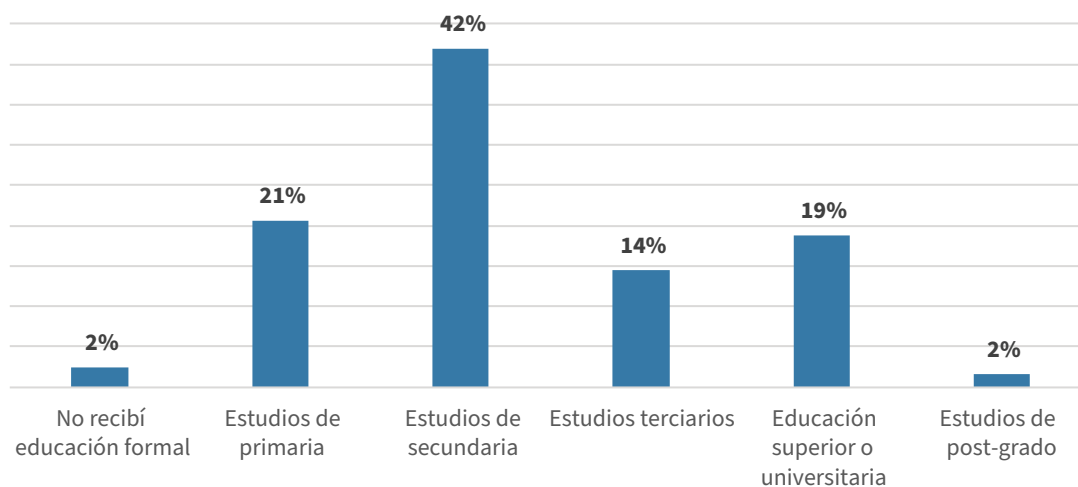
Gráfico 19: Años de diagnóstico por tipo de población (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Educación: Se ha indagado el máximo nivel educativo alcanzado (se haya concluido o no) y, en este sentido, se encontró que la mayoría de las personas encuestadas (42%) han alcanzado al nivel secundario, seguido del nivel primario (21%). En cuanto al acceso a educación superior, el 19% accedió a este nivel y sólo el 2% a niveles de postgrado. Finalmente, se destaca que un 2% ha reportado que no han recibido ningún tipo de educación formal.

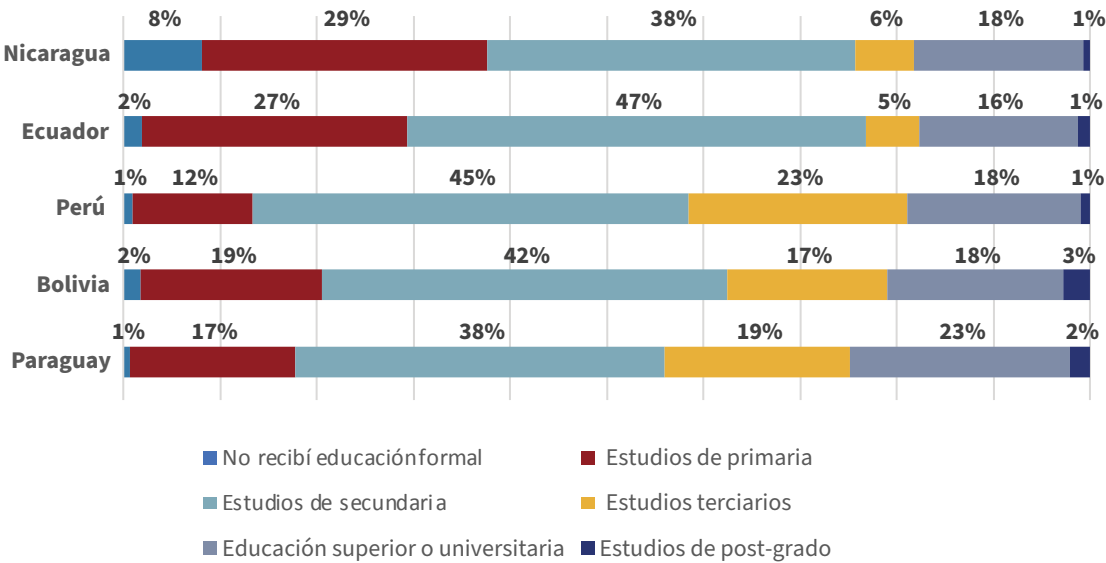
Gráfico 20: Máximo nivel educativo alcanzado, total (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

En relación al nivel educativo por país, Nicaragua se destaca por el menor nivel educativo alcanzado por las personas con VIH, en el que el 8% declaró no haber recibido educación formal y el 29% sólo accedió al nivel primario. Por otro lado, si sumamos el nivel terciario, el universitario y postgrado, Paraguay (44%), Perú (42%) y Bolivia (38%) son los países donde se observa que las personas con VIH han alcanzado un mayor nivel educativo.

Gráfico 21: Máximo nivel educativo alcanzado, por país (N=4202)



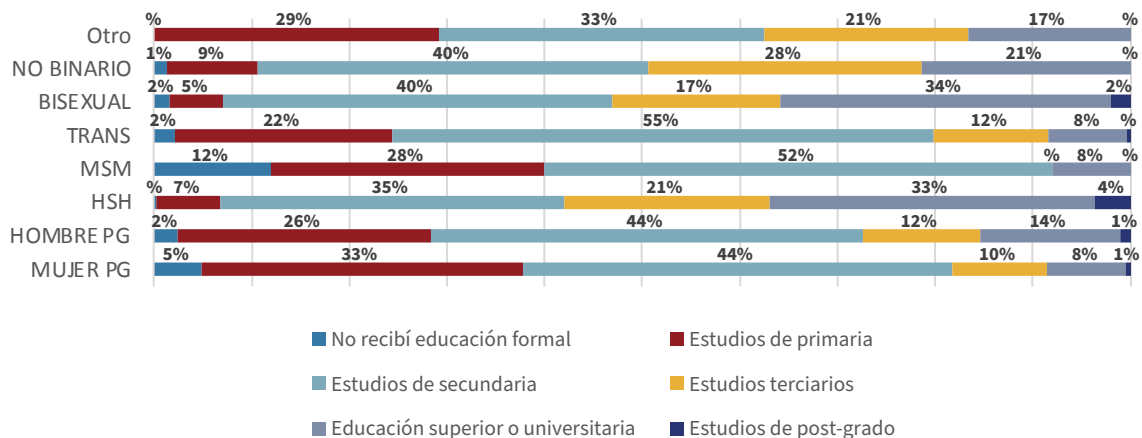
Fuente: Estudio ÍNDEx 2.0 Regional.

En cuanto a las poblaciones, si combinamos las personas con VIH que no recibieron educación formal y las que solo alcanzaron el nivel primario son las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) junto con las mujeres cis de la población general, las que presentan menor nivel de educativo (40% y 37% respectivamente). En el otro extremo, observamos que los HSH (58%), las personas bisexuales (53%) y las personas no binarias (49%) son las poblaciones con un mayor nivel educativo alcanzado (sumando nivel terciario, universitario y postgrado).

Ahora bien, las personas Trans se concentran en mayor proporción en nivel medio de educación, donde el 55% de las mismas declararon haber alcanzado hasta el nivel secundario. Por su parte, si se compara a los hombres cis de la población general y los hombres gays y HSH, se observa una clara diferencia en cuanto al nivel educativo alcanzado; mientras los primeros sólo alcanzaron el 14% de nivel universitario, los HSH llegan hasta el 33% (la segunda población con mayor acceso a la universidad solo superado por las personas bisexuales, con un 34%).

Al comparar las mujeres cis de la población general y las personas Trans conformada mayormente por mujeres personas Trans, las diferencias no son tan evidentes. En este caso, solamente el 8% en ambas poblaciones ha accedido al nivel universitario (dos veces menos que los hombres de la población general y cuatro veces menos que los gays y otros HSH).

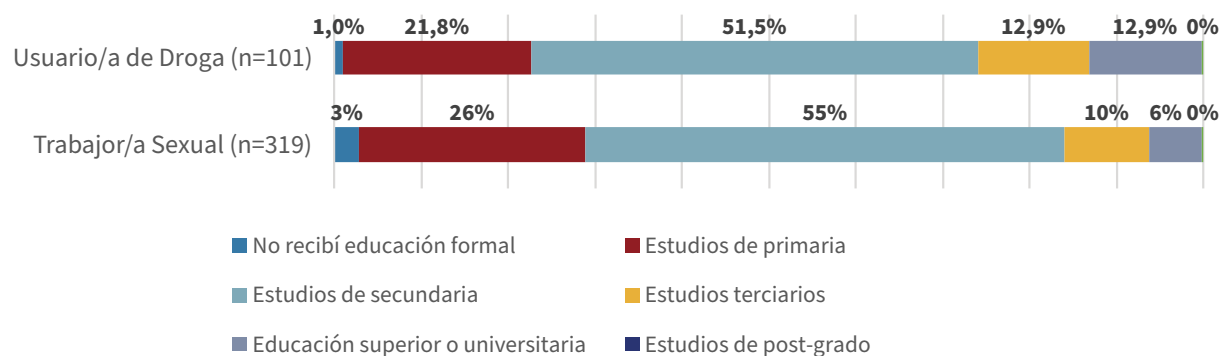
Gráfico 22: Máximo nivel educativo alcanzado por tipo de población (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

El nivel educativo de las personas que intercambian sexo por dinero y de las personas usuarias de drogas es similar al de las personas Trans y las mujeres de la población general, concentrando mayor frecuencia en el nivel secundario como máximo nivel alcanzado con un 55% para las personas que intercambian sexo por dinero y 51,5% para las personas usuarias de drogas. Por su parte, el nivel universitario es el doble de las personas usuarias de drogas (13%) en comparación con las personas que intercambian sexo por dinero (6%).

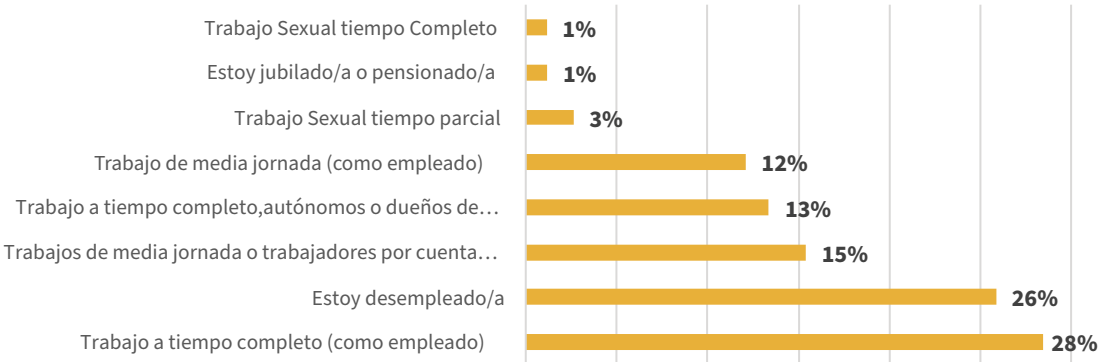
Gráfico 23: Nivel educativo en trabajadores/as sexuales y usuarios/as de drogas (N=420)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Situación laboral: La situación laboral de las personas con VIH en la región está polarizada. Por un lado, el 28% declara que cuentan con un trabajo formal de tiempo completo como empleado (lo que permite un salario mínimo mensual o cierta estabilidad laboral) y, casi en la misma proporción, un 26% corresponden a las personas desempleadas. Entre estos extremos se observa, en menor medida, diferentes situaciones de empleo (trabajo medio tiempo, trabajo por cuenta propia o ser dueños/as de sus propios negocios).

Gráfico 24: Situación laboral actual (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Para describir la situación laboral entre los países y las poblaciones, se tomarán dos variables: “Trabajo a tiempo completo como empleado” y “Desempleo”.

Si se toma el trabajo formal a tiempo completo como una categoría estándar deseable, en Paraguay el 43% de las PVV reportan esta situación laboral, claramente superior a la de los demás países que oscilan entre el 26% (Bolivia y Perú) y el 23,6% en Nicaragua. Ecuador, en cambio, es el país en que la menor cantidad de las PVV pueden acceder a un empleo formal (19,6%).

En relación al desempleo, actualmente los países con mayor porcentaje de PVV sin empleo son Ecuador (42,6%) y Nicaragua (32,6%). En menor medida, está Bolivia (23,6%); mientras que los países con menor nivel de desempleo en las PVV son Paraguay (18,8%) y Perú (17%).

Tabla 3: Porcentajes según Situación Laboral por país

PAIS	Trabajo a tiempo completo (como empleado)	Trabajo de media jornada (como empleado)	Trabajo a tiempo completo, autónomos o dueños de negocios	Hago trabajos de media jornada, autónomos o trabajadores por cuenta ajena	Estoy jubilado/a o pensionado/a	Estoy desempleado/a	Trabajo Sexual tiempo Completo	Trabajo Sexual tiempo parcial
Paraguay	43,3%	13,5%	14,5%	6,7%	1,1%	18,8%	1,0%	1,0%
Bolivia	26,1%	14,4%	13,0%	19,8%	,7%	23,6%	,4%	1,9%
Perú	26,0%	8,4%	12,7%	24,5%	1,2%	17,0%	2,6%	7,6%
Ecuador	19,6%	12,8%	12,5%	10,0%	,1%	42,6%	1,1%	1,3%
Nicaragua	23,6%	10,7%	14,0%	16,5%	2,7%	30,5%	,7%	1,4%

Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Al tomar en consideración los mismos criterios de análisis, y tomando como referencia de estabilidad laboral contar con un empleo formal de tiempo completo y el valor regional del total de las PVV que es del 28%, las poblaciones que están por encima del mismo son los gays y HSH (41,3%), personas no binarias (36%), personas bisexuales (32,5%) y hombres de la población general (31,9%). Por debajo del valor regional, se encuentran las mujeres de la población general, las MSM (16%) y las personas Trans (14%).

En cuanto al estado de desempleo, tomando como referencia el valor regional del total de la muestra (26%), las poblaciones por encima de este valor; es decir, con mayor nivel de desempleo son las mujeres de la población general (41,8%) y las MSM (32%). Entre las poblaciones con menor nivel de desempleo están las personas no binarias (12%), las personas Trans (14,8%), los hombres de la población general (18,7%) y los gays y HSH (17%).

Nuevamente se observa, al igual que sucedió en la descripción del nivel educativo, que son las poblaciones de mujeres las que tienen menor acceso a un trabajo formal y mayor nivel de desempleo.

Tabla 4: Porcentajes según Situación Laboral por población

Población	Trabajo a tiempo completo (como empleado)	Trabajo de media jornada (como empleado)	Trabajo a tiempo completo, autónomos o dueños de negocios	Hago trabajos de media jornada, autónomos o trabajadores por cuenta ajena	Estoy jubilado/a o pensionado/a	Estoy desempleado/a
MUJER PG	16,3%	11,7%	10,2%	15,2%	1,0%	41,8%
HOMBRE PG	31,9%	11,5%	17,2%	18,5%	2,0%	18,7%
HSH	41,3%	12,6%	13,9%	13,6%	,9%	16,9%
MSM	16,0%	20,0%	4,0%	8,0%	4,0%	32,0%
PERSONAS TRANS	14,8%	12,3%	15,4%	17,0%	,3%	14,8%
BISEXUAL	32,5%	9,1%	11,5%	15,2%	2,1%	28,4%
NO BINARIO	36,0%	22,7%	18,7%	6,7%	0,0%	12,0%
Otro	20,8%	16,7%	4,2%	20,8%	0,0%	33,3%

Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Al analizar la situación laboral de las personas que ejercen sexo transaccional y las personas usuarias de drogas, estas son las que menor acceso a un empleo formal (diferente del trabajo sexual) presentan (10% y 14% respectivamente). Por otro lado, el nivel de desempleo oscila entre el 14% para las personas que intercambian sexo por dinero y el 21% entre las personas usuarias de drogas. Asimismo, en los/as usuarios/as de drogas, se destaca un mayor porcentaje de personas con trabajos no formales o de media jornada.



Tabla 5: Porcentajes según situación laboral por población sexo transaccional y personas UDE

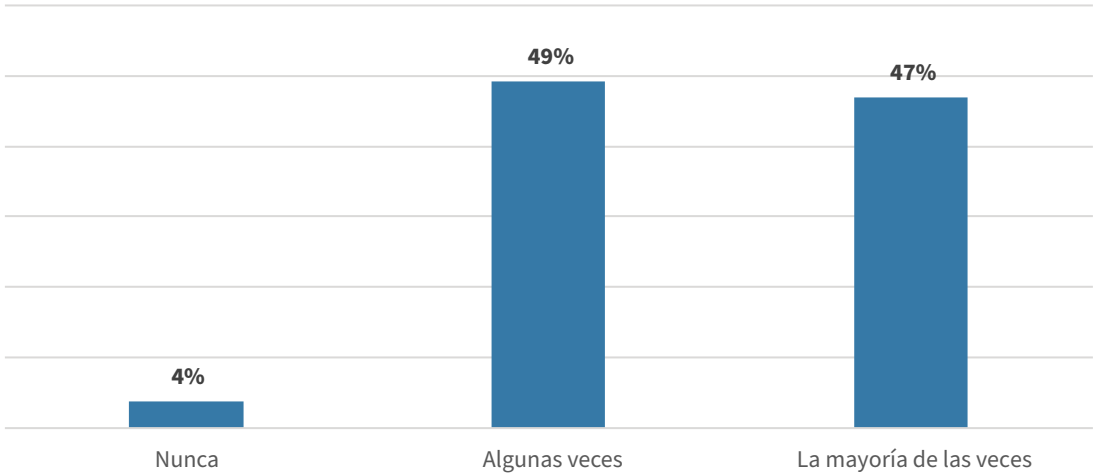
Tipo de prácticas	Trabajo a tiempo completo (como empleado)	Trabajo de media jornada (como empleado)	Trabajo a tiempo completo, autónomos o dueños de negocios	Hago trabajos de media jornada, autónomos o trabajadores por cuenta ajena	Estoy jubilado/a o pensionado/a	Estoy desempleado/a
Trabajador/a Sexual (n=319)	10%	8%	8%	15%	0%	14%
Usuario/a de Droga (n=101)	14%	14%	10%	19%	0%	16%

Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Necesidades básicas: Como necesidades básicas, se contempla si la persona en el último mes previo a la entrevista pudo cubrir necesidades de alimento, techo, servicios básicos, ropa, movilidad, entre otros.

En este sentido, del total de la muestra, el 4% no pudo cubrir nunca estas necesidades; el 49% si lo hizo, pero no todas las veces, y el 47% si pudo cubrir todas las veces.

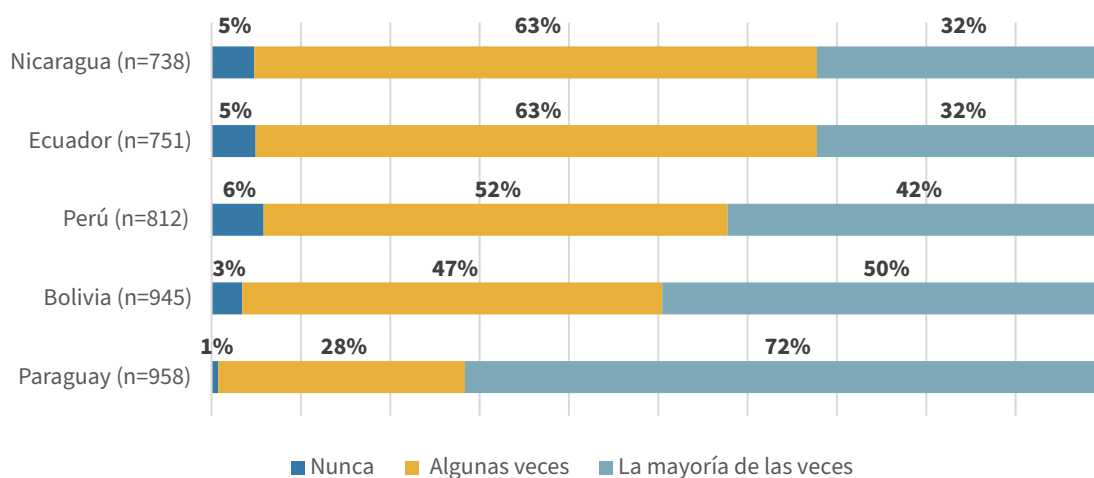
Gráfico 25: Necesidades básicas satisfechas, total (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional

En cuanto a los países, Perú (6%), Nicaragua y Ecuador (5%) presentan mayor nivel de necesidades básicas insatisfechas, comparada con el valor regional del 4%. En cuanto a las necesidades satisfechas algunas veces, cuyo valor regional es del 49%, Nicaragua y Ecuador (63%) y Perú (52%) son las que muestran mayor proporción, y en menor medida Bolivia (47%) y Paraguay (28%). Por otro lado, Paraguay cuenta con un 72% de necesidades básicas satisfechas la mayoría de las veces; por lo tanto, es el país con mayor nivel en esta variable, seguida de Bolivia (50%). Los demás países están por debajo del valor regional del 47%: Perú (42%), Ecuador y Nicaragua (32%).

Gráfico 26: Necesidades básicas satisfechas, por país (N=4204)



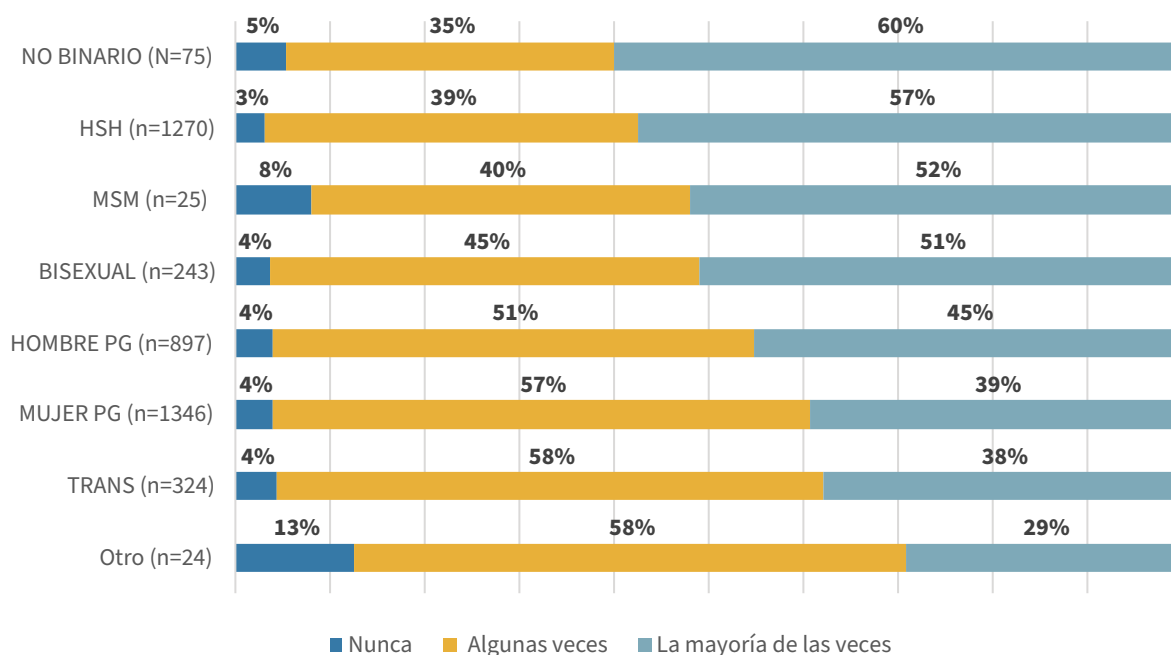
Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional

Según el tipo de población, las MSM (8%), las personas no binarias (5%) y “otras”, es decir, las personas que no se identifican con ninguna de las categorías de identidades propuestas (13%) son las poblaciones que mayor precariedad presentan en cuanto a sus necesidades básicas. Por otro lado, el resto de las poblaciones coinciden con el valor regional del 4% de personas que nunca cubren sus necesidades.

Ahora bien, si agrupamos las categorías “Nunca” y “Algunas veces”, se podrían identificar a las PVV que tienen necesidades básicas insatisfechas en forma general. Bajo esta lógica, las poblaciones con mayor prevalencia de necesidades básicas insatisfechas serían las “otras” (71%), las personas Trans (62%), las mujeres cis de la población general (61%) y los hombres cis de la población general (55%). Así pues, más de la mitad de los encuestados de estas poblaciones han declarado que nunca han cubierto sus necesidades básicas o que algunas veces lo han hecho.

De esta manera, las poblaciones que reportan mayor capacidad para cubrir sus necesidades básicas (casi siempre), y por encima del valor regional del 47%, son las personas bisexuales (51%), las MSM (52%), los HSH (57%) y las personas no binarias (60%). Por otro lado, debajo del promedio regional y las que muestran mayor capacidad para alcanzar los recursos para cubrir siempre o casi siempre sus necesidades básicas, son los hombres de la población general (45%), las mujeres de la población general (39%), las personas Trans (38%) y “otros” (29%).

Gráfico 27: Necesidades básicas satisfechas, por tipo de población (N=4204)

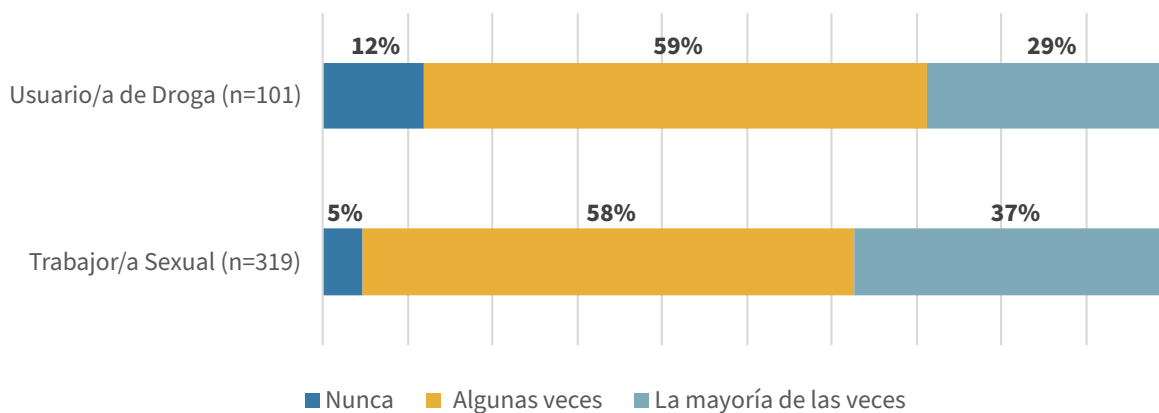


Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

En relación a las personas que intercambian sexo por dinero y los que usan drogas, en esta última se presenta un elevado porcentaje de personas que no pueden cubrir sus necesidades básicas (12%, siendo el promedio regional del 4%). Es más, solo el 29% reporta que sí lo hacen casi siempre (promedio regional del 47%).

Por su parte, el porcentaje que corresponde a las personas que intercambian sexo por dinero manifiesta que no pueden cubrir nunca sus necesidades es del 5% (equiparable al porcentaje regional) y las que declaran que casi siempre pueden cubrir estas necesidades asciende al 37%.

Gráfica 28: Necesidades básicas satisfechas por tipo de prácticas (N=420)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

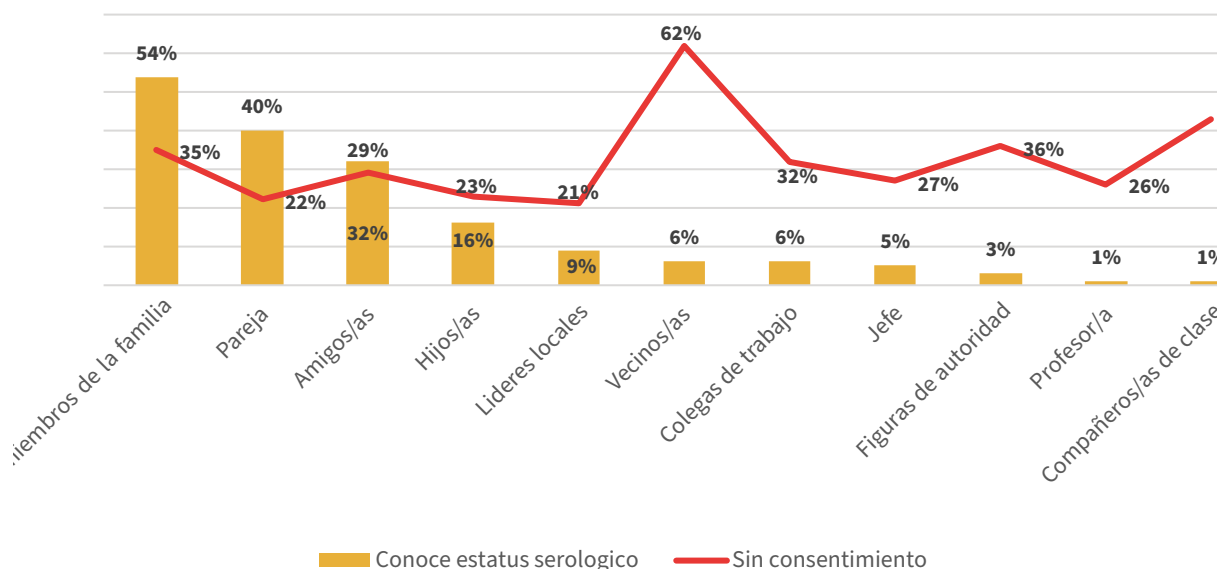
DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO

En esta sección, se explora la visibilidad y la revelación serológica a otras personas del entorno de las personas que viven con VIH (PVV) como familia, trabajo, estudio, comunidad, etc. También, se describe si el conocimiento de estado serológico de las PVV fue con o sin consentimiento de las personas y cuál fue la reacción de los mismos.

Así pues, en el siguiente gráfico se observa que, en general, las PVV tienden a comunicar su estado serológico a su círculo más cercano. Más de la mitad (54%) reportó que otros miembros de su familia (diferentes de la pareja e hijos/as) conocen su estado serológico; no obstante, en el 35% de los casos, esta información se dio sin el consentimiento de la PVV. En relación a la pareja, el 40% conoce el estado serológico, de los cuales el 22% se enteraron sin el consentimiento de la PVV. Por su parte, en cuanto a las amistades, se encuentra que el 29% conoce el estado serológico, pero de ese porcentaje, el 32% fue sin el consentimiento de la persona.

A partir de aquí, se presenta una disminución en el conocimiento del estado serológico, pero aumenta considerablemente la falta de consentimiento; es decir, los hijos/as, vecinos, colegas de trabajo, jefes/as, entre otros conocen en menor medida el estado serológico de las PVV. No obstante, y aun así, la mayoría se ha enterado sin el consentimiento de la persona afectada.

Gráfico 29. Divulgación del estado serológico y consentimiento (N=4204)



Ahora bien, en la tabla 5 se describe la experiencia de las PVV en relación a la divulgación de su estado serológico y las consecuencias.

En términos generales, la mayoría encontró que revelar su estado serológico a su círculo cercano fue una experiencia positiva (53,5%); mientras que la experiencia positiva de esta revelación a personas no cercanas se reduce considerablemente. En este caso, se encontró que el 20,9% están de acuerdo o poco de acuerdo con esta situación.

Al explorar las consecuencias a partir de la revelación de la serología, el 62,7% reportó que han recibido apoyo por parte de sus allegados y, en menor medida, de personas que no conocen bien, cuyo apoyo se redujo al 20,9%. Sin embargo, esta experiencia, en general positiva de comunicar el estado serológico a su entorno, no se ve reflejado en una conducta que corresponda a visibilizar el estado serológico. En este

sentido, el 33,6% afirma que le ha sido más fácil con el paso del tiempo, un 26% aún se encuentra dubitativa y un 33,2% afirma que la revelación de su estado serológico no les resulta más fácil a pesar del tiempo.

Tabla 5. Experiencia sobre divulgación del estado serológico, total (N=4024)

	Comunicar el estatus de VIH ha sido una experiencia positiva		Recibió apoyo luego de revelar estado serológico		Comunicar el estado serológico se ha vuelto más fácil con el tiempo
	Círculo cercano	Personas no cercanas	De sus allegados	De personas que no conoce bien	
De acuerdo	53,5	20,9	62,7	20,9	33,6
Un poco de acuerdo	24,0	15,6	17,6	15,6	26,0
En desacuerdo	16,3	31,8	11,3	31,8	33,2
N/A	6,2	31,8	8,4	31,8	7,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ESTIGMA EXTERNO

Para efectos de este informe, se entenderá como “estigma externo” aquellas situaciones que impliquen actos de señalamiento, exclusión, preferencia y/o violencias perpetradas por terceras personas y diferentes ámbitos (familia, comunidad, trabajo, educación, etc.) basados en el estado serológico de las personas.

Así pues, se han explorado 11 situaciones de estigma y discriminación debido al VIH a manos de terceras personas³. Las más prevalentes a nivel regional son las situaciones donde las personas han sido excluidas de actividades familiares y han recibido comentarios discriminatorios por miembros de la familia (29%) seguido de los comentarios discriminatorios por personas diferentes de la familia (27%).

En relación a la discriminación en el ámbito laboral, el 10% comentó que han perdido el trabajo o se les ha negado alguno por motivos del VIH en alguna ocasión. Del total de las 418 PVV que reportaron esta situación en algún momento de sus vidas, el 29% tomó lugar en los últimos 12 meses y el 56% antes. En menor medida, el 3% (n=129) ha reportado que las funciones o la naturaleza de sus trabajos fueron cambiados, de los cuales el 42% han afirmado que esto sucedió en los últimos 12 meses.

Entre las situaciones de mayor violencia, se destaca que el 17% de las PVV alguna vez fueron objeto de “acoso verbal” (35% en el último año) y que conductas violentas como el “daño físico” se haya reportado en el 7% del total de la muestra (34% en el último año), al igual que el “chantaje” (35% en el último año).

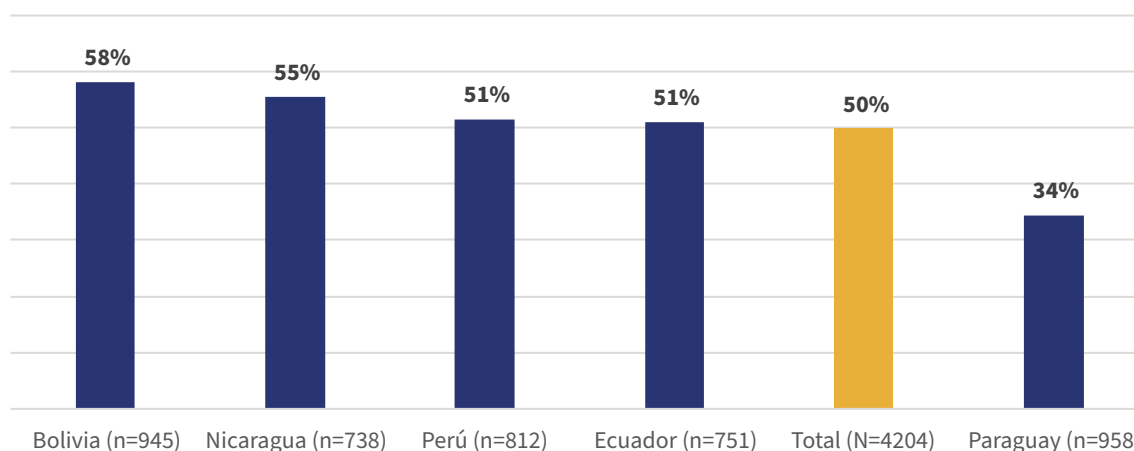
3 Se ha calculado “alguna vez” tomando todas las respuestas afirmativas a las preguntas de esta sección, independiente de que esto haya sucedido en los últimos 12 meses, antes de los últimos 12 meses o en ambos.

Tabla 6: Porcentaje de situaciones estigma externo.

Situación	Alguna vez	¿Cuándo sucedió esto?		
		En el último año	Antes del último año	Ambos
Exclusión de actividades familiares (n=1.409).	29%	29%	52%	19%
Comentarios discriminatorios por miembros de la familia (n=1.143).	29%	35%	48%	17%
Comentarios discriminatorios por otras personas diferentes de la familia (n=1.206).	27%	31%	51%	18%
Acoso verbal (n=717).	17%	35%	48%	17%
Te han negado o perdida de trabajo (n=418).	10%	29%	56%	15%
Chantaje (n=322).	8%	35%	53%	12%
Exclusión de actividades sociales (n=330).	8%	30%	54%	16%
Daño físico (n=274).	7%	34%	47%	19%
Tu pareja o hijos/as han sido discriminado por que tienes VIH (n=344).	8%	34%	53%	13%
Te han cambiado las funciones o naturaleza de tu trabajo (n=129).	3%	42%	40%	18%
Exclusión de actividades religiosas (n=93).	2%	39%	50%	11%

Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

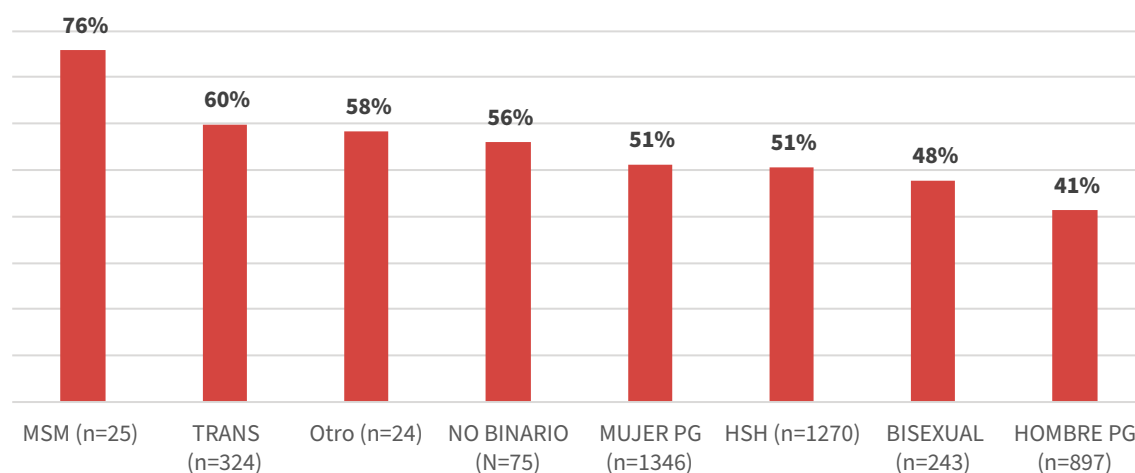
Del total de las 11 situaciones de estigma externo propuestas en el estudio, la mitad de la muestra (50%) ha experimentado al menos una situación de este tipo de estigma a lo largo de su vida. Los países con mayor proporción son Bolivia (58%) y Nicaragua (55%) y el de menor porcentaje es Paraguay (34%). Los demás países (Perú y Ecuador con 51%) se sitúan próximo al valor regional del 50%.

Gráfica 30: Estigma externo por VIH alguna vez, total y por país (N=4204)

Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional

De acuerdo al tipo de población, las MSM (76%), personas trans (60%), otros (58%) y personas no binarias (56%) muestran los niveles más elevados de estigma externo. Las mujeres de la población general y los HSH (51%) están dentro del promedio regional. Por su parte, las poblaciones con menor proporción para este tipo de estigma son los bisexuales (48%) y los hombres de la población general (41%).

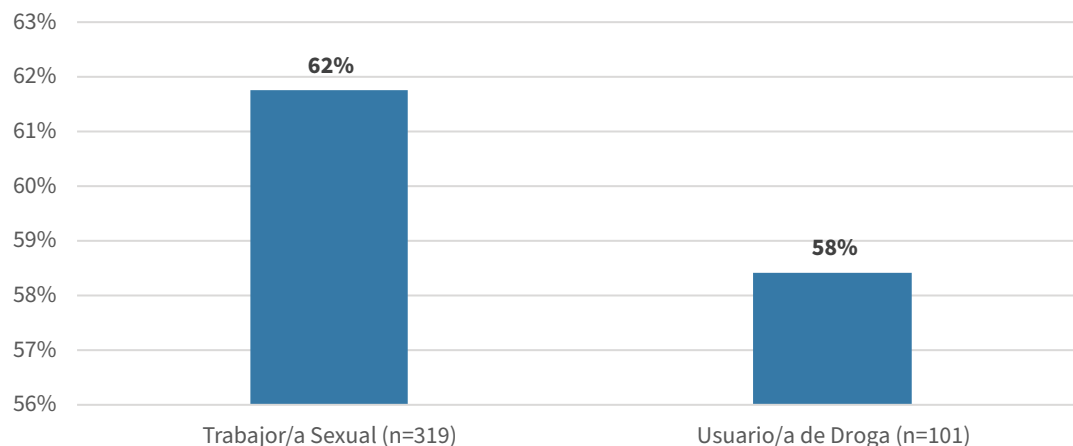
Gráfica 31: Estigma externo por VIH alguna vez, por tipo de población (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Por otro lado, para las personas trabajadoras sexuales, el nivel de estigma externo es del 62% (sólo superado por las MSM) y la de las personas usuarias de drogas es del 58%

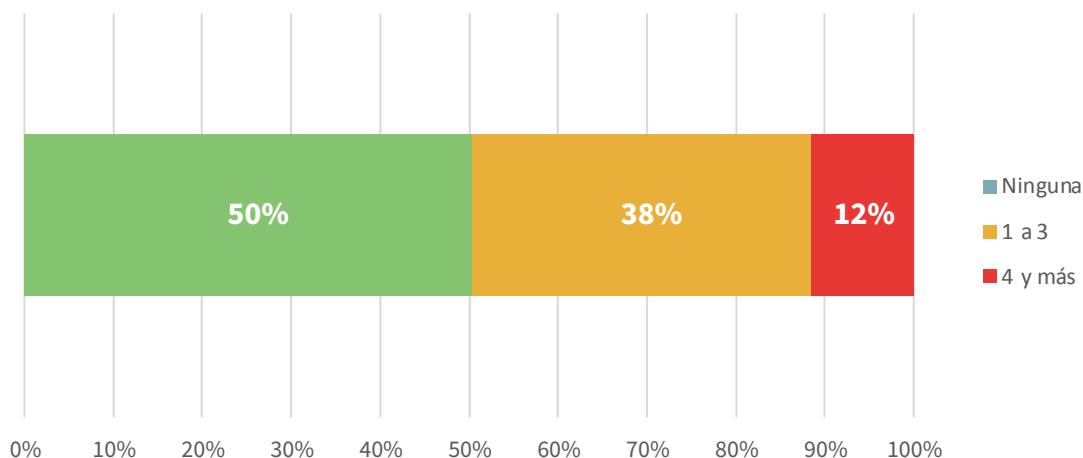
Gráfica 32: Estigma externo por VIH alguna vez según tipo de práctica (n=420)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional

Intensidad del estigma externo: La intensidad del estigma se mide en este estudio indentificando la cantidad de situaciones de estigma acumulado por cada persona con VIH encuestada. Así pues, de las 10 situaciones de estigma externo que plantea el cuestionario 2.0, se calculan las PVV que han experimentado solo 1 hasta las que han experimentado las 11 situaciones en alguna ocasión. Esto permite conocer como las PVV pueden experimentar diferentes situaciones de estigma y discriminación de forma simultánea o sistemática a lo largo del tiempo, acumulando una carga importante de estigma y discriminación a manos de terceras personas.

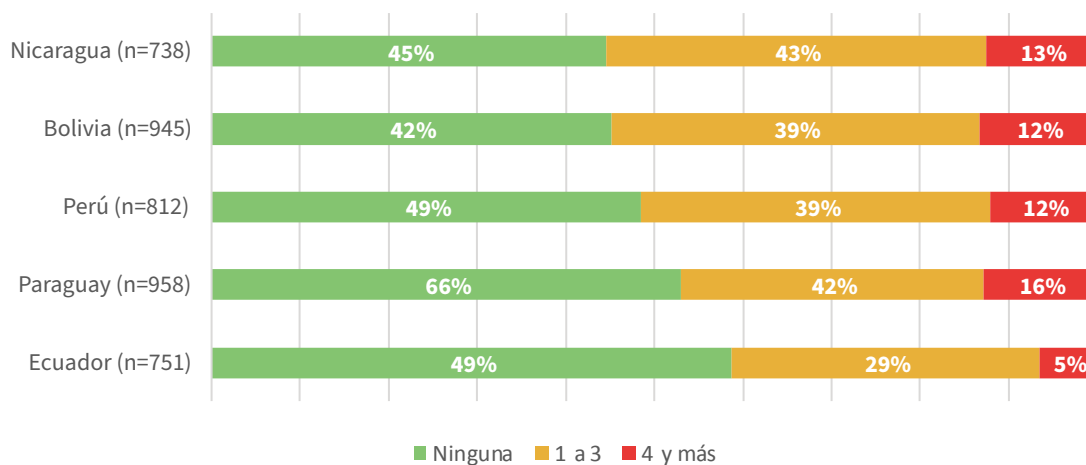
Gráfica 33: Intensidad del estigma y la discriminación externa, total de la muestra (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Al medir la intensidad del estigma externo según los países, Nicaragua y Paraguay son los países donde se observa mayor carga de estigma para las personas con VIH. En Nicaragua, el 43% de sus PVV ha experimentado entre 1 a 3 situaciones alguna vez y el 13% acumula 4 o más situaciones de estigma. En Paraguay, por su parte, el 42% de las PVV reportan entre 1 a 3 situaciones y el 16% de 4 y más.

Gráfico 34. Intensidad de estigma y discriminación externo por país (N=4204)

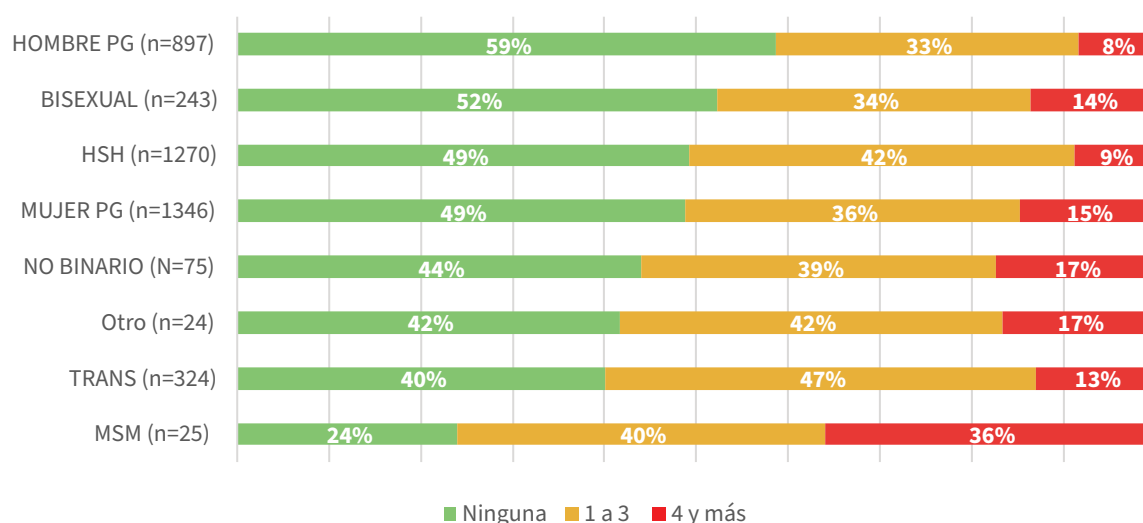


Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional

Al aplicar este mismo análisis al tipo de población, se identifica a las MSM y personas trans como las poblaciones en donde mayormente se acumulan las situaciones de estigma y discriminación externa por VIH (el 36% y 13% respectivamente acumulan 4 y mas situaciones de estigma externo). Otra población con una elevada frecuencia de situaciones de estigma externa son las “otras” y las personas no binarias (ambas con 17%) y los bisexuales (14%).

Por otra parte, las poblaciones con menor carga de estigma externa por VIH son los hombres cis de la población general (8%) y los HSH (9%). Las mujeres cis de la población general está dentro de un termino medio entre las poblaciones, con un valor de 15% de mujeres que han experimentado 4 y más situaciones de estigma externo por VIH en alguna ocasión.

Gráfico 35: Intensidad de estigma y discriminación externa por tipo de población (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional

Desagregación por factores seleccionados: Al desarticular la variable “estigma externo” por factores seleccionados, se observa que la proporción de PVV que han experimentado al menos una situación de estigma externo aumenta en la mayoría de los factores seleccionados.

Otros grupos sociales: El 66% de las PVV, que además presentan algún tipo de discapacidad, es el grupo social con mayor proporción de estigma externo por VIH, seguido por las “minorías étnicas” (62%) y los pueblos originarios (59%).

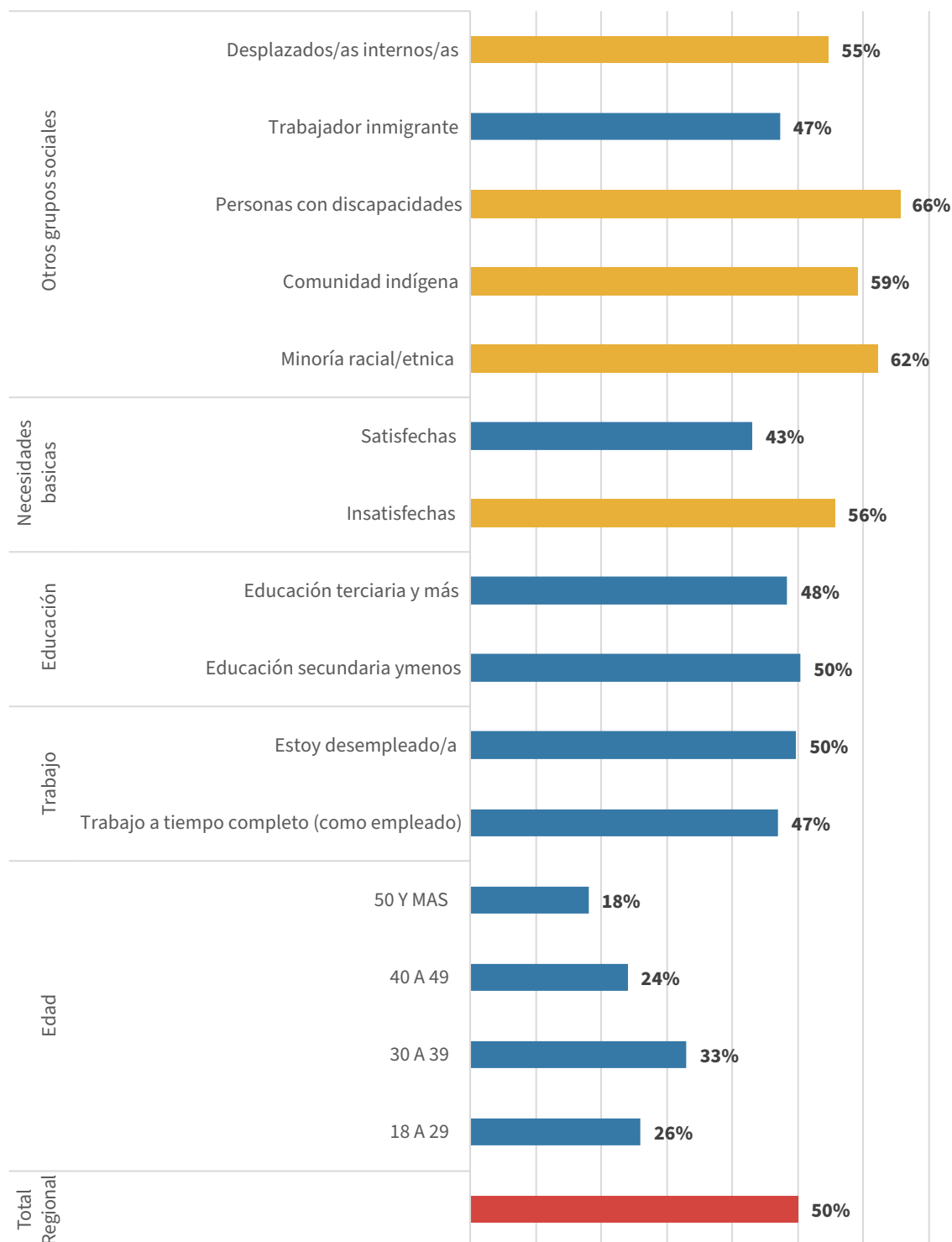
Necesidades básicas: Las PVV con necesidades básicas insatisfechas acumulan mayor proporción de estigma externo (56%), 13 puntos porcentuales más que aquellas que cubren sus necesidades básicas siempre.

Educación: No se observa diferencias significativas entre el nivel de educación, solo 2 puntos porcentuales entre los que accedieron al nivel secundario y los que han logrado educación superior.

Trabajo: Se observa mayor proporción de estigma externo en PVV que están en desempleo (50%), en comparación con las que sí tienen un empleo formal de tiempo completo (47%).

Edad: Este tipo de estigma se distribuye con mayor frecuencia (33%) en el rango de 30 a 39 años, seguido del rango de 18 a 29 años con un 26%. A partir de los 40 años, va disminuyendo hasta el 18% en las PVV de 50 años y más.

Gráfico 36: Estigma externo debido al VIH por factores seleccionados (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional

ESTIGMA INTERNO

Como estigma interno, se entiende el conjunto de ideas y creencias generalmente desvalorizantes (valgo menos, me siento sucio, etc.) que van acompañados de emociones negativas (miedo, culpa, vergüenza, etc.) relacionados con el hecho tener VIH. De esta manera, el cuestionario ha encontrado 6 situaciones de estigma internalizado y se ha considerado que al menos 2 situaciones de estigma interno se hayan reportado para considerar que la PVV ha experimentado estigma interno el momento de la entrevista.⁴

De las 6 situaciones de estigma interno analizadas, las más prevalentes a nivel regional han sido la dificultad que aún persiste en revelar el estado serológico a otras personas, donde el 85% de las PVV ha manifestado experimentar esta situación. Posteriormente, se da el hecho que aún las PVV tienden a “esconder” su estado serológico a los demás (81%).

Así pues, emociones como la culpa y la vergüenza por el hecho de tener VIH siguen siendo elevados, con un 42% para el primero y un 39% para el segundo.

Tabla 7: Situaciones de estigma interno (N=4024)

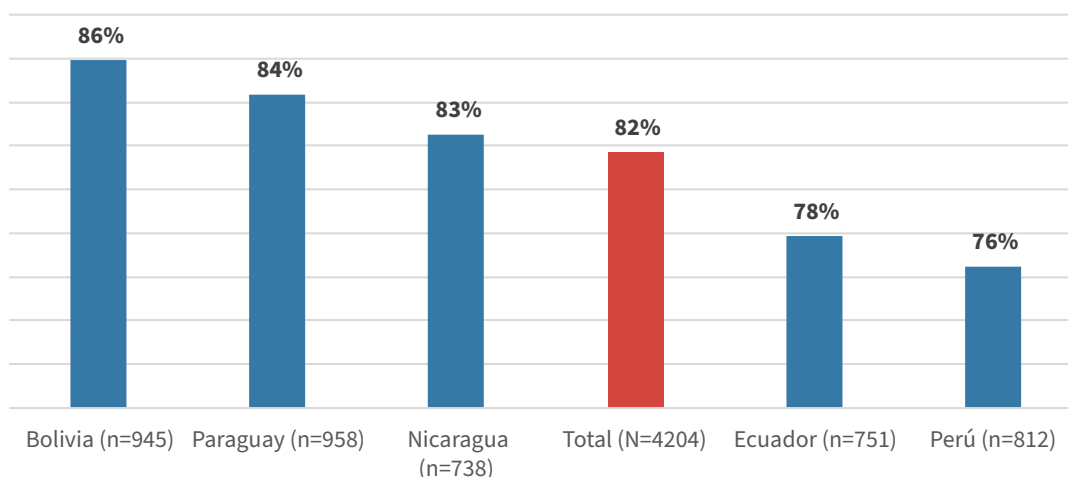
Situaciones de estigma interno

1. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a: 85%
2. Les escondo a los demás que tengo VIH: 81%
3. Me siento culpable por tener VIH: 42%
4. Me da vergüenza tener VIH: 39%
5. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH: 35%
6. Tener VIH me hace sentir sucio/a: 22%

Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Ahora bien, al analizar por países, y tomando siempre como referencia el valor regional (82% de prevalencia de estigma interno), los lugares donde las personas con VIH manifiestan mayor concentración de este tipo de estigma son Bolivia (86%), Paraguay (84%) y Nicaragua (83%). Por otro lado, Ecuador con un 78% y Perú con 76% serían los países con menor prevalencia de estigma interno en la región.

Gráfico 37: Estigma interno debido al VIH, por país y total (N=4204)

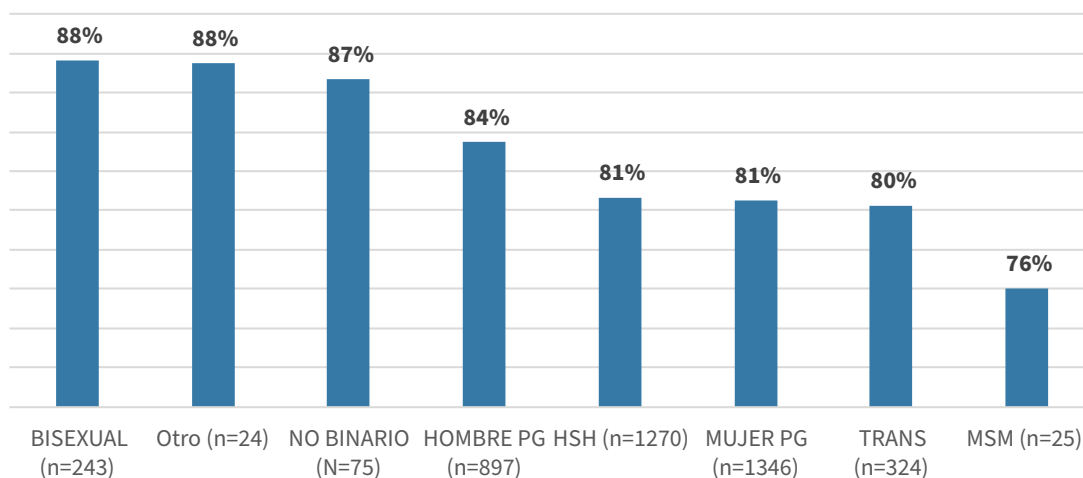


Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

4 Es importante reconocer que por la forma de redacción de las preguntas la respuesta de las personas encuestadas se sitúa en el momento presente, es decir, que todas PVV que reportaron que “estaban de acuerdo” con cada una de las situaciones de estigma interno planteadas, las están experimentando de forma actual. La manera de explorar el estigma interno es diferente a las demás experiencias de estigma que explora el cuestionario 2.0 (estigma externo, autoexclusión, estigma en servicios de salud, etc.) donde el cuestionario presenta preguntas sobre la temporalidad de estas experiencias: “en el último año” o “antes del último año”, etc. (Nota del autor).

De acuerdo al tipo de población, las poblaciones con mayor prevalencia de estigma interno son las bisexuales (88%), “otros” (88%) y las personas no binarias (87%). El resto de las poblaciones mantienen una proporción igual o por encima del 80%: Hombres de la población general (84%), HSH y mujeres de la población general (81%), las personas Trans (80%). Finalmente, la población de menor prevalencia son las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) con un 76%.

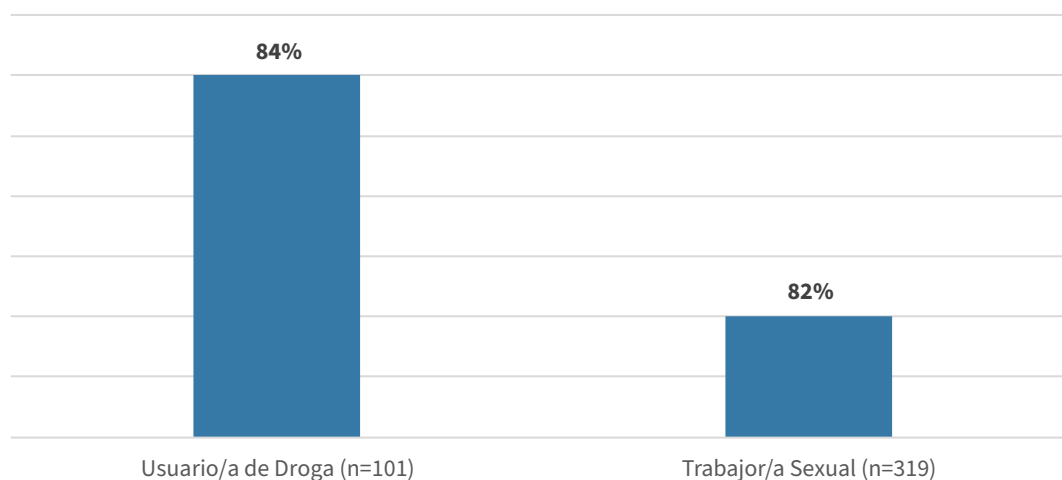
Gráfico 38: Estigma interno por VIH, por tipo de población (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

En relación a las personas que usan drogas, la proporción de estigma interno por VIH es del 84% y de las personas trabajadoras sexuales del 82%.

Gráfico 39: Estigma interno según tipo de práctica (N=420)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Desagregación por factores seleccionados: Al desarticular la variable “estigma interno” por factores seleccionados, se observa que la proporción de PVV que han experimentado al menos dos situaciones de este tipo de estigma varían entre el 75% hasta el 86% según el tipo de factor (promedio regional del 82%).

Otros grupos sociales: El 27% de las PVV que además reportaron se identifican con alguna “comunidad indígena” son las que mayor prevalencia de estigma interno presentan (86%), seguido de cerca de las PVV en situación de desplazamiento interno (85%) y por las que se identifican con alguna “minoría étnica o religiosa” (84%).

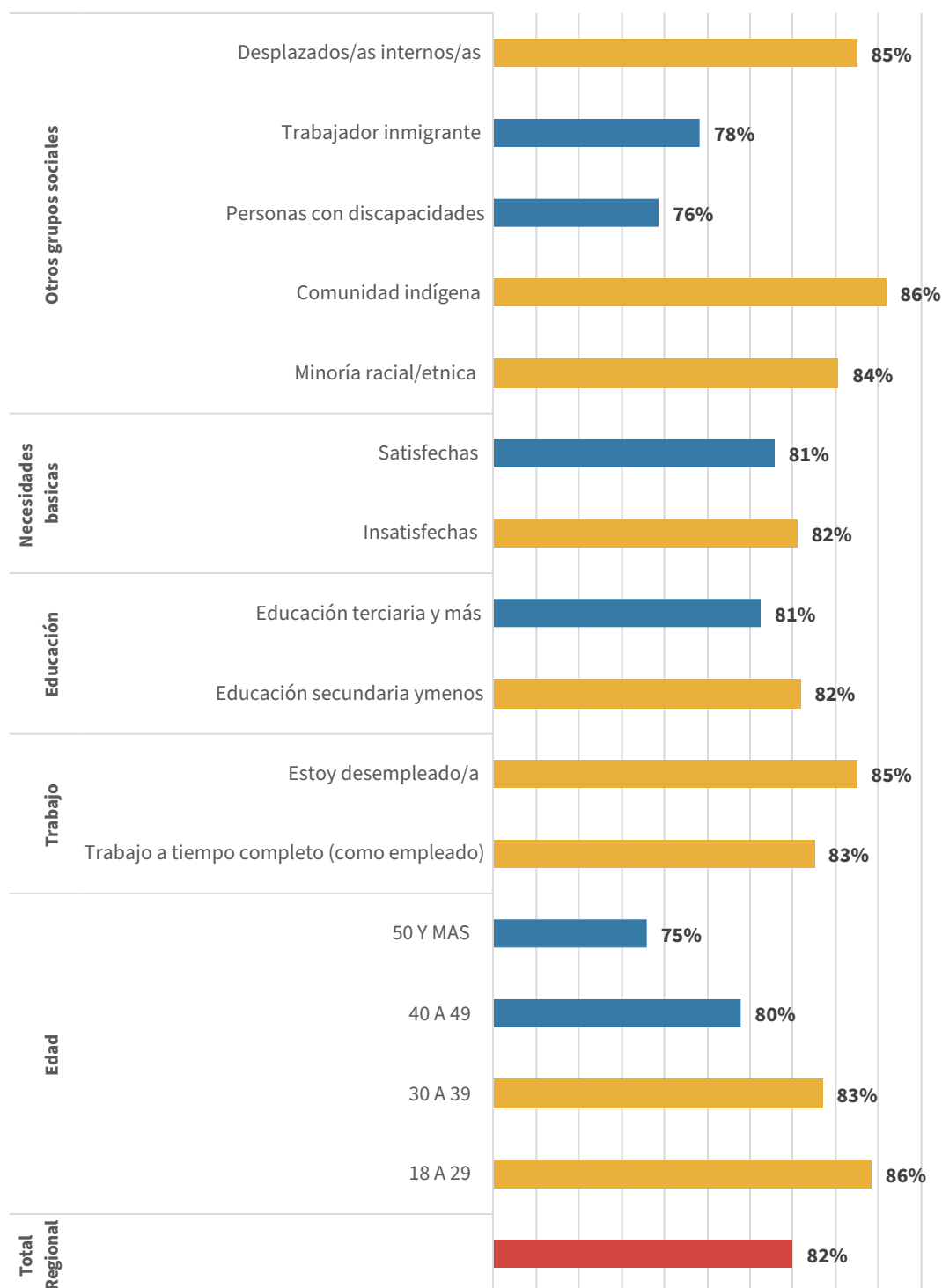
Necesidades básicas: No se identifica una diferencia entre las PVV que están con y sin necesidades básicas satisfechas. Entre ambas solo hay un punto porcentual de diferencia.

Educación: Se observa una leve diferencia entre el nivel de educación. Las PVV con menor nivel educativo muestran mayor porcentaje de estigma interno (82%) en comparación con las que tienen un nivel educativo superior (80%).

Trabajo: Se identifica una leve diferencia entre las PVV que tienen un trabajo formal actual y las que están en estado de desempleo. Para las personas con trabajo formal de tiempo completo la proporción es del 83% y para las personas desempleadas es del 85%.

Edad: Este tipo de estigma se distribuye de forma gradual de acuerdo al grupo de edad, donde va disminuyendo a medida que la edad avanza; es decir, la mayor prevalencia de estigma interno se da en los grupos etarios más jóvenes (86% en jóvenes de 18 a 29 años) y va disminuyendo hasta un 75% en personas de 50 y más años.

Gráfico 40: Estigma interno según factores seleccionados (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional

CONDUCTAS DE AUTOEXCLUSIÓN (ESTIGMA ANTICIPADO)

Para efectos de este informe, se entenderá como “conductas de autoexclusión” a las conductas de evitación (actividades que han dejado de realizar) y/o planes de futuro que han sido cancelados posterior al diagnóstico por VIH y debido al estigma anticipado principalmente.

Para el análisis de esta variable, se han considerado que las PVV hayan experimentado al menos 1 situación de las 6 descritas en el cuestionario 2.0. De las 6 situaciones exploradas, la más prevalente fue el hecho de haberse alejado de amistades y familiares (21%), seguido de haber decidido no tener sexo (19%) y, en menor medida, el hecho de haber “evitado asistir a servicios de salud cuando lo necesitaba” (14%).

Tabla 8: Situaciones de conductas de autoexclusión (N=4024)

Situaciones de conductas de autoexclusión

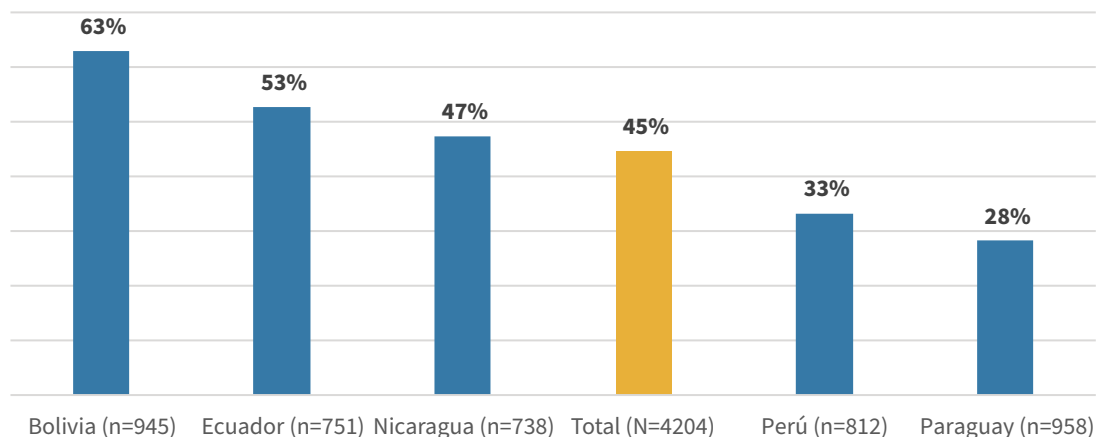
1. Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares: **21%**
2. He decidido no tener sexo: **19%**
3. He evitado ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo: **14%**
4. He decidido no buscar apoyo social: **13%**
5. He decidido no postularme a algún(os) trabajo(s): **13%**
6. He decidido no ir a reuniones sociales: **13%**

44

Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Desarticulado por países, y tomando como referencia el 45% de PVV a nivel regional que ha experimentado al menos 1 de las 6 situaciones de autoexclusión descrita, se identifican tres países por encima del valor regional: Bolivia con un 63%, Ecuador con 53% y Nicaragua con 47%. Por debajo de este valor, los países con menor proporción de estas situaciones son Perú (33%) y Paraguay (28%)

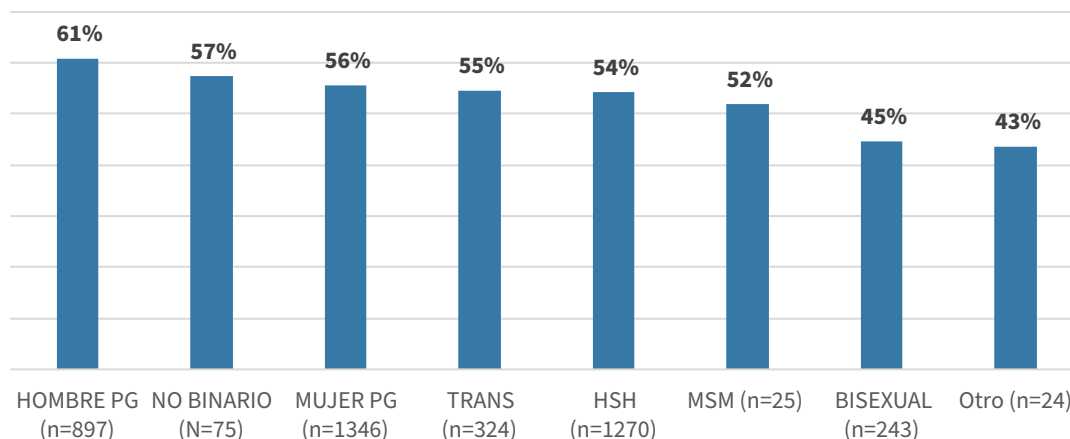
Gráfico 41: Conductas de autoexclusión debido al VIH, por país y total (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

En relación al tipo de población, siguiendo con el 45% de referencia a nivel regional para este tipo de situación, se observa que casi todas las poblaciones están por encima de este valor de referencia. Las poblaciones con mayor proporción de conductas de autoexclusión debido al estigma anticipado son los hombres de la población general (61%), las personas no binarias (57%) y las mujeres de la población general (56%), seguida muy de cerca por las personas Trans (55%), los HSH (54%) y las MSM (52%). Finalmente, la población con menor presencia de este tipo situaciones es la bisexual con un 45%.

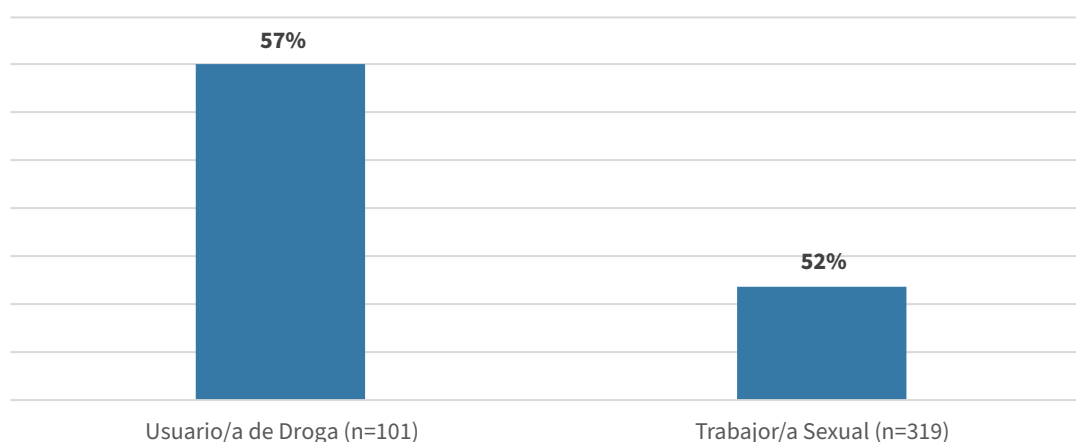
Gráfico 42: Conductas de autoexclusión debido al VIH, por tipo de población (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

En las personas que usan drogas la proporción es del 57% y en las personas que intercambian sexo por dinero un 52%. Ambas son similares al resto de tipos de población descrito arriba.

Gráfico 43: Conductas de autoexclusión debido al VIH por tipo de prácticas (n=420)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Desagregación por factores seleccionados: Al desarticular la variable “conductas de autoexclusión” por factores seleccionados, se observa que la proporción de PVV que ha experimentado al menos 1 situación de “autoexclusión” es elevada en la mayoría de los factores seleccionados.

Otros grupos sociales: El 63% de las PVV que además presentan algún tipo de discapacidad es el grupo social con mayor proporción de autoexclusión por VIH, seguido por los “desplazados/as internos/as” (60%) y las “comunidades indígenas y minorías étnicas/religiosas”, ambas con un 59%.

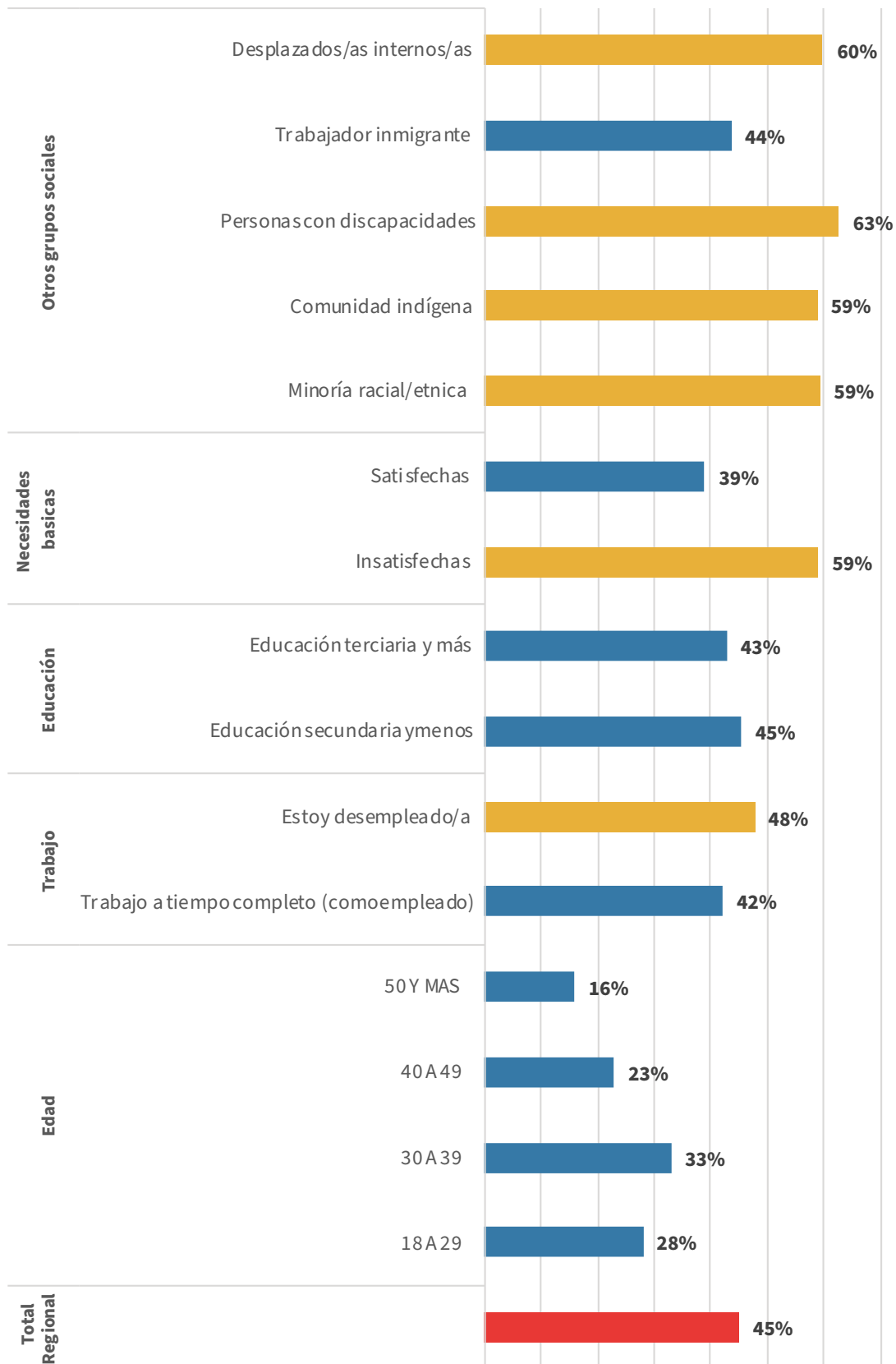
Necesidades básicas: Las personas con VIH (PVV) con necesidades básicas insatisfechas acumulan mayor proporción de conductas de autoexclusión (50%) en comparación con el 39% de las PVV que sí pueden cubrir sus necesidades básicas siempre.

Educación: No se observan diferencias significativas entre el nivel de educación, solo 2 puntos porcentuales entre las que accedieron al nivel secundario y los que han logrado educación superior.

Trabajo: Se observa mayor proporción de conductas de autoexclusión en PVV que están en desempleo (58%) en comparación con las que sí tienen un empleo formal de tiempo completo (42%).

Edad: Este tipo de estigma se distribuye de forma similar en las edades a partir de los 30 años, con proporciones entre 42 y 44%. El rango etario con una mayor proporción de conductas de autoexclusión es la de 18 a 29 años, donde el 50% de las PVV en este rango de edad reportaron alguna conducta de autoexclusión.

Gráfica 44: Conductas de autoexclusión debido al VIH, por factores seleccionados (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEx 2.0 Regional.



VULNERACIÓN DE DDHH

La vulneración de alguno de los Derechos Humanos (DDHH) se ha medido mediante dos bloques de preguntas: 1) Situaciones donde se ha solicitado la prueba del VIH para acceder a un beneficio y 2) situaciones donde se ha divulgado el estado sin el consentimiento o se ha negado algún derecho.

De las situaciones más prevalentes, el 7% de las PVV encuestadas refieren que en algún momento se le ha solicitado la prueba del VIH para acceder a un servicio médico y al 5% le han solicitado dicha prueba para acceder a un trabajo o plan de pensión. Por otro lado, el 5,5% reportó que han sido obligadas a tener contacto sexual y el 3% fueron obligados a revelar su estado serológico.

A. Situaciones donde se ha solicitado la prueba del VIH para acceder a un beneficio:

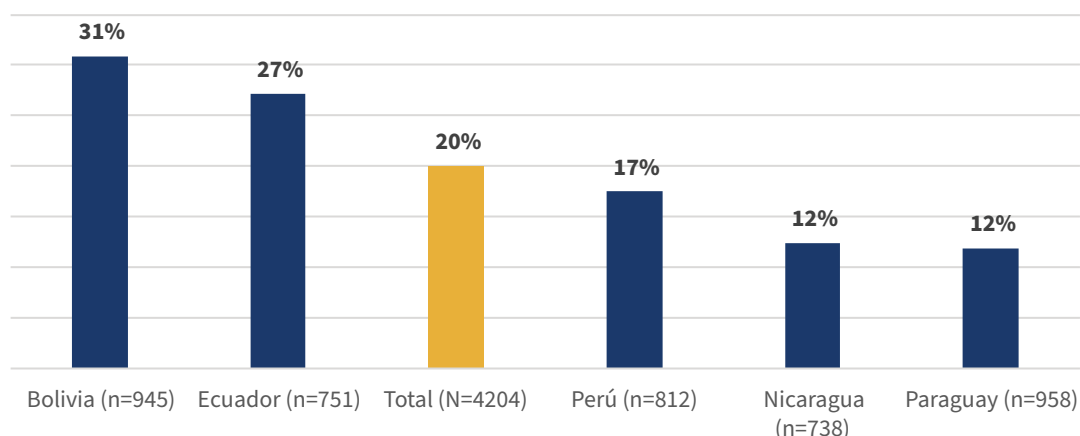
1. Recibir servicios de atención médica: **7%**
8. Postulación a un trabajo o conseguir un plan de pensión: **5%**
9. Obtener un seguro médico: **3%**
10. Acceso a una institución educativa u obtener una beca: **2%**
11. Obtención de una visa o solicitar residencia/ciudadanía en un país: **1%**

A. Situaciones donde se ha divulgado el estado sin el consentimiento o se ha negado algún derecho:

1. Me obligaron a tener sexo cuando no quería: **5,5%**
2. Me obligaron a revelar mi estado serológico públicamente o fue revelado públicamente sin mi consentimiento: **3%**
3. Mi(s) pareja(s) me impidió/impidieron acudir a servicios sanitarios (públicos, privados o comunitarios): **2%**
4. Me negaron acceso a un refugio de violencia doméstica: **1%**
5. Me arrestaron o llevaron a juicio por un cargo relacionado con mi estado serológico: **1%**
6. Me detuvieron o pusieron en cuarentena por mi estado serológico: **0,8%**
7. Me negaron la residencia o el permiso para quedarme en otro país debido a mi estado serológico: **0,7%**
8. Me negaron una visa o permiso para entrar en otro país debido a mi estado serológico: **0,5%**

Del total de las personas con VIH encuestadas, el 20% ha experimentado alguna vulneración de DDHH alguna vez debido al estado serológico y fueron coaccionados a realizarse la prueba del VIH para obtener algún beneficio. Con relación a los países, los lugares con mayor proporción son Bolivia (31%) y Ecuador (27%); mientras los que muestran menor prevalencia son Perú (17%), Nicaragua y Paraguay (12%).

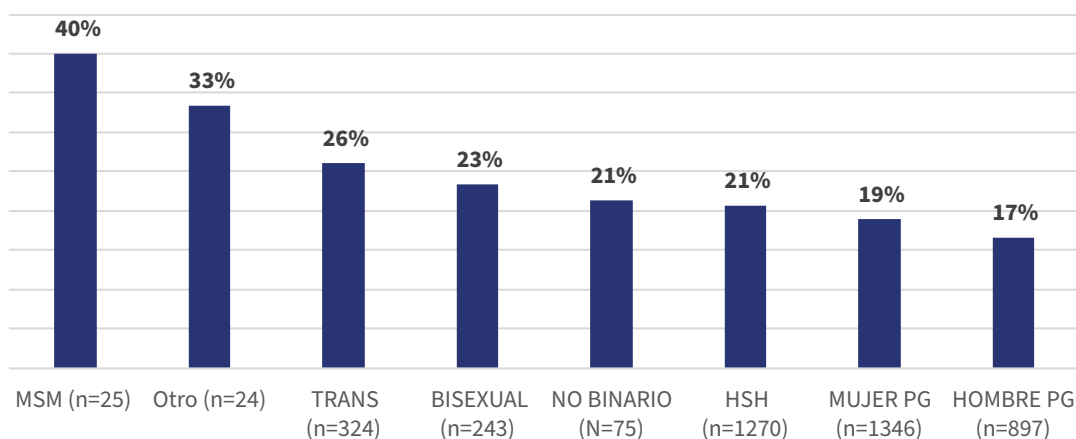
Gráfico 45: Vulneración de algún DDHH alguna vez debido al VIH, por país y total (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

En cuanto a la vulneración de DDHH según tipo de población, las que mayormente han reportado alguna de estas situaciones son las MSM (40%), “otros” (33%) y las personas Trans (23%). Las poblaciones que están cercanas al valor regional (20%) son las personas bisexuales (23%), las personas no binarias y HSH (21% cada uno) y las mujeres de la población general (19%). Los hombres de la población general son los que menos han reportado situaciones de vulneración de DDHH (17%).

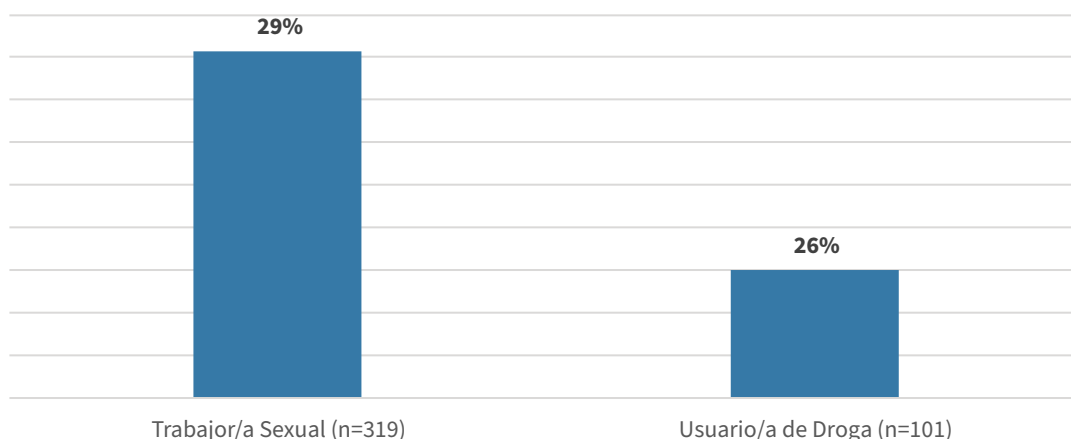
Gráfico 46: Vulneración de algún DDHH alguna vez debido al VIH, por tipo de población (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Ahora bien, tanto las personas que intercambian sexo por dinero y las personas que usan drogas, ambas se sitúan por encima del valor regional del 20%. Las primeras con un 29% y los/as segundos/as con un 26%.

Gráfica 47: Vulneración de algún DDHH alguna vez debido al VIH, por tipo de práctica (N=420)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.



Desagregación por factores seleccionados: Al desagregar la variable “vulneración de DDHH” por factores seleccionados, se observa que la proporción de PVV que han experimentado al menos una situación de vulneración es similar al promedio regional.

Otros grupos sociales: El 34% de las PVV que además presentan algún tipo de discapacidad es el grupo social con mayor proporción de situaciones de vulneración de algún DDHH, seguido por los “desplazados/as internos/as” (31%).

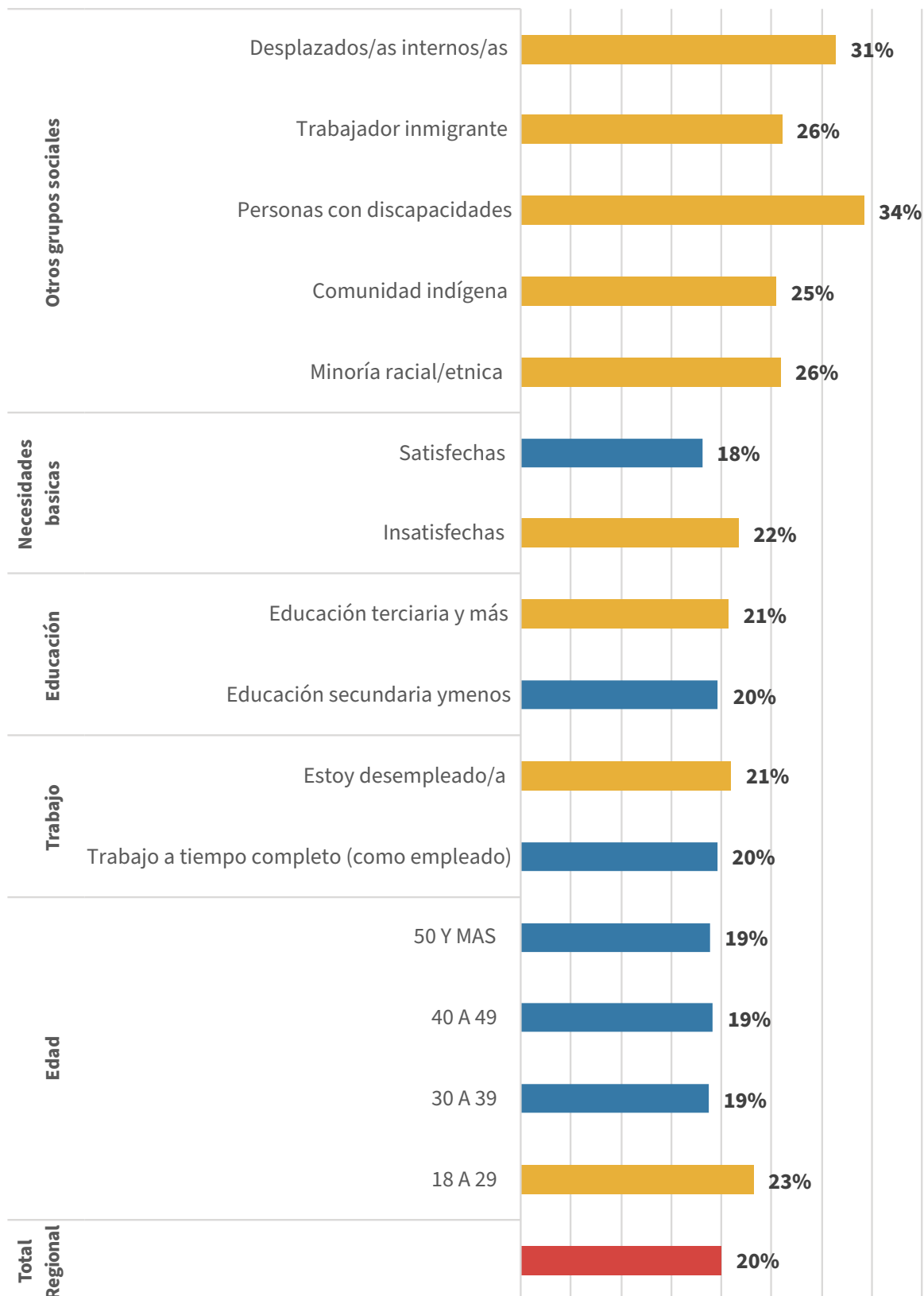
Necesidades básicas: A diferencia de las otras situaciones de estigmas analizadas, en relación a la vulneración de DDHH, no hay una diferencia marcada entre las PVV con necesidades satisfechas y las que no, sólo 2 puntos porcentuales. El 22% de las PVV con necesidades insatisfechas ha experimentado alguna vulneración de sus DDHH; mientras que las que no cumplen esta condición (necesidades satisfechas) corresponden al 18%.

Educación: No se observan diferencias significativas entre el nivel de educación, solo 1 punto porcentual entre las que accedieron al nivel secundario y los que han logrado educación superior (21% y 20% respectivamente).

Trabajo: Al igual que lo observado en educación, no se observa una diferencia entre las personas con trabajos formales y las desempleadas en relación al hecho de experimentar situaciones de vulneración de DDHH. Para las personas con trabajo formal de tiempo completo la proporción es del 20% y para las personas desempleadas es del 21%.

Edad: Este tipo de estigma se distribuye de forma similar en las edades a partir de los 30 años, con proporciones del 19%. El rango etario con una mayor proporción de conductas de autoexclusión es la de 18 a 29 años y los de 18 años y menos, donde el 56% de las PVV en estos rangos de edad reportaron alguna situación donde sus DDHH fueron vulnerados.

Gráfica 48: Vulneración de algún DDHH alguna vez debido al VIH, por factores seleccionados (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEx 2.0 Regional.

DISCRIMINACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

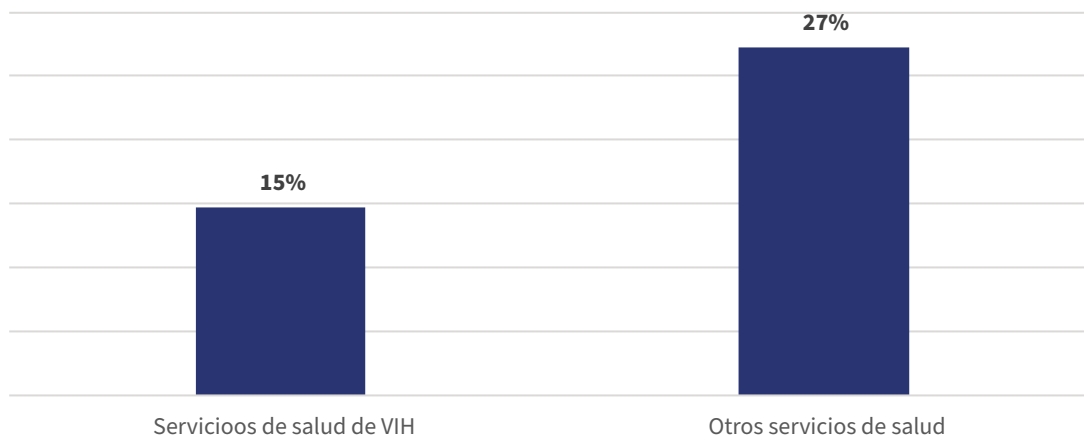
En este apartado, se exploraron una serie de situaciones de estigma y discriminación que las PVV pueden experimentar en el ámbito de la salud, específicamente en los servicios de salud. Se ha indagado, por un lado, situaciones de discriminación en los servicios donde las PVV realizan sus tratamientos. Por otro lado, también se analizaron otros servicios de salud donde las PVV acuden para problemas de salud no relacionados con el VIH,

En este informe, se ha analizado específicamente las situaciones del estigma y la discriminación en los servicios de VIH. Sin embargo, al comparar el nivel de estigma experimentado en servicios de VIH y en otros servicios de salud, se observa una clara diferencia entre ambos escenarios.

El 56% de las PVV de la región ha acudido en el último año previo a la encuesta a otros servicios de salud para el tratamiento de otros problemas de salud diferentes del VIH. Dentro de este porcentaje, el 69% reportaron que no informan de su estado serológico en estos servicios de salud.

A pesar de ello, el nivel de estigma en servicios diferentes de VIH es casi el doble que los experimentados en los servicios de VIH donde las PVV tienen su tratamiento. En los servicios de VIH, el 15% de las PVV ha experimentado al menos una situación de discriminación; de igual forma, en otros servicios de salud, este valor sube hasta el 27%.

Gráfica 49: Estigma y discriminación en servicios de salud, de VIH y otros no relacionados al VIH, total (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Si se analiza cada tipo de situación de discriminación, el 11% de las PVV reportan que algún proveedor del servicio donde se realizan sus tratamientos para el VIH le ha “aconsejado no tener hijos” o “han evitado tocarles o utilizado doble guante”. El 10% reportan que los proveedores de salud “han murmurado” y el 9% que han “revelado su estado serológico a otras personas” sin el consentimiento de la persona con VIH.

En cambio, en los servicios de salud no relacionados con el VIH, todos estos valores se incrementan. El 14% informan que algún proveedor de salud de un servicio no relacionado con el VIH “evitó tocar o ha utilizado doble guante” al momento de la atención, el 11% que han murmurado” y el 10% que han “revelado su estado serológico a otras personas” sin el consentimiento de la PVV.

A. Situaciones de discriminación en servicios de salud relacionados al VIH (N=4024):

1. Me han aconsejado no tener sexo por ser seropositivo/a: **11%**
2. Han evitado tocarme o han tomado precauciones extra (como usar dos pares de guantes) porque soy seropositivo/a: **11%**
3. Han hablado mal de mí o murmurado sobre mi estatus de VIH: **10%**
4. Les han dicho a otras personas que vivo con VIH sin mi consentimiento: **9%**
5. Han abusado verbalmente de por ser seropositivo/a: **6%**
6. Me han negado servicios de salud por ser seropositivo/a: **4%**
7. Han abusado físicamente de mí por ser seropositivo/a: **1,7%**

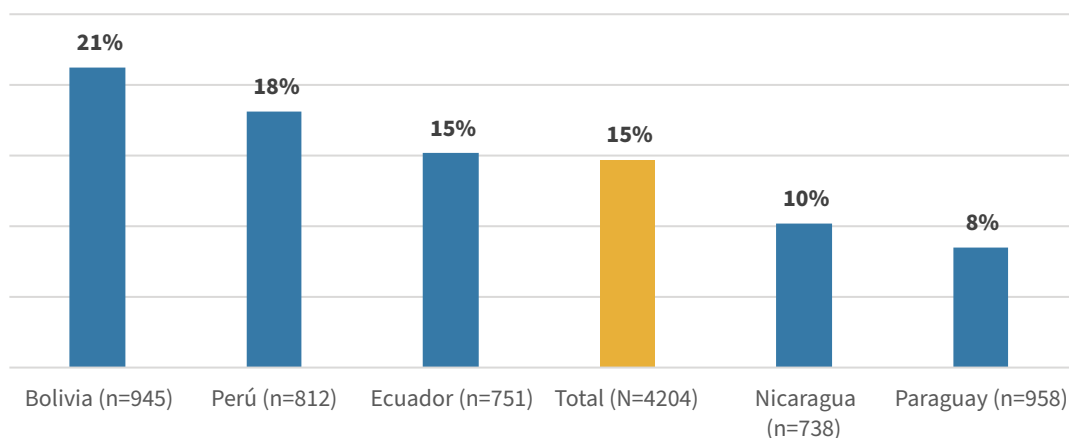
B. Situaciones de discriminación en servicios de salud no relacionados con el VIH (N=4024):

8. 1- Han evitado tocarme o han tomado precauciones extra (como usar dos pares de guantes) porque soy seropositivo/a: **14%**
9. 2- Han hablado mal de mí o murmurado sobre mi estatus de VIH: **11%**
10. 3- Les han dicho a otras personas que vivo con VIH sin mi consentimiento: **11%**
11. 4- Me han aconsejado no tener sexo por ser seropositivo/a: **9%**
12. 5- Han abusado verbalmente por ser seropositivo/a: **5%**
13. 6- Me han negado servicios de salud por ser seropositivo/a: **5%**
14. 7- Han abusado físicamente de mí por ser seropositivo/a: **2%**

Del total de las 7 situaciones de discriminación en los servicios de salud relacionados al VIH propuestas en el estudio, el 15% ha experimentado al menos una de estas situaciones ya descritas anteriormente.

En cuanto a la distribución de países, los lugares con mayor proporción de este tipo de estigma y discriminación son Bolivia (21%) y Perú (18%). Ecuador iguala la media regional con 15% y los países con menor proporción de este tipo de situaciones son Nicaragua (10%) y Paraguay (8%).

Gráfica 50: Estigma y discriminación en el último año en servicios de salud de VIH, por países y total (N=4204)

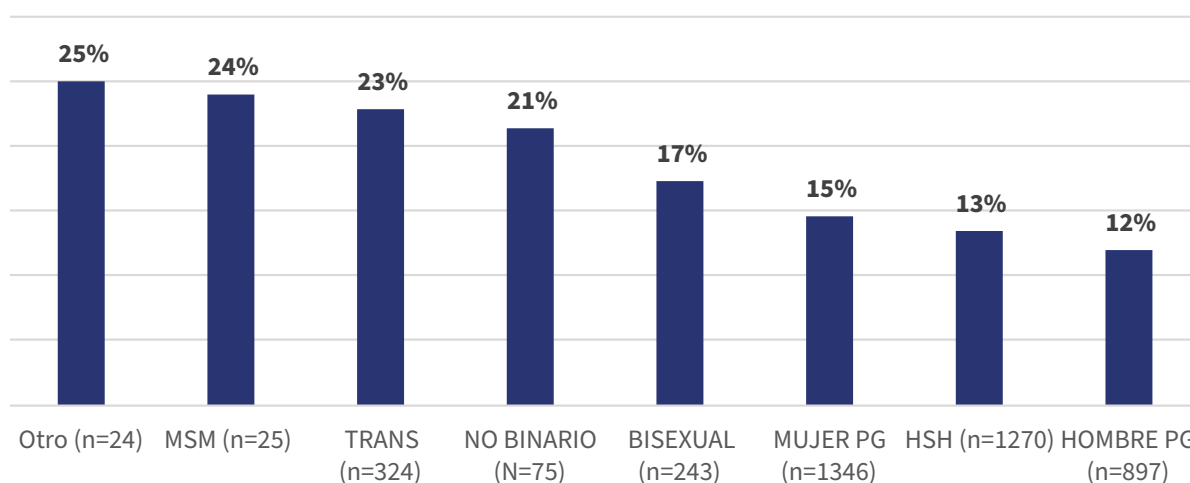


Fuente: Estudio ÍNDEx 2.0 Regional.

En relación a las poblaciones, casi todas presentan valores iguales o superiores al valor regional de referencia, el cual es del 15%. Las poblaciones con mayor proporción de discriminación en servicios de salud de VIH son “otros” (25%), las MSM (24%) las personas Trans (23%) y las personas no binarias (21%). Por otro lado, las que menos discriminación mostraron han sido los HSH (13%) y los hombres de la población general (12%). Las mujeres de la población general obtienen el mismo valor que el regional, es decir, un 15%.



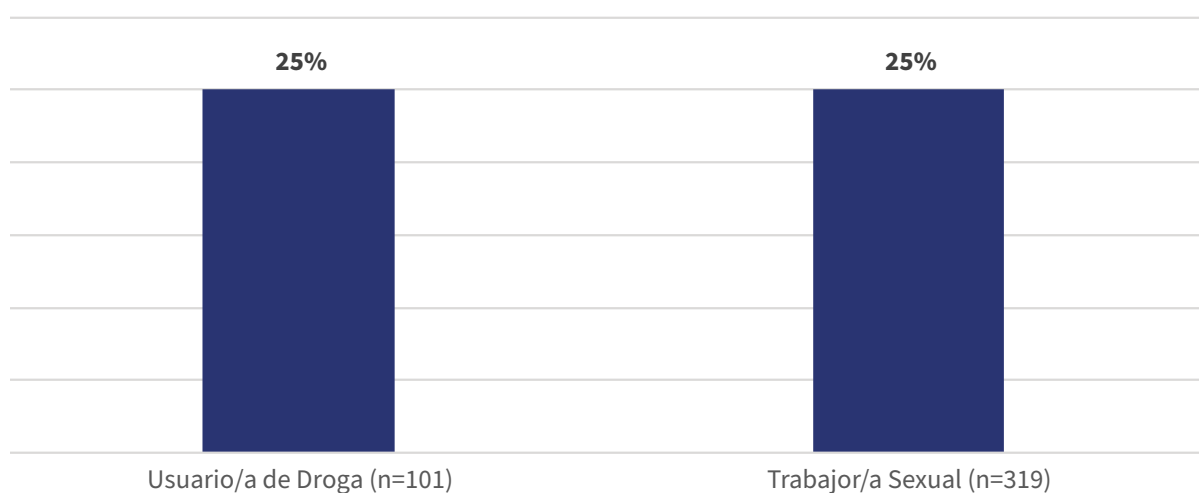
Gráfica 51: Estigma y discriminación en el último año en servicios de salud de VIH, por tipo de población (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Por su parte, en las personas que se identifican como trabajadores/as del sexo y las que consumen drogas, la proporción de la discriminación en servicios de salud de VIH es la misma, del 25%, o superior al resto de las demás poblaciones.

Gráfica 52: Estigma y discriminación en el último año en servicios de VIH, por tipo de prácticas (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Desagregación por factores seleccionados: Al desarticular la variable “estigma y discriminación en servicios de salud de VIH” por factores seleccionados, se observa que la proporción de personas con VIH que ha experimentado al menos 1 situación de discriminación es similar al promedio regional, el cual oscila entre 12% a 33%, según el tipo de factor.

Otros grupos sociales: El 27% de las PVV que además presentan algún tipo de discapacidad es el grupo social con mayor proporción en situaciones de discriminación en servicios de salud de VIH, seguido por los “minoría racial/étnica” (21%) y “comunidad indígena” (20%).

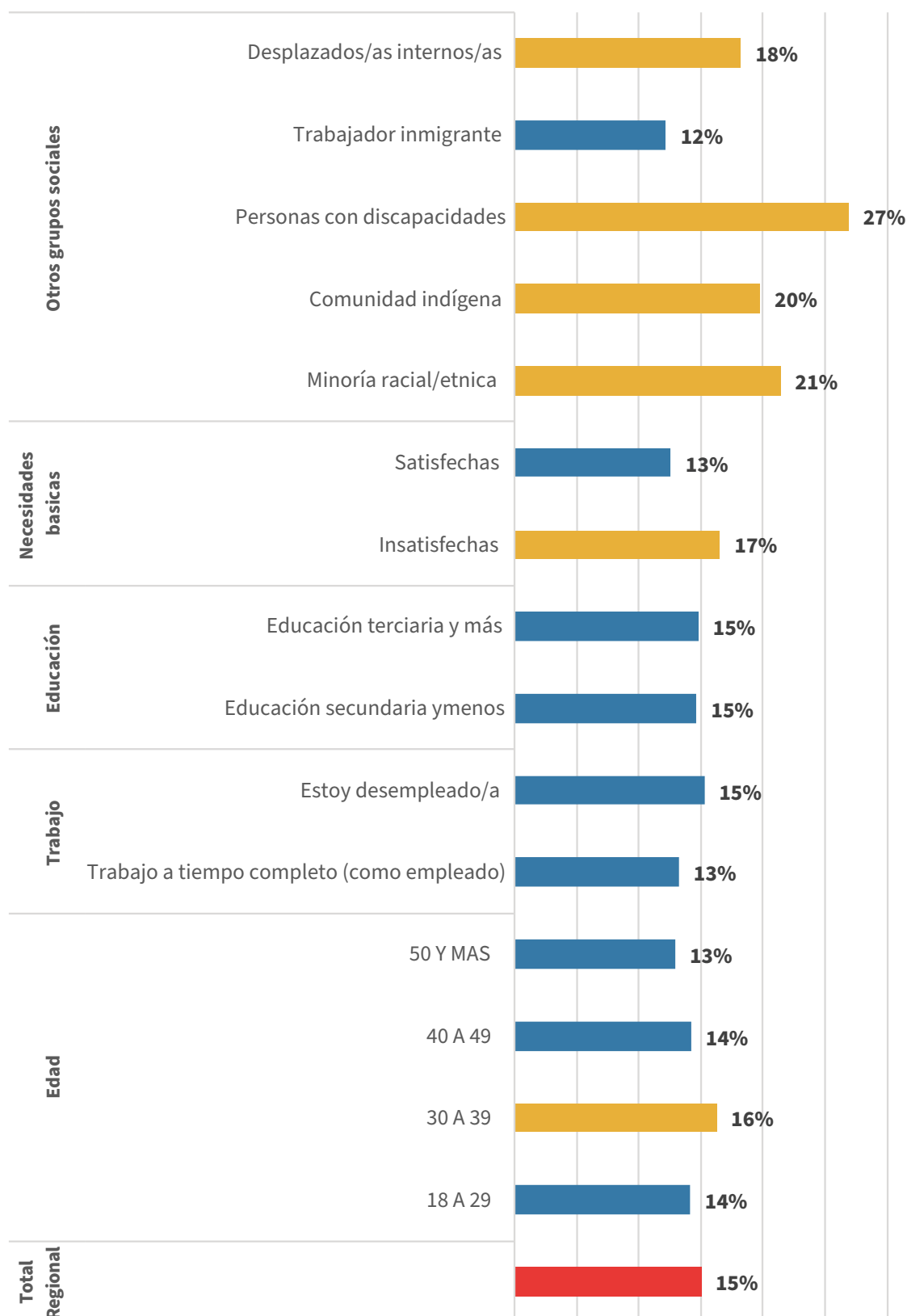
Necesidades básicas: Se observa una diferencia entre las PVV que no han podido cubrir sus necesidades básicas y las que sí en relación a la proporción de discriminación en servicios de salud de VIH. Los primeros presentan una proporción del 17% y los segundos del 13%.

Educación: No se observan diferencias entre el nivel de educación, ya que el valor es el mismo tanto para las PVV que han accedido solo hasta el secundario en comparación con las que tienen educación superior (15% en ambos).

Trabajo: Se identifica una leve diferencia entre las PVV que tienen un trabajo formal actual y las que están en estado de desempleo. Para las personas con trabajo formal de tiempo completo, la proporción es del 13% y para las personas desempleadas es del 15%.

Edad: Este tipo de estigma se distribuye de forma similar entre la mayoría de las franjas etarias, solo se destaca los menores de 18 (33%) y los de 30 a 39 (16%).

Gráfica 53: Estigma y discriminación en el último año en servicios de VIH, por factores seleccionados (N=4204)



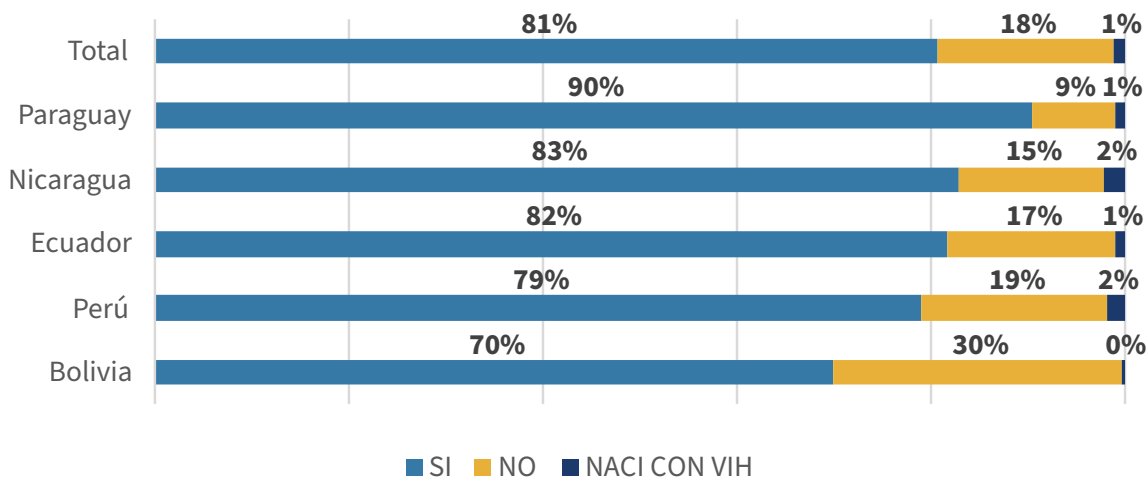
Fuente: Estudio ÍNDEx 2.0 Regional.

INTERACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

En esta sección, el servicio de salud se ha focalizado en las siguientes dimensiones: circunstancia de la prueba del VIH, interrupciones del tratamiento, razones por no seguir tratamiento, comorbilidades, relación con el personal de salud, confidencialidad, temores y situaciones de discriminación por parte de proveedores de salud.

Pruebas de VIH: En general, 8 de cada 10 PVV encuestadas han afirmado que la última prueba de VIH que se realizaron, y que resultó ser reactiva, ha sido de forma voluntaria; por otro lado, alrededor de un 20% se sintieron coaccionados/as. Los países con mayor voluntariedad de la prueba son Paraguay (90%), seguido de Nicaragua (83%) y Ecuador (82%). En menor medida están Perú (79%) y Bolivia (70%).

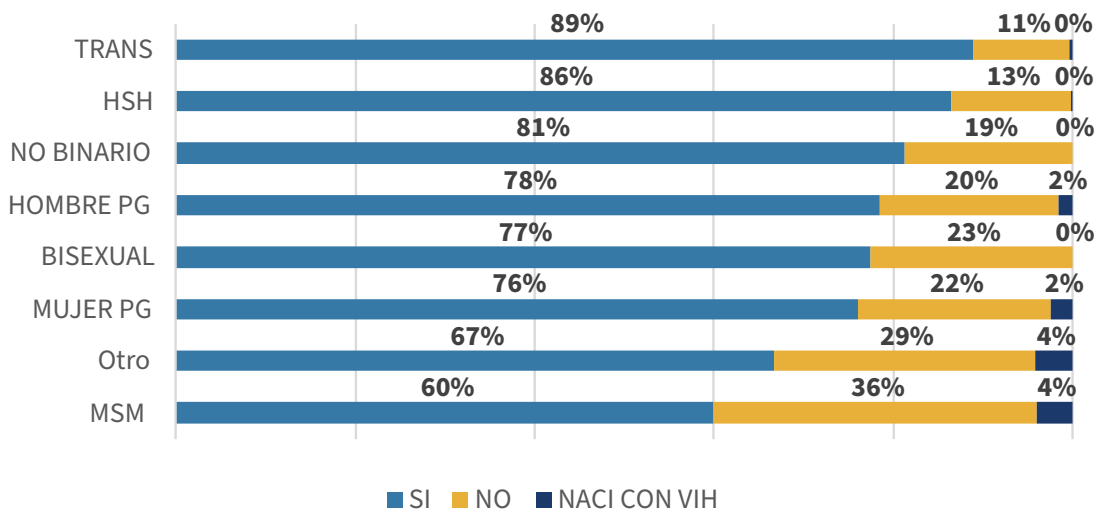
Gráfica 54: Tu mismo/a decidiste realizarte la prueba del VIH, por país y total (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Con respecto al tipo de población, las personas Trans (89%), los HSH (86%) y las personas no binarias (81%) son las que reportan mayor voluntariedad de las pruebas del VIH. Por otro lado, las mujeres cis (76%), otros (67%) y MSM (60%) son las que muestran mayor coacción al momento de haberse realizado el test de VIH.

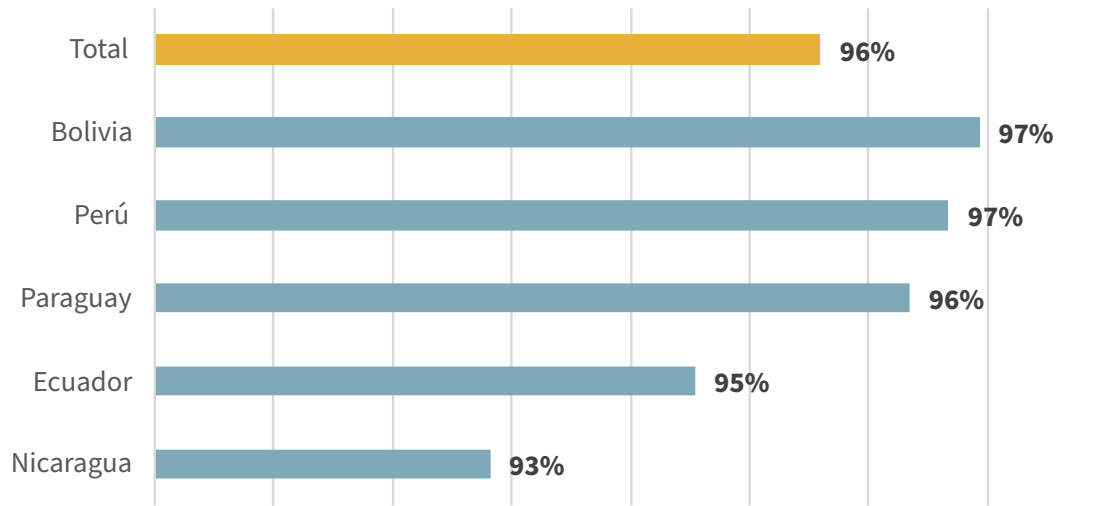
Gráfica 55: Tu mismo/a decidiste la prueba del VIH, por tipo de población (N=4024)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Tratamiento: Una de las preguntas del cuestionario 2.0 era indagar si la PVV estaba o no en tratamiento al momento de la encuesta. La gran mayoría estaban en tratamiento con ARV (96%). Todos los países mostraron valores superiores al 90%, siendo Bolivia y Perú (97%) los de mayor valor y Nicaragua (93%) el de menor.

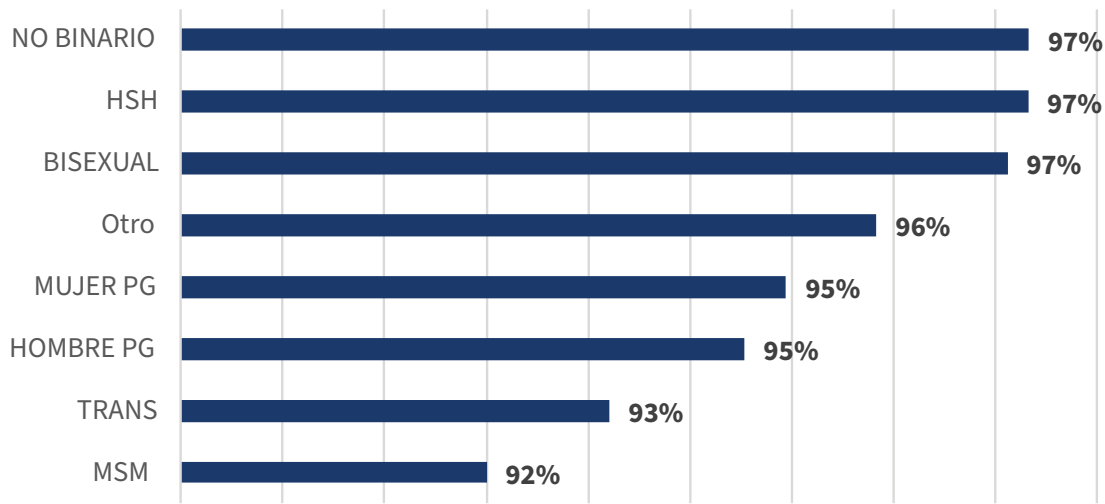
Gráfica 56: En tratamiento actualmente, por país (N=4024)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

En relación al tipo de población, si bien en general todas se sitúan por encima del 90% de tratamiento actual, las poblaciones con un valor inferior al 95% son las personas Trans y las MSM (93 y 92% respectivamente).

Gráfica 57: En tratamiento actualmente, por tipo de población (N=4024)

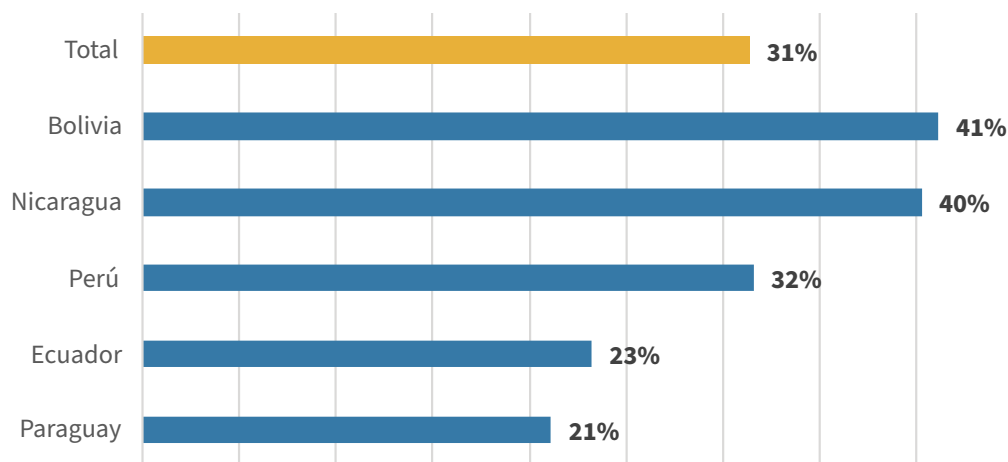


Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Al explorar el historial de abandono o interrupción del tratamiento del VIH, se observa un mayor porcentaje que el identificado en la situación de tratamiento actual. Así pues, se encontró que 9 de cada 10 PVV encuestadas están en tratamiento actualmente.

En cambio, al consultar sobre el abandono del tratamiento alguna vez, 3 de cada 10 PVV (31%) afirmaron que han interrumpido su tratamiento en algún momento de sus vidas. En los países donde se observa una mayor proporción de interrupción de tratamiento son Bolivia (41%) y Nicaragua (40%); mientras tanto, los países con menor porcentaje de interrupción de tratamiento son Ecuador (23%) y Paraguay (21%).

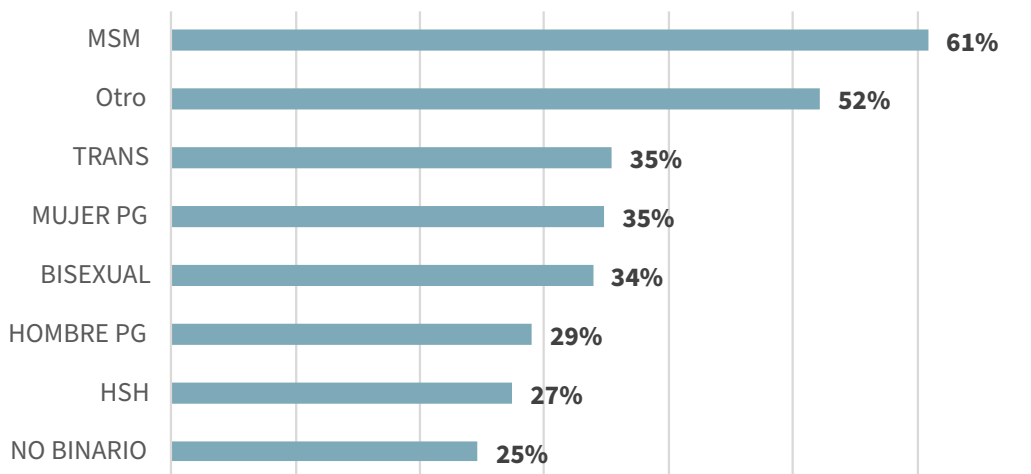
Gráfica 58: Alguna vez se interrumpió el tratamiento, por país (N=4024)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

En cuanto a las poblaciones, las que mayor proporción de abandono de tratamiento se identifica en las MSM (61%) y otros (52%). Las personas Trans, mujeres cis y bisexuales se encuentran alrededor del valor regional del 31% y las poblaciones con menor abandono del tratamiento son los hombres cis de la población general, los HSH y las personas no binarias (entre el 25% y el 29%).

Gráfica 59: Alguna vez interrumpió el tratamiento, por tipo de población (N=4024)



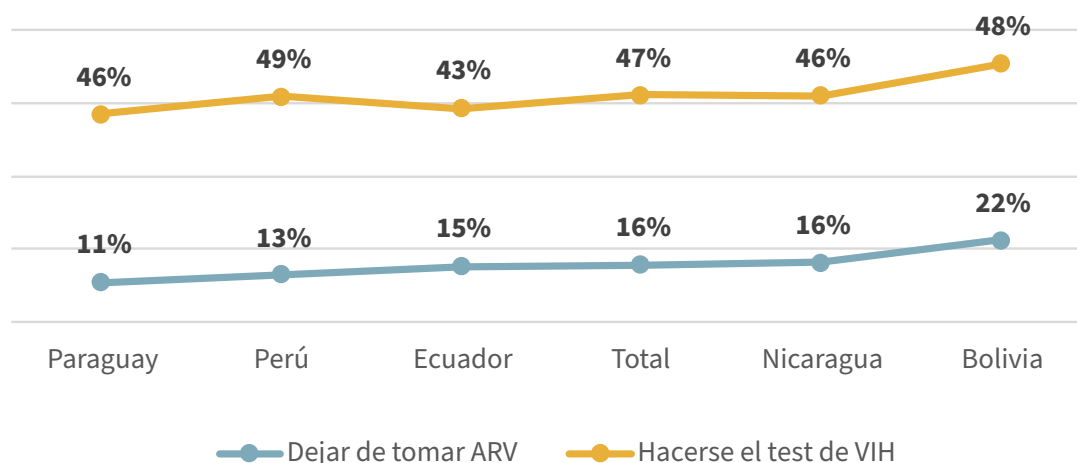
Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.



Ahora bien, el miedo a que se conozca el estado serológico de las personas es un factor que puede condicionar el acceso a las pruebas de VIH y la correcta adherencia al tratamiento. De esta manera, respecto a la realización de la prueba del VIH, el 47% de las PVV encuestadas afirmaron que dicho miedo retrasó la realización de la prueba del VIH y el 16% manifestó que este miedo hizo que dejaran de tomar alguna dosis del ARV durante sus tratamientos.

En cuanto a la distribución de los países, Perú (49%) y Bolivia (48%) reportan mayor temor al momento de realizarse la prueba del VIH. Por otro lado, Nicaragua (16%) y Bolivia (22%) muestran una mayor proporción a la hora de dejar de tomar ARV debido al temor de ser identificados como PVV.

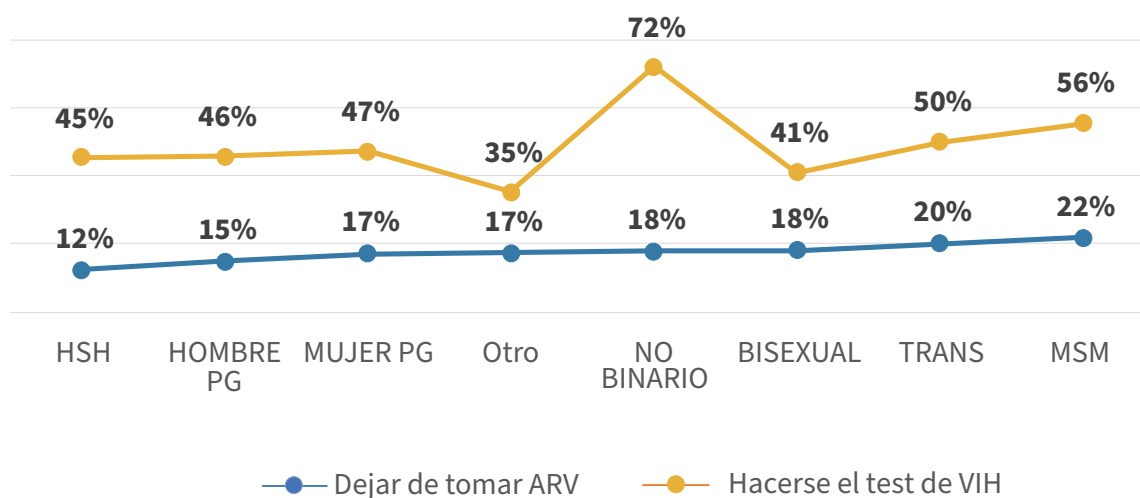
Gráfica 60: El miedo a que otras personas se enteraran del estatus de VIH, hizo retrasar hacerse la prueba del VIH o dejar de tomar alguna dosis de ARV, por país (N=4024)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Respecto a las poblaciones, todas las muestran niveles elevados de temor que fueron razón para retrasar la realización de la prueba del VIH, siendo las más elevadas la de las personas no binarias (72%), las MSM (56%) y las personas Trans (50%). En relación a la no toma de ARV debido al miedo, son las personas bisexuales (18%), personas Trans (20%) y MSM (22%) las poblaciones que reportan mayores proporciones.

Gráfica 61: El miedo a que otras personas se enteraran del estatus de VIH hizo retrasarse hacerse la prueba del VIH o dejar de tomar alguna dosis de ARV, por tipo de población (N=924)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN POR OTROS MOTIVOS DIFERENTES AL VIH

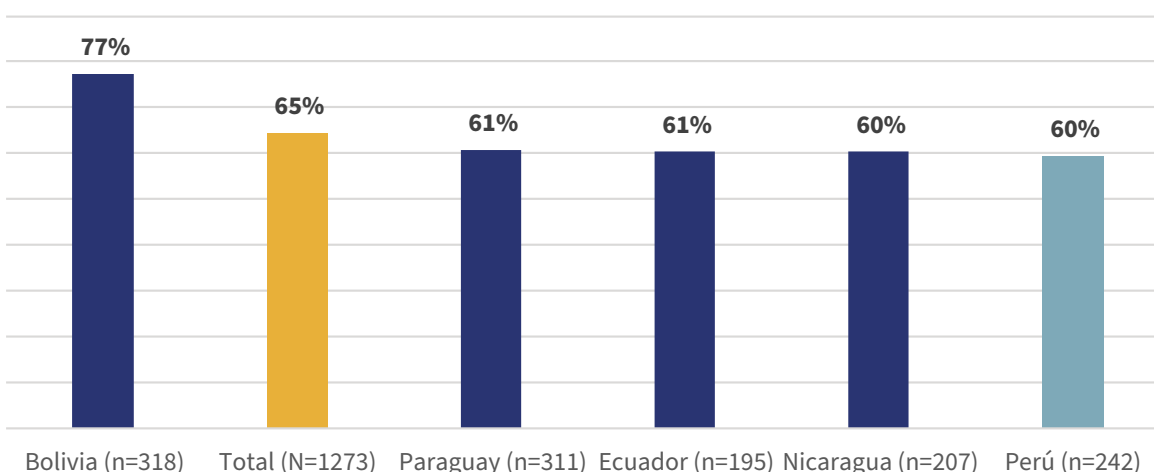
En esta sección, se explora situaciones de estigma y discriminación por motivos diferentes al del estado serológico. Así pues, se describirá el nivel de estigma y discriminación experimentado por razones de identidad de género, orientación sexo-afectiva, uso de drogas y el ejercicio del trabajo sexual. Luego se hará una comparación entre ambos tipos de estigma y discriminación (por VIH y por otros motivos) y se identificarán las diferencias.

GAYS Y OTROS HSH

El estigma basado en la orientación sexo/afectiva es elevado en todos los países. A nivel regional, el 65% de los gays y otros HSH han experimentado al menos una situación de estigma y discriminación basado en su orientación sexo/afectiva exclusivamente.

En cuanto a la distribución geográfica, Bolivia es el país con mayor prevalencia de este tipo de estigma con un 77%. Por debajo del valor regional, se sitúan los demás países, Paraguay y Ecuador (61%). Nicaragua y Perú (60%).

Gráfica 62: Estigma y discriminación a gays y otros HSH por motivos diferentes al VIH (N=1273)



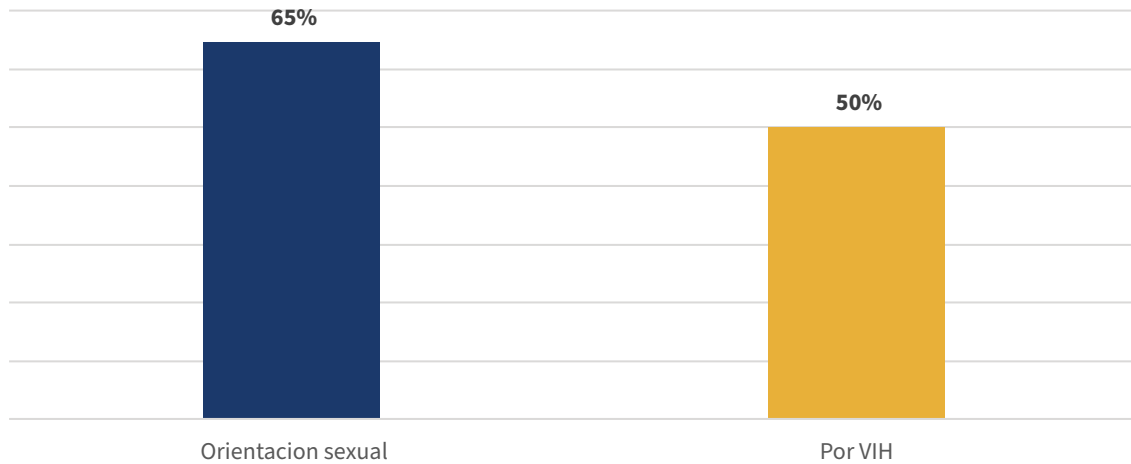
Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Ahora bien, al comparar el estigma y discriminación basado en el estado serológico y por razones de orientación sexo/afectiva, se identifica una diferencia entre ambos. En todos los casos, las proporciones de estigma y discriminación por razones de orientación sexo/afectiva es superior al estigma basado solo en el estado serológico.

A nivel regional, la diferencia entre ambas es del 15%, superior en la discriminación basada en la orientación sexual (65%) en comparación con la basada solo en el estado serológico (50%).



Gráfica 63: Estigma y discriminación por VIH y basado en la orientación sexual en hombres gays y otros HSH (N=1.273)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

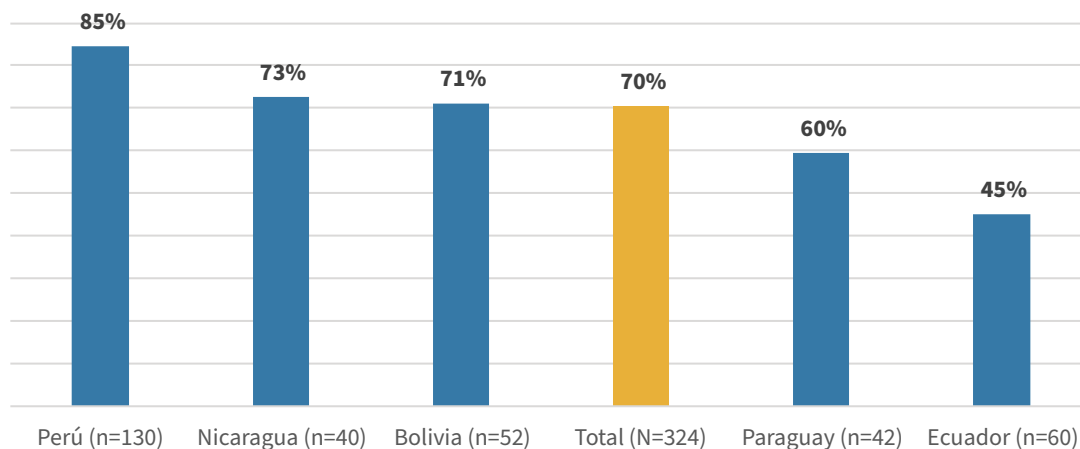
PERSONAS TRANS

62

El estigma y la discriminación por razones de identidad y expresión de género son inclusive más elevadas de las observadas por razones de orientación sexo/afectiva y muy superiores a las descritas solo por motivos del estado serológico. A nivel de la región, el 70% de las personas Trans han reportado haber experimentado al menos una situación de estigma y discriminación basado principalmente por su identidad y expresión de género.

Así pues, Perú es el país donde las personas Trans han reportado una mayor frecuencia de situaciones de estigma y discriminación por identidad de género (85%), seguido con una diferencia considerable de Nicaragua (73%) y Bolivia (71%). Por debajo del valor regional, está Paraguay (60%) y en menor medida Ecuador (45%).

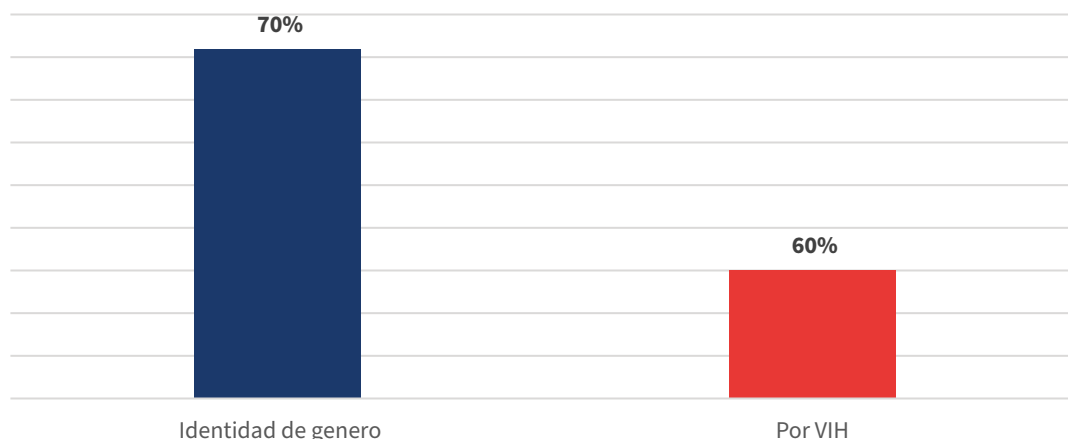
Gráfica 64: Estigma y discriminación alguna vez en personas Trans por motivos diferentes al VIH (N=324)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Al comparar las proporciones de estigma y discriminación por VIH y por identidad de género, se encuentra que la segunda es mayor (70%) en relación a la discriminación solo basada en el estado serológico (60%).

Gráfica 65: Estigma y discriminación por VIH y basado en la identidad/expresión de género en personas Trans (N=324)



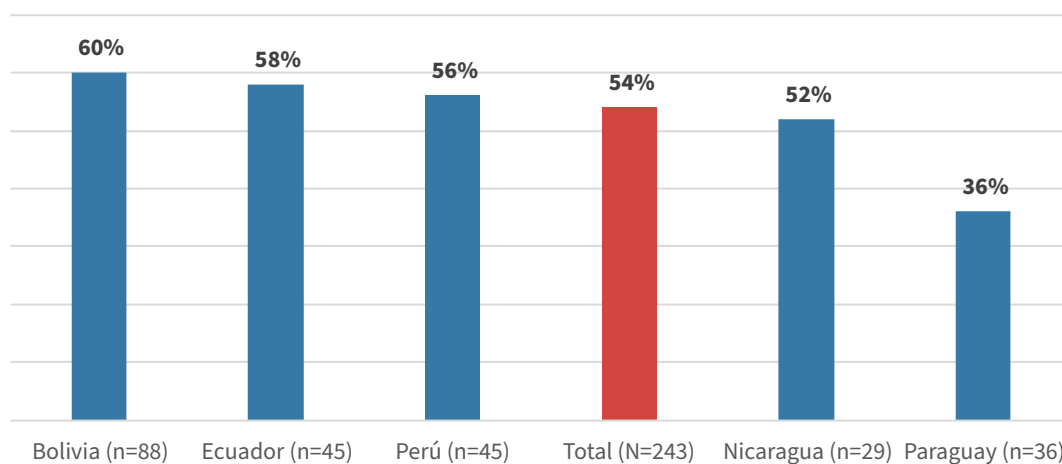
Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

BISEXUALES

Al igual que lo descrito en los hombres gays y otros HSH, las personas bisexuales también experimentan situaciones de estigma y discriminación relacionados a su orientación sexo-afectiva, además del estado serológico. En este sentido, el 54% de las personas bisexuales han experimentado en alguna ocasión al menos una situación de estigma y discriminación por motivos diferentes del VIH.

Los países con mayor prevalencia de este tipo de estigma y discriminación en esta población son Bolivia (60%), Ecuador (58%) y Perú (56%). Por debajo del promedio regional, se encuentra Nicaragua (52%) y, con la menor proporción, está Paraguay (36%).

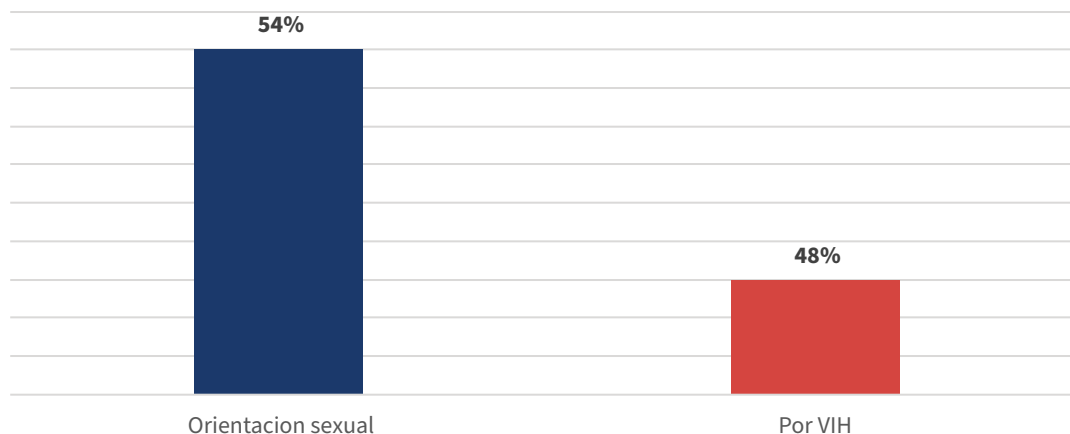
Gráfica 66: Estigma y discriminación alguna vez en personas bisexuales por motivos diferentes al VIH (N=243)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Al comparar los estigmas por razones del estado serológico y otros motivos diferentes del VIH, en este caso por la orientación bisexual, más de la mitad de las bisexuales (54%) experimentaron estigma por este motivo en comparación con el 48% que reportaron estigma relacionado al estado serológico.

Gráfica 67: Estigma y discriminación por VIH y basado en la orientación sexual de personas bisexuales (N=243)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

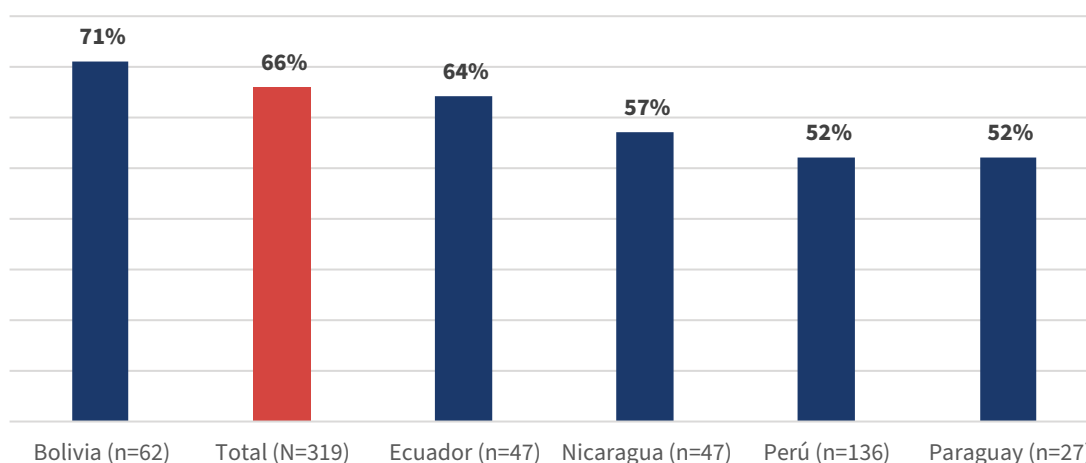
64

PERSONAS TRABAJADORAS SEXUALES

Las personas trabajadoras sexuales también vivencian situaciones de estigma y discriminación por otros motivos a parte del estado serológico. En este caso particular, debido a ejercer el trabajo sexual y/o identificarse como parte de este grupo.

A nivel regional, el 66% de las personas trabajadoras sexuales han experimentado al menos una situación de estigma y discriminación motivado por el ejercicio del trabajo sexual. El único país con una prevalencia superior al valor regional es Bolivia con un 71%. El resto de los países se sitúan por debajo de este valor: Ecuador (64%), Nicaragua (57%), Perú y Paraguay (52%).

Gráfica 68: Estigma y discriminación alguna vez en personas trabajadoras/es sexuales por motivos diferentes al VIH (N=319)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Del mismo modo, como se ha observado con las demás poblaciones, aquí también se presenta un porcentaje mayor en el estigma basado por el trabajo sexual (66%) que el relacionado con el estado serológico (62%).

Gráfica 69: Estigma y discriminación por VIH y basado en el trabajo sexual (N=319)



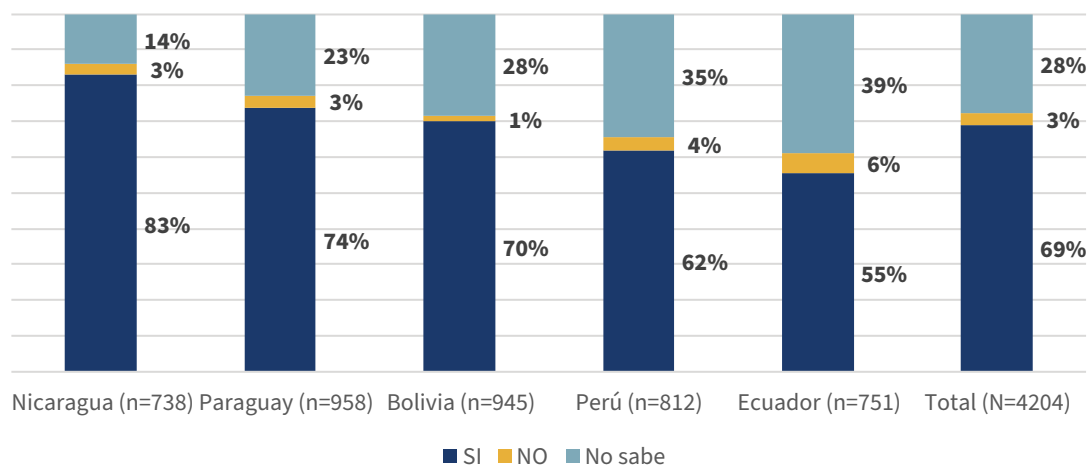
Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

CAPACIDAD DE RESPUESTA ANTE LA VULNERACIÓN DE DDHH

En este apartado, se indaga las respuestas de las PVV ante la vulneración de sus DDHH y su conocimiento con respecto al marco legal que las protege en cada país. En cuanto a este último punto, a nivel regional, la mayoría (69%) de las PVV encuestadas afirmaron conocer la existencia de leyes que protegen los DDHH de las personas con VIH en sus respectivos países. Sólo el 3% creían que no existían este tipo de leyes y el 28% no los sabían (no podían ni afirmar o negar la existencia de los mismos).

Conocimiento de leyes que protegen a las PVV: En cuanto al conocimiento de leyes en cada país, Nicaragua es el país donde mayor conocimiento de este tipo de leyes existe entre las personas con VIH (83%), seguido de Paraguay (74%) y Bolivia (70%). En menor medida, los países donde se identifica mayor desconocimiento son en Ecuador, donde solo el 55% de las PVV conocen estas leyes y el 39% no lo saben, seguido de Perú, con un 62% de conocimiento y un 35% que no lo saben.

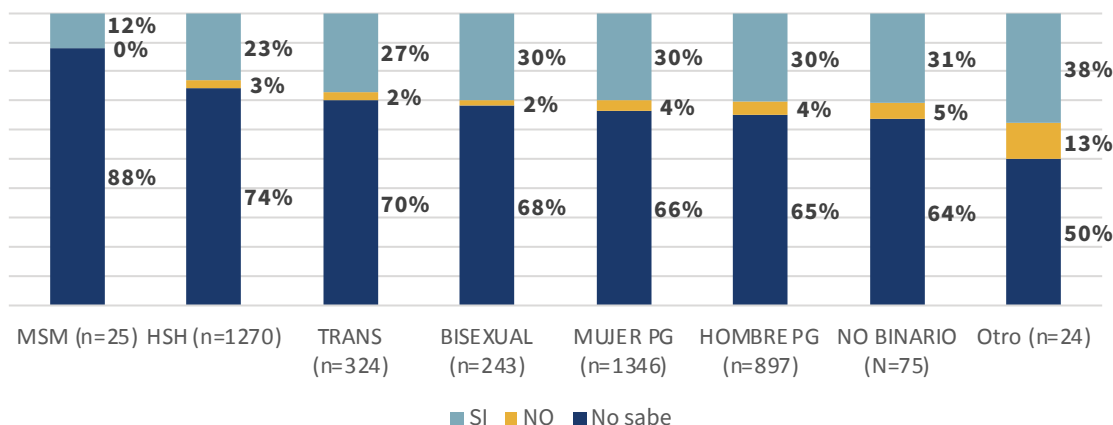
Gráfica 70: Nivel de conocimiento sobre leyes que protegen a personas con VIH, por país y total (N=4204)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

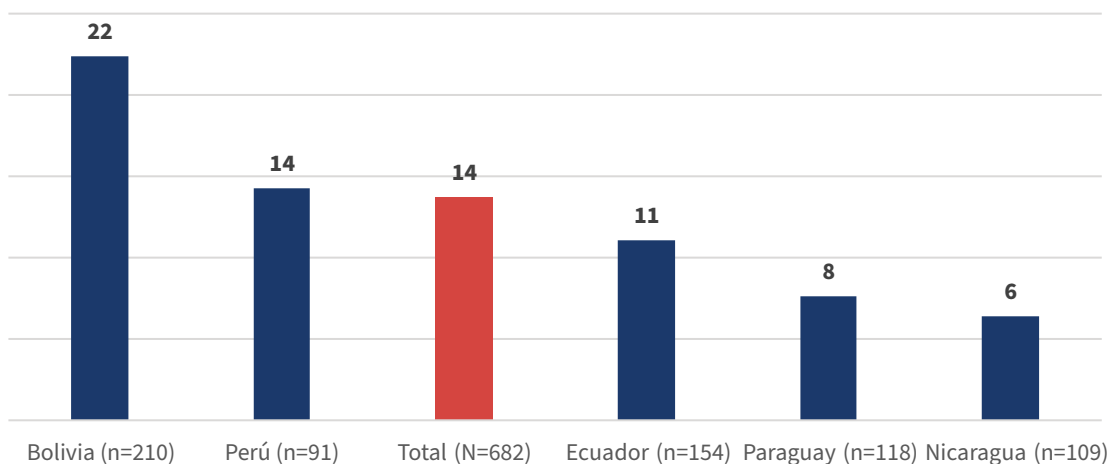
Con respecto a las poblaciones, y asumiendo como valor de referencia la prevalencia regional del 69% de conocimiento, las MSM (88%), los HSH (74%) y las personas Trans (70%) son las poblaciones con mayor conocimiento sobre leyes que benefician las PVV. Por otro lado, las personas bisexuales (68%), las mujeres de la población general (66%), los hombres de la población general (64%), las personas no binarias (64%) y otras (50%) son las que menos conocimiento reportan.

Gráfica 71: Nivel de conocimiento sobre leyes que protegen a las personas con VIH por tipo de población (N=4204)



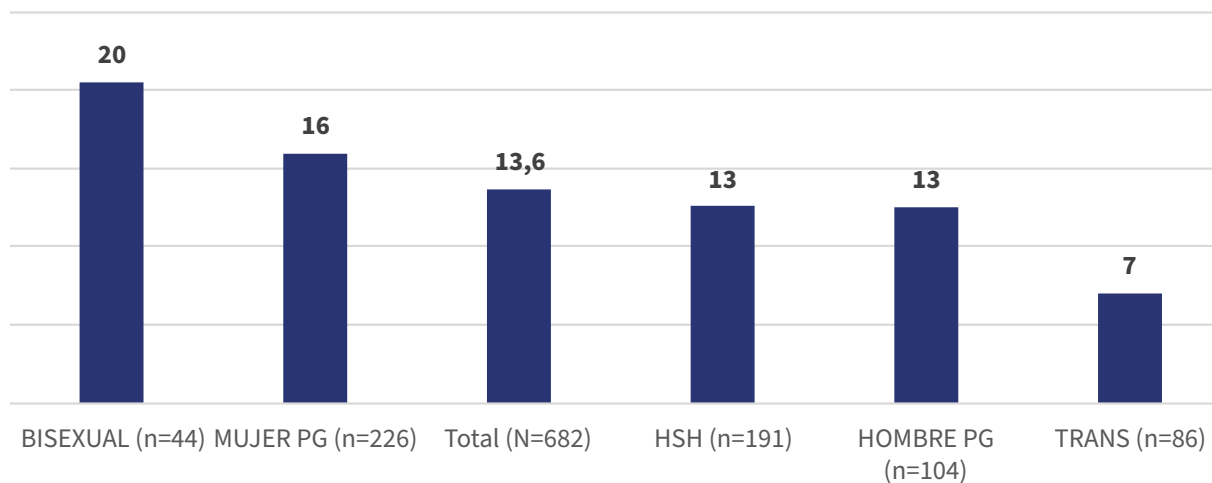
Reacción a la vulneración de DDHH: Del total de las PVV que reportaron alguna infracción de algunos de sus DDHH, solo 93 (14%) informaron que habían realizado alguna acción posterior al hecho de la vulneración de sus DDHH. En cuanto a la distribución geográfica, solo Bolivia (22%) presenta un mayor porcentaje de este comportamiento en comparación con los demás países que están igual (Perú con 14%) o por debajo del valor regional: Ecuador (11%), Paraguay (8%) y Nicaragua. Este último es el país donde, en menor medida, las PVV asumen acciones de respuestas ante la vulneración de sus DDHH, ya que cuenta con solo un 6%.

Gráfico 72: % de PVV que emprendieron acciones a partir de la vulneración de algún DDHH, por país y total (N=682)



Las poblaciones que en mayor frecuencia realizan acciones de respuesta ante alguna vulneración de sus DDHH son las personas Bisexuales (20%) y las mujeres de la población general (16%). Por otro lado, las que menos realiza este tipo de acciones son las personas Trans, población en la que solo lo hace el 7%.

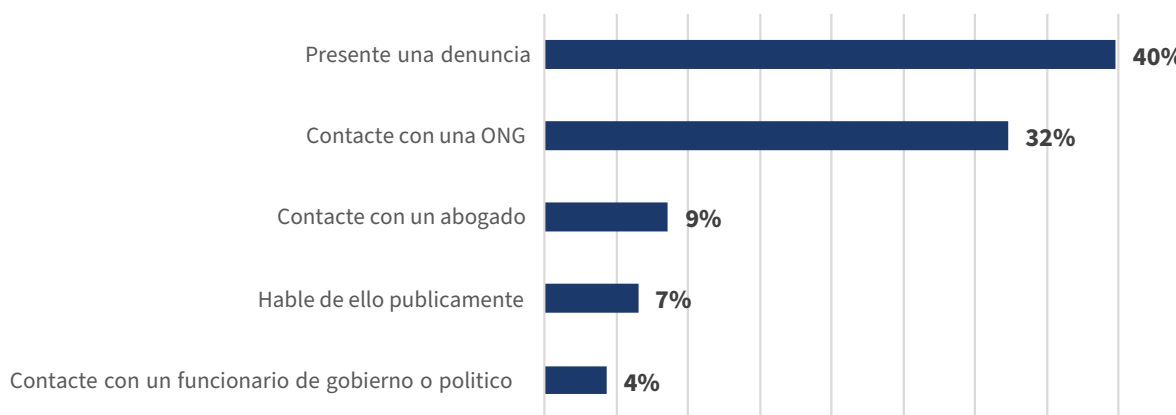
Gráfico 73: % de personas con VIH que emprendieron algún tipo de acción a partir de la vulneración de algún DDHH, por tipo de población (N=682)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Finalmente, de las 93 PVV (14%) que realizan alguna acción de respuesta, la mayoría de ellas (40%) han presentado una denuncia formal y el 32% ha contactado con alguna ONG.

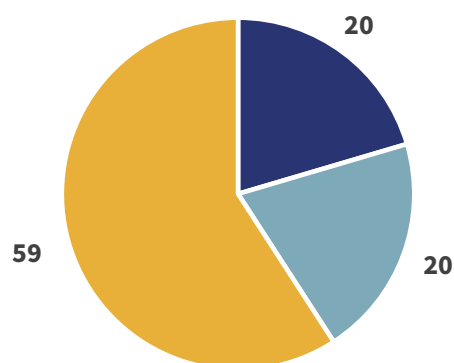
Gráfico 74: Tipo de acciones realizadas como respuesta a la vulneración del algún DDHH (N=93)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Ahora bien, en cuanto al resultado de estas acciones, principalmente denuncias, se ha resuelto solo el 20% de los casos presentados. Con el mismo porcentaje, se encuentran las denuncias que están “en proceso”. No obstante, en la mayoría de los casos (59%) se resolvió que “no pasó nada”, es decir, no se resolvió el caso.

Gráfico 75: Resultados de las acciones emprendidas a partir de la vulneración de algún DDHH (N=93)



■ Han resuelto el asunto ■ Se están ocupando del asunto ■ No pasó nada/no se ha resuelto el asunto

Fuente: Estudio ÍNDEx 2.0 Regional.

MUJERES CISGÉNERO Y PERSONAS TRANS

Existe una gran diversidad de ser, sentirse o percibirse mujer en la muestra accedida por este estudio. Para el análisis de este apartado, se ha considerado al total de mujeres (n=1.713) que se agrupan en tres categorías principales:

Mujeres cisgénero: Son mujeres biológicas que se identifican como mujeres y cuyas prácticas sexuales son de tipo heterosexual. Este grupo lo componen 1.364 mujeres, el 80% del total de la muestra de mujeres utilizadas para este apartado.

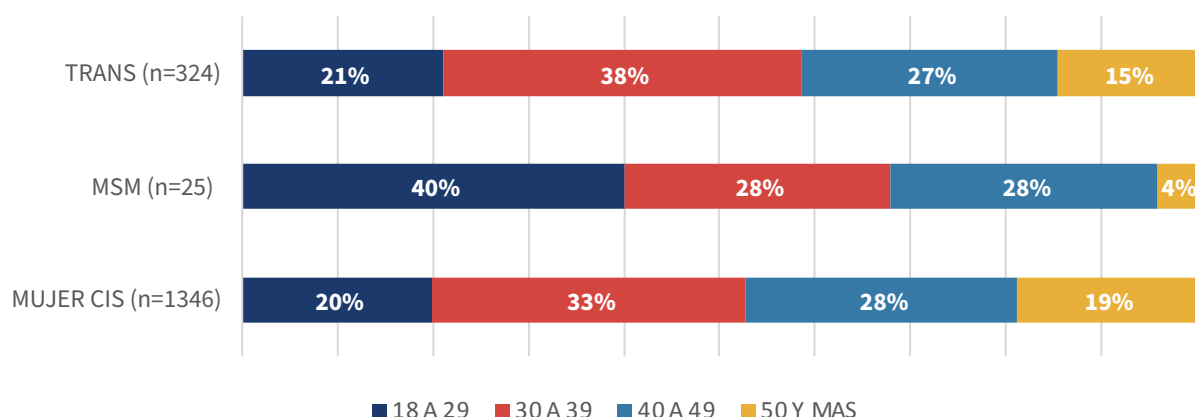
Mujeres que tiene sexo con mujeres (MSM): Son mujeres biológicas que se identifican como mujeres en cuanto identidad y expresión de género y cuyas prácticas sexo afectivas están orientadas principalmente a otras mujeres. Este grupo lo conforman 25 personas, es decir, el 1% de la muestra total de mujeres.

Personas transgénero: Este grupo lo conforman 308 mujeres personas Trans, asignadas al sexo masculino al nacer, pero identificadas como personas Transgénero (hombre a mujer) y 16 personas Trans que nacieron como mujeres biológicas y que se han identificado como personas Transgénero (mujer a hombre). El total de esta población lo componen 364 personas que corresponde al 19% de la muestra de mujeres.

También, dentro del grupo de mujeres cis, 111 mujeres se identifican como “trabajadoras sexuales” y 11 como “usuarias de drogas”.

Edad: El grupo de mujeres con menor edad son las MSM en las que el 40% tienen menos de 30 años. Por otro lado, las mujeres cis son las que presentan personas de mayor edad, de 50 años y más (19%). Las personas Trans, por su lado, la mayoría se concentran en el rango de 30 a 39 años (38%).

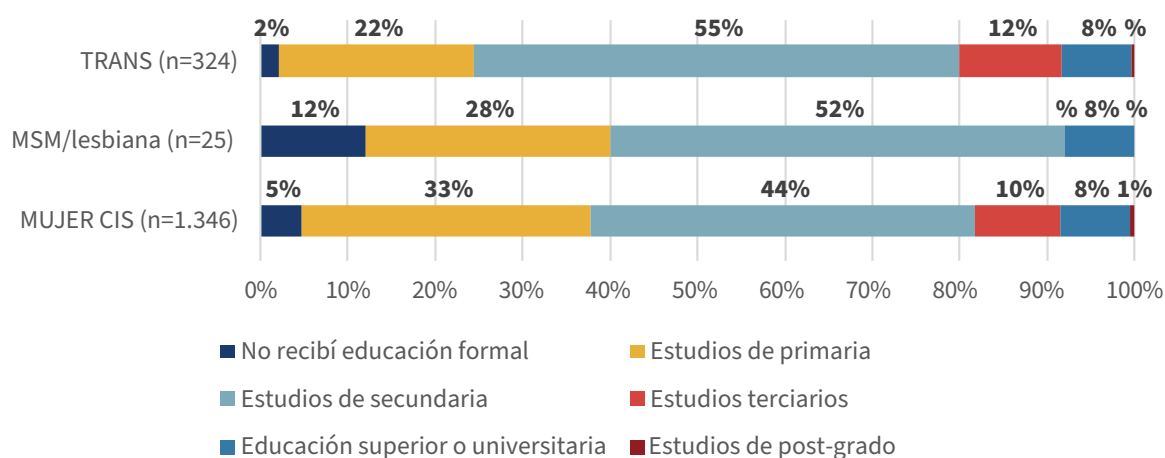
Gráfico 76: Edad por tipo de población de mujeres (N=1.695)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Educación: El máximo nivel de estudio alcanzado en todas las poblaciones de mujeres ha sido la secundaria (44% a 55%); no obstante, las MSM son las que reportan mayor proporción de no acceso a estudio formal (12%). La primaria como máximo nivel educativo alcanzado lo lideran las mujeres cis con el 33% que han informado haber llegado solo hasta ese nivel. Las personas trans son las que reportan haber alcanzado la-secundaria como máximo nivel educativo alcanzado, con un 55%. En cuanto al nivel de estudio superior, las tres poblaciones muestran un porcentaje similar, correspondiente a un 8%.

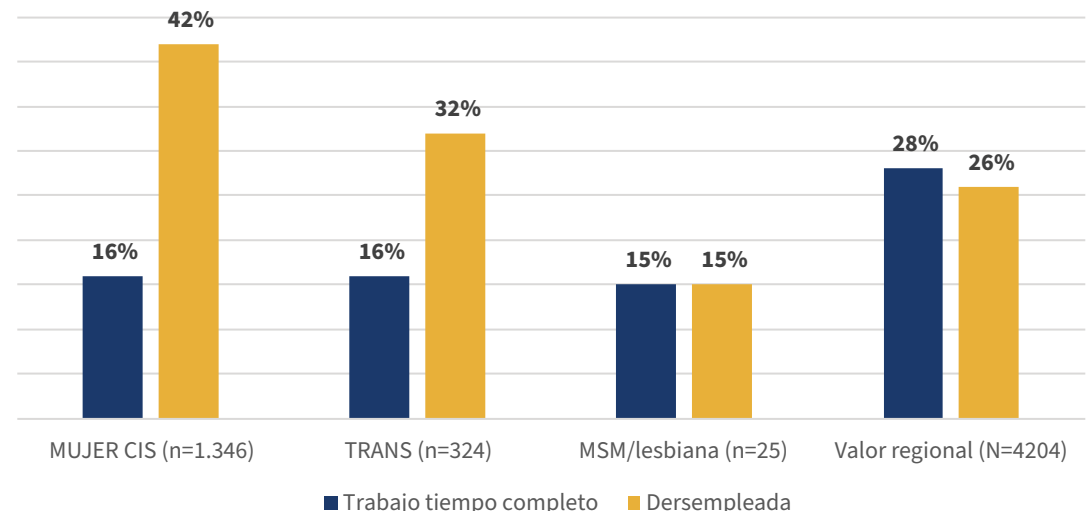
Gráfico 77: Máximo Nivel Educativo alcanzado (N=1.695)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Trabajo: La situación laboral, si se compara con el nivel regional, presenta un menor acceso a un trabajo formal, estable y de tiempo completo y un mayor nivel de desempleo. El acceso a un trabajo formal de tiempo completo en las tres poblaciones no supera el 16%, tomando en cuenta que la media regional del 28%. En cuanto al desempleo, las mujeres cis reportan que el 42% de ellas están sin un trabajo que genera dinero, seguido de las personas trans (32%), siendo el promedio regional del 26%.

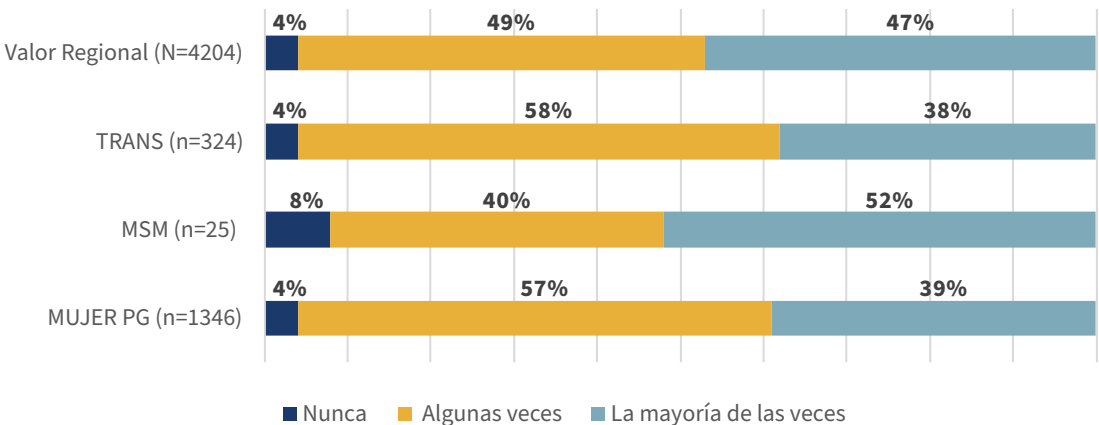
Gráfico 78: Situación laboral en mujeres cis, MSM y personas trans (N=1.695)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Satisfacción de necesidades básicas: Al comparar los resultados con el valor regional, nuevamente las mujeres cis y las personas trans superan el promedio regional en la opción de “algunas veces” (que no pueden satisfacer sus necesidades básicas); estas representan un 57% y 58% respectivamente en comparación con el 49% a nivel regional. En el caso de las MSM, estas duplican el nivel de “Nunca” (nunca pueden satisfacer sus necesidades básicas) con un 8%, el doble del valor regional (4%).

Gráfico 79: Necesidades básicas satisfechas en mujeres cis, MSM y personas trans (N=1.695)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN DIFERENTES ÁMBITOS

En términos generales, a excepción del estigma interno, en los otros tipos de estigma y discriminación los valores en la muestra de las mujeres son superiores a la proporción regional.

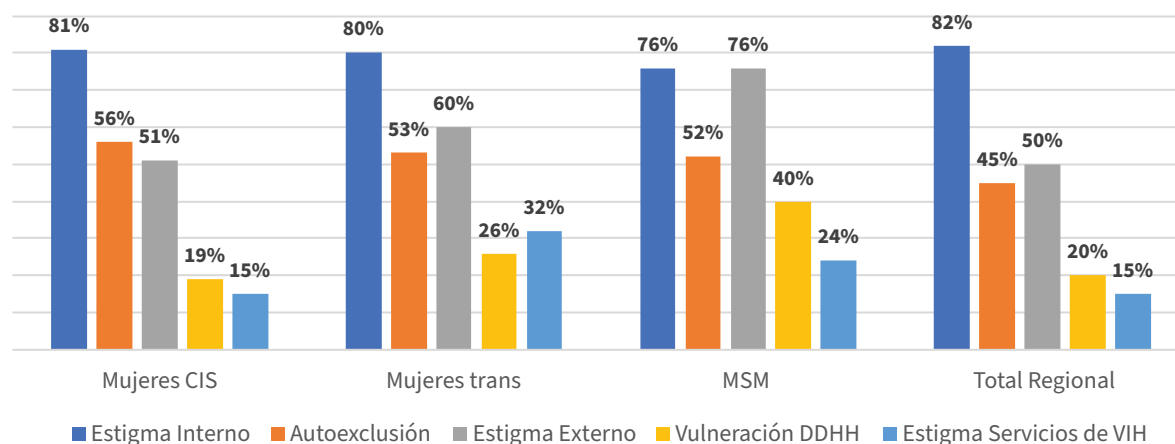
En el caso del estigma externo, el promedio regional se sitúa en el 45%; mientras que en las mujeres el valor es superior al 50% (mujeres cis 56%, personas trans 53% y MSM 52%).

En las conductas de autoexclusión, el promedio regional es del 50%. En las mujeres, este porcentaje va desde el 51% en mujeres cis, 60% en personas trans y 76% en MSM.

En relación a las situaciones de estigma y discriminación en los servicios de salud de VIH, el promedio regional es del 15%. En cuanto a los resultados, en las mujeres cis el porcentaje es el mismo (15%), las personas trans doblan esa cifra y se sitúan en el 32% y las MSM en el 24%.

Finalmente, en cuanto a la proporción de situaciones de vulneración de DDHH, el valor regional es del 20%, las mujeres cis ligeramente inferior (19%), las personas trans alcanzan el 26% y las MSM duplican el promedio regional con un 40%.

Gráfico 80: Proporción de los diferentes tipos de estigma por tipo de población de mujeres (N=1.695)



Fuente: Estudio ÍNDEx 2.0 Regional.

ESTIGMA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En esta sección, se exploran las situaciones de estigma y discriminación en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos en las mujeres.

La muestra para el análisis de esta sección se calculó con base en el total de PVV que respondieron “Mujer” en la pregunta “¿Qué sexo se te asignó al nacer en tu partida de nacimiento?”. La muestra total fue de 1.424 mujeres.

Para analizar el nivel de estigma en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, se extrajo del análisis 5 preguntas que exploran situaciones de embarazo, parto, lactancia y anticonceptivos.

En general, las situaciones de vulneración de derechos en el ámbito de la SSRR se concentran en la coacción en prácticas de lactancia, la toma de antirretrovirales durante el embarazo y métodos de dar a luz (7%). En menor medida, se encuentran situaciones donde se condicionó a la mujer la toma de anticonceptivos (5,5%) y consejos para someterse a un aborto por parte de algún proveedor de salud (3%).

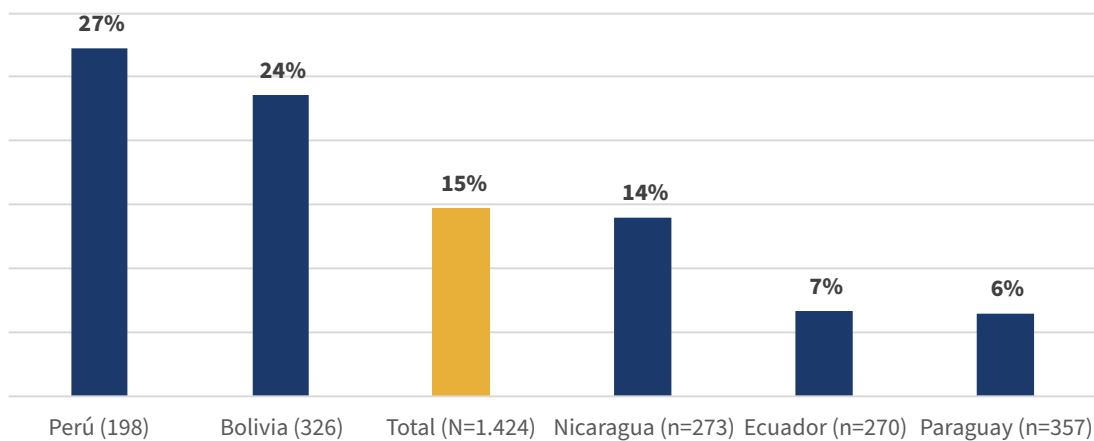
Situaciones de estigma y discriminación en el ámbito de la SSRR:

1. Te presionó para escoger un método específico para alimentar bebés: **7%**
2. Te presionó para tomar antirretrovirales durante el embarazo: **7%**
3. Te presionó para llevar a cabo un método específico para dar a luz: **6,7%**
4. Te presionó para usar un tipo específico de anticonceptivos: **5,5%**
5. Te aconsejó abortar: **3%**

Tomando en consideración todas estas situaciones, se da la presencia de situaciones de estigma en este ámbito. Del total de mujeres que reportaron al menos una de estas situaciones alguna vez en sus vidas, se ha logrado identificar que el 15% de las mujeres a nivel regional han experimentado alguna situación de discriminación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

En cuanto a la distribución geográfica, los países donde se ha observado mayor porcentaje en Perú con un 27% y Bolivia con un 24%. Por otro lado, Nicaragua alcanza la misma proporción que la región (15%); mientras tanto Ecuador (7%) y Paraguay (6%) son los países donde las mujeres reportan menor porcentaje de alguna situación discriminatoria en este ámbito.

Gráfica 81: Estigma y discriminación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en mujeres cis (N=1424)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

Desagregación por factores seleccionados: Los factores que más se resaltan, y superan el valor regional del 15%, son la edad (tener entre 19 a 39 años), ser trabajadora inmigrante y/o desplazada interna o pertenecer a una minoría étnica o ser indígena.

Otros grupos sociales: El 28% de las mujeres que reportaron estigma en el ámbito de la SSRR han sido mujeres trabajadoras inmigrantes (casi el doble que el promedio regional), seguida por las mujeres desplazadas internas (22%). En menor medida, se encuentran las mujeres de la comunidad indígena y mujeres que pertenecen a alguna minoría étnica/religiosa (ambas con el 17%).

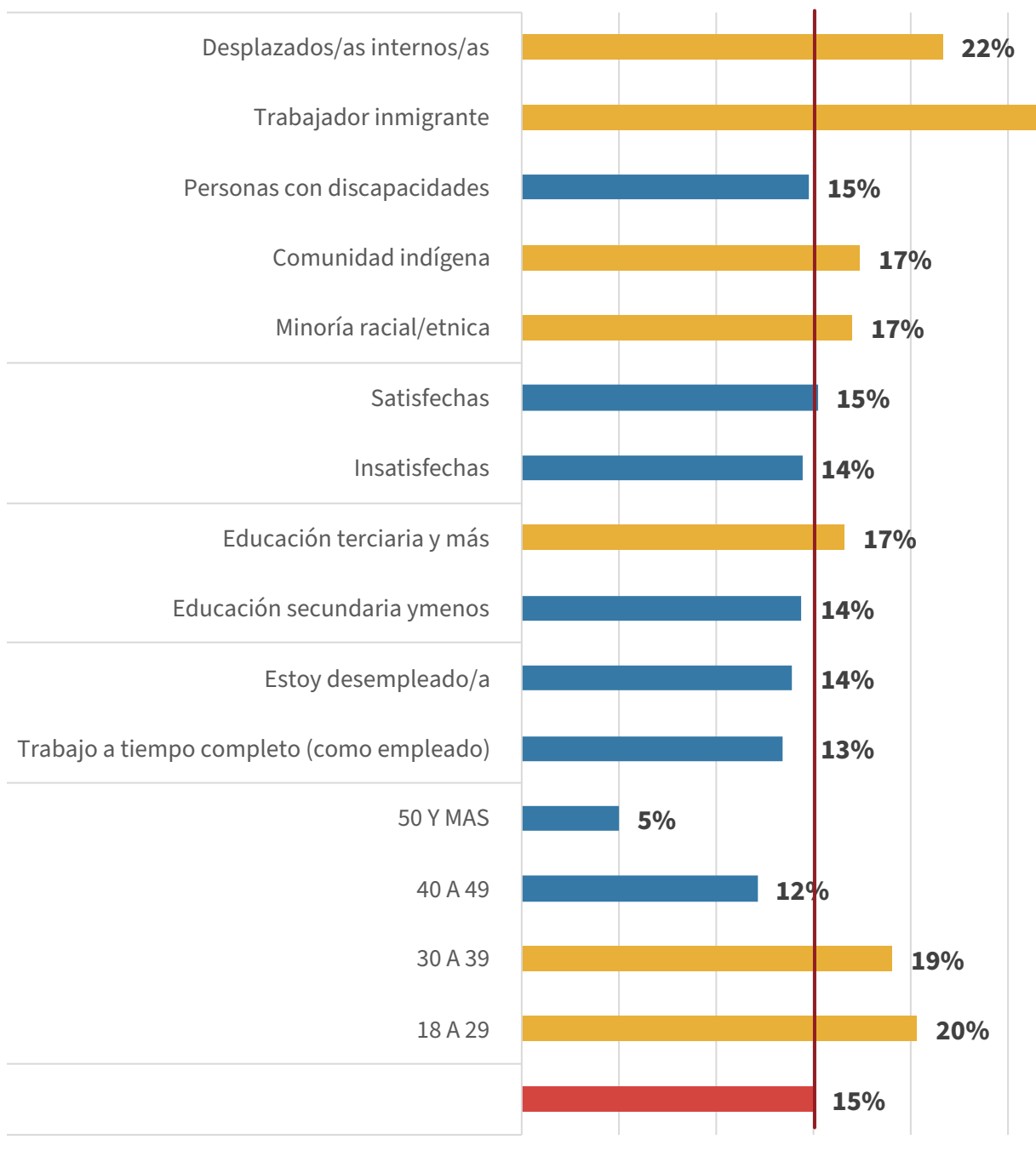
Necesidades básicas: No se identifica una diferencia entre las mujeres que están con y sin necesidades básicas satisfechas. Entre ambas solo hay un punto porcentual de diferencia.

Educación: Se observa una leve diferencia entre el nivel de educación. Las mujeres con mejor nivel educativo muestran un mayor porcentaje de estigma en SSRR (17%) en comparación con las que tienen un nivel educativo inferior (14%).

Trabajo: No se identifican diferencias entre las mujeres con trabajos formales de tiempo completo (13%) y las mujeres desempleadas (14%).

Edad: Este tipo de estigma se distribuye de forma gradual de acuerdo al grupo de edad, donde va disminuyendo a medida que la edad avanza. La mayor prevalencia del estigma en el ámbito de la SSRR se concentra en los grupos de edad más jóvenes. El 20% de las mujeres entre 18 a 29 experimentaron situaciones de discriminación en este ámbito, seguido del 19% entre las mujeres de 30 a 39 años. Luego de los 40 años, el nivel de estigma en SSRR cae considerablemente. Según la edad, la mayor prevalencia de estigma interno se da en los grupos etarios más jóvenes (86% en jóvenes de 18 a 29 años) y va disminuyendo hasta un 75% en personas de 50 y más años.

Gráfico 82: Estigma y discriminación en el ámbito de la SSRR por factores seleccionados (N=1424)



Fuente: Estudio ÍNDEX 2.0 Regional.

CONCLUSIONES

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS

La muestra recolectada en los 5 países muestra una rica diversidad en las personas con VIH en cuanto a su sexo y género, identidades de género percibidas, expresiones sexo-afectivas, prácticas como el trabajo sexual o el uso de sustancias, así como diferentes pertenencias étnicas, situación migratoria, entre otras. No obstante, debido a razones metodológicas y conceptuales, este estudio se focalizó en las denominadas “poblaciones clave”, las cuales son las que, de acuerdo al perfil epidemiológico del VIH en los países de Latinoamérica, acumulan mayor vulnerabilidad para adquirir el VIH de acuerdo a una serie de características comportamentales y determinantes sociales.

Estas poblaciones son los hombres y mujeres cis género, generalmente de orientación heterosexual, o denominados en este estudio como “población general”; los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH); las personas bisexuales; las mujeres lesbianas o mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM); las personas no binarias (personas que no se identifican con la dicotomía hombre-mujer o masculino-femenino) y se construyen dentro o fuera del espectro entre estas categorías también; y las personas transgénero, que reúnen una serie de identidades tales como travestis, personas transexuales, personas transformistas u otras denominaciones que cada país utiliza.

Aunado a todas estas categorías de población descritas, se encuentran también las personas que ejercen el trabajo sexual y las personas usuarias de drogas, por lo que también se ha realizado un análisis particular para estos dos colectivos.

Ahora bien, la variedad de combinaciones entre el sexo asignado al nacer, el género auto percibido, la expresión de dicho género y las diferentes orientaciones sexo-afectivas ha sido tan diversa que se han identificado 24 personas con VIH que no se podrían incluir en estas categorías establecidas, por lo que a fines de este estudio a estas personas se agruparon bajo la etiqueta de “otros”.

Adicionalmente, se ha logrado acceder a un importante número de PVV con diversidad de étnica y que se identifican con algún pueblo originario. Las PVV identificadas como parte de comunidades indígenas o una minoría étnica se encuentran entre el 10 al 15% de la muestra total.

En cuanto al sexo y género, se logró acceder a un importante porcentaje de mujeres cis y personas trans; en realidad, 4 de cada 10 personas con VIH encuestadas son o se identifican como mujeres o han construido identidades feminizadas. Esto permitió realizar análisis por género en todas las variables del estudio y generar evidencia para este grupo social.

En cuanto a la edad, se logró también acceder a una población joven, donde 2 de cada 10 PVV tiene menos de 30 años y 4 de cada 10 menos de 40 años. Esto, al igual que en la muestra de mujeres cis y personas trans, permitió realizar un análisis con enfoque generacional en todas las variables del estudio. Los países que encuestaron a mayor cantidad de PVV jóvenes (18 a 29 años) fueron Paraguay y Bolivia; asimismo, entre las poblaciones clave, las más jóvenes han sido los HSH, bisexuales y personas no binarias.

De igual forma, lo expuesto en el párrafo anterior está relacionado con los años de diagnóstico, donde 4 de cada 10 encuestados se han diagnosticado en los últimos 5 años. Esto muestra una población no solo joven en término de edad, sino también de años de tener VIH. En este caso, Paraguay y Bolivia son los países donde se encuestó a más PVV con diagnóstico tempranos y las poblaciones más jóvenes en este sentido han sido los HSH y bisexuales. Por su parte, los hombres y las mujeres cis de la población general son las que más años de vida con VIH presentan; es decir, son las poblaciones con mayor sobrevivencia (15 años y más de tener VIH).

En relación al máximo nivel educativo, se observa que las PVV en general no logran acceder en su mayoría a niveles superiores de educación (nivel terciario y universitario). En general, 7 de cada 10 personas con VIH han alcanzado como máximo nivel educativo la secundaria. Los países con menor acceso a educación superior son Nicaragua y Ecuador y las poblaciones menos favorecidas en este sentido son las personas trans, las MSM y las mujeres cis de la población general; por lo tanto, esto muestra que las poblaciones de mujeres cis y personas trans tienen mucho menos acceso a la educación que sus pares hombres, indepen-



dientemente de su orientación sexual. Un ejemplo de ello es que el 33% de los varones gays y otros HSH han logrado acceder a la universidad, en comparación con solo el 8% de las mujeres cis, MSM y personas trans. Inclusive el acceso a estudios superiores es mayor en los HSH que en los mismos hombres cis de la población general, en donde el 14% ha logrado acceder a ese nivel de formación.

Este bajo nivel de formación en la mayoría de las personas con VIH (PVV) también podría repercutir en el acceso a trabajos mejor remunerados. Así pues, en general, 3 de cada 10 PVV reportan que tienen un trabajo formal a tiempo completo como empleado; no obstante, el desempleo es casi similar; es decir, 3 de cada 10 PVV estaban sin empleo al momento de la entrevista. Según datos de la OIT, para el 2022, la tasa de desempleo en Latinoamérica es del 7,9%. Esto quiere decir que según los datos del estudio Índice 2.0, el desempleo que las PVV es 3 veces más que la tasa de desempleo regional en la población general.

En cuanto a la distribución geográfica, el desempleo en las PVV lo lidera Ecuador y Nicaragua. En Ecuador, 4 de cada 10 PVV entrevistadas estaban desempleadas. Con respecto a las poblaciones clave más desfavorecidas, se encuentran nuevamente las mujeres cis y las MSM. Así pues, si se compara el porcentaje de desempleo de los hombres cis de la población general y de los HSH, las mujeres duplican estos valores; es decir, por cada hombre desempleado, hay dos mujeres en la misma condición.

Finalmente, el nivel de acceso a la educación, así como el acceso al trabajo, repercute en las capacidades de las PVV en poder satisfacer sus necesidades básicas, estas últimas entendiéndose como la capacidad para cubrir al menos tres comidas diarias, techo, servicios, transporte, entre otros en el último mes previo a la encuesta. De esta manera, un 4% de las PVV no ha podido cubrir esto “nunca” y la mitad de las mismas lo han hecho “algunas veces”. Esto da como resultado un nivel de precariedad que podría constituir en sí mismo una barrera importante al momento de lograr una buena calidad de vida, más allá del acceso a la salud. Los países con mayor precariedad económica de las PVV son Nicaragua y Ecuador y las poblaciones clave con menos capacidades y recursos para satisfacer sus necesidades básicas son las personas Trans y las mujeres cis.

Nuevamente, aquí se observa como las poblaciones de mujeres cis y personas trans son las menos favorecidas en comparación con las identidades masculinas. El 57% de los HSH y el 45% de los hombres cis pudieron satisfacer sus necesidades básicas frente al 39% de las mujeres y el 38% de las personas trans. En resumen, al analizar el nivel educativo y el acceso al trabajo, se ha identificado que los países y las poblaciones con niveles más bajos también son las que reportan menor capacidad para cubrir sus necesidades básicas; en este caso, se destacan Ecuador y Nicaragua y entre las poblaciones las mujeres cis, MSM y las personas trans.

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN DIFERENTES ÁMBITOS

Como se ha identificado a lo largo del estudio, al analizar de forma separada los diferentes tipos de estigma (externo, interno, en servicios de salud y en el ámbito de la salud sexual y reproductiva) y sus consecuencias (vulneración de DDHH y conductas de autoexclusión motivados por estigma anticipado), se encontró que estos tipo de estigmas no se distribuyen de forma aleatoria en todas las personas con VIH, sino que están moduladas por una serie de factores, tales como el sexo, género, pertenencia étnica, situación migratoria, orientación sexual, identidad de género, edad, educación, trabajo, ingresos, entre otros. Así pues, dependiendo como se cruzan estos determinantes, los niveles de estigma y discriminación varían en su frecuencia e intensidad.

Estigma Interno: Este es el estigma con mayor prevalencia en todos los países y en todas las poblaciones. Cerca de 8 de cada 10 PVV entrevistadas han manifestado al menos dos indicadores de estigma interno al momento de la entrevista. Estos indicadores van desde ideas y creencias desvalorizantes relacionados con el hecho de tener VIH, hasta emociones negativas como la culpa, el miedo o la vergüenza relacionados con la seropositividad. Esto genera una serie de comportamientos de protección ante la amenaza de ser reconocido como personas con VIH, principalmente el hecho de ocultar el estado serológico en diferentes ámbitos de la vida, estrategia que ejecutan el 81% de las PVV.

Este es el único tipo de estigma que se distribuye de manera homogénea en la mayoría de las PVV, independientemente del país, el género, el tipo de población, la edad, y otros determinantes sociales. Asi-

mismo, es el único que supera el 70% de prevalencia. Sin embargo, hay ciertos factores identificados donde se observa mayor proporción de este tipo de estigma: 1) Pertenecer a una comunidad indígena, 2) Pertenecer a una minoría racial o étnica, 3) Estar en situación de desplazamiento interno, 4) Tener menos de 30 años.

Por otro lado, ser mujer, personas trans, trabajador/a sexual o usuario/a de sustancias no implica mayor proporción de estigma interno en relación al resto de las poblaciones.

Estigma Externo: Este es el segundo tipo de estigma más prevalente en las PVV. El 50% de las mismas han experimentado al menos una situación de estigma externo a manos de una tercera persona alguna vez, debido principalmente al estado serológico. En este apartado, se exploran situaciones de estigma y discriminación en el ámbito de la familia, la comunidad, el lugar de trabajo o el ámbito educativo.

De todos los escenarios explorados, es en el ámbito de la familia donde mayormente se experimenta situaciones de discriminación, seguido en el ámbito comunitario y en menor medida en el lugar de trabajo. Esta mayor proporción de discriminación en el ámbito de la familia se explica porque es en este ámbito donde mayormente se da la divulgación del estado serológico. Miembros de la familia, las parejas y los/as amigos/as son donde mayormente se da la divulgación, entre el 30 al 50% de las PVV declaran que su estado serológico es conocido en estos espacios; por otro lado, este porcentaje es mucho menor en ámbitos como la comunidad o el trabajo.

Es importante recordar que, para que se genere el estigma externo y se ejecute alguna conducta de discriminación a manos de una tercera persona, la condición previa sería que el estado serológico sea conocido previamente, ya que solo se puede discriminar cuando el rasgo distintivo es reconocido en la otra persona (VIH, orientación sexual, identidad de género, etnia, entre otros). En este sentido, estas diferencias de proporción de estigma externo según el ámbito o los escenarios donde se produce estará explicado por la probabilidad que se conozca el estado serológico y, como ya se analizó previamente, 8 de cada 10 PVV oculta su estado serológico a las demás personas. Así pues, muchas PVV podrían tener cierto control en la gestión del estigma externo y la posterior discriminación, a diferencia del estigma internalizado, que no depende de estos procesos de estigmatización externo.

Los factores que podrían incrementar el estigma externo debido al VIH serían, entre otros: 1) Ser MSM o persona personas Trans, 2) Ser persona usuaria de drogas, 3) Tener alguna discapacidad, 4) Pertenecer a una comunidad indígena o a una minoría étnica, 5) Tener necesidades básicas insatisfechas

Por su parte, la edad al parecer no estaría relacionada con mayor proporción de estigma externo, por su baja prevalencia en todos los grupos de edad (comparado con el valor regional del 50% usado como referencia). Tampoco se observan diferencias según el nivel educativo y la situación laboral.

Autoexclusión o estigma anticipado: Este tipo de estigma estaría relacionado con el estigma interno, ya que parte de un miedo a ser estigmatizado, por lo que la persona con VIH realiza una serie de comportamientos para evitar exponerse a una situación que percibe como amenazante. Estas conductas comúnmente son de evitación o escape. Asimismo, los comportamientos de evitación más prevalentes han sido alejarse de amistades, evitar relaciones sexuales, no acudir a servicios de salud, entre otros.

Entre los factores que podrían incrementar este tipo de comportamiento estarían: 1) Tener alguna discapacidad, 2) Ser desplazado/a interno, 3) Pertenecer a una comunidad indígena o grupo étnico, 4) No poder satisfacer necesidades básicas, 5) Estar desempleado/a. Por otra parte, la edad no implicaría mayor proporción de autoexclusión.

En cuanto al tipo de población, si bien en casi todas se observa una elevada proporción, se destacan los hombres cis de la población general, en los que se identifica mayor estigma anticipado en relación a las demás poblaciones

Discriminación en Servicios de Salud: En este apartado, se ha explorado una serie de situaciones de estigmatización y discriminación por parte de proveedores de salud y en el ámbito sanitario. Estas se presentan en dos escenarios particulares; por un lado, en los servicios donde las personas con VIH realizan sus tratamientos para el VIH y, por el otro, en otros servicios de salud no relacionados con el VIH y a los que PVV han acudido alguna vez para el tratamiento de diferentes situaciones de salud aparte del VIH.



En primer lugar, se observa una diferencia entre el nivel de estigma y discriminación según el tipo de servicios. La diferencia es casi el doble entre los servicios de salud no relacionados con el VIH y con de VIH; en el primero, el 27% de las PVV han reportado situaciones de discriminación en comparación con el 15% en los servicios de VIH. Esta diferencia podría ser lógica, ya que se parte del supuesto que en los servicios de VIH tanto el personal de salud como el servicio en general están sensibilizados y preparados para la atención humanizada de todas las PVV en general y de las poblaciones clave en particular, condiciones que muchas veces no se da en otros servicios de salud. Sin embargo, identificar que 2 de cada 10 PVV aún reportan situaciones discriminatorias en servicios especializados en VIH resulta preocupante, ya que en estos servicios no debería existir situaciones de este tipo, es más, la política debería ser de “cero discriminaciones”.

Ahora bien, los países donde mayor proporción de discriminación en servicios de VIH fueron Bolivia y Perú. Por su parte, las poblaciones que más reportan este tipo de situaciones fueron las MSM, trabajadores/as del sexo y personas usuarias de drogas y las personas trans; mientras tanto los HSH y hombres cis son las poblaciones con menos situaciones de estigma en servicios de salud.

Otros factores que podrían incrementar el riesgo de experimentar situaciones de estigma y discriminación en los servicios de salud de VIH serían los siguientes: 1) Personas con discapacidad, 2) Pertenecer a comunidades indígenas y minorías étnicas, 3) Ser desplazado/a interno/a, 4) No poder satisfacer necesidades básicas, 5) Tener menos de 39 años. Por otra parte, el nivel educativo y situación de empleo no estaría particularmente relacionado con este tipo de estigma y discriminación.

Vulneración de DDHH: En este apartado se ha analizado una serie de situaciones donde a las PVV se le ha condicionado el acceso a un beneficio a la realización de la prueba del VIH, situaciones donde se le ha divulgado el estado serológico sin el consentimiento o se le ha negado algún derecho en ámbito de la salud, vivienda, empleo, trabajo, justicia, etc. por razón del estado serológico. De esta manera, los resultados de vulneración de DDHH son las más bajas en relación a los demás tipos de estigma y discriminación analizados. De hecho, solo 2 de cada 10 PVV (20%) ha reportado haber experimentado al menos una de estas situaciones alguna vez. Las que más se destacan son la solicitud del test de VIH para acceder a algún servicio de salud y a algún trabajo o plan de pensión. El resto de las situaciones presentan una porcentaje igual o menor al 5%.

Estos valores inferiores al resto de los escenarios analizados, podrían estar relacionado al mismo, condicionante, para que se ejecuten conductas de discriminación a manos de terceras personas (estigma externo). Como ya se ha explicado, la discriminación basada en el estado serológico debe cumplir con la condición previa de que la personas o institución que discrimina, debe conocer previamente dicha condición, ya sea por revelación voluntaria de la PVV o no. En caso de que las personas o situaciones que violan algún DDHH no conocen el estatus serológico de las personas objeto de dicha discriminación, el motivo de esta discriminación podría ser imputada a otra razón, pero no al VIH. Las PVV en general ocultan su estado serológico, en mayor medida en escenarios fuera de la pareja y familia, por lo que las situaciones de estigma y discriminación queda reducida a los casos donde existe una revelación previa, situaciones de baja ocurrencia según datos de este estudio.

Otro motivo de esta baja proporción sería que alguna de las preguntas o reactivos utilizados en el cuestionario no se aplicaría al contexto de la región, ya sea por razones culturales o económicas. Por ejemplo, la probabilidad que las PVV sean detenidas o puestas en cuarentena por VIH, o hayan sido arrestadas o llevadas a juicio solo por tener VIH, no son comunes en Latinoamérica, tampoco los serían situaciones de negar visa o permiso de entrada a otros países por VIH, ya que solo una minoría de la muestra de PVV podría acceder a ese tipo de situaciones (viaje al exterior) por razones económicas. Por lo tanto, al ser situaciones de muy baja ocurrencia en el contexto local, la probabilidad que alguna PVV haya experimentado una situación de esa naturaleza resulta esperablemente baja.

Los países con mayor porcentaje de este tipo de situación fueron Bolivia y Ecuador; mientras que los de menor porcentaje son Nicaragua y Paraguay. En relación a las poblaciones, las MSM, otros, trabajadores/as sexuales, usuarios de drogas y personas trans son las que presentan mayor frecuencia de situaciones de este tipo. Por el contrario, las mujeres y hombres cis de la población general resultan las que reportan, en menor medida, vulneración a sus DDHH.

Los factores que se destacan, y que podrían estar relacionadas a situaciones de vulneración de DDHH, son los siguientes: 1) Se persona con discapacidad, 2) Se desplazado/a interno, 3) Pertenecer a comunidad indígena o minoría étnica, 4) No poder satisfacer necesidades básicas, 5) tener 29 años y menos.

Discriminación cruzada o por motivos diferente al estado serológico: Los procesos de estigmatización y posterior discriminación no están motivados por una sola razón; en realidad, este proceso es complejo y multicausal. Las personas experimentan situaciones de estigma y discriminación, pero en ese acto confluyen diferentes factores más allá del hecho de vivir con el VIH, es decir, la carga de estigma y discriminación por VIH esta mediatizada por otros factores como el sexo, género, orientación sexual, prácticas como el uso de drogas y trabajo sexual, pertenencia étnica, edad, situación laboral, entre muchas otras. Por esta razón, resulta complicado, metodológicamente, hacer una distinción precisa del cual de estos motivos que se cruzan es la que mejor explica el fenómeno de la estigmatización y discriminación. El concepto de la interseccionalidad resulta fundamental para leer y comprender los resultados de este estudio.

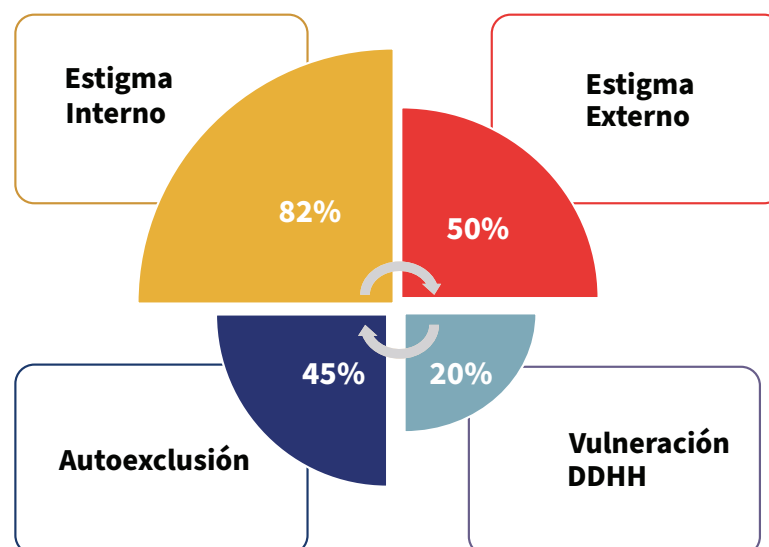
En este sentido, el cuestionario 2.0 introduce un apartado ausente en estudios del Índice anteriores. Se exploran otros motivos de discriminación diferentes al VIH. Así pues, de acuerdo al tipo de población, se describen situaciones de estigma y discriminación que fueron principalmente motivados por razones de identidad de género, orientación sexual, uso de sustancias y ejercicio del trabajo sexual.

Los resultados fueron claros al comparar ambos escenarios (discriminación por VIH y por otras razones). En todas las poblaciones clave analizadas, los valores de discriminación por otros motivos superan entre un 10 a un 15% a la discriminación por VIH. Esto sugiere que cuando una persona gay, HSH, personas Trans o trabajadora sexual reporta una situación de discriminación, posiblemente este acto discriminativo esté relacionado en mayor medida a motivos diferentes del VIH. Por lo tanto, la condición de VIH sería un factor que profundiza aún más situaciones de discriminación pre-existentes al VIH. Por ejemplo, en el caso de una persona personas Trans, la discriminación asociada a su identidad de género es muy anterior al diagnóstico por VIH, por lo que el estado serológico vendría a ser una carga adicional al ya largo historial de discriminación que las personas trans han sufrido.

Otra razón que podría explicar la mayor prevalencia del estigma y discriminación por razones diferentes del estado serológico es que el VIH como razón de discriminación, como ya habíamos analizado anteriormente, es una condición que *per se* no se identifica, no es un marcador visible que permita distinguir al “diferentes” de los demás. La naturaleza de esta condición también permite a las personas con VIH gestionar mejor el estigma, ocultando su estado serológico en escenarios que podrían ser amenazantes y solo revelado en ambientes más seguros. En caso de la identidad de género, la orientación sexual o la expresión de género, estos rasgos son más evidentes y, por lo tanto, las personas son más susceptibles a ser blancos de actos de exclusión y violencia.

En resumen, el estado serológico se cruza con otras razones y, en su conjunto, genera diferentes escenarios de vulnerabilidad. A ser acumulativo, cuenta más intersecciones se cruzan mayor sería la carga de estigma y discriminación; así pues, el estado de vulnerabilidad social aumenta significativamente.

Gráfico 83: Porcentaje de Estigma Interno, Externo, Autoexclusión, Vulneración DDHH



Fuente: Estudio ÍNDEx 2.0 Regional.

SITUACIÓN DE LAS MUJERES CIS Y PERSONAS TRANS

Un aspecto del avance de esta experiencia del estudio del Índice 2.0 en la región fue incorporar, desde la etapa de planificación y elaboración del protocolo y necesidad, una muestra importante de mujeres cis y personas trans, con el fin de poder realizar un análisis de género de los estudios Índice 2.0. Este proceso lo ha acompañado ICW global y GNP+ durante toda la planificación e implementación.

Así pues, este objetivo se ha logrado, ya que se presenta una muestra regional de 1.372 mujeres cis (incluyen mujeres heterosexuales, mujeres que tienen sexo con mujeres, mujeres trabajadoras sexuales y usuarias de drogas) y 324 mujeres trans. En términos porcentuales, las mujeres cis representan el 32% de la muestra y las personas trans el 8%. Cabe destacar que las mujeres cis en relación al resto de las poblaciones es la que mayor representación porcentual presenta en el total de la muestra (N=4.204).

En cuanto a la caracterización del trabajo sexual, se observa que en la muestra de mujeres se reporta una mayor frecuencia de sexo transaccional alguna vez y una mayor apropiación de la identidad de “trabajadora sexual”. De esta manera, 7 de cada 10 personas Trans entrevistadas reportan sexo transaccional y, de estas, 6 de cada 10 se reconoce como trabajadora del sexo; lo mismo sucede con la muestra de mujeres que tienen sexo con mujeres, donde 4 de cada 10 reportan sexo transaccional y el mismo porcentaje se identifica como trabajadora del sexo. En las mujeres cis, si bien solo el 10% ha reportado sexo por intercambio de dinero alguna vez, de estas la mitad se identifica como trabajador del sexo.

Por otro lado, esta apropiación no se percibe en los hombres que intercambian sexo por dinero. Por ejemplo, en el caso de los gays y otros HSH, si bien el porcentaje de sexo transaccional alguna vez es del 21,5% (más del doble de las mujeres cis), de estos solo el 12,5% se identifica con la categoría del trabajador sexual, a diferencia del 51% descritos en las mujeres cis.

Esto nos sugiere que la categoría de “trabajadora/or sexual” sigue siendo la categoría reservada a las mujeres cis y personas trans, las cuales se han apropiado con mayor adherencia que los varones, lo cuales, si bien practican sexo transaccional, pocos se reconocerían como trabajador sexual. Esta categoría, obviamente, está modulada por razones de género, atravesado por factores históricos y culturales, donde el trabajo sexual ha sido asociado a lo femenino.

Aunado a lo anterior, esto podría explicar en parte porqué los hombres trabajadores sexuales están invisibilizados, son de difícil acceso y no son parte de las estrategias de prevención y atención diseñados para esta población. A diferencia de las mujeres y personas Trans, el hombre cis trabajador sexual no ha pasado por un proceso de reconocimiento, identificación y empoderamiento como trabajador sexual, ya que esta situación es percibida como una “práctica” más que una categoría de identificación política. En este sentido, el rol del hombre trabajador sexual en las dinámicas de nuestras respectivas epidemias sigue siendo poco estudiado, lo que exige mayor abordaje y están ausentes en la representación política del este colectivo.

Características sociodemográficas

En términos generales, se presenta una población, en la que la mitad tiene menos de 39 años y, 3 de cada 10 mujeres y personas trans, menos de 29 años.

En cuanto a los años de diagnóstico, las mujeres cis (incluyendo a las MSM) son la población con más años de diagnóstico. Casi la mitad de la muestra de mujeres viven con el VIH desde hace 10 años y más.

En cuanto al nivel educativo alcanzado, claramente aquí se identifican brechas entre los géneros y el tipo de población. Por ejemplo, el 33% de las mujeres cis solo han logrado llegar a la educación primaria, en comparación con el 7% de los gays y HSH. Las personas trans, en su mayoría (55%), lograron alcanzar como máximo el nivel secundario, en comparación el 35% entre los gays y HSH. Finalmente, al analizar los estudios superiores, se observan las mayores brechas; de esta manera, se muestra que las mujeres cis y personas trans solo lograron alcanzar un 8% en estudios superiores (universitarios) en comparación con el 14% en hombres cis y el 33% en hombres gays y otros HSH.

En el acceso al trabajo formal remunerado y el desempleo, también se identifican importantes brechas entre los géneros y poblaciones. La prevalencia regional de desempleo en las PVV es del 26%, pero en las mujeres cis este porcentaje se eleva hasta el 42% y en las MSM 32%. Las personas trans reportan un 15%, ya que en su mayoría ejercen el trabajo sexual. Finalmente, el desempleo en mujeres cis es más del doble de los hombres cis (19%) y de los gays y HSH (17%).

En cuanto al trabajo formal a tiempo completo, también se observan diferencias importantes. El 28% de las PVV reportan un trabajo formal a tiempo completo, pero en las mujeres cis esto se traduce a un 16%, muy por debajo de los hombres cis que en un 32% cuentan con trabajos formales y el 41% de los gays y HSH. Esto nos muestra que las mujeres cis en general tienen menos acceso al mercado laboral y, en una proporción muy por encima del valor regional, se encuentran en estado de desempleo. Las mujeres trans, si bien están por debajo de las mujeres cis en relación al acceso a un trabajo formal, esta situación se compensa por el trabajo sexual. Lo anterior explicaría una menor proporción de “desempleo” en esta población.

Por su parte, las mujeres cis, en su mayoría, trabajan en sus casas, con tareas domésticas y de cuidados no remunerados. Según el estudio, 8 de cada 10 mujeres cis tienen a sus cargos niños/as. Esto explicaría su bajo porcentaje de trabajo remunerado y su muy elevado porcentaje en “desempleo”.

Esta combinación de entre un bajo a medio nivel educativo y un elevado porcentaje de desempleo y trabajos no remunerados, sitúan a las mujeres cis en general a una mayor precariedad a nivel socioeconómico que incide en la satisfacción de sus necesidades básicas. El 47% de las PVV a nivel regional reportan que “siempre” o “casi siempre” han podido cubrir sus necesidades básicas en el último mes; sin embargo, en las mujeres cis y personas trans este porcentaje baja al 38%, muy por debajo del 57% reportado por los hombres gays y HSH. Los hombres cis, por su parte, reportan un 45%, seis puntos por encima de las mujeres cis y personas trans.

Como hemos analizado hasta aquí, se identifica con claridad una brecha entre los indicadores socioeconómicos entre las mujeres cis, MSM y personas trans en relación de las identidades masculinas (hombres cis y HSH). Estas desigualdades descritas en este apartado, no estarían explicadas solamente por el VIH, ya que estas brechas entre los géneros serían pre-existentes al diagnóstico. Por lo tanto, la brecha de acceso a la educación, el trabajo y los ingresos entre hombres y mujeres, entre lo masculino y lo femenino, es histórica y se refleja también en poblaciones que no viven con el VIH. En este sentido, el VIH no sería la variable que explica estas desigualdades, sino más bien estaría basada en razones de género; sin embargo, el VIH podría profundizar aún más estas brechas.

Estigma y discriminación en diferentes ámbitos

A diferencia de lo expuesto en el apartado anterior sobre las desigualdades a nivel socioeconómico, donde las mujeres cis y personas trans estaban relativamente igualadas y en clara desventaja en comparación de los hombres cis y gays, al analizar solo las proporciones de estigma y discriminación, se observa diferencias entre las mujeres. Estas diferencias se dan especialmente entre las mujeres cis y las personas trans, donde estas últimas presentan indicadores menos favorables o, dicho en otras palabras, mayor carga de estigma y discriminación que en las mujeres cis. Un ejemplo de ello es el estigma externo debido al VIH a manos de terceras personas en la familia, la comunidad, trabajo y otros ámbitos, ya que en los hombres cis, el 41% de ellos ha reportado alguna situación de estigma externo, a diferencia del 51% en mujeres cis y el 60% en personas trans.

En cuanto al estigma anticipado que genera conductas de autoexclusión, la relación entre géneros tiende a invertirse. En este caso, los hombres cis son más susceptibles a ejecutar dichas conductas evasivas que las mujeres cis y personas trans (5 puntos porcentuales entre ambos géneros). El comportamiento evasivo de los gays y HSH sería similar a las de las mujeres cis y personas Trans.

Por otro lado, en relación a la vulneración de DDHH, se identifica una clara brecha entre las personas trans y otras mujeres cis y hombres en general. Las personas Trans reportan que el 25% ha experimentado alguna situación de violación de sus DDHH, mayor que en los HSH (21%) y que las mujeres y hombres cis (19% y 17% respectivamente).

En el ámbito de la salud también se identifica brechas en la exposición a situaciones de estigma y discriminación, en especial en los servicios de salud donde se oferta la atención especializada del VIH. Como se observó en los demás tipos de estigma, aquí también son las personas trans las que presenta mayor proporción de estigma en servicios de salud de VIH, ya que el 23% de personas Trans han experimentado alguna situación de este tipo, 8 puntos porcentuales por encima de las mujeres cis y 10 por encima de los gays/HSB y hombres cis.

Así pues, al comparar solamente las mujeres y personas trans (identidades feminizadas) con los gays y hombres cis (identidades masculinizadas) hay una brecha en cuanto al trato en servicios de salud, donde las primeras reportan mayor carga de estigma y discriminación que los segundos. Esta diferencia entre géneros estaría explicada en parte por el histórico trato diferencial otorgado a hombres y mujeres en espacios públicos y desde las instituciones. Sin embargo, esto no explica las diferencias entre mujeres cis y mujeres personas trans; en este último caso, si bien tener una construcción identitaria femenina (independientemente del sexo biológico al nacer) en general genera mayores barreras para ciertos ámbitos y escenarios, si se compara con las identidades masculinas (independientemente de la orientación sexual), no se explican las diferencias entre mujeres cis y personas trans. Por lo tanto, estas desigualdades deben ser explicadas por la diferencia entre las construcciones identitarias y expresiones de género, sobre todo en las personas trans, cuyas identidades de género son de las más violentadas y criminalizadas en nuestros países.

Lo analizado en el párrafo anterior, podría otorgarnos cierto entendimiento que explique por qué las personas trans que experimentan mayor carga de estigma y discriminación que las mujeres cis (aunque estas también poseen mayor carga que los hombres), presentan muy baja capacidad de respuesta ante estas situaciones. Sólo el 7% de las personas trans han denunciado situaciones de vulneración de DDHH, en comparación con el 16% de las mujeres cis. Inclusive, los hombres cis y gays/HSB denuncian más que las mujeres personas trans (13% en ambos casos).

En el estigma interno, por otro lado, todas las poblaciones tienden a igualarse. Entre mujeres cis, personas trans y hombres (cis y gays) no hay más de 4 puntos porcentuales de diferencia. Esto mostraría que el género no sería una variable que explicase por sí sola la elevada prevalencia de estigma interno, ya que este tipo de estigma se distribuiría de forma equitativa en todas las poblaciones, no habiendo diferencias significativas entre ellas.

Estigma y discriminación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva

Ahora bien, para este apartado, solo se ha tomado una muestra de mujeres cisgénero (n=1.424), o personas gestantes, por lo que las mujeres trans no están incluidas en este apartado. Aquí se exploran situaciones de estigma y discriminación en situaciones relacionadas con la reproducción, maternidad o lactancia, vinculados principalmente con el trato con los proveedores de servicios de salud.

En términos generales, aún persisten situaciones de discriminación en este ámbito. Hasta el 15% de las mujeres ha experimentado alguna vez una de estas situaciones durante su vida sexual y reproductiva, posterior a su diagnóstico por VIH. En términos geográficos, Perú (27%) y Bolivia (24%) son los países donde las mujeres han reportado más situaciones de estigma en este ámbito.

Entre las situaciones que más se destacan, ya que aumentaría considerablemente el porcentaje de discriminación en el ámbito de la SSRR, están las situaciones de desplazamiento interno y las trabajadoras migrantes. Esto implica un especial interés en el fenómeno de la migración interna y externa en las mujeres, factor que podría perpetrar aún más las situaciones de estigma en el campo de la SSRR, el cual se sumaría a la condición de VIH y al género.

Finalmente, también la edad sería un factor que amplificaría este fenómeno, asumiendo que las mujeres jóvenes, menores a 39 años, son las que en mayor medida experimentan alguna situación de violencia y discriminación en relación a su salud sexual y reproductiva. Esto se explica porque que están en plena edad reproductiva y, por lo tanto, la probabilidad de exponerse a situaciones relacionadas con la reproducción y maternidad aumenta significativamente.

RECOMENDACIONES

Este apartado se ha realizado en tres etapas: **1) Recomendaciones Metodológicas:** Esta primera etapa, que resume las recomendaciones metodológicas, se ha construido de forma colectiva entre todos los equipos de investigación de los 5 países involucrados, así como sus socios de investigación. Estas recomendaciones recogen una serie de aportes para mejorar aspectos metodológicos relacionados con el protocolo, el cálculo de muestra, la estructura del cuestionario, análisis de la información, entre otros. **2) Recomendaciones sobre socialización y planificación:** Este apartado recoge recomendaciones que se han elaborado con las redes de personas con VIH de los países y a nivel regional. En este proceso de construcción, han participado las 5 redes regionales de personas con VIH que participan en el proyecto de **ALEP+PC** del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria. Este proceso de construcción se dio en un taller regional presencial realizado en abril de 2023. Asimismo, en este apartado se establece una hoja de ruta a partir de los resultados del **Índice 2.0** Multipaís y que concluye con la elaboración de un Plan de incidencia a nivel regional. **3) Recomendaciones sectoriales:** Este apartado también se ha realizado en el taller regional con las redes regionales de PVV y las coordinaciones nacionales de los 5 países que han desarrollado el **Índice 2.0** del proyecto **ALEP+PC**. Así pues, para el desarrollo de estas recomendaciones, se ha utilizado la herramienta para fortalecer las acciones de incidencia de acuerdo a las recomendaciones del **Índice** (GNP, 2020) donde se han trabajado los resultados del **Índice 2.0** Multipaís en diferentes dimensiones (familia y comunidad, educación, trabajo, salud y vulneración de DDHH). Para cada dimensión, se ha elaborado una serie de recomendaciones con una mirada regional y, adicionalmente, se han identificado los sectores y actores destinatarios de estas recomendaciones, así como los posibles aliados estratégicos y oponentes; por lo tanto, se asienta las bases para la planificación y elaboración del plan de Incidencia Regional.

1. Metodológicas

1. Elaborar un plan de análisis estandarizado que permita guiar a los países en el tratamiento de sus respectivas bases de datos y facilitar posteriormente su análisis. También es importante estandarizar el tratamiento de algunas variables; por ejemplo, el de tipo de población, la cual se contribuye utilizando diferentes variables. Esto permitirá estandarizar el modo que los diferentes estudios presentan esta variable de tipo de población y mejorar así la comparabilidad entre estudios y en caso de los informes regionales.
2. Revisar y actualizar los reactivos (preguntas) que exploran las variables de estigma y de discriminación. En el caso de las preguntas de la “sección F” que responden a la dimensión “vulneración de DDHH”, algunos reactivos plantean situaciones que no siempre es común en los países de la región, por lo que la probabilidad de responder de forma positiva a ellos es baja y el resultado son porcentajes muy bajos, lo que podría generar una percepción de que las personas con VIH no experimentan vulneración de sus DDHH de forma significativa. Por otro lado, existen situaciones que serían más comunes en nuestros países de Latinoamérica que no están en el cuestionario y por ello se pierde una oportunidad de recoger información que sea útil a la región.
3. Elaborar recomendaciones claras y vinculantes al momento de diseñar las muestras, en especial el de poblaciones clave. Por un principio de conveniencia y fácil acceso a ciertos grupos, se tiende a sobrestimar la muestra de poblaciones de más fácil acceso, como los hombres gays y otros HSH, en detrimento de poblaciones más pequeñas u ocultas como las personas trabajadoras sexuales y en especial en los usuarios de drogas. Es importante desarrollar estrategias focalizadas para el abordaje de estas poblaciones clave de más difícil acceso y aportar los recursos financieros acorde al esfuerzo. Es importante que se cumplan las cuotas de al menos 50 personas en cada población clave para poder realizar un análisis estadístico válido.
4. Revisar en todos los protocolos la constitución de las muestras y del equipo de encuestadores/as con el fin que todas las poblaciones clave y los géneros estén representadas en ambos niveles (muestra y equipo encuestador). En ocasiones, se puede lograr una representación estadística en la constitución de las muestras, pero esto no se refleja en la conformación del equipo encuestador, donde muchas veces hay sobrerrepresentación de algunas poblaciones clave y ausencia en otros. Si bien es importante reconocer que, en algunas poblaciones como las personas trans, trabajadoras/es sexuales o los usuarios de drogas puede existir dificultad para identificar un perfil para la figurar de encuestador/



ra, es importante agotar las instancias para lograr esta equidad. Asimismo, contar con el apoyo de las redes regionales de estas poblaciones que puedan apoyar en la identificación y reclutamiento de personas entre sus bases que pudiesen cumplir con el perfil.

5. Ampliando la recomendación anterior, esto se aplica también en la constitución de la muestra y del equipo encuestador por género. Es fundamental adoptar las recomendaciones de ICW Global y de su regional que recomiendan que las mujeres con VIH estén presentes en todo el proceso de toma de decisiones, desde la planificación, pasando por la implementación y terminando con la difusión de los resultados y el diseño de los planes de incidencia política a partir de los datos del índice. Se recomienda que las muestras de mujeres con VIH sean de al menos el 25% del total de la muestra accedida. Esta proporción también se debería reflejar en el equipo de encuestadores/as, donde la misma proporción se debería aplicar y así contar con encuestadoras que pertenecen a la población de mujeres con VIH.
6. Si bien el uso de cuestionarios digitales facilita el proceso de recolección de datos, agiliza su consolidación y minimiza errores de llenado (campos obligatorios, saltos automatizados, etc.), esto no excluye el trabajo humano de control de la calidad de la información. Es importante en este sentido, desarrollar mecanismos estandarizados de control de la calidad de la información que reditúa en una mayor precisión de la información y mayor confiabilidad de los datos obtenidos.
7. Los estudios Índice 2.0 presentados en este informe regional se han desarrollado de forma coordinada en el contexto del proyecto ALEP+PC, el cual transfirió recursos a todos los países y donde se ha contratado una coordinación regional que apoyó técnicamente a las coordinaciones nacionales en la implementación de todo el proyecto, lo que garantizó que se cumplieran los procesos estandarizados recomendados por la Asociación Internacional conformada GNP+, ICW Global y ONUSIDA, así como con el socio de investigación la Universidad Jhon Hopkins. Sin embargo, en la mayoría de los casos, este contexto no está presente al momento que un país desarrolla sus proyectos locales. Por este motivo, resulta estratégico operativizar las Academias del Índice recientemente desarrolladas por GNP+ en diferentes regiones, con el fin de crear un equipo de mentores/as formado por referentes que ya cuentan con experiencias en la coordinación de los Índice 2.0; por lo tanto, se daría apoyo a las coordinaciones nacionales que recién inician dicho proceso, así como fomentar, de esta manera, a la personas Transferencia de capacidades de forma horizontal entre las diferentes organizaciones y redes de personas con VIH en la región.

2. Socialización y procesos de planificación a partir de los datos del Índice 2.0

1. Una vez concluidos los informes nacionales y regionales, estos deben someterse a un proceso de difusión y socialización comenzando con los Comités Nacionales en el caso de los Índice 2.0 de países y con el Comité Regional de Redes en el caso del informe regional. En esta primera etapa de revisión, se deberá no sólo validar los datos, sino también elaborar de forma colectiva las recomendaciones que necesariamente deben ser sectoriales; es decir, si el Índice 2.0 explora situaciones de estigma y discriminación en diferentes escenarios (familia, comunidad, servicios de salud, trabajo, educación, justicia, etc.), las recomendaciones deben ser específicas para cada uno de estos sectores y actores en los diferentes niveles de involucramiento frente a la eliminación de barreras relacionadas con el estigma y la discriminación. De esta manera, se facilita posteriormente la elaboración de acciones focalizadas para cada sector.
2. Luego de esta primera etapa de validación y elaboración de recomendaciones con las redes nacionales y regionales de PVV, se debe continuar el proceso ampliando el espacio a otros actores y sectores (gobierno, organismos de cooperación, otras organizaciones civiles, sector académico, etc.) con el fin de lograr una red de alianzas estratégicas y, posteriormente, facilitar los procesos de incidencia.
3. Desarrollar un plan de comunicación que facilite la difusión de los datos del Índice 2.0 a nivel de los países y a nivel regional, con el fin de que la mayor cantidad de personas e instituciones se informen, sensibilicen y se apropien de los resultados de los estudios Índice 2.0 (nacionales y regional), así como de los planes de incidencia. La comunicación en este sentido resulta fundamental para facilitar posteriormente las acciones de incidencia y posicionamiento de la temática del estigma, la discriminación y los DDHH de las PVV en las agendas públicas de los países.

4. Desarrollar un plan de movilización de recursos. En el caso de los países que desarrollaron el Índice 2.0 en el contexto del proyecto ALEP+PC, ya no se cuenta con recursos adicionales para la elaboración e implementación de planes de incidencia ni a nivel local ni a nivel regional. Esto exige que cada país identifique y movilice diferentes fuentes de financiamiento para implementar esta etapa; por lo tanto, esta movilización de recursos debe estar acompañada y apoyada por las redes regionales y otros socios estratégicos que se pueda conseguir en el proceso de socialización y validación descritos en las recomendaciones anteriores.

3. RECOMENDACIONES SECTORIALES

Dimensión Familia y Comunidad:

1. Visibilización a actores clave de los entornos gubernamentales sobre la desigualdad que persiste en las mujeres tanto cis como MSM con respecto a los hombres y sus implicaciones en el agravamiento de situaciones de EyD.
2. Generar una estrategia de socialización de la información del estudio Índice sobre la desigualdad de las mujeres.
3. Proponer agendas de trabajo regional y nacionales con enfoque diferencial para reducir y eliminar el estigma y la discriminación contra las mujeres.
4. Revisión de la normatividad en VIH en los países para evitar vulneraciones de derechos como el trabajo, la educación, el acceso a vivienda, la confidencialidad, el aseguramiento.
5. Incluir en los procesos de grupos de apoyo, educativos y terapéuticos, temas de prevención del estigma, la discriminación, la vulneración de DDHH a las personas con VIH por parte de las familias.
6. Desarrollar campañas de sensibilización dirigidas a población general y familias, para la prevención del estigma, la discriminación y la garantía de los DDHH de las personas con VIH.
7. Desarrollar una estrategia de educación continuada respecto al VIH y el reconocimiento de DDHH de las personas que se articule a los proyectos instituciones de educación en los diferentes niveles básico, medio, superior, profesional. Además de que sea extensivo a las carreras de formación en áreas de la salud y sociales (medicina, trabajo social, psicología, etc.).
8. Desarrollar un proceso de alfabetización para el reconocimiento de las identidades en el marco de la diversidad sexual.

Dimensión Educación

1. Fortalecer la respuesta multisectorial desde el nivel educativo y el acceso a becas de estudio para las poblaciones de mayor vulnerabilidad con enfoque diferencial y de género, especialmente, para las mujeres cisgénero y mujeres trans.
2. Proponer la inclusión de educación alternativa, como la virtual, con adaptación cultural en medios prácticos para las comunidades
3. Generar proyectos educativos y de cooperación dirigidos a personas adultas de las comunidades más vulnerabilizadas, especialmente, para mujeres cis y mujeres trans.
4. Generar convenios con el sistema educativo escolarizado y no escolarizado que incluyan a las mismas comunidades.
5. Desarrollar estrategias para que las agendas de las diferentes comunidades incorporen el tema educativo.

6. Desarrollar, incorporar y/o fortalecer políticas, planes y programas de educación integral en sexualidad con enfoque etario, diferencial y de género, para su implementación en los países.
7. Desarrollo de programas que aseguren y fortalezcan el acceso a espacios culturales con enfoque etario, diferencial y de género.
8. Incorporación de indicadores y variables sobre educación en los observatorios.
9. Complimiento de la norma jurídica y establecer mecanismos de denuncias que estén disponibles para las PVV y población clave.
10. Realizar un litigio estratégico para lograr reparación integral frente a situaciones de estigma y discriminación en el ámbito educativo.
11. Impulsar y desarrollar programas educativos sensibles y amigables con las experiencias de las personas con VIH y poblaciones clave y que estos sean accesibles para las poblaciones.
12. Mejorar el desarrollo productivo para mejorar los aspectos educativos en las PVV.
13. Vincular a los ministerios de desarrollo con los ministerios de educación para mejorar la educación formal en PVV.
14. Generar programas de alfabetización, carreras técnicas y vinculada con una estrategia laboral para las personas con VIH.

Dimensión Trabajo

1. Realizar un mapeo de la normativa laboral en los países de la región para conocer las leyes que protegen y/o vulneran los derechos laborales de las PVV y/o poblaciones clave.
2. Impulsar una ley laboral que garantice una cuota de PVV en las nóminas de las empresas públicas y privadas, respetando el derecho a la confidencialidad.
3. Conformer una alianza entre las redes de personas con VIH, las agencias de naciones unidas como OIT, ONUSIDA y otras organizaciones como “Trabajo en Positivo” de España para impulsar el acceso al trabajo de las PVV.
4. Impulsar convenios con las cámaras de comercio y los sindicatos de trabajadores para capacitación y sensibilización sobre el VIH en el lugar de trabajo.
5. Impulsar el litigio estratégico en materia laboral en las redes regionales de personas con VIH.
6. Coordinar con los Ministerios o Inspectorías de Trabajo para supervisar a las empresas sobre el cumplimiento de la normativa relacionada con la defensa de los derechos de las PVV.
7. Creación de espacios informativos en empresas privadas y públicas donde se aborden temas como diversidad, género, estigma y discriminación en personas con VIH.
8. Alianza entre empresas privadas, sector público y organizaciones de la sociedad civil para promoción y respeto del marco legal vigente.
9. Proceso de incidencia para la creación de una secretaría, unidad o entidad pública para inclusión de personas con VIH y poblaciones vulnerables.
10. Impulsar en todas las acciones el tema de género, ya que se observa que las mujeres están en desigualdad de oportunidades laborales.
11. Sensibilizar a las iniciativas privadas, Cámaras de Industrias, Ministerios de Desarrollo y actores relacionados para incluir a más mujeres con VIH en el trabajo formal.

12. Sensibilizar a las iniciativas privadas, Cámaras de Industrias, Ministerio de Desarrollo, y actores relacionados para incluir a personas usuarias de drogas en el trabajo formal.
13. Incorporar en el marco de la ley de discapacidad a las personas con VIH y exigir un porcentaje de incorporación de trabajadores con VIH.
14. Promover las políticas de inclusión de personas con VIH en la empresa privada y una política contra el estigma y la discriminación en el lugar de trabajo.

Dimensión Salud

1. Los programas de VIH deben ser con un enfoque transversal en todas las especialidades, incluyendo la salud mental (psicología, psiquiatría, trabajo social).
2. Promocionar los trabajos inter pares complementarios a los paquetes de servicios de salud (médicos, clínicos, etc.).
3. Promocionar campañas de concientización y sensibilización hacia personas con VIH en particular y población general.
4. Exigir que en las unidades de atención integral de VIH se incluya atención psicológica para abordar los temas de autoestima y discriminación.
5. Recuperar los grupos de auto apoyo para abordar temas de salud mental con el involucramiento de pares.
6. Generar grupos terapéuticos en el marco de la disciplina de salud mental en función del autoestima.
7. Generar protocolos de atención en salud sexual y salud reproductiva para la eliminación de la violencia obstétrica.
8. Desarrollar convenios de cooperación con las facultades universitarias de psicología para brindar atención a personas con VIH.
9. Fortalecer los mecanismos de coordinación comunitaria de las OBC de personas con VIH y de poblaciones clave para la atención del diagnóstico oportuno, el abordaje comunitario en TMI plus, incluyendo el abordaje de la violencia obstétrica, los diálogos entre medicina tradicional y alopática, así como campañas de prevención combinada y el acceso a tecnologías de prevención.
10. Incorporar a los consejeros y educadores de pares como parte de los equipos multidisciplinarios de salud para la prevención y la atención.
11. Desarrollar convenios con la academia para incluir en la malla curricular el tema de VIH en sus diferentes ámbitos.
12. Incorporar con un enfoque diferencial, las necesidades de las personas trans en el marco de la prestación de los servicios integrales en salud como un derecho fundamental.
13. Incorporar acciones de adaptación cultural de las estrategias de prevención y atención.
14. Promover el acceso a todas las tecnologías innovadoras de diagnóstico, prevención, tratamiento y atención existentes en las directrices internacionales como un derecho fundamental de todas poblaciones
15. Incluir en los paquetes de servicios integrales ofertados, intervenciones contra los efectos adversos de la medicación antirretroviral (tales como la lipodistrofia, resistencias y situaciones de salud mental).
16. Inclusión de las necesidades de lxs adultxs mayores con VIH en las agendas de la sociedad civil.
17. Inclusión de las necesidades de las personas adultas mayores con VIH en las políticas y programas de atención integral.

Dimensión Vulneración de DDHH y Denuncia

1. Empoderamiento de las poblaciones para incidir en el cumplimiento de la legislación en cuanto a DDHH y VIH.
2. Fortalecer los sistemas de denuncia de vulneraciones de DDHH y su exigibilidad.
3. Establecer alianzas en las organizaciones de base comunitaria para apoyar el litigio estratégico sobre denuncias de DDHH.
4. Establecer un mecanismo de mediación para la resolución en la vulneración de DDHH.
5. Generar mecanismos de alfabetización jurídica para que se conozcan las competencias de las instituciones del Estado, así como las rutas jurídicas y rutas de denuncia en cada país.
6. Generar estrategias nacionales para que se acorten los tiempos para las resoluciones de litigios cuando han sido vulnerados los derechos de las personas.
7. Establecer alianzas con estudios jurídicos para el acompañamiento legal a casos de vulneración de derechos de personas con VIH.
8. Promover el uso de las plataformas de denuncias oficiales existentes y las generadas desde las comunidades (esto puede hacerse a través de estrategias de comunicación).
9. Desarrollar procesos de alfabetización jurídica para las comunidades directamente afectadas por el estigma, la discriminación y la violencia.
10. Desarrollar de forma articulada con las autoridades un proceso de formación de pares para su inclusión en las Defensorías del Pueblo para la atención y el seguimiento de las denuncias generadas por las comunidades.
11. Judicializar los casos de violación de los derechos humanos de las personas con VIH y personas de las poblaciones clave.
12. Activar las instancias públicas de vigilancia sobre el cumplimiento de los derechos humanos de las personas con VIH y poblaciones clave (tales como Defensorías del Pueblo y Secretarías o Ministerios de Derechos Humanos).
13. Generar en cada país un espacio y un grupo de trabajo sobre personas con VIH privadas de la libertad con el objetivo de ratificar la no vulneración de DDHH y activar rutas de denuncia y resarcimiento cuando sean vulnerados los mismos.
14. Diseñar una estrategia para la recopilación de información acerca del estado de DDHH de PVV privadas de la libertad (esto podría ser un observatorio).
15. Generación de información acerca de personas con VIH migrantes, desplazados internos y refugiados.
16. Diseñar estrategias para la garantía del ejercicio pleno de DDHH de las personas migrantes, desplazadas internas y refugiadas.
17. Revisión, actualización y vigilancia de las políticas migratorias en la región y su intersección con el VIH y el cumplimiento de la garantía de DDHH de esta población.
18. Desarrollar, vincular y/o fortalecer redes, actores de apoyo y defensa a Defensores de DDHH.



Alianza Liderazgo en Positivo & Poblaciones Clave.

