



ALEP+PC
 Alianza Liderazgo en Positivo
 y Poblaciones Clave



Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH en Nicaragua

Septiembre - 2024





Índice de Estigma en Personas con VIH.

Managua, Nicaragua
Septiembre - 2024

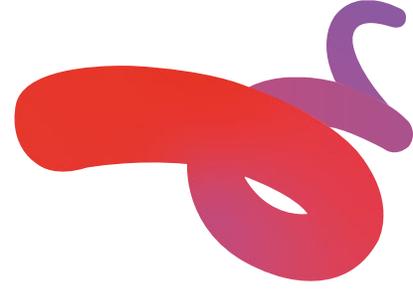


Descargo de responsabilidad

El presente estudio ha sido posible gracias al financiamiento del proyecto regional Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC), financiado por el Fondo Mundial y administrado por el Instituto Humanista para la Cooperación con los Países en Desarrollo (Hivos). Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la opinión de las organizaciones involucradas en la financiación, asesoría técnica, administrativa e instituciones que con su participación han hecho posible culminar el presente estudio.

Este documento puede ser compartido, copiado, traducido, revisado y distribuido libremente, en parte o en su totalidad, pero no para su venta o uso con fines comerciales. Solo las traducciones, adaptaciones y reimpressiones autorizadas pueden llevar el emblema de las organizaciones antes mencionadas.





Créditos

Comité de Ética CONISIDA

Dr. Enrique Beteta	Presidente del Comité de Ética y viceministro de Salud, MINSA
Dra. Matilde Román	Componente ITS/VIH del MINSA
Dra. Galaxia Vásquez	Componente ITS/VIH del MINSA
Dr. Camilo Latino	Secretaría Técnica de CONISIDA

Coordinación Nacional

Karla Isabel Gómez Pastrana

Investigadores

Lic. Norman Gutiérrez	Investigador principal
Dr. Rafael Arana Picado	Asesor estadístico
Lic. Maricela Larios Cruz	Consultor para datos cualitativos
Salvador Reyes	Supervisor de campo

Red de Servicios de Salud MINSA

Dra. María Mercedes Corea	Responsable programa VIH SILAIS Managua
Lic. Fátima Pantoja Ortega	Responsable programa VIH SILAIS León
Lic. Cynthia Paredes Boquín	Responsable programa VIH SILAIS Chinandega
Lic. Maribel Videá	Responsable programa VIH SILAIS Rivas
Dra. Claudia Sánchez	Responsable programa VIH SILAIS Masaya
Lic. María Elena Hurtado	Responsable programa VIH SILAIS Chontales
Lic. Juleysi Samara Pineda	Responsable programa VIH SILAIS Granada
Lic. Scarleth Gámez Tinoco	Responsable programa VIH SILAIS Matagalpa
Lic. Mable Gamie Dean	Responsable programa VIH SILAIS Bilwi

Encuestadoras/es

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



Lista de acrónimos y abreviaturas

ALEP	Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave
ARV	Antirretrovirales
CEPRESI	Centro para la Educación y Prevención del SIDA
CONISIDA	Comisión Nicaragüense de Sida
DDHH	Derechos Humanos
EyD	Estigma y Discriminación
EVC	Estudio Vigilancia del Comportamiento
FM	Fondo Mundial
GAM	Informe de Monitoreo Global de Sida de ONUSIDA (siglas en inglés)
HIVOS	Instituto Humanista para la Cooperación con los Países en Desarrollo
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
GNP	+Red Global de Personas viviendo con VIH
ICW	Comunidad Internacional de Mujeres con VIH (en inglés)
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MINSA	Ministerio de Salud
TS	Trabajador/a Sexual
M&E	Monitoreo y Evaluación
ONUSIDA	El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
PC	Población clave
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de EE. UU para el Alivio del SIDA
PG	Población general
PTransg	Población Transgénero
PVIH	Personas que tienen VIH
PWUD	Personas que consumen drogas
REDCA+	Red Centroamericana de Personas con VIH
RedCap	Plataforma virtual para gestión datos
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARV	Terapia antirretroviral



Definiciones y conceptos

Población clave: Hombres Gay, otros Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (incluye a quienes se identifican como Gay, como a los que no lo hacen), personas que se dedican al trabajo sexual (de cualquier género, que consienten regular u ocasionalmente a recibir dinero o bienes a cambio de servicios sexuales), personas Transgénero, (cualquier persona cuya identidad y expresión de género sea diferente a las expectativas sociales basadas en su sexo asignado al nacer) y personas que consumen drogas (INPUD-2020) (quienes consumen sustancias psicoactivas no aprobadas médicamente).

Hombres Gay y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres: incluye tanto a los hombres que se identifican como Gay, como a los que no lo hacen, pero que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Bisexuales: Bajo esta categoría caben las personas de diferentes sexos y género que reportan una orientación sexo-afectiva dirigida a ambos o más géneros y sexos.

Mujeres que tienen sexo con Mujeres (MSM): Mujeres cis que reportan una orientación sexo-afectiva dirigido a otras mujeres cis generalmente.

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 Transgénero: cualquier persona cuya identidad y expresión de género sean diferentes a las expectativas sociales basadas en su sexo asignado al nacer. Esto puede incluir a las personas que se consideran a sí mismas como hombres, mujeres, de género inconforme o en cualquier otro lugar del espectro de las identidades de género.

Personas que se dedican al trabajo sexual: personas de cualquier género que consienten de forma regular u ocasional recibir dinero o bienes a cambio de servicios sexuales.

Personas que consumen drogas: personas que consumen sustancias psicoactivas no aprobadas médicamente. Esto incluye a las personas que han usado drogas de esta manera anteriormente.

Estigma: Es el conjunto de las actitudes y creencias desfavorables que “desacreditan o rechazan” a una persona o a un grupo por considerarles diferentes. El estigma tiene importantes consecuencias sobre el modo en que los individuos se perciben a sí mismos, por lo que este proceso devalúa a las personas.

Discriminación: es toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que tiene como resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, en base a uno o más de los siguientes motivos:

Interseccionalidad: es una herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión y privilegio. Se trata de una metodología indispensable para el trabajo en los campos del desarrollo y los derechos humanos.

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): para el presente estudio se trata del hecho que una persona en los últimos doce meses previos a la entrevista NO pudo cubrir necesidades de alimento, techo, servicios básicos, ropa, movilidad entre otros.





Contenido

Lista de acrónimos y abreviaturas.....	5
Definiciones y conceptos.....	6
Agradecimiento	10
Resumen ejecutivo	11
I. Introducción.....	16
I.1. Epidemia del VIH en Nicaragua.....	17
I.2. Contexto del estudio	18
I.3. Enfoques de la investigación EyD	19
I.4. Planteamiento del problema	20
I.5. Justificación del estudio	21
II. Objetivos del estudio	22
II.1. Objetivo general	22
II.2. Objetivos específicos.....	22
III. Metodología.....	23
III.1. Diseño del estudio.....	23
III.2. Período del estudio	23
III.3. Tamaño muestral.....	23
III.4. Estructura de la muestra.....	24
III.5. Muestreo	26
III.6. Criterios de inclusión y exclusión	26
III.7. Instrumentos para recolección de información	27
III.8. Equipo de implementación	28
III.9. Técnicas y procedimientos en la recolección de información.....	28
III.10. Enfoque cualitativo del estudio.....	29
III.11. Procesamiento y análisis de información.....	29
III.12. Consideraciones éticas	30
IV. Resultados	31
IV.1. Características Sociodemográficas de los PVIH en estudio.....	31
IV.2. Experiencias al comunicar que tiene VIH.....	35
IV.3. Situación del estigma y discriminación externo.....	39
IV.4. Situación del estigma y discriminación interno	40
IV.5. Estigma y discriminación en servicios de salud.....	45
IV.6. DDHH y logros alcanzados en cero discriminaciones a PVIH	58
IV.7. Otros factores además del estado serológico relacionados con el EyD.	62
IV.8. Interacción de los encuestadores y encuestados.....	66
IV.9. Datos de los estudios estigma y discriminación 2013 y 2022.	66



V. Discusión	68
V.1. Estigma internalizado	70
V.2. Otros factores relacionados con el estigma y la discriminación.....	73
V.3. Impacto del EyD en la salud de las PVIH y las poblaciones clave	74
V.4. Derechos humanos y logros alcanzados en materia de cero discriminaciones a PVIH....	75
V.5. Datos de los estudios estigma y discriminación 2013 y 2022.	76
V.6. Evidencia para el cambio de políticas e intervenciones programáticas.....	76
VI. Limitaciones del estudio.....	77
VII. Recomendaciones.....	78
VIII. Conclusiones	80
IX. Bibliografía	83

Lista de ilustraciones, tablas y gráficas.

Ilustraciones

- Ilustración 1: Nicaragua. Informe de avance de país. ONUSIDA 2022
- Ilustración 2. Sitios de levantamiento de muestra
- Ilustración 3. Razones por la que no hacer nada ante una violación de DDHH
- Ilustración 4. Cuestionario Índice Estigma. Nicaragua 2022.
- Ilustración 5. Equipo de trabajo. Índice Estigma. Nicaragua 2022.
- Ilustración 6. Razones por la que no hacer nada ante una violación de DDHH

Tablas

- Tabla 1. PVIH según distribución geográfica
- Tabla 2. Distribución de la muestra según tipo de población y edad.
- Tabla 3. Tiempo de conocer su diagnóstico
- Tabla 4. Nivel de educación según ocupación de PVIH
- Tabla 5. Características de las familias
- Tabla 6. Pertenencia a grupos de población específica
- Tabla 7. Conocen su condición de tener VIH
- Tabla 8. Conocen su estatus sin consentimiento
- Tabla 9. Experiencia negativa al comunicar su condición de PVIH
- Tabla 10. Experiencias negativas relacionadas con estigma y discriminación
- Tabla 11. Estigma y discriminación experimentados por personas que viven con el VIH en entornos comunitarios
- Tabla 12. Estigma internalizado. Indicador GAM 6.3 “% PVIH Transgénero que, en los últimos 12 meses, declaran haber percibido una de las ocho experiencias de estigma y discriminación en la comunidad.
- Tabla 13. Estigma internalizado. Indicador GAM 6.3 “% PVIH Población Clave que, en los últimos 12 meses, declaran haber percibido una de las ocho experiencias de estigma y discriminación en la comunidad.



Tabla 14. Estigma internalizado. Indicador GAM 6.2 “Porcentaje de PVIH que declaran tener vergüenza de tener VIH”.

Tabla 15. Estigma internalizado. Indicador GAM 6.2 “Porcentaje de PVIH que declaran tener vergüenza de tener VIH”.

Tabla 16. Estigma internalizado. Indicador GAM 6.2 “Porcentaje de PVIH que declaran tener vergüenza de tener VIH”.

Tabla 17. Razón principal para realizarse la prueba de VIH.

Tabla 18. Retraso en realizarse la prueba por miedo a la reacción de otras personas (familiares, amigos, jefes o comunidades) si el resultado era positivo.

Tabla 19. PVIH en Terapia Antirretroviral.

Tabla 20. Razones y tiempo para realizarse la prueba de VIH.

Tabla 21. PVIH alguna vez han interrumpido la TARV.

Tabla 22. Alguna de las siguientes afirmaciones le hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio de la TARV

Tabla 23. PVIH sin Terapia Antirretroviral

Tabla 24. PVIH. Estado de salud

Tabla 25. En los últimos 12 meses, diagnósticos más frecuentes.

Tabla 26. En los últimos 12 meses. PVIH que les ofrecieron tratamiento para enfermedades diagnósticas no VIH

Tabla 27. EyD en la entrega de servicios de salud.

Tabla 28. Indicador 6.4. Porcentaje de personas que viven con VIH que informan experiencias de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud para VIH

Tabla 29. En los últimos 12 meses, EyD en servicios de salud por cuestiones no relacionadas con el VIH,

Tabla 30. Practicas discriminatorios de trabajadores de la salud a PVIH

Tabla 31. Discriminación por trabajadores de la salud a PVIH del sexo femenino

Tabla 32. Otros tipos de violaciones a los DDHH por su condición de tener VIH

Tabla 33. Acciones realizadas ante la violación de DDHH y su resultado

Tabla 34. Conocen leyes que protejan a PVIH de la discriminación

Tabla 35. Actividades más realizadas en defensa de los DDHH

Tabla 36. Estigma y discriminación por otros factores ajenos al estado serológico

Tabla 37. MSM/Lesbiana según grupos sociales que conocen de su identidad

Tabla 38. Caracterización de las Personas que consumen drogas

Tabla 39. Acciones realizadas por encuestadores

Tabla 40. Datos comparativos estigma discriminación. 2013 – 2022

Gráficos:

Gráfico 1. Estigma internalizado y su impacto negativo en los PVIH

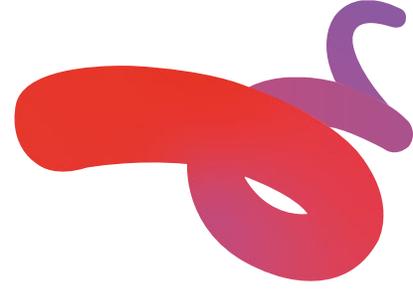
Gráfico 2. Razón principal para realizarse la prueba de VIH

Gráfico 3. Tiempo entre pensar en realizarse la prueba y el momento en que se la hizo

Gráfico 4. EyD. Razones para interrumpir la TARV

Gráfico 5. Dudas para iniciar TARV





Agradecimiento

Especial agradecimiento a los actores claves del estudio, las personas que tienen VIH en Nicaragua, quienes aceptaron el consentimiento de participar, de aportar sus opiniones producto de las vivencias al enfrentar el estigma y la discriminación por su condición ante el VIH.

A los miembros de las organizaciones internacionales participantes en este estudio, por sus valiosos aportes técnicos, financieros y humanos que de forma desinteresada han acompañado al país para culminar el objetivo de la investigación.

Al Centro de Educación y Prevención del Sida (CEPRESI), por el aporte técnico, complementando con su experticia en materia investigativa, a la coordinación por parte de la Red Centroamericana de Personas con VIH (REDCA+), que es la red de PVIH líder del estudio; al Proyecto Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP-PC) y socios de la investigación, GNP+, ICW GLOBAL, Universidad de Johns Hopkins, ONUSIDA, el Fondo Mundial y sus donantes.

Agradecimiento al personal del Ministerio de Salud, a nivel nacional y local, a los servicios de infectología de hospitales y clínicas de atención integral (CAI) para PVIH de los ocho departamentos seleccionados para la realización de la presente investigación.

Cita sugerida:

Proyecto ALEP+PC, REDCA+ (2024). Estudio Índice de Estigma en Personas con VIH. Nicaragua.





Resumen ejecutivo

El presente estudio, brinda información acerca de las experiencias de estigma y discriminación que las Personas con el Virus de Inmunodeficiencia humana (PVIH) en Nicaragua, enfrentan en la cotidianidad de sus vidas, afectando de forma negativa en el bienestar biopsicosocial, ocasionando un impacto negativo en las relaciones familiares y de su entorno comunitario.

Los objetivos específicos del estudio fueron: Documentar información importante sobre el estigma y la discriminación que experimentan las personas con VIH, incluidas las poblaciones clave en la comunidad con el estigma interseccional debido a comportamientos de alto riesgo; Medir el impacto del estigma y la discriminación en la salud de las PVIH, incluidas las poblaciones clave a lo largo del tiempo, en función de reconocer su mejoría o deterioro en el último año previo al estudio; Entender el impacto del estigma y la discriminación en las vidas de las PVIH, incluidas las poblaciones clave, desde sus perspectivas, experiencias y opiniones; Medir los cambios relacionados con respecto al estigma, discriminación y derechos de las personas que viven con VIH, incluidas las poblaciones clave, a lo largo de un período de tiempo y conocer si han experimentado algún cambio en los últimos dos años; y Proveer una base de evidencia para el cambio de políticas e intervenciones programáticas.

Según reporte de ONUSIDA 2022, Nicaragua transita una epidemia de VIH tipo concentrada, tasa de prevalencia de 0.3 (0.2 a 0.3) y una tasa de incidencia de 0.13 (0.09 - 0.18) por cada 1000 habitantes entre los 15 a 49 años, afectando principalmente a la población Transgénero, estimando la presencia de 6,800 personas, con una prevalencia de VIH del 9.5%, superior a la HSH y 4.3 veces mayor que las personas que se dedican al trabajo sexual.

En el año 2013, en Nicaragua, se realizó el primer estudio Índice de Estigma y Discriminación (EyD) en PVIH, utilizando una muestra de 801 participantes, sus resultados evidenciaron una afectación a nivel de estigma interno de los participantes, el 8.5% prefirió no acudir a una clínica por tener VIH, aun cuando lo necesitaba, 15.4% prefirió no asistir a reuniones sociales. A nivel del EyD en servicios de salud el 2.6% de los participantes se realizó la prueba de VIH por motivo de enfermedad, 3.5% obligado por razones de empleo, más de la mitad no desconocía si sus registros médicos eran confidenciales.

Metodología

Es una investigación de tipo cuali-cuantitativa desarrollada con la metodología de Índice 2.0, durante los meses de agosto de 2022 al 18 de septiembre del 2022. El universo estuvo conformado por las Personas con VIH de 18 o más años de edad, con 12 meses o más de conocer su diagnóstico, y que acudían a los establecimientos que expenden servicios de salud para PVIH. La muestra la conforman PVIH de ambos sexos que asisten a centros de atención destinados para el tratamiento antirretroviral, población clave (Hombres que tienen Sexo con Hombres, Población Transgénero, Personas que se dedican al Trabajo Sexual, Personas que



consumen drogas, Población General, a todos los participantes se les explicó el objetivo de la investigación y se les requirió un consentimiento de participación escrito.

La muestra incluyó a individuos de 9 de los 15 departamentos y dos Regiones autónomas de Nicaragua, incluyendo a cinco departamentos que representan el 75% de los casos nuevos de VIH en el año 2021.

Resultados

Los resultados muestran las respuestas de 729 PVIH participantes en el estudio, quienes tienen una edad media de 38.6 años, desviación estándar de 11.47 y moda 41 años. De acuerdo a la identidad sexual, el 37% se autoidentifica mujer, 57% hombres, 6% población Transgénero.

De acuerdo a los subgrupos de población clave, el 28% (202/729) de los participantes en el estudio se autoidentifican HSH/Gay/Homosexual, 6% (41/729) población Transgénero, 20% (143/729) Personas que se dedican al trabajo sexual (SW), 9% (68/729) Personas que consumen drogas (PWUD). De acuerdo a la edad, dos tercios de los participantes (74%) poseen una edad entre los 25 a 49 años, el 9% con edad de 18 a 24 años y 17% más de 50 años.

El 31% de la muestra, estaban desempleados. El 44% reportan un nivel educativo de primaria o bien no recibe educación formal, y el 18% han realizado estudios de formación profesional o universitario. En cuanto a la procedencia de los participantes, el 42.2% (308/729) es de Managua, 12.2% (89) Chinandega, 10.2% (74) Bilwi, 8.2% (60) León y 5.2% (38) de Matagalpa, estos cinco departamentos representan el 78.0% de la muestra y a la vez, los cinco departamentos con mayor tasa de prevalencia e incidencia en el año 2022.

El 53% de las y los participantes tienen una relación íntima o pareja sexual, de ellos, el 60% de las mujeres tienen relaciones estables, en oposición al solo el 40% de los hombres. Así mismo, 46% de los PVIH tiene hijos bajo su tutela, siendo mayor en mujeres con el 76% en relación a los hombres 29%.

En general, las y los participantes tienen un promedio de 8.6 años de conocer su diagnóstico, rango de 1 a 32 años y cuatro de cada diez participante tiene 10 o más años de conocer su diagnóstico.

Experiencias al comunicar que tiene VIH: el 60% de los participantes, sus esposos/as o parejas afectivas conocen que tienen VIH, de ellos el 25% (72/289) sus parejas obtuvieron la información sin su consentimiento; el 65% de los PVIH señalan que otros familiares como tíos, primos etc., conocen el estatus, de ellos el 32% lo hacen sin su consentimiento.

A nivel comunitario, de quienes conocen el estatus de una persona con VIH, lo hacen sin el consentimiento de los PVIH, entre el 57% de los vecinos del PVIH, 60% las autoridades y 42% Líderes locales, evidenciando un entorno que viola los Derechos Humanos (DDHH) a lo interno de la familia y en la comunidad.

El 29% de la población Transgénero y 37% de Trabajador/a sexual refirieron experiencias negativas al comunicar su condición de tener VIH a su familia o a su pareja sexual, superior al 18% del total de la muestra. Por otro lado, el 51% de los participantes refieren haber tenido una mala experiencia al comunicar a desconocidos su estatus de seropositividad, siendo superior estos porcentajes en el caso de Trabajador/a sexual 63% y Personas que consumen drogas 65%.



Al 55% de las y los participantes refieren que con el tiempo se ha hecho más difícil divulgar que tienen VIH, siendo mayor en las mujeres que en los hombres y en edades extremas, trabajadores sexuales y Personas que consumen drogas.

Estigma y discriminación experimentado a causa de tener VIH, en los últimos 12 meses: el 46% reportan haber sido excluidos de actividades religiosas, 44% de actividades familiares y 42% haber sido objeto de chantaje. Así mismo, los datos evidenciaron un porcentaje menor en discriminación reciente (en los últimos 12 meses) en comparación a los reportados de forma tardía (antes de los últimos 12 meses).

Las PVIH del sexo femenino, porcentualmente, son más discriminadas que los del sexo masculino en los siguientes escenarios: a) son excluidas de actividades familiares y sociales, b) la familia y otras personas ajenas a la familia hacen comentarios discriminatorios por el hecho de tener VIH, c) recibe más violencia verbal y física que el hombre, d) dos veces más discriminación por parte de su pareja masculina que viceversa.

Estigma internalizado: 53% (350/660) de los participantes, en los últimos 12 meses, adoptó uno de los seis comportamientos de estigma internalizado investigado, esto debido a tener VIH, el 46% prefiere no tener hijos, 44% alejarse de sus amigos, 33% no ir a reuniones sociales, 27% no postularse a un cargo y 1% no buscar apoyo social.

El 15% de las PVIH, participantes en el estudio, han decidido evitar los servicios de salud por tener VIH, según identidad de género, esto se visibiliza en el 34% de la población Transgénero, quienes presentan el doble de porcentaje que la muestra global, y dos veces más que las mujeres (15%) y los hombres (14%). En las poblaciones clave, 34% de la población Transgénero, 27% de Personas que consumen drogas y 26% de quienes se dedican al trabajo sexual son los subgrupos más afectados, casi el doble de lo observado en la muestra total.

EyD en servicios de salud: el 83% (602/729) de los PVIH, se realizaron la prueba de VIH por decisión propia, cuatro de cada diez dudaron realizarla debido al temor del cómo reaccionarían otras personas al conocer que tiene VIH, este temor es mayor entre las mujeres que entre hombres (50% y 41% respectivamente), entre jóvenes de 18 a 24 años y de 25 a 49 años (49% y 49%). en la población clave, la población Transgénero 68%, Trabajador/a sexual 57% y usuario de drogas 55%.

El 93% (677/729) de los participantes señalaron estar en Tratamiento Antirretroviral (TARV), siendo la población Transgénero (84%) quienes tienen el menor acceso a la TARV. Por otro lado, la presión social y que la familia conociera su estatus, fueron unas de las cinco dudas más importantes para evitar el inicio de la TARV. Los participantes en estudio, reconocen de la importancia de la consejería como factor positivo que influyeron para iniciar TARV tan pronto conocieron su diagnóstico. El 17% de los PVIH refieren que en los últimos 12 meses experimentaron temor a que alguien se enterara de su condición de tener VIH, lo que condicionó dejar de tomar una dosis de ARV.

En cuanto a la prueba de carga viral, el 91% de los participantes se han realizado una prueba de Carga Viral (CV) en los últimos 12 meses previo a la encuesta.

Acerca de las dudas que coadyuvan a los PVIH a retrasar o evitar el reinicio del TARV se contabilizan:



- 45% les preocupaba que otras personas ajenas a la familia tuvieran información de su estatus de PVIH,
- 44% consideraba no estar preparado para hacer frente a la infección por VIH,
- 43% temor a que trabajadores de la salud revelaran su condición,
- 37% que alguien ajeno de su familia se entere que tiene VIH
- 18% por antecedente de mala experiencia con algún trabajador.

El 7% de las PVIH participantes en el estudio, refieren no estar integrados en la Terapia Antirretroviral, este porcentaje es mayor entre la población Transgénero (16%) y entre las PVIH que tienen 1 a 4 años de conocer su estatus.

Estado general de salud de los participantes: El 93% de los participantes en el estudio, tienen la percepción de tener un estado de salud bueno o normal y solo el 7% posee una opinión adversa, considerando su estado de salud pobre. En cuanto a la distribución de la muestra según identidad de género, el 9% de las mujeres señalan tener un estado de salud pobre, superior a la de hombres y población Transgénero, los subgrupos que conforman las poblaciones clave y no clave, se comportan similar al total de la muestra. El 12% de los individuos mayores de 50 años y el 11% de quienes tienen 8 más de 15 años de conocer su diagnóstico son los subgrupos con mayor porcentaje de percepción de estado de salud pobre

EyD por otras razones no relacionadas con el VIH: en los últimos 12 meses, el 42% de quienes tienen una autoidentidad Transgénero refieren ser excluidos de actividades familiares, 47% sus familias le discriminan, 13% tienen miedo acudir a servicios de salud y 8% evita la atención médica aun cuando tiene necesidad. Los HSH/Gay/Homosexual, el 20% ha sido objeto de acoso verbal, 16% ha recibido discriminación verbal por parte de su familia debido o relacionado a su auto identidad.

Las personas con auto identidad Bisexual un 17% ha recibido acoso verbal y 14% objeto de chantaje, en el caso de las Personas que consumen drogas, reportan EyD por su autoidentidad en los entornos familiares (40%) y comunitarios (20%, es de hacer notar que el número de participantes que se autoidentifican como Personas que consumen drogas fueron 10 y por consiguiente los porcentajes de respuestas resultan alto.

Datos comparativos de EyD 2013 y 2022: Los resultados del presente estudio y los del año 2013, deben ser comparados tomando en consideración que ambos estudios difieren en método de muestreo y recolección de los datos, así como en la presentación de algunos de los resultados. Por otro lado, la integración de las poblaciones clave en el estudio 2022, resulta ser un acontecimiento importante a reconocer.

Resultados muestran que, en el estudio del 2022, el 15.7% de los PVIH señalan haberse realizado la prueba de VIH por razones de empleo, muy superior al 3.5% presentado en el 2013. esta situación, requiere mayor profundidad de estudio dado que se logró investigar variables como localización o lugar en que se fue obligado, tipo de empresa, nacional o extranjera, tipo de trabajo al que estaba aplicando, entre otros.

La realización de la prueba de VIH por razones ligada a enfermedad, lo señalaron con mayor frecuencia en el presente estudio, pasando de 2.6% en 2013 a 24.7% en el 2022, evidenciando una mayor disponibilidad y promoción de la prueba en las unidades asistenciales de salud.



NICARAGUA

Un reporte de avance de país ante la epidemia del VIH y que refuerzan esta afirmación es el hecho que el año 2006 se realizaban 18,080 pruebas de VIH, y en el 2022 un total de 335,420, es decir dieciocho veces más.

Un impacto positivo mostrado en el presente estudio, es que las PVIH, en menor porcentaje toman la decisión de no asistir a una reunión social por tener VIH, en relación a los datos encontrados en 2013. En oposición a esto, los datos de 2022 muestran un incremento porcentual importante en evitar los servicios de salud, (8.5% en el 2013 y 15.0% en 2022), potencialmente explicado por el tipo de muestreo utilizado que ha permitido conocer una aproximación más real de este indicador.

Por otro lado, el estudio actual muestra una mayor confianza en las y los prestadores de servicios de salud en el resguardo de la confidencialidad de la información, sin dejar a un lado que aún existen datos de que los PVIH dudan de la confidencialidad en mención.

Para el estudio de 2022, se evidencia una reducción importante en opiniones de los profesionales de la salud hacia los PVIH aconsejando no tener hijos, así como el hecho que es menos frecuente que los trabajadores de la salud presionen a las PVIH por el uso de anticonceptivo y de práctica para alimentar a sus hijos.

Discusión, conclusiones y recomendaciones: Nicaragua se encamina al cumplimiento de las metas 95-95-95, asumida en su plan estratégico y políticas de salud, sus grandes retos lo tienen focalizados como es superar las cifras encontradas en el presente estudio.

Las sinergias en el trabajo coordinado de instituciones de salud, educación, Procuraduría de los Derechos Humanos, CONISIDA nacional, departamental y municipal, junto a las redes comunitarias de la sociedad civil han llevado a los logros obtenidos en los años de intervención.

Los resultados de la investigación condujeron a la necesidad de estructurar un plan de intervención dirigido a la sensibilización de las familias, comunidad, amigos y de las instituciones de salud para continuar erradicando el estigma y discriminación y cumplir la meta cero discriminaciones.

Desde las organizaciones de PVIH y CONISIDA, fortalecer las intervenciones con las familias donde haya mayores situaciones de riesgo para las niñas, niños y adolescentes, construir espacios para la formación de referentes familiares de PVIH y otras condiciones de vulnerabilidad.

El estudio sobre estigma y discriminación realizado en el año 2022, ha permitido visibilizar los avances, logros y desafíos más importante en materia de estigma y discriminación a PVIH a lo largo del tiempo de ocurrencia de actos de discriminación, antes y durante los últimos 12 meses previo a la encuesta. Es evidente que existe una franca mejoría en la restauración de los derechos humanos institucionales, se cuenta con un marco jurídico completo, así mismo los PVIH reconocen las estructuras jurídicas, instituciones y líderes comunitarios para la defensa de los derechos humanos.





I. Introducción

En Nicaragua, existen avances en función de mejorar la calidad de vida de las Personas con VIH producto de la ampliación de los centros de atención y entrega de Antirretroviral (ARV), el acceso a la prueba en población clave y mujeres embarazadas.

El informe de avance de país ante el VIH, año 2022, evidencia que aproximadamente 1000 personas de las 12,000 estimadas que tienen VIH, desconocen su estatus de seropositividad y 3,400 no han tenido acceso a la Terapia Antirretroviral (TARV).¹ Por otro lado, Nicaragua se suma a los esfuerzos mundiales a fin de eliminar las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud, la promoción y apoyo social a las PVIH y poblaciones clave.

Para casos de denuncias sobre violación de los Derechos Humanos (DDHH, el país cuenta con la Procuraduría Especial para la Defensa de los Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y PVIH, la que ha definido la ruta de la denuncia conforme la Ley 820 y la Resolución Ministerial 671-2014.²

El presente estudio sobre Índice de Estigma y Discriminación en Nicaragua, ha sido desarrollado e implementado por Personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (PVIH), utilizando el instrumento de recolección de datos, denominado Índice de Estigma, que de forma estandarizada permite recolectar datos de calidad y la integración de la comunidad de PVIH organizada en redes y organizaciones de la sociedad civil, con asistencia técnica y financiera de socios nacionales e internacionales.

El índice de estigma en PVIH es una iniciativa de Asociación Internacional del Índice de Estigma compuesta por Red Global de Personas viviendo con VIH (GNP+), Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH (ICW Global), ONUSIDA y la Universidad de John Hopkins en el marco del proyecto Alianza Liderazgo en Positivo (ALEP+) en Nicaragua, la Red Centroamericana de Personas con VIH, en asocio con la Comunidad internacional de Mujeres Viviendo con VIH (ICW por sus siglas en inglés: International Community of Women Living with HIV), la asistencia técnica del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la Universidad Johns Hopkins, siendo el actor principal del estudio las PVIH.

La metodología ha fortalecido el rol de las PVIH en las diferentes etapas o procesos de implementación, resaltando de forma importante el esfuerzo técnico proporcionado Asociación Internacional del Índice de Estigma permitiendo la apropiación a nivel local de las redes de PVIH, Población Clave (PC) y Población no Clave (No KP) de nuevas y novedosas tecnologías, reduciendo las funciones y responsabilidad de los socios de la investigación a fin de crear capacidades y sostenibilidad en la investigación participativa.

Se precisa reconocer la existencia de prejuicios y discriminación a las PVIH y Poblaciones Claves (PC), en el entorno social y sanitario, a fin de enfrentar un problema complejo, conocer sus causas, efectos en la dinámica de vida, su autoestima, identidad personal, relaciones interpersonales (pareja, familiar, laboral y social) y cómo estas impactan negativamente en el bienestar y calidad de vida.³



NICARAGUA

El estudio tiene como propósito ampliar la comprensión del estigma y discriminación hacia las PVIH, sus principales causas y efectos, así como incrementar la comprensión sobre las formas del estigma y la discriminación que enfrentan las personas que viven con VIH en Nicaragua.

I.1. Epidemia del VIH en Nicaragua

En Nicaragua, según reporte de ONUSIDA 2022, el comportamiento de la epidemia de VIH se mantiene con una tasa de prevalencia de 0.3 (0.2 a 0.3) y una tasa de incidencia de 0.13 (0.09 - 0.18) por cada 1000 habitantes entre los 15 a 49 años.⁴

Para el año 2022, Nicaragua estimó la existencia de 12,000 (9,600 a 15,000) de PVIH, de los cuales 11,000 (92% con Intervalo de 76 a >98) conocen su estatus ante el VIH, 6,600 (56% entre 45 - 69) están en Terapia Antirretroviral (TARV), y en supresión viral 5,500 (46% entre 37 - 57). (ver anexo Ilustración 1).

Ilustración 1: Nicaragua. Informe de avance de país. ONUSIDA 2022

Indicadores	Resultado	Indicadores	Resultado
Estimación de población con VIH y sida		Trabajadoras sexuales	
Adultos y niños con VIH	12 000 [9600 - 15 000]	Estimación de población TS	15 700
Prevalencia de VIH en adultos entre 15 a 49 años	0.3 [0.2 - 0.3]	Prevalencia VIH (%)	2.2
Casos nuevos de VIH en adultos y niños	<1000 [<500 - <1000]	% de TS con VIH y que conocen su status	69.9
Tasa de incidencia de VIH por 1000 habitantes (adultos 15 a 49 años)	0.13 [0.09 - 0.18]	% de TS que hacen uso del condón	88
Cascada de testeo de VIH y tratamiento		Hombres que tienen Sexo con Hombres	
Personas que viven con VIH	12 000 [9600 - 15 000]	Estimación de población HSH	36 000
Personas con VIH y conocen su estatus	11 000	Prevalencia de VIH	8.8
Porcentaje de personas con VIH y conocen su estatus	92 [74 - >98]	% de HSH con VIH y que conocen su status	98.8
Personas con VIH y terapia Antirretroviral	6600	% de HSH que hacen uso del condón	56.9
Porcentaje de personas con VIH y terapia Antirretroviral	56 [45 - 69]		
Personas con VIH con supresión viral	5500		
Porcentaje de personas con VIH que tienen supresión viral	46 [37 - 57]		



NICARAGUA

Indicadores	Resultado	Indicadores	Resultado
Terapia Antirretroviral (TARV)		Población Transgénero	
Cobertura de adultos y niños que reciben Antirretroviral	56 [45 - 69]	Estimación de población Transgénero	6800
Número de adultos y niños que reciben Antirretroviral	6581	Prevalencia de VIH en PT	9.5
		% de PT con VIH y que conocen su estatus	95.9
		% de PT que hace uso del condón	75.6

La epidemia del VIH en Nicaragua es de tipo concentrada, con mayor incidencia y prevalencia en las poblaciones claves. En 2022, se estima la presencia de 36,000 Hombres que tiene Sexo con otros Hombres (HSH), datos ONUSIDA 2022⁷, con una prevalencia de 8.8%, aproximadamente el 98% de ellos se ha realizado una prueba rápida para detectar anticuerpos del VIH, así mismo, el 56.9% hace uso del condón en sus relaciones sexuales. En el mismo reporte se establece una estimación de 15,700 Trabajadoras Sexuales, quienes presentan una tasa de prevalencia de VIH del 2.2%, el 69.9% se han realizado una prueba rápida de VIH y el 88% usa el condón en sus relaciones sexuales. (ver Ilustración 1).

La población clave más afectada es la población Transgénero, estimando la presencia de 6,800 personas, con una prevalencia de VIH del 9.5%, superior a la HSH y 4.3 veces mayor que las Trabajadoras sexuales. El 95.9% de la población Transgénero se ha realizado la prueba de VIH y el 75.6% usa el condón en sus relaciones sexuales.⁴

El Sistema Nacional de Salud de Nicaragua está conformado por el subsistema público y el privado. El público lo constituyen: El Ministerio de Salud, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, el Cuerpo Médico del Ejército y los Servicios Médicos de la Policía Nacional.

El Ministerio de Salud, se organiza en 19 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), con la función de brindar servicios de salud, administrativos y de rectoría de la salud. La mayor carga de la enfermedad relacionada con el VIH, se presenta en cinco SILAIS, que concentran el 70.4 % (812 de 1,154) de casos nuevos diagnosticados en el año 2022. (Managua, Chinandega, León, Bilwi y Matagalpa).

Los SILAIS con tasas de incidencia más alta se encuentra en: RACCN 48.1 por100,00 habitantes, Chinandega 28.8 y Managua 29. Este último departamento concentra la mayor carga de la enfermedad con un 41.4 % del total de los casos y prevalencia de 0.83 mayor que la nacional.⁵

Los datos más relevantes de la Encuesta de Vigilancia del Comportamiento en Nicaragua (EVC 2016)⁶, la prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres es 12.6%, para población Transgénero Femenina es 6.2% y en Mujeres Trabajadoras Sexuales 3.2%. La prevalencia encontrada en los Personas que consumen drogas intravenosas es del 1.0%, estando por debajo de lo reportado por países de la región centroamericana en los últimos años.

I.2. Contexto del estudio

Para 2013, se realizó el primer estudio Índice de Estigma.¹³ el cual utilizó metodología diferente al presente estudio en los procesos de recolección, procesamiento y análisis de



datos, que no permite realizar comparación de sus resultados. Por otro lado, el formulario utilizado en 2013 es muy diferente en contenidos y escalas de variables estudiadas, haciendo muy escasos los resultados que podrían compararse.⁷

En general, el estudio de 2013, evidenció que el 84.8% de las PVIH había sido excluido de actividades sociales por su condición de VIH; sin embargo, se encontró que las personas Transgénero señalaron mayor discriminación verbal por su condición de VIH, y en el caso de las mujeres refieren mayor discriminación al ser excluidas de actividades familiares y por su pareja.⁷

En el estudio 2013, se concluyó que el estigma y discriminación asociado al VIH es un fenómeno social de profundas raíces culturales, que debido a su complejidad requiere ser abordado de forma integral tomando en cuenta los determinantes sociales del VIH.

La mayoría de las PVIH, aunque conocen la Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y el Sida, en la práctica, no hacían uso de ella de manera constante, presentaban limitada credibilidad en las instituciones de Estado para garantizar sus derechos humanos, identificaron que existía retardación de justicia y que el Estado no se preocupaba por aplicar de manera continua el marco jurídico.

I.3. Enfoques de la investigación EyD

El análisis de los resultados tiene como marco de referencia los enfoques teóricos siguientes:

Enfoque Basado en Derechos Humanos

La investigación tiene un enfoque basado en los derechos humanos al identificar y analizar los principales avances y desafíos en la garantía y cumplimiento de los derechos humanos de las PVIH. Se analiza cuál ha sido el rol de los titulares garantes (instituciones del Estado) en la aplicación de leyes, políticas, así también cuáles son los planes y estrategias para reducir el estigma y discriminación, la familia, comunidad, medios de comunicación y organizaciones sociales que facilitan o limitan el ejercicio de los derechos humanos de las PVIH.

Enfoque de género

Involucra la construcción de identidades en el terreno simbólico del orden social que se manifiestan en relaciones sociales jerarquizadas⁸. La sexualidad rebasa al cuerpo y al individuo: es un complejo de fenómenos bio-socio-culturales que incluye a los individuos, a los grupos, a las relaciones sociales, a las instituciones, a las concepciones del mundo —sistemas de representaciones, simbolismo, subjetividad, éticas diversas, lenguajes—, y, desde luego, el poder; [...] en este sentido, la sexualidad es un atributo de los sujetos, de la sociedad y de las culturas, de sus relaciones sociales, sus estructuras, sus instituciones y de sus esferas de vida⁹.

Por otra parte, el estudio se dirige a la búsqueda de desigualdades de género que contribuyen a la propagación del VIH, entre otros, los impedimentos a la hora de negociar prácticas de sexo más seguro debido a las dinámicas de poder desiguales respecto a los hombres. La violencia sexual, una violación generalizada de los derechos de las mujeres, que acrecienta el riesgo de transmisión del VIH.¹⁰

El prejuicio y la discriminación hacia personas homosexuales y Transgénero, que son explicados recurriendo al concepto de homofobia o transfobia, simplificando las dimensiones a lo clínico/



psicológico, minimizando los determinantes socioculturales del problema, ya que las actitudes negativas hacia los homosexuales y personas Transgénero no son irracionales, ni arbitrarias, sino que se insertan en un sistema de control social, en el marco general de las relaciones de género.

Es importante señalar que el estudio ayuda a generar evidencia del impacto que tiene en la calidad de vida de las PVIH y de la discriminación basada en género e identidades; analizar los factores sociales que influyen en la vulnerabilidad de la infección en mujeres y hombres, y las diferencias de género relacionándolas con la enfermedad del VIH; valorar la comprensión de la interseccionalidad como una herramienta que estudia la manera en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de intolerancia y discriminación.

El desglose de los datos (la separación de datos en diferentes grupos) permite en la investigación encontrar conocimientos sobre la diversidad de vidas, experiencias y necesidades de las personas que viven con VIH en nuestro país o comunidad, fundamentando la importancia de los análisis cualitativos y cuantitativos de las informaciones generadas en el presente estudio.

Enfoque ecológico de la violencia

Reconoce que el desarrollo de las personas ocurre en una serie de sistemas relacionados unos con otros (microsistema, mesosistema, ecosistema, macrosistema). La familia, la comunidad, los medios de comunicación, las instituciones del Estado, las leyes y normativas son parte de los diferentes sistemas que condicionan las relaciones de la persona con su entorno social. Desde este enfoque se realiza en la investigación un análisis de cómo influyen los sistemas para generar o no entornos favorables libres de estigma y discriminación (violencia en sus diferentes manifestaciones) hacia las PVIH y cuáles de los sistemas violentan más los derechos de las PVIH.

I.4. Planteamiento del problema

Desde el inicio de la epidemia del VIH en Nicaragua (año 1987), se han documentados altas prevalencias de VIH en Poblaciones Clave (Gay/HSH, Transgénero y Trabajadoras sexuales), considerándose grupos poblacionales de alta prioridad en la respuesta ante el VIH. Por otro lado, se han realizado algunos estudios relacionados con los Derechos Humanos y más específicamente acerca del Estigma y Discriminación (EyD) que son objetos los PVIH y sus familiares, con ausencia de datos sistemáticos dirigidos a conocer el entorno que rodea, siendo el último estudio el realizado en el año 2013.

Existen algunos desafíos para alcanzar un ambiente de atención libre de EyD para las personas con VIH al 2030, meta de país que apunta a crear condiciones para espacios saludables y amigables para las y los PVIH.

Para conocer el impacto de las intervenciones realizadas a lo largo del tiempo en PVIH, es crucial actualizar la investigación de los factores que obstaculizan o facilitan los cambios necesarios en los ámbitos sociales, familiares e individuales.

Por lo antes descrito, el estudio de Índice de Estigma tiene el propósito de obtener una medición del estigma y discriminación por la condición de tener VIH y autoidentidad sexual,



la que viene a llenar el vacío de información necesaria para la toma de decisión basada en evidencia en el país.

Los resultados del presente estudio, permitirán analizar el impacto de los programas de prevención y atención desarrollados en las poblaciones clave, en materia de EyD, monitorear la epidemia del VIH, las condiciones que se producen las prestaciones de servicios de salud y los espacios comunitarios para poder priorizar y focalizar de manera más efectiva las intervenciones para la contención de la epidemia.

Así mismo, con los resultados del estudio, se espera contribuir con insumos para la asignación de recursos a las entidades rectores en materia de salud y Derechos Humanos (DD. HH), a tomadores de decisión para la asignación de recursos financieros y de asesoría técnica. Otro sector a incidir serán los gobiernos locales, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), instituciones de la cooperación externa, líderes y lideresas de las poblaciones claves para generar sinergias en acciones de incidencia política.

I.5. Justificación del estudio

El primer estudio Índice de Estigma en Nicaragua, se realizó en el año 2013, con 801 participantes, 524 (65.4%) hombres, 250 (31.2%) mujeres y 27 (3.4%) Transgéneros. La violencia física fue reportada en el 25.9% de los participantes y la violencia es la psicológica/verbal se reportó en el 66.7%, discriminación relacionada con su condición de VIH, quienes más discriminaban eran las parejas íntimas, personas ajenas al entorno familiar. Los resultados obtenidos denotaron la necesidad de profundizar en el análisis desde la perspectiva de género.⁷

En cuanto a consejería sobre opciones de salud sexual y reproductiva después del diagnóstico, solo el 46 % la ha recibido y 21.5% del personal de salud les había recomendado no tener hijos e hijas (Estudio Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH-Nicaragua 2013).

ONUSIDA, reconoce que “el estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos siguen siendo una realidad y constituye un obstáculo para obtener los resultados en materia de prevención del VIH y la cero discriminación.”¹¹

Nueve años después, año 2022, se consideró realizar un nuevo estudio para conocer los avances y desafíos en relación al estigma y discriminación hacia las PVIH, posterior a los efectos causados por la pandemia de la COVID-19, así también el incremento de la violencia contra las mujeres en su diversidad y la descentralización de los servicios de salud para las PVIH.

Por su parte la metodología del presente estudio permite un análisis innovador que asume la interseccionalidad de las discriminaciones, no únicamente basado en estado serológico, sino también en otros factores como el género, la orientación sexual, identidad de género, condición de trabajo sexual y uso de drogas.

El uso de los resultados del estudio tendrá un fin Político, Social, Económico y estratégico, este último, facilitando la construcción y diseño de diferentes procesos de evaluación y planificación estratégica de la respuesta nacional al VIH, el uso de información estratégica para incidir políticamente en hacedores de política y sensibilizar a la comunidad en Nicaragua para alcanzar la meta establecida en la Estrategia Mundial contra el SIDA de reducir el estigma y discriminación por debajo del 10% para 2025.¹¹



El estudio ha sido guiado por un conjunto de preguntas, que se resumen en las siguientes:

- ¿Cuáles son los principales avances y desafíos en relación con la reducción del estigma y discriminación hacia las PVIH en los últimos nueve años?
- ¿Cuáles son los determinantes que inciden en el estigma y discriminación hacia las personas con VIH?
- ¿Cuáles son las acciones que contribuirían a reducir el estigma y discriminación hacia las PVIH en Nicaragua?
- ¿Cuáles son las principales causas o factores que generan el estigma y la discriminación, y cuáles son sus consecuencias en las PVIH?
- ¿Qué estrategias factibles contribuirían con la disminución del estigma y la discriminación en las PVIH en Nicaragua?

Palabras Clave: Estigma, discriminación, Personas con VIH, Población clave.



II. Objetivos del estudio

II.1. Objetivo general

Evaluar las experiencias de estigma y discriminación que enfrentan las personas que viven con VIH e identificar las barreras relacionadas al estigma y la discriminación que impiden el acceso a servicios de prevención, atención y denuncia de violación de los Derechos Humanos.

II.2. Objetivos específicos

1. Documentar información importante sobre el estigma y la discriminación que experimentan las personas con VIH, incluidas las poblaciones clave en la comunidad con el estigma interseccional debido a comportamientos de alto riesgo.
2. Medir el impacto del estigma y la discriminación en la salud de las PVIH, incluidas las poblaciones clave a lo largo del tiempo, en función de reconocer su mejoría o deterioro en el último año previo al estudio
3. Entender el impacto del estigma y la discriminación en las vidas de las PVIH, incluidas las poblaciones clave, desde sus perspectivas, experiencias y opiniones.
4. Medir los cambios relacionados con respecto al estigma, discriminación y derechos de las personas que viven con VIH, incluidas las poblaciones clave, a lo largo de un período de tiempo y conocer si han experimentado algún cambio en los últimos dos años.
5. Proveer una base de evidencia para el cambio de políticas e intervenciones programáticas.





III. Metodología

El estudio del Índice de Estigma es coordinado por una Alianza Internacional de dos redes globales de PVIH —la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH (ICW) y la Red Mundial de Personas que Viven con VIH/Sida (GNP+)— y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), adicionado a la presencia de socios nacionales como CEPRESI y como red líder en el país REDCA+ Nicaragua de personas con VIH.

La metodología utilizada cuenta con un Manual de apoyo a redes de personas que viven con VIH para realizar el Índice de Estigma en Personas con VIH 2.0, la implementación contó de seis secciones, cada una de ellas centrada en una fase distinta del proceso de implementación: preparación, desarrollo del protocolo de investigación, preparación para la recolección y análisis de datos, elaboración de informe y elaboración de un plan de incidencia.

III.1. Diseño del estudio

El presente estudio es descriptivo, de corte transversal con enfoque mixto de investigación, cuantitativas y cualitativas. Desarrollado en nueve SILAIS del país (Managua, Chinandega, León, Matagalpa, Granada, Masaya, Rivas, Chontales, Bilwi), seleccionados bajo un método de priorización que tomó en cuenta la carga de la enfermedad, las tasas de incidencia y prevalencia de VIH de 2017 a 2019, nivel de pobreza de cada municipio y la carga de la enfermedad según SILAIS de mayor concentración de la epidemia del VIH.

III.2. Período del estudio

Tomando en consideración la firma del acuerdo de cooperación entre ANP+VN y CEPRESI, del 2 noviembre 2021 hasta el 18 de septiembre del 2022.

III.3. Tamaño muestral

El universo lo constituyó las PVIH de Nicaragua, de 18 o más años que acuden a los servicios de salud donde se administra tratamiento ARV. Los participantes lo conforman PVIH del sexo masculino y femenino, población clave entre ellos Hombres que tienen Sexo con Hombres, población con autoidentidad de Transgénero, personas que se dedican al trabajo sexual y Personas que consumen drogas.

Para el cálculo del tamaño muestral, el equipo de investigación utilizó la calculadora del Índice de Estigma disponible en la página web: https://hall.shinyapps.io/PLHIV_Stigma_Sample_Size_Calculator/, para ello se utilizaron los resultados del último estudio de Índice de Estigma realizado en 2013 en Nicaragua, relacionada con PVIH que tenían temor o evitaron buscar atención médica debido al estigma. En la pregunta de la Sección 2 C: “Evité ir a una clínica local cuando lo necesitaba (10%)” y “Evité ir al hospital cuando necesario (7%)”, dando como resultado el promedio ponderado del 8,5% de las PVIH en 2013 que han tenido miedo o han evitado buscar atención médica debido al estigma previsto en Nicaragua.



NICARAGUA

Para efecto de la fórmula el dato antes descrito fue utilizado como prevalencia de 8.5% del efecto buscado, una precisión de objetivo de 4.1% y el nivel de confianza de 95%, para una muestra estimada de 747, al momento de levantamiento de la muestra se logró encuestar a 740 PVIH de ellas se excluyeron dos encuestas repetidas y 9 casos que señalaron tener menos de 12 meses de conocer su estatus ante el VIH, para una muestra total en el estudio de 729 PVIH que representa el 98.5% de la estimada.

III.4. Estructura de la muestra

Tabla 1. PVIH según distribución geográfica.

Departamentos	Muestreo	Por ciento
Managua	308	42.2%
Chinandega	89	12.2%
Bilwi	74	10.2%
León	60	8.2%
Masaya	57	7.8%
Matagalpa	38	5.2%
Granada	35	4.8%
Chontales	35	4.8%
Rivas	33	4.5%
Total	729	100.0

El muestreo fue desagregado por SILAIS de acuerdo con la carga de la epidemia en particular, el 42.2% (308/729) proceden de Managua, 12.2% (89) Chinandega, 10.2% (74) Bilwi, 8.2% (60) León y 5.2% (38) Matagalpa, estos cinco departamentos representan el 78.0% de la muestra y corresponden con los cinco departamentos con mayor tasa de prevalencia e incidencia en el año 2022 en Nicaragua. (ver tabla 1).

La muestra según identidad de género se distribuye de la siguiente forma: 37% se autoidentifica mujer, 57% hombres, 6% población transgénero. (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra según Identidad de género, tipo de población y edad.

	Identidad de género			Población clave				Edad			
	Mujer	Hombres	PTransg.	HSH	Ptransg.	Trabajo sexual	PWUD	18 a 24 años	25 a 49 años	50 a + años	Sin datos
n =	271	417	41	202	41	143	68	64	543	121	1
%	37%	57%	6%	28%	6%	20%	9%	9%	74%	17%	0%

De acuerdo al tipo de población clave, tomar en cuenta que una persona puede pertenecer a una o más tipos de población clave, interseccionalidad. El 28% se autoidentifican Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) o que alguna vez tuvieron sexo con otros hombres (HSH). 6% población Transgénero, 20% Personas que se dedican al trabajo sexual (SW) y 9% Personas que consumen drogas (PWUD). (ver tabla 2)



NICARAGUA

Ilustración 2. Unidad/establecimiento de salud, levantamiento de muestra.

Depto.	Municipio	Unidad/establecimiento de salud	Depto.	Municipio	Unidad/establecimiento de salud	
Managua	Managua	Hospital Antonio Lenin Fonseca	Masaya	Masaya	Hospital Departamental Humberto Alvarado	
	Managua	Hospital Bertha Calderón				
	Managua	Hospital Manolo Morales				Centro Salud Alejandro Dávila Bolaños - Monimbo
	Managua	Hospital Alemán Nicaragüense				
	Managua	Centro de Salud Edgard Lang		Nindirí	Centro Salud Nindirí	
	Managua	Centro de Salud Sócrates Flores	Chontales	Juigalpa	Hospital Regional Asunción	
	Managua	Centro de Salud Pedro Altamirano		Juigalpa	Centro de Salud Adán Barillas Huete	
	Managua	Centro de Salud Francisco Buitrago		Santo Domingo	Centro Salud Santo Domingo	
	Ciudad Sandino	Hospital Nilda Patricia de Cedillo				
	Tipitapa	Hospital Yolanda Mayorga				
León	León	Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales	Granada	Granada	Hospital Departamental Amistad Japón Nicaragua	
	León	Centro de Salud Mantica Berrios				
	Subtiava - León	Centro de Salud Félix Pedro Carrillo (Subtiava)		Nandaime	Hospital Primario Monte Carmelo,	
Chinandega	Chinandega	Hospital España	Matagalpa	Granada	Centro de Salud Sinforoso Bravo	
		Centro de Salud Roberto Cortez		Matagalpa	Hospital Cesar Amador Molina	
	El Viejo	Hospital José Rubí		Matagalpa	Policlínico Trinidad Guevara	
	Corinto	Hospital José Shendell		La Dalia	Hospital Héroes y Mártires San José de las Mulas	
	Somotillo	Hospital Primario Raymundo García		Matiguás	Hospital San José	
Rivas	San Juan del Sur	Hospital Primario Gaspar García Laviana	RACCN	Sébaco	Centro de Salud Tomas Borges	
	Rivas	Hospital Departamental Gaspar García Laviana		Bilwi	Hospital Nuevo Amanecer	
	Isla de Ometepe	Hospital Primario Héroes y Mártires de Moyogalpa		Bilwi	Policlínico Ernesto Hodgson White	
	Nandaime	Hospital Primario Monte Carmelo		Bilwi	Clínica Bilwi	



III.5. Muestreo

Muestreo basado en el lugar: previa coordinación con autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud para facilitar la coordinación con los equipos multidisciplinares que brindan servicios de salud a los PVIH, a fin de contactar a las y los participantes en los lugares y momentos en los que se reúnen o suelen visitar los Centros de Atención Integral, hospitales seleccionados, clínicas VICITS, oficinas de asociaciones/redes, con presencia en los departamentos seleccionados. El 75% de la muestra fue reclutada utilizando este método de muestreo.

Muestreo limitado de referencia en cadena: este método fue utilizado para reclutar participantes para el estudio que tenían menos probabilidades de participar, Personas que consumen drogas, PVIH en abandono, para ello, se les solicitó a los encuestados contactar a otros PVIH no integrados en TARV, previo consentimiento se les puso en comunicación con los encuestadores para participar en el estudio.

Procedimientos del estudio: a las y los participantes, previo a la entrevista, se les provee una carta informativa sobre el propósito del estudio, sus objetivos e importancia de la participación, así como de la voluntariedad de participar y de poder retirarse en cualquier momento de la encuesta, la responsabilidad de quienes lideraron la investigación sobre el resguardo y sigilo de los datos.

El formulario electrónico fue estimado a desarrollarse en dos horas de entrevista, situación explicada a los potenciales participantes, antes de iniciar la entrevista, misma que fue realizada después de la consulta médica o atención recibida o rechazada, para ello se ubicó un lugar sin presencia de terceros (trabajadores de la salud u otros), garantizando privacidad y confort tomando en cuenta el tiempo y el contenido de cada pregunta. Todas las encuestas fueron llenadas con la presencia del encuestador, lado a lado.

A los encuestados se les asignó carga de trabajo equitativa para cada entrevistador(a), haciendo en promedio entre 4 a 6 entrevistas diarias por persona, con un promedio de tiempo para encuesta de 30 a 45 minutos.

III.6. Criterios de inclusión y exclusión

Ilustración 3. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> · Persona nicaragüense, con más de 12 meses de conocer su estatus ante el VIH · PVIH · Tener 18 o más años cumplidos · PVIH que acepte de forma voluntaria participar en la investigación · PVIH con capacidad cognoscitiva de entender y aceptar los elementos del estudio 	<ul style="list-style-type: none"> · PVIH que no desea participar en el estudio · PVIH menor de 18 años · PVIH que conoce su estatus en los últimos dos meses previo al estudio · No ser PVIH, incluso si son de una población clave que no tiene VIH · PVIH que al momento de la encuesta se encuentra en mal estado de salud



III.7. Instrumentos para recolección de información

Para recopilar y analizar los datos se utilizó un cuestionario estandarizado, con su guía o instructivo de llenado, provisto por ALEP y validado a nivel de país, esto con la finalidad de obtener datos cuantitativo capaces de ser comparados con otros estudios.

El cuestionario fue estructurado en ocho secciones y 78 preguntas, adicionalmente contó con una sección para control de calidad y otra para el control de referencias y seguimiento, en caso de que el entrevistado al momento de la entrevista no esté vinculado al TARV o cualquier necesidad de apoyo expresada por los encuestados. Es de notar que el instrumento de recolección de datos fue validado y ajustado, siendo cuidadoso en conservar los parámetros de medición establecido en la metodología proveída por ALEP. (ver ilustración 4)

Ilustración 4. Cuestionario Índice Estigma. Nicaragua 2022.

Secciones:

A	Datos generales del entrevistado 13 preguntas	B	Divulgación 2 preguntas	C	Experiencias con EyD 1 pregunta	D	Estigma internalizado 4 preguntas
E	Experiencia en Servicios de Salud 27 preguntas	F	Derechos Humanos 4 preguntas	G	EyD por otras razones ajenas a ser PVIH 26 preguntas	H	Experiencia personal con EyD 1 pregunta

Un segundo instrumento de recolección de datos cualitativos fue aplicado, guía para grupos focales, conteniendo una lista de preguntas, seleccionando PVIH con autoidentidad HSH, PVIH con parejas serodiscordantes, PVIH del sexo femenino y PVIH perteneciente a grupos étnicos, seleccionados en base a ser los grupos con mayor número de participantes, en el caso de los grupos étnicos son PVIH que viven en la ciudad de Bilwi, lugar con mayor prevalencia del país. Los grupos focales fueron realizados en las ciudades de Managua, sitio de mayor número de casos en el país, Chinandega y León por ser un departamento con alta prevalencia, los cuatro departamentos poseen redes de PVIH que facilitó la participación y cumplir los criterios para participar en los grupos focales.

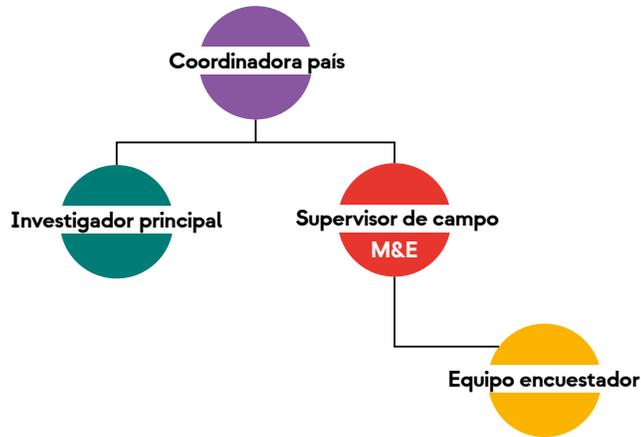
Cada grupo focal estuvo conformado por seis a ocho participantes, integrantes de poblaciones clave y vulnerable que se identifican con la muestra de datos cuantitativos. y de dos horas máximo de duración.

Para facilitar el proceso de levantamiento de información se realizó coordinación con autoridades del MINSA, con el propósito de obtener apoyo de los responsables de las unidades de salud a cargo de la prestación de los servicios de salud a PVIH, apoyo de los equipos multidisciplinarios para la realización de las entrevistas en condiciones de privacidad, posterior a la consulta o servicios de salud recibidos por las PVIH.

III.8. Equipo de implementación

El equipo de trabajo de la investigación fue seleccionado tomando en cuenta el Manual de apoyo a redes de PVIH para realizar el Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH 2.0. La estructura del equipo de trabajo estuvo liderada por una coordinadora de la investigación, un investigador principal, dos supervisores de campo y el equipo de encuestadores. Un asesor estadístico conformó el equipo de trabajo para el tratamiento de datos y elaborar las tablas de salida de la investigación.

Ilustración 5. Esquipo de trabajo. Índice Estigma. Nicaragua 2022.



Reclutamiento de encuestadores y enlaces comunitarios: para el levantamiento de información se seleccionaron personas líderes de los SILAIS, PVIH con presencia en los territorios seleccionados, miembros de redes de PVIH que conforman el consorcio Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP), PVIH con experiencia en el trabajo comunitario con poblaciones clave y personas con VIH, antecedente de haber sido enlace entre la red de servicios de salud y las PVIH vinculadas a la Terapia Antirretroviral (TAR) y PVIH en abandono.

El equipo de encuestadores conformado por 14 PVIH, seis hombres y 8 mujeres, a quienes se les compartió y capacitó en el uso del instrumento de recolección de datos, así como un manual de usuario o entrevistador que incluyó las especificaciones de las preguntas, un conjunto de definiciones operacionales y las orientaciones para iniciar y sostener las entrevistas.

Durante el proceso de capacitación se realizó la validación del instrumento de recolección de datos, a lo largo de tres días, el equipo de investigación, sobre todo las y los encuestadores se apropiaron de los instrumentos de recolección de información cuantitativa y cualitativa.

III.9. Técnicas y procedimientos en la recolección de información

La captura de datos fue realizada por los entrevistadores, previa capacitación, supervisada por la coordinadora de país y el supervisor de campo en colaboración con el socio de investigación CEPRESI, GNP+, ICW GLOBAL y ONUSIDA.

Los datos fueron registrados utilizando la plataforma KoBo Toolbox, desarrollada por el Harvard Humanitarian Initiative, para levantamiento de datos en zonas de catástrofes o de emergencia humanitaria, funcionando online como offline, así mismo, se contó con formatos impresos de



la encuesta, a fin de ser utilizado en ausencia de internet, esto constituyó una fortaleza en la recolección de datos.

En el estudio prevaleció la recolección de datos de forma digital, mediante tabletas o dispositivos móviles, en el caso de recolección de datos en formato duro (papel) estos fueron revisados in situ por supervisores de campo a fin de detectar vacíos de información.

El control de calidad de los datos fue implementado haciendo que dos supervisores de campo, revisaran y supervisarán las metodologías utilizadas para obtener la información, selección de los entrevistados y cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión, limpieza de datos utilizando los respectivos libros de códigos y evaluación de datos con medidas centrales y de dispersión para garantizar la calidad de los datos.

Las bases de datos fueron exportadas a Excel y SPSS-PC versión 22, para su análisis, recodificación y generación de tablas de salida, presentando los datos en frecuencias, porcentajes y análisis de tendencias. Este análisis permitió que las preguntas se desglosaron por estratos de edad, sexo, etnia, género e identidades, entre otros. Asimismo, ha permitido visibilizar la afectación en cada grupo poblacional que se entrevistó (hombres, mujeres, HSH, trans, personas que usan drogas y personas que han tenido sexo comercial o transaccional) y analizar los datos comparativos encontrados en el año 2013 y 2022 a fin de evidenciar los cambios y próximos retos en el país ante el VIH estigma y discriminación.

III.10. Enfoque cualitativo del estudio

El equipo de país tomó la decisión de incorporar a la investigación el enfoque cualitativo, a fin de profundizar los aspectos relacionadas con el estigma, la discriminación y comprender las experiencias vividas por las PVIH; así como comprender mejor el contexto, las perspectivas y el impacto del estigma en las PVIH en Nicaragua.

Se realizaron cuatro grupos focales: dos en la ciudad de Managua, con HSH y mujeres PVIH, uno en Chinandega con PVIH que sus parejas no tienen VIH, uno en Bilwi, en la Costa Caribe Norte, con personas de ambos sexos, misquito, integrados por seis participantes y un facilitador, en un día y horario acordado previamente con las PVIH, con dos horas máximo de duración. La selección de los grupos se realizó procurando recolectar información cualitativa de las poblaciones más vulnerables.

La información fue recolectada utilizando medios electrónicos para grabar, previo consentimiento informado y escrito. Para cada uno de los participantes se hizo resguardo de la información facilitada, sin solicitar datos que los identifiquen, para ello seleccionó un nombre o palabra para socializar en el grupo focal.

Para el procesamiento de información cualitativa se utilizó el software MAXQDA de fácil utilización y se crearon las categorías y subcategorías para el agrupamiento de información y posterior exportación e inclusión en el informe final.

III.11. Procesamiento y análisis de información

Las encuestas se procesaron haciendo uso de la aplicación digital KoBo Toolbox, instalada en dispositivos móviles con acceso a Internet, las bases de datos fueron exportadas a Excel para su limpieza y depuración de datos y posteriormente a SPSS PC versión 22, con la finalidad



de realizar el etiquetado y syntax correspondiente, así como la generación códigos para su procesamiento.

Los resultados obtenidos fueron transcritos y presentados en tablas de salidas para la escritura del reporte final, acompañados de gráficos e ilustraciones. Un análisis univariado y multivariado fue realizado desde el programa SPSS-PC con la finalidad de encontrar información para la toma de decisión.

El reporte o informe final cuenta con secciones de análisis por género, identidad sexual, prácticas de riesgo como PVIH con antecedente de uso de drogas; aborda aspectos fundamentales de los derechos humanos y contiene una sección comparativa entre los datos encontrados en la investigación sobre estigma y discriminación de los años 2013 y 2022.

Un elemento fundamental a lo largo del documento es lo relativo a los derechos humanos, en sus diferentes campos de la vida cotidiana de las PVIH, el entorno social y la ruta de la denuncia, su recepción y resolución final de los eventos en que se ven afectados las PVIH en general.

III.12. Consideraciones éticas

La investigación se realizó tomando en consideración el marco de referencia de los principios de la bioética, la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y el respeto a las leyes del país e internacionales; se contó con un protocolo desarrollado con la asistencia técnica de Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP) aprobando el protocolo el 3 de marzo de 2022 y el Comité de Ética Nacional del Ministerio de Salud el 20 de mayo de 2022.

Al personal comprometido en la realización de la investigación se capacitó sobre los principios éticos de la investigación: consentimiento informado, confidencialidad y privacidad.

- **Consentimiento informado:** las PVIH llenaron un formato de consentimiento informado antes de ser entrevistadas.
- **Privacidad:** se procuró en la medida de lo posible garantizar mínimas condiciones de privacidad para que las PVIH pudieran responder al cuestionario.
- **Confidencialidad:** se explicó de manera verbal y por escrito que la información brindada era estrictamente para fines de la investigación y, por tanto, no se recopiló datos personales como: nombre, dirección domiciliaria y teléfono. Para la identificación de los participantes se utilizó un sistema de registro único creado a partir de las primeras letras de los nombres y apellidos, mes y año de nacimiento y sexo, tomando de referencia el utilizado por el MINSA.
- Cada miembro del equipo de investigación, previo al levantamiento de datos, firmó un acuerdo de confidencialidad.
- Los participantes eran libres de interrumpir el estudio o negarse a participar en cualquier momento durante la entrevista sin ninguna repercusión.
- A ninguno de los participantes se les ofreció o entregó ayuda económica para participar.





IV. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio iniciando con las características sociodemográficas de la muestra, seguida del conjunto de evidencias cuali-cuantitativa sobre Estigma y Discriminación (EyD) en PVIH.

Los resultados muestran evidencias acerca del EyD que en su cotidianidad hacen frente los y las PVIH, en sus relaciones personales o íntimas, la familia, la comunidad y su relación con las instituciones vinculadas a la defensa de los DD.HH. Los hallazgos encontrados pueden ser utilizados para referirnos al comportamiento de país y no como una muestra a nivel de algún departamento específico o unidad asistencial de salud.

IV.1. Características Sociodemográficas de los PVIH en estudio.

Los resultados contienen información organizada de 729 PVIH participantes, con una media de 38.6 años, desviación estándar 11.47 años y moda de 41 años. Según sexo, el 37% de los participantes pertenecen al sexo femenino y 63% masculino, con una relación 3 a 6 a favor de los hombres. En cuanto a la identidad de género, el 37% se autoidentifican mujer, 57% hombres, 6% población Transgénero. (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra según tipo de población. Índice de Estigma. Nicaragua 2022.

Sexo		Identidad de género			Edad				Población clave			
Mujer	Hombres	Mujer	Hombres	PTransg.	18 a 24 años	25 a 49 años	50 a + años	Sin datos	HSH	Ptransg.	Trabajo sexual	PWUD
37%	63%	37%	57%	6%	9%	74%	17%	0%	28%	6%	20%	9%
271	458	271	417	41	64	543	121	1	202	41	143	68

Aproximadamente, dos tercios de los participantes (74%) poseen una edad entre los 25 a 49 años, 9% entre 18 a 24 años y 17% más de 50 años. El 46% (333/729) de los participantes se identifica en uno o más de los subgrupos que conforman las poblaciones clave y el restante 54% (396/729) población no clave.

De los 729 participantes en el estudio, el 28% se autoidentifica como HSH/Gay/Homosexual, 6% Población Transgénero, 20% hombres o mujeres que se dedican al trabajo sexual, 9% Personas que consumen drogas. (ver tabla 2).

Los participantes poseen un promedio de 8.6 años de conocer su diagnóstico, con una desviación estándar de 5.8 años, rango de 1 a 32 años. El 32% del total de la muestra tiene de 1 a 4 años de conocer su diagnóstico, 26% de 5 a 9 años, 26% de 10 a 14 años y 16% de 50 a más años.



NICARAGUA

Según identidad sexual, el 45% de la población Transgénero tienen de 1 a 4 años de conocer su diagnóstico, superior al resto de subgrupos.

Entre la población clave, la población Transgénero resulta ser el que menos años tiene de conocer su diagnóstico. El 37% de las y los Trabajadores sexuales y el 33% de las Personas que consumen drogas tienen 10 o más años de conocer su condición de tener VIH. (ver tabla 3).

Tabla 3. Tiempo de conocer su diagnóstico

Años	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad		
		Mujer	Hombre	PTransg	HSH	PTransg	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +
n =	727	269	417	41	202	41	142	68	394	64	542	120
1 a 4	32%	25%	36%	44%	37%	44%	33%	35%	29%	67%	31%	19%
5 a 9	26%	24%	28%	22%	31%	22%	30%	32%	24%	16%	29%	21%
10 a 14	26%	31%	23%	17%	19%	17%	21%	21%	31%	6%	26%	33%
15 a +	16%	20%	13%	17%	13%	17%	16%	12%	16%	11%	14%	27%

El 31% de las PVIH participantes en el estudio cuentan con trabajo formal a tiempo completo o parcial, tienen un nivel educativo alto, es decir con estudios de formación profesional, Educación superior o universitaria o Estudios de postgrado), caso contrario a las que tienen un trabajo informal. (ver tabla 4).

Tabla 4. Nivel de educación según ocupación.

	Sector Formal		Sector Informal		Jubilado	Trabajo Sexual		Desempleo
	Tiempo completo	Media jornada	Tiempo completo	Media jornada		Tiempo completo	Tiempo parcial	
n =	172	78	101	121	20	10	5	222
No recibe educación formal	3%	6%	13%	11%	0%	0%	20%	10%
Estudios de primaria	17%	31%	32%	36%	20%	60%	30%	34%
Estudios secundaria	41%	39%	37%	37%	25%	20%	40%	39%
Estudios formación profesional	8%	4%	3%	7%	5%	20%	10%	5%
Educación superior o universitaria	30%	19%	15%	9%	50%	0%	0%	13%
Estudios de postgrado	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%



NICARAGUA

El 20% de las PVIH que se dedican al trabajo sexual a tiempo parcial, reportan no haber recibido educación formal y 30% tienen un nivel de educación de primaria. En el caso de las y los trabajadores sexuales a tiempo completo, el 60% poseen un nivel de educación de primaria. Las y los Trabajador/a sexual no posee educación superior, (ver tabla 4).

En cuanto al grupo jubilados, el 50% señalan tener un nivel de educación superior o universitaria, siendo el subgrupo con el nivel educativo más alto. El 31% de los participantes al momento de la encuesta estaban desempleados, el 44% tiene un nivel educativo de primaria o bien no recibe educación formal y el 18% han realizado estudios de formación profesional o universitario. (ver tabla 4),

El desempleo, el 45% de las PVIH del sexo femenino se encuentran desempleadas al momento de la encuesta, superior al 22% del sexo masculinos, 35% de las personas que consumen drogas, 36% de la población no clave y 42% de los participantes entre 18 y 24 años se encuentran en situación de desempleo, al momento de la encuesta. (ver tabla 5).

En cuanto a las Necesidades Básicas, el 68% de los participantes señalan que en los últimos 12 meses alguna vez o nunca han podido cubrir sus necesidades básicas, porcentajes superiores se encontraron entre las Mujeres 72%, Personas que consumen drogas 81% y entre los grupos etarios de 25 a 49 años con el 73% y de 50 o más años con el 74%,

El 53% de los participantes en el estudio señalan tener una relación íntima o de pareja sexual al momento de la encuesta, situación que predomina en el sexo femenino (60%), Personas que consumen drogas (59%), entre 18 a 24 años (55%) y 25 a 49 años (58%). (ver tabla 5),

Tabla 5. Características de las familias

	n =	Identidad de genero			Población Clave				No KP	Edad		
		Fem.	Masc.	P. Transg.	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +
n =	729	271	417	41	202	41	142	68	394	64	543	121
Desempleo	31%	45%	22%	17%	21%	17%	27%	35%	36%	42%	28%	35%
Alguna vez o nunca ha podido cubrir sus NBI	68%	72%	66%	56%	61%	58%	68%	81%	72%	64%	73%	74%
Tiene una relación de pareja	53%	60%	40%	39%	44%	37%	50%	59%	58%	55%	58%	33%
Tienen hijos bajo su custodia	46%	75%	32%	0%	16%	0%	32%	40%	64%	28%	50%	36%
Estatus de la pareja ante el VIH. n =	388	164	208	16	89	16	72	40	228	35	313	40
Pareja seropositiva	36%	36%	35%	13%	26%	13%	25%	23%	42%	31%	34%	50%
Pareja serodiscordante	54%	53%	56%	69%	67%	69%	69%	67%	47%	57%	56%	45%
Lo desconoce	10%	11%	9%	18%	7%	18%	6%	10%	11%	11%	10%	5%



NICARAGUA

Un total de 388 participantes en el estudio señalaron tener parejas sexuales o íntimas, el 36% señala que tienen su pareja tiene VIH, el 54% serodiscordante y 10% desconoce el estatus. En cuanto a la edad, los de 50 años o más, el 50% sabe que su pareja es seropositiva. Por otro lado, las poblaciones clave presentan los porcentajes más altos con parejas serodiscordantes. (ver tabla 5). Entre la población clave sus porcentajes de personas con hijos es inferior a la encontrada en muestra. En la población no clave, el 64% tiene hijos bajos su custodia, con 18 puntos porcentuales superior a la muestra total. (ver tabla 5).

El 22% de los participantes pertenecen a minoría racial, étnica o religiosa, seguido del 14% a comunidades indígena, y 6% a personas con discapacidad sea visual, auditiva, motora o intelectual e igual porcentaje pertenecen a una red de apoyo a PVIH. (ver tabla 6).

Las mujeres PVIH un 22% pertenecen a grupos de minoría racial, religiosa o étnica y 20% a comunidad indígena, en el caso de los hombres el 23% tienen sentido de pertenencia a minoría racial o religiosa, 11% a comunidad indígena y 10% a redes de apoyo a PVIH. (ver tabla 6).

No se encontró diferencias porcentuales de importancia entre los grupos de edad, sin embargo, entre la población clave, el 19% de las personas que consumen drogas pertenecen a redes de apoyo y/o minoría racial o religioso. (ver tabla 6)

Tabla 6. Pertenencia a grupos de población específica

	Total	Identidad de genero			Población Clave				No KP	Edad		
		Fem.	Masc.	P. Transg.	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +
n =	729	271	417	41	202	41	142	68	394	64	543	121
A minoría racial, étnica o religiosa	22%	22%	23%	10%	20%	8%	20%	19%	25%	23%	22%	17%
A comunidad indígena	14%	20%	11%	7%	8%	5%	9%	2%	20%	22%	14%	11%
A personas con discapacidad	6%	5%	6%	7%	5%	8%	9%	6%	5%	0%	5%	9%
A refugiados	0%	0%	0%	2%	1%	3%	0%	2%	0%	0%	0%	0%
A inmigrante	3%	1%	4%	2%	5%	3%	4%	9%	2%	3%	2%	4%
A privados de libertad	2%	1%	3%	2%	3%	3%	4%	2%	1%	2%	2%	4%
A red de apoyo a PVIH	6%	1%	10%	0%	6%	0%	6%	19%	4%	3%	6%	4%



IV.2. Experiencias al comunicar que tiene VIH

Las experiencias vividas por las PVIH en la divulgación de su condición de tener VIH, supone enfrentarse a una situación muy distinta a la vida previa a ese momento, la afectación a lo interno del PVIH trasciende marcando un antes y un después en el ámbito familiar, comunitario, laboral etc.

La presente sección corresponde a la sección B del cuestionario: Divulgación de la condición de tener VIH.



Toda mi familia se dio cuenta de mi diagnóstico antes que yo.
(Participante en grupo focal HSH Managua).



Divulgación del estatus de tener VIH en la familia: El 60% de los participantes refieren que sus parejas sexuales conocen su condición de tener VIH, 65% lo saben otros familiares, 36% los hijos y 28% los amigos/as de PVIH.

Según identidad de género, las mujeres refieren que los siguientes grupos conocen más de su condición tener VIH, esposos o parejas sexuales, los hijos, otros familiares y compañeros de clase. En los hombres sus amigos son los que conocen más que tienen VIH, a las poblaciones Transgénero quienes más conocen de su estatus son otros familiares y amigos/as. (ver tabla 7)

De acuerdo a los grupos etarios, el 70% de PVIH entre 18 a 24 años y el 68% de 25 a 49 años señalan que otros familiares conocen de su condición de tener VIH. En los mayores de 50 años, el 61% refieren que sus parejas sexuales conocen su estatus, el 59% que sus hijos conocen su estatus, y 36% lo saben sus amigos. (ver tabla 7).



Tabla 7. Conocen su condición de tener VIH

	Total	Identidad de genero			Población Clave				No KP	Edad		
		Fem.	Masc.	P. Transg.	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +
n =	729	271	417	41	202	41	142	68	394	64	543	121
Esposo/ Pareja	60%	67%	59%	15%	54%	60%	61%	45%	47%	48%	55%	69%
Hijos	36%	50%	21%	0%	5%	33%	59%	13%	0%	41%	33%	39%
Otros familiares	65%	71%	63%	47%	70%	68%	48%	60%	47%	57%	64%	69%
Amigos/as	28%	20%	35%	26%	23%	28%	36%	39%	26%	34%	28%	23%
Vecinos/as	11%	11%	10%	3%	3%	10%	16%	11%	3%	14%	19%	8%
Jefe/a	11%	13%	11%	11%	9%	11%	15%	8%	11%	18%	21%	9%
Compañero/a de trabajo	9%	11%	8%	7%	0%	9%	15%	9%	7%	14%	16%	6%
Profesor/ Director	5%	6%	6%	0%	6%	6%	0%	6%	0%	5%	13%	4%
Compañero/a de clase	5%	9%	5%	0%	9%	5%	0%	5%	0%	2%	11%	4%
Líderes locales	5%	6%	4%	6%	0%	4%	11%	6%	6%	8%	12%	4%
Autoridades	4%	4%	4%	3%	20%	4%	4%	3%	3%	2%	16%	7%

En cuanto a PVIH que tienen hijos bajo su tutela, el 77% PVIH que tienen hijos bajo su tutela sus parejas sexuales conocen que tienen VIH, por otro lado, un 73% familiares y al 38% sus hijos saben que tiene VIH. (ver tabla 7).

Los y las Trabajadores sexuales y Personas que consumen drogas presentan los mayores porcentajes que sus parejas sexuales, hijos, otros familiares, etc., que más conocen acerca de tener VIH en comparación con HSH y población Transgénero. (ver tabla 7).

En el caso de la población no clave, sus esposos o parejas sexuales, hijos, otros familiares son los grupos que conocen que tienen VIH en mayor proporción que el total de la muestra. (ver tabla 7).

A nivel comunitario, el 60% de las autoridades que conocen el estatus de tener VIH lo han hecho sin el consentimiento de la persona, seguido de los vecinos con los 57%, Líderes locales 42%. En el entorno familiar, el 32% de otros familiares han tenido acceso a la información sobre el PVIH sin su consentimiento, 26% de los hijos y el 19% de sus compañeros o parejas sexuales. (ver tabla 8).





“Le doy gracias a Dios por haber encontrado un esposo que decidió casarse conmigo por la iglesia sabiendo mi condición. Él me apoya en todo. Él no es positivo” (Participante mujer grupo focal con parejas serodiscordante)

“Hay que trabajar en la aceptación de personas con diagnóstico positivo en VIH, que los puestos de trabajos sean más accesibles para personas de la condición VIH.”

(Participante hombre en grupo focal Managua)



Tabla 8. Conocen su estatus sin consentimiento

Autoridades	Vecinos/as	Líderes locales	Otros familiares	Jefe/a	Compañero/a de clase	Profesor/ Director	Hijos	Esposo/Pareja	Amigos/as	Compañero de trabajo
(n=25)	(n=68)	(n=31)	(n=460)	(n=40)	(n=33)	(n=11)	(n=163)	(n=287)	(n=196)	(n=33)
60%	57%	42%	32%	30%	30%	27%	26%	25%	25%	19%

Experiencias negativas al comunicar la condición de tener VIH:

A nivel de familia, el 18% de los participantes opinan que comunicar a la pareja o familia que tiene VIH, fue una experiencia negativa y 15% carecieron del apoyo de los más allegados.

A nivel comunitario, el 51% señaló que comunicar a los desconocidos fue un proceso nocivo en sus vidas y el 22% no recibió apoyo de ple resultó una experiencia negativa señalaron no haber recibido apoyo de personas desconocidas. Por otro lado, el 44% de los participantes refirieron que a lo largo del tiempo no ha sido más fácil comunicar que tiene VIH. (ver tabla 9).



Tabla 9. Experiencia negativa al comunicar su condición de PVIH

	Total	Identidad de genero			Población Clave				No KP	Edad		
		Fem.	Masc.	P. Transg.	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +
Comunicar a la Pareja/familia	18% (123/693)	38% (51/255)	5% (60/400)	32% (12/38)	12% (24/194)	32% (12/38)	37% (30/136)	9% (7/64)	18% (67/376)	17% (10/58)	17% (90/526)	21% (23/108)
No recibió apoyo de los más allegados	15% (102/681)	17% (43/250)	13% (50/393)	24% (9/38)	9% (18/191)	24% (9/38)	33% (27/137)	9% (5/64)	15% (54/368)	16% (9/57)	15% (76/517)	16% (17/106)
Comunicar a desconocidos	51% (275/549)	49% (94/191)	52% (166/320)	49% (19/38)	51% (78/154)	49% (19/38)	63% (58/113)	58% (29/50)	48% (142/293)	50% (24/48)	52% (215/416)	46% (39/84)
No recibió apoyo de personas conocidas	22% (138/633)	25% (56/224)	19% (72/371)	29% (10/38)	14% (26/184)	29% (10/38)	38% (30/133)	19% (8/56)	23% (79/338)	21% (12/56)	22% (106/474)	20% (20/102)
Con el tiempo NO ha sido más fácil comunicar que es PVIH	44% (306/693)	51% (131/257)	41% (161/396)	35% (14/40)	40% (76/191)	35% (14/40)	47% (67/140)	46% (31/67)	44% (306/693)	47% (28/59)	43% (226/525)	48% (52/108)

Comunicar que tiene VIH a sus parejas/familia y su apoyo: Las PVIH con autoidentidad mujer (38%), refieren una experiencia negativa mayor que los hombres (15%), al comunicar su condición de tener VIH a sus parejas, sin embargo, las mujeres refieren mayor apoyo de sus allegados al momento de compartir su diagnóstico. En cuanto a las poblaciones clave, al 32% de las poblaciones Transgénero, 37% de Trabajador/a sexual y 21% de los individuos mayores de 50 años reportan una experiencia negativa mayor que la encontrada en la muestra total de PVIH en estudio. (ver tabla 9).

Comunicar VIH a personas ajenas a su familia: El 51% de los participantes refieren una experiencia negativa al compartir que tiene VIH a personas ajenas a su familia, predominando en personas del sexo masculinos, Trabajador/a sexual y Personas que consumen drogas. Las mujeres, población Transgénero y Trabajador/a sexual fueron los que menos recibieron apoyo por parte de personas ajenas a su familia. (ver tabla 9).

Con el tiempo NO ha sido más fácil comunicar que es PVIH: En el 51% de las mujeres, 47% de las personas Trabajadores/as sexuales, 46% de personas que consumen drogas y 47% de los individuos entre 18 y 24 años, refieren que a lo largo del tiempo no ha sido fácil comunicar que es PVIH. (ver tabla 9).

IV.3. Situación del estigma y discriminación externo

La condición de discriminación es una conducta de desprecio contra otra persona o grupo, ya sea cultural y socialmente extendido en base a un prejuicio negativo. En el contexto de las PVIH estas situaciones generan una vulneración de los derechos humanos.²²

Tabla 10. Experiencias negativas relacionadas con estigma y discriminación.

	Alguna vez ha sido discriminado	Temporalidad de la discriminación	
		Sí, en los últimos 12 meses	Sí, pero no en los últimos 12 meses
Comentarios discriminatorios de otras personas	28% (179/632)	42% (88/179)	58% (91/179)
Comentarios discriminatorios de familiares	26% (166/641)	42% (69/166)	58% (97/166)
Excluido de un trabajo	9% (60/642)	37% (22/60)	63% (38/60)
Esposo/a hijo/a han discriminado	8% (46/550)	39% (18/46)	61% (28/46)
Excluido de actividades sociales	6% (43/670)	49% (21/43)	51% (22/43)
Excluido de actividades familiares	6% (42/679)	62% (26/42)	38% (16/42)
Recibo Chantaje	7% (48/701)	52% (25/48)	48% (23/48)
Negado ascenso laboral	4% (19/440)	53% (10/19)	47% (9/19)
Excluido de actividades religiosas	5% (33/683)	52% (17/33)	48% (16/33)

En la tabla 10 se describe primeramente el porcentaje de PVIH que recibieron discriminación y seguidamente la temporalidad en que ocurrió, a) acontecida en los últimos 12 meses y b) antes de los últimos 12 meses.

El 28% de los PVIH participantes, refieren haber sido objeto de comentarios discriminatorios por parte de otras personas ajenas a la familia, 26% por familiares, 9% han sido excluido de un lugar de trabajo y 8% discriminado/a por su pareja, esposo/a o hijo/a.

El mayor porcentaje de discriminación en **los últimos 12 meses**, se reporta en actos de exclusión de actividades familiares, recibir chantaje, negado asenso a un nuevo puesto de trabajo y ser excluido de actos religiosos. (ver tabla 10)

Antes de los últimos 12 meses, comentarios discriminatorios por tener VIH por parte de familiares y otras personas, ser excluido en un puesto de trabajo a pesar de contar con las habilidades y destrezas requeridas, así como discriminaciones procedentes de miembros de la familia nuclear. (ver tabla 10).

Lo primordial es aceptarme como estaba antes y como estoy ahora, lo segundo no limitarme a mi diagnóstico he aprendido a cuidarme y respetarme. Ser positivo, ante todo. (expresión de un participante del sexo masculino en un grupo focal.

IV.4. Situación del estigma y discriminación interno

El estigma es un atributo o un aspecto del yo que está profundamente desacreditado. El estigma es un proceso social que depende de los contextos colectivos en que ocurre, pues el atributo estigmatizante que tiene la persona evaluada depende de otras personas, y se da en un espacio y contexto subjetivo influenciado por muchos factores.

Indicador GAM 6.3. “Porcentaje de PVIH que, en los últimos 12 meses, declaran haber percibido una de las ocho experiencias de estigma y discriminación en la comunidad

Con el propósito de ampliar y utilizar la información aportada por el estudio, se ha procedido a construir el indicador complejo antes descrito con ocho interrogantes o preguntas descritas en la Guía Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, siendo estas las siguientes:

1. En los últimos 12 meses, ¿Se ha sentido excluido de reuniones o actividades sociales (por ejemplo, bodas, funerales, fiestas, clubes) debido a su condición de seropositivo?
2. En los últimos 12 meses, ¿Se ha sentido excluido de las actividades religiosas o de los lugares de culto debido a su condición de seropositivo?
3. En los últimos 12 meses, ¿Se ha sentido excluido de las actividades familiares debido a su condición de seropositivo?
4. En los últimos 12 meses, ¿Ha sentido que los miembros de su familia han hecho comentarios discriminatorios o han cotilleado sobre usted por su condición de seropositivo?
5. En los últimos 12 meses, ¿Alguien le ha acosado verbalmente (por ejemplo, le ha gritado, increpado o ha cometido algún otro tipo de abuso verbal) debido a su condición de seropositivo?
6. En los últimos 12 meses, ¿Alguien le ha acosado físicamente (por ejemplo, le ha empujado, golpeado o ha cometido algún otro tipo de abuso físico) debido a su condición de seropositivo?
7. En los últimos 12 meses, ¿Le han rechazado un empleo o una oportunidad de trabajo debido a su condición de seropositivo?
8. En los últimos 12 meses, ¿Ha perdido una fuente de ingresos o un trabajo debido a su condición de seropositivo?



Tabla 11. Estigma y discriminación experimentados por personas que viven con el VIH en entornos comunitarios. Indicador GAM 6.3 Porcentaje de PVIH que, en los últimos 12 meses, declaran haber percibido una de las ocho experiencias de estigma y discriminación en la comunidad según identidad de género y edad.

	Todos	Hombres					Mujeres				
		18-+	18-19	20-24	25-49	50-+	18-+	18-19	20-24	25-49	50-+
%	54%	51%	38%	48%	53%	47%	58%	22%	55%	61%	50%
Numerador	394	213	3	14	159	37	155	2	6	127	20
Denominador	725	415	8	29	299	79	269	9	11	209	40

El 54% de los y las participantes en el estudio señalaron haber percibido uno o más de las 8 formas de EyD en entornos comunitarios, las mujeres (58%) presentan mayor porcentaje que los hombres (51%) independientemente del grupo etario a que pertenezcan. (ver tabla 11).

Entre los hombres según edad, los más afectados son las edades entre 25 a 49 años con el 53% muy similar al encontrado en el total de la muestra y ligeramente superior al global de la muestra de hombres (51%). En el caso de las mujeres y edad, el grupo de 25 a 49 es el más afectado con el 61% de ellos, con 7 puntos porcentual superior al de la muestra y 3 porcientos más de la muestra encontrada en mujeres (58%). (ver tabla 11).

En cuanto a la población Transgénero, el 63% señala haber experimentado una o más de las formas de expresarse el estigma y discriminación en el entorno comunitario, siendo el grupo de 25 a 49 años con el mayor número de población Transgénero. (ver tabla 12).

Tabla 12. EyD en entornos comunitarios, Indicador GAM 6.3 Porcentaje PVIH Población Transgénero que, en los últimos 12 meses, declaran haber percibido una o más de las ocho experiencias de EYD en la comunidad.

	Todos	Población Transgénero (Masculino y Femenino)				
		18-+	18-19	20-24	25-49	50-+
%	54%	63%	100.00%	50%	65%	50%
Numerador	394	26	1	3	21	1
Denominador	725	41	1	6	32	2

Entre la población clave, la población Transgénero (63%) y trabajador/a sexual (51%) son los grupos más afectados a nivel EyD en entornos comunitarios, en comparación a los HSH (33%) y las Personas que consumen drogas (35%), así como superior a la encontrada en el total de la muestra, 54% (394/725). (ver tabla 13).



Tabla 13. Estigma y Discriminación experimentados por los PVIH en entorno comunitario. Indicador GAM 6.3 Porcentaje de PVIH Población Clave que, en los últimos 12 meses, declaran haber percibido una de las ocho experiencias de estigma y discriminación en el entorno comunitario según tipo de población clave

	HSH	Población Transgénero	Trabajador/a sexual	Personas que consumen drogas
%	33%	63%	51%	35%
Numerador	67	26	73	24
Denominador	202	41	143	68



“Yo soy la menos que he recibido discriminación porque, por ejemplo, mi familia es la que menos sabe de mi problema, solo lo sabe Dios, ustedes y yo. Yo no le digo a nadie de mis problemas. Yo me los reservo” (Participante mujer en grupo focal Managua)

“No quiero darles carga a las otras personas por eso no es necesario decírselo a las demás personas”. (Participante hombre en grupo focal Managua)

“Yo ya lo saqué de mi mente, me tomo el tratamiento y lo veo como cualquier otra enfermedad, ya no me da pena y miedo decir que tengo VIH” (Participante mujer en grupo focal Managua)

“Vivo de manera normal, debo ser adherente, me tomo el tratamiento, estoy adherente y eso me ha ayudado en mi salud” (Participante mujer en grupo focal Managua)

“He sufrido mucha discriminación de parte de mucha gente, pero sentí más dolor cuando mi propia familia me dio la espalda cuando se enteraron de mi enfermedad, tuve que dejar mi casa irme a vivir otro lugar donde no me conocieran porque ya no aguantaba tanta discriminación, ahora trato de llevar una vida saludable y no le pongo mucha mente a los problemas.”



Al preguntar sobre el impacto interno que ocasiona la condición de tener VIH. El 61% de los encuestados refieren que tener VIH ha reducido su capacidad de respetar a otras personas, 59% la falta de respeto en sí mismo, 53% les afectado la capacidad de practicar una religión, 51% pérdida de la confianza en sí mismo, (ver gráfico 1).



Gráfico 1. Estigma internalizado y su impacto negativo en los PVIH



Entre el 42% y el 47% de los participantes señalan un impacto negativo en sus vidas por tener VIH afectando la capacidad de alcanzar metas personales y profesionales, su capacidad y deseo de aportar a la comunidad y el manejo del estrés. (ver gráfico 1).

Entre el 24% y el 36% de los PVIH participantes se han visto afectados en la capacidad para encontrar el amor, establecer relaciones íntimas más sólidas y el deseo de tener hijos/as. (ver gráfico 1).

Indicador GAM 6.2.

“Porcentaje de PVIH que declaran tener vergüenza de tener VIH” según identidad de género y edad: El 43% (316/728) del total de participantes refirieron experimentar vergüenza por tener VIH.

Tabla 14. Estigma internalizado. Indicador GAM 6.2 Porcentaje de PVIH que declaran vergüenza por tener VIH por Identidad de género y edad.

	Todos	Hombres					Mujeres				
		18-+	18-19	20-24	25-49	50-+	18-+	18-19	20-24	25-49	50-+
%	43%	37%	0%	45%	41%	25%	53%	67%	82%	51%	53%
Numerador	316	156	0	13	123	20	143	6	9	107	21
Denominador	728	417	8	29	301	79	270	9	11	210	40

Los participantes con autoidentidad de género hombres, el 37% tienen un sentido de vergüenza por tener VIH, siendo el grupo de 25 a 49 años con el mayor número de casos. Las mujeres experimentan mayor porcentaje de estigma por tener VIH, con 10 puntos porcentual mayor que el obtenido en el total de la muestra y 16 puntos porcentuales más que los hombres. (ver tabla 14).



Tabla 15. Estigma internalizado. Indicador GAM 6.2 Porcentaje de PVIH que declaran tener vergüenza de tener VIH por identidad de género y sexo.

	Todos	Población Transgénero (Masculino y Femenino)				
		18-+	18-19	20-24	25-49	50-+
%	43%	41%	0%	67%	34%	100%
Numerador	316	17	0	4	11	2
Denominador	728	41	1	6	32	2

En relación a la identidad de género el 53% (143/270) de las mujeres encuestadas refirieron experimentar vergüenza de tener VIH, de ellas, el grupo de 25 a 49 años representan el mayor número de mujeres que experimentan vergüenza. (ver tabla 14).

Cuatro de cada diez personas con autoidentidad de población Transgénero refieren sentir vergüenza de tener VIH, resultado similar al total de la muestra en estudio e inferior a la de las mujeres. (ver tabla 15).

En relación a las poblaciones clave, las y los trabajadores sexuales presentan el mayor porcentaje con el 48% de personas que experimentan vergüenza de tener VIH, comparada al encontrado en la muestra total. (ver tabla 16). El 37% de los HSH, 41% de las poblaciones Transgénero y 40% de las personas que consumen drogas, refieren tener vergüenza ante su estatus de tener VIH. (ver tabla 16).

Tabla 16. Estigma internalizado. Indicador GAM 6.2 “Porcentaje de PVIH que declaran tener vergüenza de tener VIH según tipo de población clave.

	HSH	Población Transgénero	Trabajador/a sexual	Personas que consumen drogas
%	37%	41%	48%	40%
Numerador	75	17	69	27
Denominador	202	41	143	68



“La experiencia de mi condición en mi entorno familiar ha sido positiva ya que tengo apoyo”

“mamá sabe mi condición y me encuentra en un proceso de aceptación, porque no supero la pérdida de mi esposo hace 2 años, falleció y recordar me hace mucho daño todavía.”

“Me afecto mi diagnostico ya que me alejo de mi pareja, ella al realizarse la prueba salió negativo y por esta razón decidió alejarse de mí y separarnos después de 17 años de vivir juntos”

Expresiones de participantes en grupos focales



IV.5. Estigma y discriminación en servicios de salud

Estigma y discriminación al realizarse la prueba de VIH

El 83% (602/729) de los participantes decidieron realizarse la prueba de VIH por autodeterminación, según identidad de género y población clave, las poblaciones Transgénero presentan el mayor porcentaje que decidieron realizarse la prueba de forma voluntaria o autodeterminación con el 97%, seguido del 85% de trabajadores/as sexuales. No se encontraron diferencias porcentuales importantes entre los grupos de edad. (ver tabla 17)

Tabla 17. Razón principal para realizarse la prueba de VIH

	Total	Identidad de género			Población Clave				No KP	Edad		
		Fem.	Masc.	P. Transg.	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +
n =	729	271	417	41	202	41	142	68	394	64	543	121
Por autodeterminación	83%	80%	83%	97%	86%	97%	85%	79%	81%	73%	85%	79%
Otros me presionaron	7%	10%	5%	0%	5%	0%	7%	6%	8%	5%	7%	7%
Sin que yo lo supiera	7%	5%	9%	3%	7%	3%	8%	13%	7%	5%	6%	13%
Sin mi consentimiento	1%	2%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	2%	1%	1%
Nací con VIH	2%	3%	2%	0%	1%	0%	0%	1%	3%	15%	1%	0%

Razón principal para realizarse la prueba de VIH. El 27% de los participantes se realizaron la prueba de VIH para conocer su estatus ante el VIH, 25% debido a una percepción de riesgo por prácticas sexuales riesgosas u otra causa, 20% por recomendación de un proveedor de servicios de salud y el 18% fue obligado por razones de empleo, solicitud de visa/ciudadanía

Gráfico 2. Razón principal para realizarse la prueba de VIH. (n = 729)

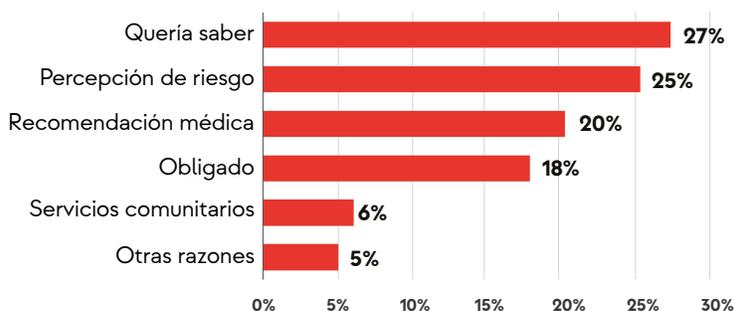
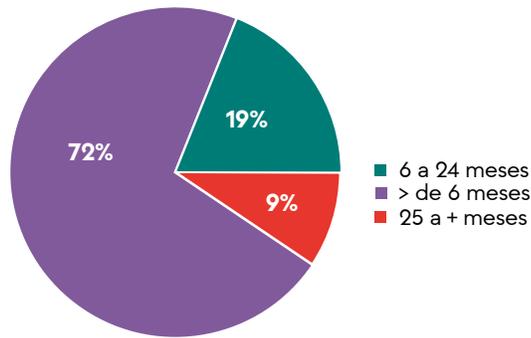


Gráfico 3. Tiempo entre pensar en realizarse la prueba y el momento en que se la hizo. (n = 651)



Decidir realizarse la prueba.

Siete de cada 10 PVIH se la realizaron un tiempo menor de seis meses, dos de cada 10 entre 6 y 24 meses, y uno de cada 10 PVIH le tomó más de 25 meses. (ver gráfico 3).

Tabla 18. Retraso en realizarse la prueba por miedo a la reacción de otras personas (familiares, amigos, jefes o comunidades) si el resultado era positivo

	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
n =	651	244	367	40	183	40	132	58	350	50	497	103	214	179	168	88
%	46%	50%	41%	68%	43%	68%	57%	55%	44%	49%	49%	33%	45%	49%	49%	39%

Cuatro de cada diez participantes dudaron en realizarse la prueba debido al temor de las reacciones de otras personas al conocer que tiene VIH, por identidad sexual este temor es mayor en población Transgénero que entre mujeres y hombres. Entre las poblaciones clave, las poblaciones Transgénero, Personas que consumen drogas y Trabajador/a sexual el temor es mayor que en HSH y de la muestra total. (ver tabla 18).

Terapia Antirretroviral

Al momento de la encuesta, el 93% (677/729) de las y los participantes señalan haber estado o estar en Tratamiento Antirretroviral (TARV), según identidad sexual, la población Transgénero es el grupo con menor porcentaje en TARV, este mismo grupo prevalece con el menor porcentaje entre la población clave, de igual forma, no se encontró diferencias porcentuales por grupos de edad y años de conocer su diagnóstico. (ver tabla 19).



Tabla 19. PVIH en Terapia Antirretroviral.

	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
n =	729	271	417	41	202	41	142	68	350	64	543	121	234	191	187	115
%	93%	93%	93%	84%	95%	84%	91%	96%	93%	91%	93%	96%	92%	92%	95%	95%

El 88% de las 677 PVIH en TARV, refieren que iniciaron la misma posterior a recibir orientación sobre los beneficios de antirretrovirales (consejería), el 8% decidió tomarse un tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la TARV, el 1% presionado por los trabajadores de la salud. (ver tabla de 20).

Por otro lado, el 45% refirieron iniciar la TARV inmediatamente que fue diagnosticado, 29% de 1 a 30 días, 12% de 1 a 6 meses y 12% más de 6 meses. (ver gráfico 14). A los participantes en TARV se les preguntó acerca de los resultados de la prueba Carga Viral (CV), el 63% refieren que su resultado es indetectable, 8% no se le ha realizado en los últimos 12 meses previo a la encuesta, 19% están en espera de sus resultados, 8% sin supresión viral y 1% nunca se le ha realizado e igual porcentaje de los PVIH desconoce qué es CV. (ver tabla 20).

Tabla 20. Inicio de TARV, Carga Viral y tiempo para iniciar TARV

¿Por qué decidió iniciar TARV	%	¿Tiempo para iniciar la TARV?	%
Consejería	88% (593/677)	Inmediato	45% (301/677)
Decidí esperar un tiempo	8% (54/677)	1 a 30 días	29% (198/677)
Presionado por personal de salud	1% (10/677)	1 a 6 meses	12% (81/677)
Otras razones	3% (20/677)	6 meses a 2 años	7% (47/677)
Carga Viral	%	2 o + años	5% (37/677)
Indetectable	63% (428/677)	No recuerdo	2% (13/677)
No, en el último año	8% (56/677)	En el último año, el miedo a que supieran su estatus, le hizo dejar de tomar una dosis de ARV	17% (112/677)
Esperando resultados	19% (130/677)		
Sin supresión viral	8% (58/677)		
Nunca he realizado CV	1% (2/677)		
Desconozco que es CV	1% (3/677)		

PVIH en abandono:

Cuatro de cada 10 participantes en el estudio alguna vez ha interrumpido el tratamiento antirretroviral. Según identidad de género de los participantes la población Transgénero posee el mayor porcentaje de abandono que las mujeres y los hombres. (ver tabla 21).

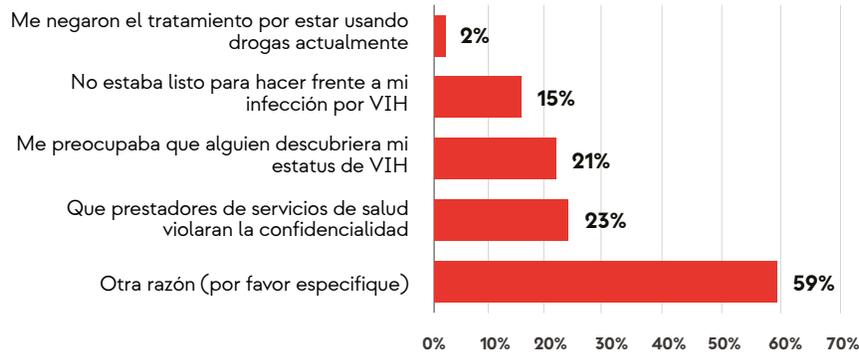


Tabla 21. PVIH alguna vez han interrumpido la TARV

	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
n =	729	271	417	41	202	41	142	68	350	64	543	121	234	191	187	115
%	41%	45%	36%	66%	36%	66%	55%	58%	37%	40%	44%	29%	33%	43%	43%	48%

El 66% de la población Transgénero, 58% de Personas que consumen drogas y 55% de trabajador/a sexual refirieron alguna vez haber interrumpido su tratamiento, siendo el grupo de HSH con menor reporte entre la población clave. La población no clave posee un comportamiento similar a la encontrada en la muestra total. (ver tabla 21).

Gráfico 4. EyD. Razones para interrumpir la TARV (n = 275).



De acuerdo a los grupos de edad, los de mayor edad tienen menor reporte de alguna vez haber abandonado la TARV y los participantes con más de 15 años de conocer su diagnóstico tienen el porcentaje mayor de abandono con 48%, siete puntos porcentuales mayor que el de la muestra. Por otro lado, el 33% de quienes tienen de 1 a 5 años de conocer su diagnóstico refieren ser más adherentes o abandonar menos la TARV. (ver tabla 21).

De los 275 participantes que señalaron alguna vez haber abandonado la TARV, el 23% refieren que la razón de interrumpir el tratamiento fue los prestadores de servicios de salud dieran a conocer su condición de tener VIH, 21% preocupaba que alguien más se descubriera su estatus, 15% considera que no estaba listo para hacer frente a la infección por VIH. (ver gráfico 3). Un 59% señalaron otras razones entre ellas:

- Olvido
- Depresión
- Efectos adversos de los ARV
- Aburrido/a de tomar ARV
- Adicción al alcohol
- En mi trabajo no conocen mi estatus y no dan permiso
- Falta de voluntad, irresponsabilidad
- Problemas familiares
- Uso drogas
- La epidemia de la COVID



NICARAGUA

A continuación, se describen dudas que prevalecieron en los PVIH para retrasar o evitar el reinicio de la TARV:

- El 45% retrasó el reinicio de la TARV debido a que les preocupaba que otras personas ajenas a la familia conocieran su condición de tener VIH. Según identidad de género y poblaciones clave, el 81% de la población Transgénero tenía igual duda. En cuanto a la edad, el 74% de las PVIH de 18 a 24 años prevaleció la duda antes descrita, muy superior al resto de grupos. Por último, el 56% de las personas que recientemente conocen su diagnóstico (1 a 4 años), incidió la duda de que otros conocieran su estatus e hizo que retrasaran el reinicio de la TARV. (ver tabla 22).
- El 44% de los participantes consideran que no estaban preparados para enfrentar el hecho que tienen VIH, por lo cual incurrió en no reiniciar la TARV. Esta condición o duda fue mayor, según identidad de género la población Transgénero y los hombres (46%), en la población no clave reporta 4 puntos porcentuales más que la encontrada en el total de la muestra. Los más jóvenes, de 18 a 24 años, son el grupo con mayor porcentaje en relación al resto de los subgrupos por edad y Las PVIH con 1 a 4 años de conocer su diagnóstico con el 63%. (ver tabla 22).
- Un 43% de los participantes señalan que el temor que trabajadores de la salud dieran a conocer su estatus de tener VIH, le hizo dudar para reiniciar la TARV, prevaleciendo esta duda entre la población Transgénero en comparación con las mujeres y los hombres, según identidad de género y el resto de la población clave. En cuanto a la edad, los individuos de 18 a 25 años, el 70% refieren que es la duda que más les hizo caer en abandono a la TARV. (ver tabla 22).
- Un tercio, 37%, de las PVIH señalan que incurrieron negativamente en reiniciar la TARV a causa de que su pareja, familia o amigos se enteraran que tiene VIH, esto prevalece en población Transgénero, población no clave, personas entre 18 y 24 años, así como en individuos que tienen de 1 a 4 años de conocer su diagnóstico. (ver tabla 22)

Tabla 22. Alguna de las siguientes afirmaciones le hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio de la TARV

	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
N (Total de participantes)	275	113	141	21	69	21	71	38	133	23	219	33	70	77	76	52
Le preocupaba que personas ajenas a la familia y amigos se enteraran que tiene VIH	45%	45%	39%	81%	32%	81%	42%	26%	50%	74%	44%	30%	56%	53%	32%	38%
No estaba preparado/a para hacer frente a la infección por VIH	44%	42%	46%	48%	38%	48%	35%	37%	48%	56%	43%	39%	63%	40%	53%	25%
Le daba miedo que los trabajadores de salud lo trataran mal o divulgaran su estatus sin su consentimiento	43%	49%	34%	71%	28%	71%	34%	24%	52%	70%	42%	27%	51%	43%	39%	36%



	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
Le preocupaba que su pareja, familia o amigos se enteraran de su estatus	37%	37%	31%	71%	28%	71%	39%	21%	39%	61%	36%	24%	47%	40%	31%	29%
Tuvo una mala experiencia previa con un trabajador de salud	18%	18%	14%	38%	9%	38%	23%	16%	18%	30%	18%	66%	13%	21%	13%	27%

PVIH no integrados a TARV:

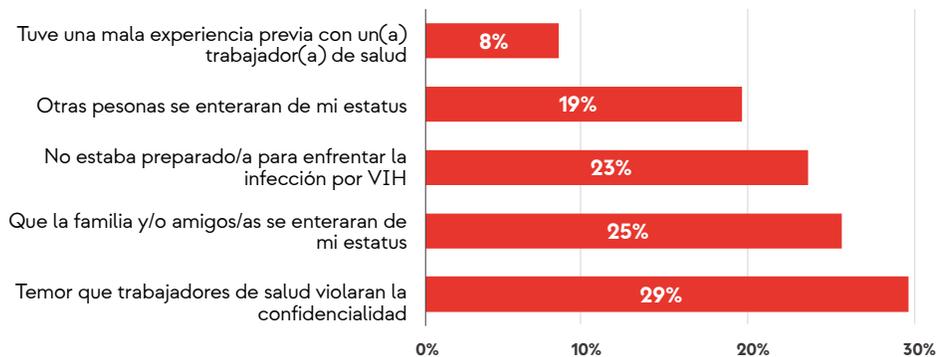
El 7% (52/729) de las PVIH participantes en el estudio, refieren no estar integrados en la Terapia Antirretroviral, este porcentaje es mayor entre la población Transgénero (16%) y entre las PVIH que tienen 1 a 4 años de conocer su estatus, en los de 5 a 9 años y los que tienen más de 15 años. (ver tabla 23)

Tabla 23. PVIH sin Terapia Antirretroviral

	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
n =	729	271	417	41	202	41	142	68	350	64	543	121	234	191	187	115
%	7%	7%	7%	16%	5%	16%	9%	4%	7%	9%	7%	4%	9%	8%	5%	9%

De las 52 PVIH que están sin tratamiento ARV, el 29% señalan que tienen duda de iniciar la TARV a causa del temor que trabajadores/as de la salud violen su confidencialidad, es decir den a conocer a otras personas que tienen VIH. El 25% dudan iniciar la TARV para evitar que la familia y/o amigos se enteren de su estatus, 23% el cabe la duda de no estar preparado para enfrentar la infección por VIH, 19% les cabe la duda que otras personas se llegaran a enterar de su condición y el 8% por la duda de tener una mala experiencia en la atención médica similar a una experiencia previa. (ver gráfico 5).

Gráfico 5. Dudas para iniciar TARV (n = 35).



35 de los 52 participantes que estaban si TARV al momento de la encuesta, respondieron la pregunta sobre la razón principal por la que no están tomando ARV, a continuación, sus afirmaciones:

- 52% (18/52) consideran que no lo necesitan
- 10% (5/52) no tiene tiempo para retirar medicamentos.
- Otras razones señaladas por los y las participantes, se relacionan a reacciones adversas de los ARV por lo cual al momento de la encuesta no están tomando ARV, por encontrarse privado de libertad, estaba viajando fuera del país y en áreas rurales, entre otros.

Estado general de salud.

El 46% de los participantes en el estudio tienen la percepción de tener un estado de salud bueno, 47% lo consideran normal y solo el 7% posee una opinión adversa, considerando su estado de salud pobre. En cuanto a la distribución de la muestra según identidad de género, el 9% de las mujeres señalan tener un estado de salud pobre, superior a la de hombres y población Transgénero, los subgrupos que conforman las poblaciones clave y no clave, se comportan similar al total de la muestra. (ver tabla 24).

El 12% de los individuos mayores de 50 años y el 11% de quienes tienen más de 15 años de conocer su diagnóstico son los subgrupos con mayor porcentaje de percepción de estado de salud pobre. (ver tabla 24).

Tabla 24. PVIH. Estado de salud.

	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
<i>n</i> =	729	271	417	41	202	41	142	68	350	64	543	121	234	191	187	115
Bueno o normal	93%	92%	93%	95%	93%	95%	93%	93%	93%	98%	94%	88%	93%	94%	95%	89%
Pobre	7%	8%	7%	5%	7%	5%	7%	7%	7%	2%	6%	12%	7%	6%	5%	11%

Un total de 337 PVIH participantes, en los últimos 12 meses, reportaron una o más de las 7 enfermedades investigadas y señaladas en la tabla 25. Entre los diagnósticos reportados prevalece los trastornos de Salud Mental con el 39%, referidos a insomnio, depresión, trastornos de ansiedad, estrés postraumático, seguido de Enfermedades no Transmisibles (ENT) con el 19% se incluye en ellos casos diabetes, hipertensión arterial entre otros. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) fue reportada en el 14% de los participantes, incluyen herpes, gonorrea, clamidia o la sífilis, 12% adicción al alcohol/drogas, 8% Infecciones Oportunistas (IO), 5% tuberculosis y 3% hepatitis viral. (ver tabla 25).



Tabla 25. En los últimos 12 meses, diagnósticos más frecuentes. (n = 337).

Enfermedades	no.	%
Salud Mental	195	39%
ENT	94	19%
ITS	68	14%
Adicciones	60	12%
Infecciones Oportunista	39	8%
Tuberculosis (TB)	26	5%
Hepatitis Viral	14	3%

Al 55% (160/289) de las personas que se les diagnóstico una de las enfermedades descritas en la tabla 25, se les ofreció tratamiento, según identidad sexual y población clave a quienes menos se les ofrece tratamiento es a la población Transgénero (41%), el 58% de la población no clave se les ofreció tratamiento, con 3 puntos porcentual superior que el total de la muestra. Según edad, al que menos se le ofreció tratamiento fue a los individuos jóvenes, entre 18 a 24 años, coincidiendo con el 44% de individuos que tienen 5 a 9 años de conocer su diagnóstico. (ver tabla 26).

Tabla 26. En los últimos 12 meses. PVIH que les ofrecieron tratamiento para enfermedades diagnósticas no VIH

	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
n =	(160/289)	(65/109)	(82/150)	13/30)	(37/76)	13/30)	(36/73)	(19/30)	(80/138)	(12/828)	(116/216)	(32/45)	(56/103)	(32/73)	(45/69)	(27/44)
%	55%	60%	55%	43%	49%	43%	49%	63%	58%	43%	54%	71%	54%	44%	65%	61%

EyD en la entrega de servicios de salud para VIH

Nueve de cada diez PVIH participante en el estudio recibe servicios de salud de clínica u hospitales gubernamentales, 0.4% del sector privado y 0.7 de Organismos no Gubernamentales. El 73% afirma que conocen de clínicas comunitarias en las que no recibe tratamiento, el 27% conoce de la existencia de los centros comunitarios y recibe servicios relacionados con el VIH. (ver tabla 27).



Tabla 27. EyD en la entrega de servicios de salud

Sitios que recibe atención (n = 711)	%	Existe clínica comunitaria (n = 397)	%
Sector gubernamental	98.9%	Sí, la hay, pero no recibo mi tratamiento	73%
Sector privado	0.4%	Sí, la hay, es donde recibo mi tratamiento	27%
No gubernamental	0.7%		
Servicios que se reciben en centros comunitarios (n = 397)	%	En los últimos 12 meses, EyD por ser PVIH, proveniente de Trabajadores de la Salud. (n = 719)	%
Información sobre el VIH	89%	Secreteado/murmurado sobre mi estatus de VIH	8%
Consejería en adherencia al TARV	60%	Evitado tocarme	8%
Grupos de ayuda mutua	44%	Pérdida de la confidencialidad de tener VIH	7%
Servicios de prevención.	39%	Aconsejado no tener hijos	6%
Servicios de TARV, análisis, etc.	39%	Abuso verbal	4%
Testeo de VIH, sífilis y/o hepatitis	39%	Negado servicios de salud	3%
Gestión de casos para seguimiento, vinculación, etc.	21%	Abuso físico	1%

Los servicios comunitarios más reportados que ofertan los centros de atención comunitarias fueron: 89% información sobre el VIH, es la información sobre el VIH, 60% consejería en adherencia a la TARV. (ver tabla 27).

Siete eventos de estigma y discriminación por parte de trabajadores de la salud formaron parte de las preguntas realizadas a las y los participantes, El 8% señaló que los trabajadores de la salud murmuran acerca de su estatus al demandar servicios, igual porcentaje refieren que evitaron tocarlo o los prestadores de servicios utilizaron doble protección al examinarlo, 7% pérdida de la confidencialidad cuando los prestadores de servicios les han dicho a otras personas que tienen VIH sin su consentimiento. (ver tabla 27).



Desde que nos atienden en la sanidad ha cambiado la forma en que nos atienden y la doctora joven que ahí me atiende me hizo varios exámenes, el del riñón por ejemplo y me dio otro tratamiento a parte del tratamiento que me dan. Muy bien atendida”

(Participante mujer en grupo focal con parejas serodiscordantes)



El 98.6% (712/729) respondieron las preguntas descritas a continuación:

1. Ser negado a recibir servicios de salud debido a su estado de VIH.
2. Ser aconsejado no tener relaciones sexuales debido a su estado de VIH.
3. Ser sujeto de chismes o conversaciones negativas debido al estado de VIH.
4. Recibir abuso verbal debido a su estado del VIH.
5. Recibir abuso físico debido a su estado del VIH.
6. Evitar el contacto físico debido al estado del VIH.
7. Compartir su estado del VIH sin consentimiento previo.

Los resultados de estas experiencias discriminatorias, como indicador, aportan al informe de país, Monitoreo Global del Sida, Indicador 6.4, Porcentaje de personas que viven con VIH que informan experiencias de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud para VIH.

El 23% de los 712 participantes que hicieron uso de servicios de salud relacionados con VIH, respondió afirmativamente que había experimentado en los últimos 12 meses, algunas de las siete situaciones de discriminación. Esta situación es más prevalente en la población Transgénero (56%) que en las mujeres (29%) y los hombres (17%). De igual forma, entre la población clave, la población Transgénero y Trabajador/a sexual (36%). (ver tabla 28).

Tabla 28. Indicador 6.4. Porcentaje de personas que viven con VIH que informan experiencias de discriminación relacionada con el VIH en servicios de salud para VIH

	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
%	23%	29%	17%	51%	17%	51%	36%	29%	22%	26%	25%	15%	18%	24%	25%	31%
Numerador	167	76	71	20	34	20	49	20	86	16	133	18	40	45	47	35
Denominador	719	265	415	39	201	68	136	68	393	62	525	103	227	190	186	114

EyD en la entrega de servicios de salud no VIH

Servicios de salud no VIH, se refiere al uso de servicios por parte de las PVIH para la atención de la malaria, la gripe, servicios odontológicos, vacunas, atención de emergencia, etc., el 28% de los participantes revelan que tienen VIH al hacer uso de estos servicios de salud, según identidad de género los hombres revelan más frecuentemente su estatus que las mujeres y la población Transgénero. (ver tabla 29).

Entre la población clave los HSH (32%) y las Personas que consumen drogas s (31%) tienden a revelar con mayor porcentaje su condición de tener VIH, así como participantes mayores de 50 años (39%). En cuanto a los años de conocer su diagnóstico, las personas que tienen 10 o más años comparten su condición en mayor porcentaje que los 1 a 4 años y de 5 a 9 años. (ver tabla 29).

Acerca del resguardo de su información médica cuando los PVIH demandan servicios no relacionados con VIH, el 66% están seguro que los trabajadores de la salud resguardan la



NICARAGUA

información, En caso contrario el 31% y el 3% no saben o están seguro que no se resguarda la información respectivamente. (ver tabla 29)

Tabla 29. En los últimos 12 meses, EyD en servicios de salud por cuestiones no relacionadas con el VIH

	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
n =	724	271	417	41	202	41	142	68	350	64	543	121	234	191	187	115
% que revela tiene VIH al acudir a servicios de salud no relacionado con el VIH	28%	23%	31%	26%	32%	26%	29%	31%	26%	14%	27%	39%	20%	25%	35%	37%
Acerca de la confidencialidad del historial clínico																
n =	724	267	416	41	202	41	143	68	390	64	541	119	234	190	186	114
Seguro que resguardan información de su historial clínico	66%	71%	63%	48%	64%	48%	57%	56%	64%	67%	64%	75%	67%	62%	65%	71%
No sabe si su historial clínico sea confidencial	31%	27%	33%	34%	31%	34%	38%	38%	31%	30%	33%	22%	32%	34%	31%	24%
Seguro que no resguardan la información clínica	3%	2%	4%	8%	5%	8%	5%	6%	5%	3%	3%	3%	1%	4%	4%	5%

La población Transgénero tiene el mayor porcentaje de respuestas de inseguridad o duda si se les resguardará la información médica, de igual forma los participantes entre 18 y 49 años. Tomando en cuenta los años de conocer su diagnóstico, los PVIH con 9 o menos años tienen más inseguridad o dudas que los que tienen más de 10 años de conocer su diagnóstico. (ver tabla 29).

A continuación, expresiones de participantes en grupos focales:





“Me hicieron la prueba de VIH y salí positivo. Yo no fui la persona que firmó el consentimiento, sino que fue mi mamá la que firmó. Luego llegó mi papá y se dio cuenta, ella buscó apoyo cercano en tíos y tías” (Participante en grupo focal HSH Managua)

“Mi condición sí la conoce mi familia, pero no soy abierta con todo el mundo. Mi mamá y mi hermano nunca me han hecho discriminación” (Participante mujer en grupo focal Managua)

En la unidad de salud siempre hay discriminación por ejercer el trabajo sexual ya que lo comentan con otros miembros del personal de salud



Salud sexual reproductiva

Se les preguntó a todos los participantes acerca de elementos relacionados a EyD al demandar servicios de Salud Sexual Reproductiva (SSRR) en los últimos 12 meses, obteniendo los siguientes resultados:

Al 6% le orientaron que debía usar un método específico de anticoncepción para poder recibir tratamiento ARV, un 5% le presionaron o motivaron a esterilizarse, 4% le recomendaron no criar un hijo/a, 3% refirieron que le esterilizaron sin su consentimiento y el 1% se le negó acceso a anticoncepción o servicios de planificación familiar. (ver tabla 30).

Estos eventos fueron reportados en siete de los nueve SILAIS seleccionados para la recolección de la muestra en estudio. En la tabla no. 30, se observa el número (103) y porcentaje de eventos por SILAIS. El 43% (44/103) acontecieron en Managua, seguido de Masaya 24%, León 10%, Rivas 8%, Bilwi 6%, Chinandega 5% y Granada 5%. (ver tabla 30). En cuanto a quienes contaron los PVIH de haber recibido discriminación por trabajadores de la salud, el 52% (54/103) refiere no haberle contado a nadie, seguido de su pareja con el 17% (17/103), a familiar 16% (14/103), a un amigo/a 8% (8/103) entre otros. (ver tabla 30).



Tabla 30. Practicas discriminatorios de trabajadores de la salud a PVIH

Actos de discriminación	%	Ciudad en que ocurrió	Compartió la información con
Recomendó no criar a un hijo/a	4% (25/536)	Chinandega 12% (3/25) Granada 8% (2/25) León 12% (3/25) Managua 28% (7/25) Masaya 32% (8/25) Rivas 8% (2/25)	A mi pareja 8% (2/25) A un familiar 16% (4/25) A un amigo/a 8% (2/25) A un trabajador de la salud 8% (2/25) A una OSC 4% (1/25) Otros 4% (1/25) A nadie 52% (13/25)
Presionó o incentivó a esterilizarlas	5% (28/530)	Bilwi 11% (3/28) Chinandega 4% (1/28) Granada 7% (2/28) León 14% (4/28) Managua 53% (15/28) Masaya 7% (2/28) Rivas 4% (1/28)	A mi pareja 14% (4/28) A un familiar 18% (5/28) A un amigo/a 14% (4/28) A nadie 54% (15/28)
Le esterilizó sin su conocimiento o consentimiento	3% (13/512)	Bilwi 23% (3/13) Chinandega 8% (1/13) Managua 46% (6/13) Masaya 15% (2/13) Rivas 8% (1/13)	A mi pareja 8% (1/13) A un familiar 15% (2/13) A trabajador de la salud 8% (1/13) A una OSC 8% (1/13) A nadie 61% (8/13)
Negaron acceso a anticonceptivos o a servicios de planificación familiar	0.6% (3/513)	Managua 66% (2/3) Masaya 34% (1/3)	A un trabajador de la salud 34% (1/3) A nadie 66% (2/3)
Orientó usar un método específico de anticonceptivos para poder recibir tratamiento antirretroviral	6% (34/529)	Granada 3% (1/34) León 9% (3/34) Managua 41% (14/34) Masaya 35% (12/34) Rivas 12% (4/34)	A mi pareja 29% (10/34) A un familiar 12% (4/34) A un amigo/a 6% (2/34) A otros 6% (2/34) A nadie 47% (16/34)

En el estudio, se incluyeron preguntas específicamente a PVIH que al nacer le asignaron el sexo femenino, mismas que están relacionadas a indagar sobre actos de discriminación por parte de trabajadores de la salud a PVIH, esta se presenta de acuerdo a la temporalidad en que ocurrieron:

En los últimos 12 meses: el 7% de las PVIH femeninas, recibió presión para usar un tipo específico de anticonceptivos, 4% de las PVIH experimentó presión para tomar ARV durante la gestación, 3% les presionaron llevar un método específico para dar a luz y/o presión para seleccionar un método de alimentar a su bebé, (ver tabla 31).



Discriminación, pero no en los últimos 12 meses: El 10% PVIH que respondieron señalan que recibieron presión para hacer uso de un método específico para dar a luz durante su parto, el 9% recibió presión para seleccionar un método específico para alimentar a su bebé, 7% refiere que los trabajadores de la salud le presionaron para tomar antirretroviral durante el embarazo, 2% le aconsejaron abortar e igual porcentaje recibió presión para usar un tipo específico de anticonceptivos. (ver tabla 31).

Tabla 31. Discriminación por trabajadores de la salud a PVIH del sexo femenino.

	Sí, en los últimos 12 meses	Sí, pero no en los últimos 12 meses
Aconsejó abortar	0% (0/167)	2% (3/167)
Presionó para usar un tipo específico de anticonceptivos	7% (12/167)	2% (3/167)
Presionó para llevar a cabo un método específico para dar a luz	3% (5/143)	10% (14/143)
Presionó para escoger un método específico para alimentar bebés	3% (4/139)	9% (13/139)
Presionó para tomar antirretrovirales durante el embarazo	4% (6/145)	7% (10/145)

IV.6. DDHH y logros alcanzados en cero discriminaciones a PVIH

En general, el 13% (91/725) de los participantes refirieron que experimentaron una o más de las 13 violaciones a sus Derechos Humanos (DDHH) detalladas en el cuestionario aplicado.

A continuación, se describen las violaciones a DDHH a PVIH de acuerdo a la temporalidad de su ocurrencia: a) Violación en los últimos 12 meses previo a la encuesta, b) Violación ocurrida 12 meses previos a la encuesta.

Violación de los DDHH relacionadas sobre el evento que obligaron a las PVIH a realizarse la prueba de VIH o a divulgar su estado serológico. (ver tabla 32).

En los últimos 12 meses, violación a DDHH relacionada con la realización de la prueba de VIH.

- 1.8% (13) para postularse o conseguir un trabajo
- 1.2% (8) para tener acceso a los servicios de salud.
- 0.4% (3) PVIH para para obtener un seguro médico.
- 0.3% (2) para obtener una visa/residencia/ciudadanía en algún país.
- 0.1% (1) para tener acceso a estudio u obtener una beca. (ver tabla 32).



Tabla 32. Otros tipos de violaciones a los DDHH por su condición de tener VIH

	En los últimos 12 meses	Antes de los últimos 12 meses
Me arrestaron o llevaron a juicio.	0.1% (1/724)	0.4% (3/724)
Me detuvieron o pusieron en cuarentena.	0.1% (1/722)	0.8% (5/722)
Me negaron visa o permiso para entrar en otro país.	0.1% (1/723)	0.3% (2/723)
Me negaron residencia o permiso de estancia.	0% (0/724)	0.4% (2/724)
Me obligaron a revelar mi estado serológico públicamente	0.8% (6/724)	1.1% (8/724)
Me obligaron a tener sexo cuando no quería.	1.1% (8/721)	2.9% (21/721)
Me negaron acceso a un refugio de violencia doméstica.	0.5% (4/724)	0.9% (7/724)
Mi(s) pareja(s) me impidió/ impidieron acudir a servicios sanitarios (públicos, privados o comunitarios).	0.8% (6/722)	0.8% (6/722)

Antes de los últimos 12 meses, violación a DDHH relacionada con la realización de la prueba de VIH.

- 1.8% (13) PVIH para postularse o conseguir un trabajo.
- 0.7% (8) para tener acceso a los servicios de salud
- 0.4% (5) PVIH para obtener un seguro médico.
- 0.3% (2) para obtener una visa/residencia/ciudadanía en algún país.
- 0.6% (4) para tener acceso a estudio u obtener una beca. (ver tabla 32).

Acciones realizadas y sus resultados:

De las 7 violaciones a DDHH que fueron denunciadas, cuatro se presentaron ante instancias jurídicas correspondientes, de ellos dos casos fueron resueltos, un caso al momento de la encuesta, se están ocupando de la denuncia y en una de la denuncia no paso nada. (ver tabla 33)

Un caso contactó a un abogado, pero no pasó de tal situación, dos PVIH observaron un acto de violación y procedieron a contactar una Organización comunitaria o red de apoyo a PVIH, uno de los casos fue resuelto y en el otro no ocurrió nada. (ver Tabla 33).

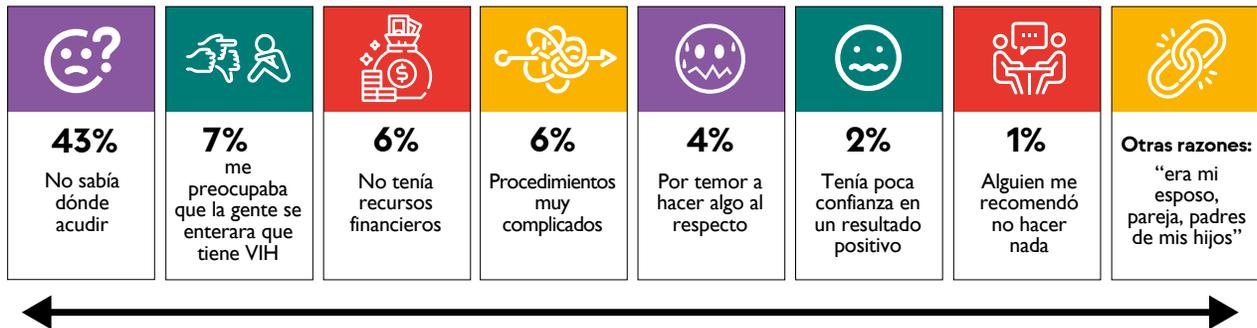


Tabla 33. Acciones realizadas ante la violación de DDHH y su resultado.

	Resultado		
	Atendido y resuelto	Se están ocupando	Sin acciones
Presente una denuncia	2	1	1
Contacté un abogado			1
Contacté a una Organización comunitaria/red de PVIH	1		1

De los 99 participantes que señalaron no haber tomado una acción frente a una violación de DDHH por tener VIH, el 43% (43) no hizo nada en vista que no sabía a dónde acudir o qué hacer, 7% (7) le preocupaba que, al hacer algo, otras personas se enterara de que tiene VIH, 6% (6) no tenía recursos económicos para enfrentar un proceso de denuncia e igual porcentaje y número le parecía que los procesos de denuncia le son complicados, otro 4% (4) le dio miedo hacer algo al respecto, 2% (2) tenía poca confianza en que el resultado sería positivo y 1% (1) alguien le recomendó no hacer nada, otras opiniones se reflejaron en el 25% (24) tales como “No hice nada, porque él, era mi pareja o esposo”, “era el padre de mis hijos”, “no me involucré porque no era conmigo” (ver ilustración 6).

Ilustración 6. Razones por la que no hacer nada ante una violación de DDHH.



Conocimiento de Leyes que protejan a PVIH de la discriminación: El 83% de los participantes conocen la existencia de Leyes específicamente creadas para la defensa de los DDHH de las personas con VIH. No se encontró diferencias porcentuales entre hombres y mujeres, sin embargo, la población Transgénero con el 92% es quienes más conocen de la existencia de leyes al igual que los participantes con más de 15 años de conocer su condición de tener VIH. (ver tabla 34).



Tabla 34. Conocen leyes que protejan a PVIH de la discriminación

	Total	Identidad de género			Población clave				No KP	Edad			Años de conocer su Diagnóstico			
		Mujer	Hombre	P. Transg	HSH	P. Transg.	SW	PWUD		18 a 24	25 a 49	50 a +	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a +
n =	724	271	417	41	202	41	142	68	350	64	543	121	234	191	187	115
%	83%	83%	83%	92%	87%	92%	94%	78%	81%	81%	84%	81%	75%	81%	88%	95%

Actividades de los PVIH en defensa de los DDHH:

El 55% (398/729) de los participantes han realizado al menos una de las ocho actividades incluidas en el estudio en función de promover los DDHH.

- **Actividades realizadas en los últimos 12 meses:** el 27% ofreció apoyo emocional, financiera o de otro tipo a PVIH, seguido del 25% que educó a alguien con conductas de estigma o discriminación en contra de otras personas. 19% señaló haber participado en una ONG o campaña educativa que abordase el tema de EyD contra las PVIH. (ver tabla 35).
- **Actividades realizadas antes de los últimos 12 meses:** el 12% había participado en una ONG o campaña educativa que abordase el tema de EyD contra de los PVIH y 10% educó a alguien con conductas de estigma o discriminación en contra de otras personas PVIH. (ver tabla 35).

Tabla 35. Actividades realizadas en defensa de los DDHH por PVIH encuestados

	En los últimos 12 meses	Antes de los últimos 12 meses
Ofreció apoyo emocional, financiero, de otro tipo a PVIH.	27% (198/729)	9% (65/729)
Educó a alguien con conductas de estigma o discriminación en contra de otras personas PVIH.	25% (185/729)	10% (70/729)
Participar en una ONG o campaña educativa que abordase el tema de EyD contra del encuestado/a	19% (140/729)	12% (84/729)
Incentivó a líderes de su comunidad a luchar contra el EyD hacia PVIH.	12% (89/729)	4% (31/729)
Apoyó a un líder del gobierno o político a luchar contra el EyD hacia PVIH.	9% (63/729)	2% (16/729)
Hablo con medios de comunicación sobre problemas relacionados con el EyD hacia PVIH.	6% (45/729)	3% (21/729)



IV.7. Otros factores además del estado serológico relacionados con el EyD.

Las poblaciones clave que viven con el VIH experimentan un doble estigma y discriminación, primeramente, debido al estado serológico y se suma a ello el hecho de pertenecer a un grupo poblacional clave. Esta situación de estigma y discriminación sobre las identidades y conductas de los miembros de poblaciones clave están patologizadas (clasificadas como mental o socialmente insalubres o anormales) por los marcos médicos. Esta patologización aumenta el estigma y la discriminación.

A continuación, se describen los resultados de estigma y discriminación por autoidentificarse en algún subgrupo de población clave. Por otro lado, el análisis se realizará para cada situación de EyD experimentada y de acuerdo a la temporalidad acontecida. (ver tabla 36).

Ha sido excluido de actividades familiares debido a su identidad de género:

- **Violación reciente (en los últimos 12 meses).** En la tabla 36, se observa que el 42% de la población Transgénero, ha sido excluido de actividades familiares, siendo el grupo con mayor afectación, el resto de los subgrupos HSH, MSM, Bisexuales, Trabajador/a sexual y personas que consumen drogas, reportan experiencias de discriminación en menos del 10%. (ver tabla 36).
- **Violación tardía (previo a los últimos 12 meses).** El 40% de las personas que se autoidentifican que consumen drogas señalaron que sus familiares le excluyeron de actividades familiares, 12 meses previo a la encuesta, esto debido a su autoidentidad, seguido por el 13% de las poblaciones Transgénero. (ver tabla 36).

Miembros de su familia han realizado comentarios discriminatorios o han secreteado sobre su identidad de género:

- **Violación reciente (en los últimos 12 meses).** La población Transgénero (47%) presenta el mayor porcentaje de discriminación verbal en el seno de la familia en los últimos 12 meses previo a la encuesta y el 16% de los Hombres que tiene Sexo con Hombres.
- **Violación tardía (previo a los últimos 12 meses).** De forma tardía, es decir 12 meses previo a la encuesta, el 20% de las personas que consumen drogas y los HSH experimentaron haber sido objeto de discriminación verbal por parte de familiares relacionado con su autoidentidad, así mismo el 17% y el 11% de los y las Bisexuales y población Transgénero respectivamente.

Alguna vez le ha dado miedo acudir a servicios médicos debido a su identidad de género

- **Violación reciente (en los últimos 12 meses).** El 13% de los participantes con autoidentidad Transgénero, en los últimos 12 meses, han tenido miedo acudir a servicios de médicos debido a experimentar acciones negativas de discriminación por su identidad de género, seguido de las MSM/Lesbiana/Gay con el 9%, y los HSH/Gay 8%. (ver tabla 36).
- **Violación tardía (previo a los últimos 12 meses).** Para el evento en mención la violación tardía se registra en el 30% de las Personas que consumen drogas y el 13 de la población Transgénero, el resto de subgrupo en estudio presentan este evento en menos del 10%. (ver tabla 36).



Ha evitado atención médica porque alguien conociera de su identidad de género, esta situación se presente en menor proporción comparada cuando se trata de la situación de tener VIH.

- **Violación reciente (en los últimos 12 meses).** En todos los todos los subgrupos en estudio (Población Transgénero, HSH, MSM, Bisexual, Trabajador/a sexual y Personas que consumen drogas), en los últimos 12 previo a la encuesta reportan que menos del 10% de quienes se autoidentifican evitan acudir demandar servicios médicos por que se le viole la confidencialidad de su identidad. (ver tabla 36).
- **Violación tardía (previo a los últimos 12 meses).** El 30% de las Personas que consumen drogas refieren haber evitado acudir a la atención médica debido a su práctica de consumo de drogas y que se revelara dicho evento a otras personas, así como el 11% de la población Transgénero, el resto de subgrupo en estudios presentan porcentaje inferior al 10%. (ver tabla 36).

Alguna vez le han acosado verbalmente

- **Violación reciente (en los últimos 12 meses).** La población Transgénero 63%, Personas que consumen drogas y HSH/Gay/Homosexual reportan que el 20% de dicha población recientemente han experimentado acoso verbal y el 17% de los Bisexuales. (ver tabla 36).
- **Violación tardía (previo a los últimos 12 meses).** De forma tardía el acoso verbal se reporta con mayor porcentaje en las Personas que consumen drogas con el 20%, similar al 19% que reportan los HSH/Gay/Homosexual y 10% Bisexuales. (ver tabla 36).

Le han acosado físicamente debido a tu identidad de género

- **Violación reciente (en los últimos 12 meses).** El 53% de la población Transgénero y el 10% de las Personas que consumen drogas refieren haber sido objeto de acoso físico en los últimos 12 meses previo a la encuesta- (ver tabla 36).
- **Violación tardía (previo a los últimos 12 meses).** 17% de los participantes que se autoidentifican como HSH/Gay/Homosexual y el 20% de las Personas que consumen drogas refieren haber experimentado acoso físico debido a su auto identidad. (ver tabla 36).

Le han chantajeado debido a tu identidad de género

- **Violación reciente (en los últimos 12 meses).** El chantaje por su auto identidad es reportado por el 14% de los participantes que se autoidentifican Bisexuales, 13% de la población Transgénero y 10% de las Personas que consumen drogas. (ver tabla 36).
- **Violación tardía (previo a los últimos 12 meses).** De forma tardía todos los subgrupos en estudio por auto identidad reportan menos del 10% de haber sufrido chantaje 12 meses previo a la fecha de la encuesta. (ver tabla 36).



Tabla 36. Estigma y discriminación por otros factores ajenos al estado serológico según tipo de población

	Población Transgénero		HSH/Gay Homosexual		MSM/ Lesbiana/		Bisexual		Trabajador/a sexual		Personas que consumen drogas	
	Violación reciente	Violación tardía	Violación reciente	Violación tardía	Violación reciente	Violación tardía	Violación reciente	Violación tardía	Violación reciente	Violación tardía	Violación reciente	Violación tardía
Excluido/a de actividades familiares	42% (13/38)	13% (5/38)	9% (169/201)	9% (18/201)	9% (1/11)	9% (1/11)	0% (0/29)	7% (2/29)	5% (7/140)	4% (5/140)	0% (0/10)	40% (4/10)
Familia discrimina de forma verbal	47% (18/38)	11% (4/38)	16% (32/2000)	20% (39/200)	9% (1/11)	0% (0/11)	7% (2/29)	17% (5/29)	7% (10/141)	5% (7/141)	0% (0/10)	20% (2/10)
Miedo a acudir a servicios médicos	13% (5/38)	13% (5/38)	8% (16/202)	8% (17/202)	18% (2/11)	9% (1/11)	3% (1/29)	3% (1/29)	4% (6/142)	4% (6/142)	0% (0/10)	30% (3/10)
Evita atención médica	8% (3/38)	11% (4/38)	4% (9/202)	7% (14/202)	9% (1/11)	9% (1/11)	0% (0/28)	7% (2/28)	6% (8/134)	5% (7/134)	0% (0/10)	30% (3/10)
Acoso verbal	63% (24/38)	8% (3/38)	20% (41/202)	19% (39/202)	9% (1/11)	9% (1/11)	17% (5/29)	10% (3/29)	7% (10/141)	6% (8/141)	20% (2/10)	20% (2/10)
Chantajado	13% (5/38)	3% (1/38)	8% (17/200)	7% (14/200)	9% (1/11)	0% (0/11)	14% (4/29)	7% (2/29)	6% (6/140)	1% (2/140)	10% (1/10)	0% (0/10)
Acoso físico	53% (20/38)	8% (3/38)	8% (16/201)	14% (29/201)	9% (1/11)	0% (0/11)	3% (1/29)	7% (2/29)	5% (7/139)	6% (9/139)	10% (1/10)	20% (2/10)

La tabla 37, contiene información relacionado con la socialización de la autoidentidad de las poblaciones clave con otras personas de igual identidad, miembros de la familia, amigos y de la comunidad. Las poblaciones Transgéneros es el grupo que más socializa o visibiliza su identidad con la familia 84%, la comunidad 82% y otras personas con igual identidad 87%. (ver tabla 24). Los HSH, Gay y Homosexual socializan más su identidad con personas de su misma identidad 87%, familia, amigos y otros 78%, sin embargo, a nivel de la comunidad solo el 17%. (ver tabla 37).

Las MSM, Lesbiana y Gay es un grupo que en menor proporción es conocida por personas de igual identidad 25%, familiares, amigos u otros 17% y otras personas de la comunidad 25%. En el caso de Trabajador/a sexual el 27% les conoce personas de igual identidad, 23% sus familiares conocen de su identidad y 16% otras personas de la comunidad. (ver tabla 37).

Las Personas que consumen drogas y Bisexuales tienen los porcentajes más bajos de socialización de su identidad con otras en el caso de los Bisexuales señalan que familiares, amigos y otros miembros de la comunidad no conocen de su identidad. (ver tabla 37).

Participación en una red de apoyo de su propia identidad, el 43% de la población Transgénero, 17% de los HSH/Gay/Homosexuales, el 6% de Trabajador/a sexual y el 1% de las Personas que consumen drogas participan o pertenecen a una red de apoyo. En el caso de MSM/Lesbiana/Gay y Bisexuales refieren no pertenecer a una red de apoyo. (ver tabla 37).



Tabla 37. MSM/Lesbiana según grupos sociales que conocen de su identidad

	Transgénero (n = 38)	HSH/Gay/ Homosexual (n = 202)	MSM / Lesbiana / Gay (n = 12)	Bisexual (n = 29)	Trabajador/a sexual (n = 143)	Usuario de drogas (n = 68)
Personas con igual identidad	87%	82%	25%	3%	27%	10%
Familiar/es, amigos, otros	84%	78%	17%	0%	23%	13%
Otras personas de la comunidad	82%	18%	25%	0%	16%	7%
Pertenece a una red de apoyo	43%	17%	0%	0%	6%	1%

La caracterización de las Personas que consumen drogas se contempla en la tabla 25. El 9% (68) de los participantes señalan haber consumido droga alguna vez en su vida, de ellos el 10% (7) se autoidentifican como Usuarios de drogas, De los 68 usuarios de drogas, el 57% señalan que consumen droga al menos una vez al año, 18% una vez al mes, 10% una vez por semana y casi todos los días, y 4% dos o más veces por semana. (ver tabla 38).

Tabla 38. Caracterización de las Personas que consumen drogas

	No.	%
Alguna vez ha consumido droga (n = 729)	68	9%
Te identificas como una persona que consume drogas. (n = 68).	7	10%
Frecuencia de consumo de drogas (n = 68).		
• Al menos una vez al mes	12	18%
• Al menos una vez por semana	7	10%
• Dos o más veces por semana	3	4%
• Una vez al año o menos	39	57%
• Todos o casi todos los días	7	10%



“A pesar del estigma y discriminación me he esforzado mucho para salir adelante y he apoyado a otras personas para que defiendan sus derechos humanos cuando sean violentados, actualmente no tengo como costear mi alimentación y menos sus servicios básicos”.

“La discriminación existe en todos los ámbitos pero que no se deja o no permite que la discriminen cuando alguien lo intenta”.

“Me gustaría que le den charla a la comunidad para que tengan una buena información del tema y no nos sigan discriminando”.

“Me gustaría que se defiendan los derechos de la mujer ya que sufrí discriminación por mi condición, también sufrí violencia física y sexual”.



IV.10. Interacción de los encuestadores y encuestados

Al finalizar la encuesta a los participantes se les solicitó aportar sobre sus experiencias sobre el EyD y la divulgación de su estado serológico, sus interacciones con los servicios de salud, derechos humanos o los esfuerzos que ha realizado por un cambio positivo.

Tabla 39. Acciones realizadas por encuestadores

Referencia a servicios de salud (n = 704)	No.	%
Clínicas, CAI, Hospitales	117	17%
Referencia a servicios comunitarios (n = 318)	No.	%
Grupo de Apoyo	148	47%
Asesoría	9	3%
Legal	5	2%
Otros servicios de salud	156	48%
<ul style="list-style-type: none"> • Centro Narcóticos anónimos • Centro de rehabilitación alcohólicos anónimos • Atención psicológica • Centro de rehabilitación física 		
Actividades de acompañamientos (n = 253)	No.	%
Le di información suficiente sobre las referencias	214	85%
Contactaré al/la entrevistado(a) más adelante para darle la información requerida	32	13%
Es necesario hacer un seguimiento (por ejemplo, el líder del equipo los/las contactará)	7	3%

El 17% de los participantes fueron referidos a servicios de salud, como Centros de Salud, Clínicas de Atención Integral u Hospitales. El 44% (318/729) fueron referidos a servicios comunitarios, de ellos el 47% (148/318) a Grupos de Apoyo, 3% (9/318) referidos a Asesoría para la Adherencia, 2% a Asesoría Legal, 48% a Otros servicios de salud predominando en ellos la referencia a Centros de Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos y servicios de Psicología Clínica. (ver tabla 39).

Un total de 253 actividades de acompañamientos fueron descritas y realizadas por los encuestadores a PVIH participantes, estas actividades fue compartir información suficiente sobre los mecanismos de referencia (85%), utilización de las unidades de servicios de salud y comunitarios, otra actividad fue compartir información personal para el seguimiento posterior al estudio (13%) y referencia de casos en particular al líder de campo para el seguimiento a PVIH (3%). (ver tabla 39).

IV.9. Datos de los estudios estigma y discriminación 2013 y 2022.

Los resultados del presente estudio y los del año 2013, deben ser comparados tomando en consideración que ambos estudios difieren en el método de muestreo y recolección de los datos, así como en la presentación de los resultados. Por otro lado, la integración de las poblaciones clave en el estudio 2022, resulta ser un acontecimiento importante, sin embargo, hemos seleccionados

NICARAGUA

algunos indicadores que de forma porcentual serán utilizados para visibilizar el progreso obtenido en materia de EyD.

En el 2022, se muestra un incremento del 12.2% en comparación al 2013 en que los PVIH se realizan la prueba de VIH por razones de empleo, impacto negativo, esta situación no fue estudiada con mayor profundidad con variables de localizar lugar, tipo de trabajo en que requieren la prueba, etc.

Tabla 40. Datos comparativos estigma discriminación. 2013 - 2022.

	E&E 2013	E&D 2022
Razones para realizarse prueba de VIH		
Obligado por empleo	3.5%	15.7%
Percepción de riesgo	21.6%	24.7%
Por enfermedad	2.6%	24.7%
Quería conocer su condición ante el VIH	26.0%	22.1%
Estigma interno		
He preferido no asistir a reuniones sociales	21.0%	15.4%
Evité ir a una clínica cuando lo necesitaba	8.5%	15.0%
Confidencialidad		
Estoy seguro/a que mis registros médicos se mantendrán completamente confidenciales	37.7%	65.2%
No sé si mis registros médicos son confidenciales	53.5%	30.9%
Estoy convencido/a de que mis registros médicos no se mantienen en forma confidencial	8.8%	3.3%
Indicaciones de trabajadores de la salud por tener VIH		
Le ha aconsejado no tener hijos.	21.5%	6.2%
Le ha coaccionado para esterilizarse	10.1%	9.2%
Le ha coaccionado ciertas formas de anticoncepción para tener acceso a ARV	9.10%	1.10%
En los últimos doce meses, ha sido forzado por una/ un profesional de la salud para:		
Abortar	2.2%	0.0%
Un método específico de dar a luz	16.5%	9.9%
Prácticas para alimentar infantes	8.3%	1.5%

La prueba de VIH por razones ligada a enfermedad se hizo más frecuente en el 2022, pasando de 2.6% a 24.7%, evidenciando una mayor disponibilidad y promoción de la prueba en las unidades asistenciales de salud. Un reporte de avance de país ante la epidemia del VIH y que refuerzan esta afirmación es el hecho que el año 2006 se realizaron 18,080 pruebas de VIH, y en el 2022 un total de 335,420, es decir dieciocho veces más. Para el año 2006 se realizaron 15,480 pruebas de VIH a mujeres embarazadas, a septiembre de 2022 un total de 178,547, once veces más. (reporte del MINSA disponible en su página web. (ver tabla 40).



Un impacto positivo ha sido el hecho que las PVIH cada vez menos toman la decisión de no asistir a una reunión social por tener VIH, en oposición a esto, los datos de 2022 muestran un incremento porcentual importante en evitar los servicios de salud, (8.5% en el 2013 y 15.0% en 2022) potencialmente dado por el tipo de muestreo utilizado que ha permitido conocer una aproximación más real de este indicador. (ver tabla 40).

Por otro lado, el estudio actual muestra una mayor confianza de parte de los usuarios de servicios de salud ante el resguardo de la confidencialidad de la información, sin dejar a un lado que aún existen datos de PVIH que dudan de la confidencialidad en mención. (ver tabla 29).

Para el estudio de 2022, se evidencia una reducción importante en opiniones de los profesionales de la salud hacia los PVIH aconsejando no tener hijos, así como el hecho que es menos frecuente que los trabajadores de la salud presionen a las PVIH por el uso de anticonceptivo y de práctica para alimentar a sus hijos.



V. Discusión

El presente estudio de Estigma y Discriminación en PVIH, cumple su cometido generando información sobre EyD en PVIH ausente en los últimos 9 años en el país, periodo en que se suscitaron intervenciones desde y para el estado de Nicaragua, las estructuras de gobierno, sinergia con agencias donantes, organismo de la sociedad civil y la comunidad de PVIH con el propósito de generar un cambio social importante de cara a la eliminar la discriminación y mejorar la calidad de vida de las PVIH y las poblaciones clave.

Según reportes del Banco Mundial, Nicaragua es un país de ingreso económico medio, con una esperanza de vida al nacer en el año 2022 de 74 años y una población de 6.9 millones de habitantes, un producto interno bruto per cápita US\$2,255 dólar americanos, con una red de servicios de salud ampliada en materia de acceso a la terapia antirretroviral con más de cien centros de atención de primer y segundo nivel para la atención de la población clave y de las PVIH en Nicaragua.

Nicaragua, cuenta con una estructura organizativa coordinada desde y por la Comisión Nicaragüense del Sida, para dar respuesta de forma coordinada, a la epidemia del VIH, con el involucramiento del Ministerio de salud, entidad rectora de atención y prevención del VIH, así como un enfoque multisectorial de la respuesta nacional al VIH integrada en el diseño, ejecución y evaluación del Plan Estratégico Nacional para la respuesta integral a las ITS, VIH y sida, 2020-2024. (PEN 2020-2024), que incluye la meta al año 2024 de “Reducir la percepción del estigma y discriminación de las personas con VIH y Población Clave.”¹²

En general, a partir de los resultados presentados se podría afirmar que los grupos según identidad sexual, las mujeres y población Transgénero son los más estigmatizados. En las PVIH población clave la población Transgénero, Trabajador/a sexual y Personas que consumen drogas resultan ser los más estigmatizados y discriminados.



Experiencias sobre EyD al comunicar su condición de PVIH.

Divulgación de su condición de tener VIH: Un poco más de seis de cada diez PVIH participantes en el estudio refieren que los miembros de la familia (pareja sexual, esposo/a, hijo/a) conocen que tienen VIH, de ellos uno de cada cuatro PVIH refieren que sus parejas e hijos conocen su estatus sin su consentimiento. En este entorno de la familia es de hacer notar que el 18% de los participantes refirieron tener una experiencia negativa al comunicar a su familia su condición, similar porcentaje no recibió apoyo de los más allegados. En cuanto al análisis de género, los hombres conocen más veces el estatus de tener VIH de sus parejas que las mujeres, así mismo, las mujeres tienen mayor responsabilidad en la crianza de los hijos, estos últimos conocen más el estatus de la madre que del padre.

Acciones realizadas por las instituciones que integran CONISIDA ha sido dirigidas a promover la prevención del VIH, ITS, estigma, discriminación y enfoque de género en escolarizados y estudiantes de carreras universitarias, técnicas y formación de postgrado, a través del Ministerio de Educación y del Instituto Tecnológico Nacional – INATEC quien garantiza Capacitación y Educación Técnica y Tecnológica gratuita y de calidad dirigida a las familias, comunidades, instituciones y empresas.

La existencia de la cartilla “Vivir con VIH”, creada por la Comisión Nacional para la Vida Armoniosa, del Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional, divulgada y compartida en las diferentes estructuras de gobierno y de la población en general a través de la Procuraduría General de la República de Nicaragua y la Procuraduría Especial de la Diversidad Sexual que tiene propósito jurídico promover y defender los DDHH de las Personas LGBTI, trabajadoras sexuales y personas con VIH.

En el caso de las poblaciones clave, los HSH, población Transgénero, Trabajadoras sexuales y Usuarios de drogas, sus familiares más alejados como primos, tíos etc., conocen su condición de tener VIH en mayor proporción que la familia nuclear que tienen VIH con su consentimiento, evidenciando por parte de la población clave, la búsqueda de un mayor apoyo emocional y social fuera de su entorno familiar. Algunos datos encontrados en estudios sobre masculinidad, homosexualidad, VIH sida e identidad genera del Ministerio de protección social de Colombia y UNFPA, refiere que los HSH viven más con sus amigos(as) o solos que el resto de hombres.¹²

En cuanto al apoyo que las PVIH han tenido de parte de los familiares más allegados ha sido mayor en la población no clave que en la población clave, esto evidencia una sumatoria de causas para un efecto adverso, es decir, el rechazo por tener VIH se suma al hecho de autoidentificarse como PVIH de la diversidad sexual.

En general, un alto porcentaje de los grupos de población que tienen relaciones humanas con los PVIH conocen su diagnóstico sin el consentimiento respectivo, violando la confidencialidad. A lo largo de la descripción de los resultados del estudio, se aprecia mayor apertura de las mujeres a compartir su condición con sus familias, principalmente compañeros de vida, madre e hijos/as. Lo que significa que las mujeres expresan más sus necesidades de apoyo y buscan sustento en sus referentes familiares. No así en los hombres que por la connotación de masculinidad hegemónica y específicamente machismo, no hablan de sus problemas, sentimientos y de su necesidad de buscar apoyo.

Experiencias de estigma y discriminación en espacios de socialización: Los PVIH son discriminados excluyéndoles de actividades familiares, recibiendo comentarios negativos alusivos a su condición de tener VIH, sumado a la violencia verbal de la comunidad, todos son reflejos de las experiencias negativas que los PVIH enfrentan en la cotidianidad de sus vidas. La discriminación se lleva a cabo de forma persistente, es decir antes y en los últimos 12 meses previo a la encuesta, en uno de cada tres PVIH, ocasionando un impacto psicológico negativo en los participantes, similar al acontecido en el último año, convirtiéndose en un escenario importante a abordar para alcanzar la meta de cero discriminaciones. Las experiencias sobre estigma y discriminación se suscitan en todos los departamentos del país, tanto en el seno de la familia como del entorno social.

Al comparar los datos encontrados en el estudio de Índice 2013 y el 2022, se evidencia que la familia es el principal espacio de socialización del diagnóstico, red primaria donde se lleva a cabo la discriminación, el efecto de esta situación ha llevado a los PVIH a buscar una red de apoyo emocional y compañía social conformada por amigos, otros familiares fuera de la familia nuclear y vecinos. Sin embargo, en todos los escenarios, familia y comunidad, prevalece la obtención de la información sin el consentimiento de los PVIH.

La existencia de los Grupos de apoyo en las Organizaciones de la Sociedad Civil, conformado una red de servicios de prevención y promoción de la adherencia a los cuales el PEN 2020-2024, ha dirigido acciones para fortalecer la conformación e implementación adecuada de grupos de apoyo en las asociaciones de personas con VIH y sus familiares, y la armonización de metodología para el funcionamiento de los grupos de apoyo y reforzar su implementación a nivel comunitario integrando la perspectiva multicultural de la Costa Caribe norte y Sur.¹³

En términos de divulgación a lo largo del tiempo de la epidemia para los PVIH cada día es más fácil comunicar que tiene VIH, comportándose similar esta opinión para los subgrupos de poblaciones clave como las poblaciones no clave, si bien este impacto positivo es evidente, también hay que estar atento que cuatro de cada diez PVIH señala que es difícil exteriorizar su estatus de tener VIH, reflejando un reto importante a tomar en consideración a lo inmediato.

V.1. Estigma internalizado

En ocasiones las PVIH pueden asumir el estigma y discriminación social, ocasionando sentimientos de autodesprecio, aislamiento, depresión, ansiedad o desesperanza y dar lugar a conductas de evitación que conllevan a la autoexclusión en diferentes ámbitos de la vida, tanto en el ámbito privado como en el público, evitando reuniones sociales, a la familia, amistades, relaciones de pareja, etc.

El estigma internalizado se relaciona con peor adherencia al tratamiento y peor funcionamiento social; por tanto, es importante contar con medidas adecuadas del estigma personal. La exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental.²⁹

En la presente investigación se demuestra como los factores de protección pueden incidir positivamente, entre ellos, las habilidades, atributos sociales y emociones individuales, así como las interacciones sociales positivas, la educación de calidad, el trabajo decente, los vecindarios seguros y la cohesión social, entre otros.



Estigma internalizado y áreas de afectación: a las PVIH, recibir su diagnóstico les ha afectado principalmente en sus habilidades para el manejo del estrés, en segundo lugar, las relaciones sexuales y en tercer lugar les ha afectado en la autoconfianza, un componente clave de la autoestima e identidad personal. Las emociones y sentimientos experimentados por las personas al recibir el diagnóstico de VIH, son totalmente normales, vivencian emociones displacenteras que pueden afectar su estado emocional, el control interno y su capacidad cognitiva.¹⁸

Es importante destacar que cuatro de cada diez PVIH experimentan sentimientos de culpa, vergüenza y desvalorización, lo cual evidencia que el VIH les afecta su autoestima profundamente, menoscabando su capacidad de resiliencia y de autoaceptación. Cabe mencionar que la culpa es uno de los primeros sentimientos que experimentan las PVIH, el auto reproche y auto recriminación, es cognitivo, pero a la vez emocional, porque asumen que contrajeron el VIH, por no asumir conductas sexuales responsables como usar un condón, disminuir el número de parejas sexuales o no consumir alcohol y drogas.

El país ha desarrollado un conjunto de intervenciones dirigidas a fortalecer la autoestima y desarrollar habilidades blandas para enfrentar su condición de tener VIH a través de los grupos de apoyo o ayuda mutua, la integración de los servicios de psicología y servicio social en los grupos multidisciplinarios en los Centros de Atención Integral para la Salud, (CAI). La existencia de convenios entre el MINSA y Universidades para la rotación de los recursos en formación (Enfermería Psicología, Nutrición, Trabajo Social, Farmacia) por las clínicas de atención integral de personas con VIH.¹⁹

Freitas, Furegato y Gir (2001), informan que cuando se le da el diagnóstico, a la mayoría de los pacientes les parece que es el final de su vida. Experimentan muchos sentimientos como remordimiento, culpa, miedo, arrepentimiento, agresión, dolor, pérdida del deseo sexual, desesperación, inseguridad y en muchos casos, el deseo de cometer suicidio. (Diagnóstico VIH-SIDA: Los impactos causados en la persona, en las relaciones y estructura familiar, 2018) Los autores Stefanelli; Gualda y Ferraz (1999), en sus estudios sobre la vida familiar de los pacientes con VIH informan que el diagnóstico provoca sentimientos hacia la vida y la familia antes y después del mismo. Enfatizan que la evolución de miedo, ansiedad, desesperación y la angustia inicial, así como los cambios de humor están presentes al inicio de la decisión de hacer las pruebas de laboratorio y más tarde, cuando una persona recibe un diagnóstico que es VIH positivo.

Estos datos cuantitativos son confirmados con expresiones recogidas en los grupos focales “Por curiosidad me hice la prueba, ese día se me cayó el mundo, nunca pensé que iba a padecer el VIH, con el tiempo no me molesta vivir con el VIH” o bien como lo expresado por otro participante en grupo focal de Bilwi “Me dieron pre consejería, y post consejería, lo sentí como cualquier enfermedad, no me preocupó y sigo mi tratamiento, estoy con más de 21 años de vivir con VIH.

Reis, et al (2011), mencionan que las personas que descubren que tienen VIH, conceptualizan su infección como la muerte física y social, lo que estimula a la negación y a mantener en secreto su estado serológico. También explican que es común que surjan sentimientos de depresión, soledad, pérdida del sentido de la vida y desesperanza. Estos sentimientos surgen de la ambivalencia de decirle o no a los amigos. En una familia específica que estuvo bajo el impacto del diagnóstico, señalan los autores, algunos buscan grupos de ayuda mutua, incluso profesionales que trabajan en el tema, grupos religiosos, pero otras a veces se aíslan, se dedican a tomar licor y piensan en el suicidio.¹⁴



NICARAGUA

Según subgrupos de población analizados en el estudio, se encontró que trabajador/a sexuales y la población Transgénero identificaron que el VIH tuvo un impacto negativo para alcanzar sus metas personales. Si bien el trabajo sexual en adultos es legal en Nicaragua, existen regulaciones de actividades ilegales penadas que incluyen el proxenetismo, la presencia o actividades en burdeles, prostitución forzada, prostitución infantil y el tráfico sexual.

Los y las Trabajadoras sexuales señalan vivir en condiciones de pérdida de confianza y respeto en sí misma, pérdida de habilidades para enfrentar el estrés, afectación en las habilidades para tener relaciones íntimas y solidas con otras personas y que las ha llevado a ser el subgrupo de población con mayor porcentaje en considerar que su capacidad de satisfacer las necesidades básicas son cada vez peor, sumado al hecho de la existencia de desigualdades en las mujeres. El informe global de género 2022³⁰, Nicaragua se posiciona nuevamente entre los 10 países del mundo con mayor igualdad de género, ubicándose en el primer país de América mejor evaluado en el Índice Global de Brecha de Género 2022.

El informe en mención destaca el esfuerzo del país por desarrollar distintos programas educativos, de capacitación, formación y de protagonismo financiero como Usura Cero y el Bono Productivo, para fortalecer el liderazgo de las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad. Además, el gobierno, impulsa distintas iniciativas para promover la igualdad de género y concienciar sobre el importante rol de las mujeres en el país.

Tanto la población HSH, TS, población Transgénero y las Personas que consumen drogas, al momento del diagnóstico, identificaron pérdida de respeto hacia sí mismo, lo cual refleja el impacto negativo del diagnóstico sobre su autoconcepto, autoconfianza y capacidad de autoaceptación, es por tanto, que el diagnóstico de VIH puede generar problemas de salud mental cuando no hay un acompañamiento efectivo a nivel psicológico que les permita a las PVIH manejar mejor sus emociones, sentimientos y pensamientos para que paulatinamente puedan ir asimilando su nueva realidad. Dado que el diagnóstico de VIH es considerado un evento traumático que afecta todas las áreas de vida de la persona, por tanto, es importante brindar servicios de salud mental, acompañado de la atención médica para la adherencia a la TAR.

En los grupos focales se identificó que particularmente en las mujeres el impacto principal de conocer su diagnóstico es el hecho de temer perder la vida y no ver crecer a sus hijas e hijos, a nivel familiar, el temer al rechazo de sus familiares, por el estigma asociado al VIH. Cabe mencionar que ninguna persona mencionó que les afectó tomar tratamiento.

En relación a las estrategias de resiliencias de las mujeres que viven con VIH, en los grupos focales se destaca la fe hacia Dios, la búsqueda de información sobre la temática de VIH, el apoyo de la pareja y otros referentes familiares; así como la participación en grupos de autoayuda que realizan las organizaciones de la sociedad civil.

Es importante destacar el impacto que tienen los grupos de autoayuda en las PVIH, ya que trabajan la autoestima y la aceptación de su condición al convertirse en personas adherentes, sin embargo, su presencia en los departamentos no es homogénea, su ausencia en la ciudad de Bilwi llama la atención al no identificar servicios o clínicas comunitarias en dichos territorios y por consiguiente los PVIH reportaron ausencia de servicios comunitarios.

El estigma internalizado provoca acciones en los PVIH a fin de evitar el EyD de otros y otras, familias, entidades gubernamentales, entre otras. Aproximadamente, entre el 15 al 20% de los



PVIH prefieren no acudir a reuniones sociales, ir a clínicas, aunque tenga necesidades de salud, se ha alejado de sus amigos/as y ha decidido no tener sexo.

V.2. Otros factores relacionados con el estigma y la discriminación.

En general los PVIH que se autoidentifican como HSH, Gay, Homosexual, bisexual o Transgénero experimentan doble discriminación, por su identidad y por tener VIH. La mayor violación de DDHH que han vivido es la murmuración de familiares acerca de su autoidentidad, violencia verbal y física. Sin embargo, la mayoría no han tomado acciones legales para hacer uso de sus derechos, requiriendo que la ruta para la denuncia de violaciones debe seguir fortaleciéndose para que las y los usuarios acudan sin temor y visibilizar los logros y alcances hacia las personas con VIH.

La población Transgénero tiene los mayores porcentajes de doble discriminación, una por el hecho de ser PVIH y de forma acumulativa por su identidad de género. Tres de cada diez población Transgénero han experimentado sentirse excluida de actividades familiares, seis de cada diez han sufrido violencia verbal debido a su identidad de género, cinco de cada diez han sido objeto de violencia física, estos eventos de discriminación potencialmente explican el hecho que más de ocho de cada diez población Transgénero señalaron que otras poblaciones conocen de su autoidentidad, igual proporción refirieron que participan o son miembro de una red de apoyo para personas de su misma identidad.

En los HSH el acoso verbal y que miembros de su familia hagan comentarios o murmuraciones negativas acerca de su identidad, se presentan en uno de cada diez y dos de cada diez respectivamente. Este subgrupo poblacional, al igual que las poblaciones Transgénero, otras poblaciones le conocen su identidad en más del 80%, sin embargo, su participación en redes de apoyo para HSH resulta menor al 20%.

El subgrupo de MSM/Lesbiana, se presenta en el menor número de PVIH del sexo femenino y el grado de afectación por su autoidentidad de género se presenta en menor proporción y número que el resto de la población, dando la imagen de no ser un grupo de prioridad, sin embargo el 100.0% no participa o pertenece a un grupo de apoyo para personas de su misma identidad y aproximadamente solo a dos de cada diez otros grupos poblacionales conocen de su autoidentidad, evidenciando una autoexclusión o marginación en silencio. Similar situación se presenta en el caso de las PVIH con autoidentidad bisexual.

Casi dos de cada diez PVIH refieren que han tenido sexo a cambio de dinero o bienes, pero solo el 6.4% se autoidentifica como trabajador/a sexual, los porcentajes de afectación en su vida social, familiar, acudir a servicios médicos son señaladas en menor proporción que el caso de las poblaciones LGBTI.

Poco menos de uno de cada diez PVIH participantes en el estudio, señala haber consumido drogas en el último año, y los consumos de drogas se reportan en frecuencias relativamente mayor a un mes.

Acerca de la temporalidad en que aconteció la discriminación, en general se observa menores porcentajes en la discriminación reciente (últimos 12 meses) que en la discriminación tardía (antes de los últimos 12 meses), mejoramiento de los resultados en los últimos meses previo a la encuesta, sin embargo, el acoso verbal y físico se perpetúan a lo largo del tiempo, así como el chantaje y el miedo a acudir a una atención médica.



V.3. Impacto del EyD en la salud de las PVIH y las poblaciones clave

La autodeterminación para realizarse la prueba de VIH, así como la promoción de la misma a través de recomendaciones médicas, la percepción de riesgo y estado de salud desfavorables son escenarios que los participantes identificaron para realizarse la prueba de VIH, lo cual muestra la interacción de diferentes actores de la respuesta nacional al VIH.

Casi nueve de cada diez participantes se realizó la prueba de VIH por decisión propia o porque lo presionaron pero al final procedió, 2.2% nacieron con VIH y al 7.5% se realizó la prueba sin su consentimiento, este último evento ocurre con mayor frecuencia entre las trabajadoras sexuales 9.6, si bien no son porcentaje distantes de la encontrada en el total de la muestra, se trata de violación a los derechos que se apunta en la Ley 820: Ley de la promoción, protección y defensa de los DDHH ante el VIH y Sida, para su prevención y atención. Artículo 9 que enuncia “Ninguna persona podrá ser sometida a pruebas de laboratorio para detectar la presencia de anticuerpos al VIH sin su consentimiento..”

Recomendaciones médicas, percepción de riesgo y estar enfermo son las razones principales que siete de cada diez PVIH tomaron en cuenta para realizarse la prueba de VIH. Por otro lado, casi siete de diez les tomó menos de seis meses para decidirse conocer su condición o prueba de VIH.

Cuatro de cada diez de los participantes, les da temor la reacción de otras personas al conocer su resultado, reflejando una actitud conducente ante el estigma y discriminación en su entorno. Las poblaciones Transgénero, Trabajador/a sexual y las PVIH del sexo femenino presentan porcentajes superiores a los de la muestra total de haber experimentado esta situación.

Un poco más de nueve de cada diez de los participantes han estado en terapia ARV, mostrando el compromiso de respuesta nacional y los diferentes sectores de encauzar esfuerzos al cumplimiento de las metas 2020-2030 “95-95-95”, estableciendo que el 95% de las personas infectadas por VIH conozcan su estado serológico; que el 95% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretroviral continuada; y que el 95% de las personas que reciben este tipo de terapia tengan supresión viral.

Acercas de los resultados de la prueba de Carga Viral en los participantes, seis de cada diez son indetectables y el 15.2% han abandonado el tratamiento en el último año, estos resultados muestra un panorama del esfuerzo por mejorar el acceso a servicios de testeo, seguimiento, acceso a los ARV y a servicios de salud extramuros (en la comunidad), que el MINSA junto a las organizaciones de PVIH llevan a cabo, estos procesos deben ser fortalecidos para reducir el abandono y revertir la decisión en los PVIH que por decisión propia no quieren iniciar TARV, sin menoscabo, que el MINSA, al momento del estudio está aplicando la estrategia de iniciar terapia tan pronto se tiene el diagnóstico, esto con el propósito de cumplir la meta de que el 95% de los que tienen diagnóstico también puedan acceder a TARV e incidir en la calidad de vida de las PVIH.

Elementos señalados por los participantes sobre los factores que obstaculizan la adherencia y el acceso a las unidades de salud, es que la pareja íntima, familia, amigos, otros familiares y personas desconocidas lleguen a conocer su condición de tener VIH sin su consentimiento, así como los efectos adversos de los ARV y creer que no necesita los ARV. En menor frecuencia, pero no menos importantes es que algún trabajador de la salud socialice su estatus.



Uno de cada cuatro de los participantes señaló haber tenido, en los últimos 12 meses, alguna condición de salud mental como ansiedad, depresión, insomnio o estrés postraumático, estudios confirman esta situación, refiriendo que los trastornos depresivos es el más común de los padecimientos mentales y emocionales en pacientes con VIH.¹⁵

La prevalencia de depresión en esta población es altamente variable, del 36% al 42%, en estudios conducidos en Estados Unidos. En América Latina, un estudio realizado al norte de Minas Gerais, la región más pobre del estado más grande del sureste de Brasil, encontró que casi el 40 por ciento de los 226 pacientes incluidos eran portadores de síntomas depresivos y que el desempleo, los bajos ingresos o pertenecer a las clases sociales más bajas inciden en el empeoramiento de su calidad de vida.¹⁶

El 98.9% de los participantes reciben servicios de salud en instituciones gubernamentales o públicas del Ministerio de Salud, lugar donde reciben ARV, servicios de prevención, atención y hospitalización. Por otro lado, de forma complementaria, los servicios comunitarios hacen posible la integralidad de servicios, un poco más de la mitad de los participantes (397) conocen de la existencia de clínicas o centros de atención comunitarias, de ellos, nueve de cada 10 recibe información sobre VIH, seis de cada 10 consejería sobre adherencia a TARV, cuatro de cada 10 participa en los Grupos de ayuda mutua, espacio que podrían ser fortalecidos para la detección temprana de casos en depresión y casos en abandono de la TARV, referencia temprana a servicios de Psicología para atender situaciones de estrés postraumático, similar información fue encontrada en el estudio sobre perfil de riesgo en PVIH en el año 2017.¹⁶

Un poco más de la mitad de los 738 PVIH encuestados hacen uso de los servicios de salud por motivos no relacionados con el VIH, acudiendo a unidades de salud en la que no necesariamente reciben ARV, Durante su atención por razones no relacionadas con el VIH experimentaron discriminación relacionadas con motivar el uso específico de anticonceptivo, método de finalización del embarazo, indicación de no tener sexo o hijos por tener VIH, estos escenarios se dan en menor frecuencia que los resultados observados en el estudio de estigma y discriminación del año 2013.

Resultados de grupos focales relacionados con experiencia en servicios de salud.

En relación a la experiencia en servicios de salud, en las sesiones de los grupos focales se externaron expresiones señalando que existen diversas vivencias de haber recibido buen trato y atención de calidad y calidez en donde se respeta al paciente con diagnóstico positivo, se reconoce los cambios en la atención de forma reciente, (en los últimos 12 meses), con voces como la siguiente: *“Desde que nos atienden en la sanidad ha cambiado la forma en que nos atienden y la doctora joven que ahí me atiende me hizo varios exámenes, el del riñón por ejemplo y me dio otro tratamiento a parte del tratamiento que me dan. Muy bien atendida.”*

V.4. Derechos humanos y logros alcanzados en materia de cero discriminaciones a PVIH.

A nivel estructural, en materia de DDHH, el país cuenta con un marco legal que favorece la atención el VIH sin discriminación, el acceso a servicios de salud de calidad y calidez. Así mismo, los datos del estudio muestran una reducción de los casos de violación de derechos humanos en PVIH en a lo largo del tiempo, es decir, entre violaciones reciente (últimos 12 meses) y tardía (antes de los últimos 12 meses).

Las violaciones reportadas por los participantes se circunscriben a la obligatoriedad de la prueba para optar a un puesto de trabajo, demostrando que las capacidades personales y habilidades

laborales no son lo importante sino su estado serológico, otros señalaron que fueron obligados a revelar el estado serológico o fue dado a conocer sin su consentimiento, estas experiencias negativas han prevalecido a lo largo de la epidemia y tener sexo sin consentimiento.

Las respuestas de los PVIH a las violaciones de derechos humanos han sido diversas, desde no hacer nada en nueve de cada 10 PVIH que reportaron haber sido objeto de violación, hasta la denuncia, ésta última en muy pocos casos. Quienes conocen la ruta de denuncia de violación, señalan que es complicado proceder con una denuncia, esto persiste en todos los subgrupos poblacionales analizados, sin embargo, los participantes conocen sus responsabilidades ante su estatus y como proteger a los demás.

V.5. Datos de los estudios estigma y discriminación 2013 y 2022.

Los resultados del presente estudio y los datos encontrados en el año 2013, deben ser analizados tomando en cuenta que las muestras y muestreo aplicadas en ambos estudios fueron diferentes, al igual que los métodos de recolección de datos, por otro lado la forma de presentar los resultados son distintas, por otro lado, la integración de las poblaciones clave en el estudio 2022 resulta ser un acontecimiento importante, para tal fin se ha seleccionado cinco variables que de forma porcentual podrían ser utilizada para ver el progreso obtenido en materia de EyD.

En los datos del estudio del 2022, se muestra un incremento del 12% en comparación al 2013 de realizase la prueba de VIH por razones de empleo, impacto negativo, no obstante, hace falta profundizar esta situación acerca de localizar lugar, tipo de trabajo en que requieren la prueba, etc.

La disponibilidad de la prueba en las unidades asistenciales de salud, es un elemento importante que se denota en el hecho que en el 2013 el 2.6% se realizó la prueba por motivo de enfermedad, muy distante del 24.7% en el presente estudio. La promoción de la prueba en todas las unidades de salud sea por embarazo o no es muy importante de reconocer. Un reporte de avance de país ante la epidemia del VIH y que refuerzan esta afirmación es el hecho que el año 2006 se realizaron 18,080 pruebas de VIH, y en el 2022 un total de 335,420, es decir dieciocho veces más. Para el año 2006 se realizaron 15,480 pruebas de VIH a mujeres embarazadas, a septiembre de 2022 un total de 178,547, once veces más. (reporte del MINSA disponible en su página web).

Por otro lado, el estudio actual muestra una mayor confianza de parte de los usuarios de servicios de salud ante el resguardo de la confidencialidad de la información, sin dejar a un lado que aún existen datos de PVIH que duda de la confidencialidad en mención,

Para el estudio de 2022, se evidencia una reducción importante en opiniones de los profesionales de la salud aconsejando no tener hijos, así como el hecho que es menos frecuente que los trabajadores de la salud presionen el uso de anticonceptivos por tener VIH.

V.6. Evidencia para el cambio de políticas e intervenciones programáticas.

Los resultados del estudio han permitido a Nicaragua incluir en su reporte de informe de Monitoreo Global del Sida (GAM) información de los indicadores 6.2, 6.3, 6.4, 6.7, los resultados tienen la utilidad de formar parte de un monitoreo más sistemático en materia de evaluación del EyD que las Personas con VIH y poblaciones clave son objeto, para evaluar el impacto de políticas e intervenciones realizadas a través de proyectos basados en evidencia suficiente y trazadoras del comportamiento de personas en el ámbito de salud, trabajo, etc.



VI. Limitaciones del estudio

La importancia de los datos obtenidos a partir de la presencia de un análisis interseccional que incluye a las poblaciones clave y vulnerables amerita la búsqueda inmediata de fondos frescos disponibles para implementar metodologías similares al monitoreo liderado por la comunidad entre otras.

El estudio tomó más tiempo del programado, debido al tiempo en la elaboración del protocolo y su aprobación, el procesamiento de los datos y su interpretación debido a la falta de una guía de operacionalización de las variables y las formas requeridas de presentación de los datos, de igual forma la integración de diferentes recomendaciones dictadas con la finalidad de enriquecer el reporte del estudio.

Otra limitación que aconteció en el presente estudio es la integración de un especialista en información estratégica para procesar y analizar los datos al final de la consultoría, lo cual no permite recibir feedback o retroalimentación en materia de construcción de formularios, recolección, digitación, procesamiento y análisis de datos, a una escala suficiente para los requerimientos del estudio.

Los procesos de contratación de recursos humanos de cara a la implementación de los procesos para la recolección de información presentaron limitaciones en función de cumplir los tiempos perentorios para el reporte de la investigación.

La sostenibilidad del estudio y la sistematización de los procesos evaluativos resultan ser supuestos difícil de controlar dada la disponibilidad de recursos financieros en el país, lo que pone en riesgo las capacidades cognoscitivas creadas en el presente estudio.





VII. Recomendaciones

- Estructurar un plan de intervención dirigido a la sensibilización de las familias, comunidad, amigos y de las instituciones de salud para continuar erradicando el estigma y discriminación y cumplir la meta cero EyD. **Responsable/s: Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA) en conjunto con OBC que trabajan la temática de VIH.**
- Optimizar los espacios que brinda la red de servicios de salud, los Grupos de apoyo o Autoayuda para llevar a cabo programas más sólidos de atención psicológica a fin de detectar tempranamente en el deterioro de la salud mental, el abordaje de PVIH con trastornos mentales y/o condiciones psicosociales que requieren intervenciones a más largo plazo. **Responsable/s: Ministerio de Salud (MINSAL)**
- Hacer alianzas muy próximas a la procuraduría de los derechos humanos para continuar promoviendo y visibilizando la ruta de la denuncia de violación de los derechos humanos, incidir en la reducción de temores o dudas para la denuncia y su resolución. **Responsable/s: CONISIDA**
- Desde la procuraduría y la sociedad civil hacer sinergias para la búsqueda de alternativas innovadoras para facilitar la denuncia y la resolución de los casos de manera expedita y con lecciones aprendidas para el denunciante, el victimario y un enfoque que facilite la armonía y creación de espacios saludables para las PVIH y sus familiares. **Responsable/s: Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) que trabajan temática de VIH**

Derechos Humanos

- Continuar brindando capacitaciones a las PVIH para que conozcan la ruta de acceso a la justicia para demandar sus derechos ante violaciones de derechos humanos y sobre violencia basada en género. **Responsable/s: CONISIDA y OBC**
- Fortalecer las competencias de las organizaciones de PVIH para que puedan llevar un sistema de registro de las denuncias por estigma y discriminación. **Responsable/s: CONISIDA y OBC**

Protección social y empleo

- Establecer un plan de acción desde las organizaciones para vincular a las PVIH a programas sociales de gobierno como Casas para el Pueblo, Usura Cero, Hambre Cero, Plan Techo entre otros, que les permita a las PVIH mejorar su situación económica y por ende mejorar su calidad de vida, sin menoscabo del resguardo y garantizar la confidencialidad de su condición de tener VIH. **Responsable/s: CONISIDA y OBC**
- Integrar a la empresa privada en el espacio de CONISIDA para generar convenios de colaboración y acuerdos de entendimiento para generar fuentes de empleo para las PVIH. **Responsable/s: OBC**



NICARAGUA

- Crear alianzas con el Ministerio de Economía Familiar Comunitaria Cooperativa y Asociativa para la búsqueda de capacitación y desarrollo de microemprendimientos a PVIH. **Responsable/s:** OBC y MEFFCA
- Fortalecer desde las organizaciones de PVIH y CONISIDA y el Ministerio de la Familia (MIFAM) las coordinaciones para realizar intervenciones con las familias donde haya mayores situaciones de riesgo para las niñas, niños y adolescentes que tengan referentes familiares con VIH y otras condiciones de vulnerabilidad. **Responsable/s:** OBC y Ministerio de Economía, Familiar y Comunitaria (MEFFCA)
- Garantizar desde el MIFAM paquetes alimenticios a niñas, niños, adolescentes y personas adultas con VIH o afectadas por VIH que están en mayores condiciones de vulnerabilidad. **Responsable/s:** CONISIDA
- Fortalecer coordinaciones con organizaciones que abordan el tema de adicciones para derivar a PVIH con problemas de adicción, pero a la vez puedan brindar información a las PVIH que acuden a los GAM. **Responsable/s:** MINSA y OBC

Calidad de atención

- Continuar procesos de formación continua con el personal de salud en general, y no solamente al personal vinculado directamente a la atención de las PVIH, para que se brinde una atención integral según las normativas de salud. **Responsable/s:** MINSA y OBC
- Es importante que en las unidades de salud donde se oferta la prueba, la pre y post consejería el personal sea ampliamente capacitado para realizar Primeros Auxilios Psicológicos a las PVIH con resultados positivos para VIH, para lograr la vinculación de las PVIH a los servicios de salud. **Responsable/s:** MINSA, OBC y Promotores Comunitarios en Salud.
- Garantizar personal capacitado en salud mental para brindar acompañamiento psicológico a las PVIH una vez que se vinculen a los servicios de salud. **Responsable/s:** MINSA y OBC
- Desde las organizaciones revisar el contenido de los GAM y de los profesionales de Psicología para continuar acompañando de manera efectiva a las PVIH, ampliando los procesos de capacitación a nivel de país a líderes comunitarios de PVIH. **Responsable/s:** CONISIDA y OBC

Financiación y sostenibilidad de la evaluación

- Es necesario la búsqueda de mayor financiamiento para las redes de población clave y PVIH a fin de dar seguimiento a las respuestas de necesidades de la comunidad en mención alrededor de la violación de sus derechos humanos y de la sostenibilidad de los logros alcanzados. **Responsable/s:** OBC
- Las evidencias de subgrupos de poblaciones a través del análisis intersectorial realizado en el presente estudio demanda mayor apoyo técnico y financiero a las mujeres con VIH, a los grupos de la diversidad sexual y trabajador/a sexual. **Responsable/s:** CONISIDA y OBC
- A la comunidad internacional apoyar los procesos de financiación de estos estudios sobre EyD en PVIH con el enfoque de interseccionalidad para su realización de forma sistemática y evitar períodos prolongados de ausencia de información estratégica en materia de EyD. **Responsable/s:** CONISIDA, ONUSIDA y otras agencias internacionales.





VIII. Conclusiones

El estudio sobre estigma y discriminación en Nicaragua 2022, permite visibilizar los avances, logros y desafíos más importante en materia de estigma y discriminación a PVIH a través del análisis de datos sobre la temporalidad del estigma y la discriminación, reciente o tardía, la comparación de datos obtenidos en los estudios realizados en el 2013 y el 2022.

En general, existen datos suficientes que revelan que existe mejoría en la restitución de los derechos humanos, se cuenta con un marco jurídico completo, así mismo los PVIH reconocen las estructuras jurídicas, instituciones y líderes comunitarios para la defensa de los derechos humanos.

Existen avances en la implementación de las políticas de salud sobre acceso universal y la restitución de derechos a la salud para las PVIH, la creación de entornos favorables para el acceso al continuo de la atención.

Las mujeres, las poblaciones Transgénero, personas que consumen drogas y Trabajador/a sexual son los subgrupos poblacionales con índices más altos de violaciones de derechos humanos. Las mujeres tienen más riesgos que los hombres de que la sociedad viole sus derechos, las instituciones y quienes prestan servicios, sin menoscabo de enfrentar el machismo que la sociedad en su conjunto lesionan la autoestima y genera mayor esfuerzo para asumir roles de padres y madres con sus hijos y sus metas personales.

En el caso de la población Transgénero se logró una muestra pequeña para poder hacer extrapolaciones y análisis más profundo que permitan tomar como absolutos los resultados, sin embargo, la información vertida por los participantes concluye la sumatoria de estigma y discriminación debido a su condición de tener VIH y su identidad de género.

A continuación, se describen las conclusiones del estudio de acuerdo a los objetivos específicos planteados y de las preguntas estimadas a dar respuesta con los hallazgos encontrados.

Objetivo 1: Documentar información importante sobre el estigma y la discriminación que experimentan las personas con VIH y las poblaciones clave en la comunidad con el estigma interseccional debido a comportamientos de alto riesgo.

Aproximadamente, solo uno de cada diez participando se encuentran realizando estudios formales, tres de cada diez poseen un nivel educativo igual o inferior a primaria aprobada, tres de cada diez se encuentran desempleados, estos datos evidencian que la muestra de PVIH en el estudio refleja a una población con factores de riesgo importantes relacionados con los determinantes sociales de la salud.

Por otro lado, los datos encontrados de las mujeres reflejan una realidad inminente sobre las desigualdades de la mujer comparada a los hombres dado que poseen mayores probabilidades de tener hijos a su cargo, mayor porcentaje de mujeres desempleadas, entre otros datos.



Las poblaciones clave han experimentado procesos discriminatorios en mayor frecuencia que el caso de las poblaciones vulnerables y dentro de las poblaciones clave, las Transgénero resultan ser el grupo más afectados alrededor de exclusión familiar y social, lo que ha conllevado a reprimirse de participar en reuniones familiares, sociales, religiosas, etc.

Objetivo 2: Medir el impacto del estigma y la discriminación en la salud de las PVIH y las poblaciones clave a lo largo del tiempo, en función de reconocer su mejoría o deterioro en los últimos dos años previo al estudio

Retos importantes son visualizados alrededor de la obligatoriedad de la prueba para postularse a puestos de trabajo, el rechazo de sectores religiosos y una doble discriminación persiste por tener VIH y autoidentidad de género o prácticas de riesgo como ser usuario de drogas.

Existe evidencia sobre las limitantes de los PVIH en entablar relaciones de pareja, metas profesionales y laborales por estado serológico, ser seropositivo ha tenido un impacto negativo en la autoestima, reduciendo la confianza en sí mismo, la habilidad para manejar el estrés.

A nivel de familia extendida se manifiesta con mayor frecuencia actos de apoyo, sin embargo, también se incurren en escenarios negativos como exclusión de actividades sociales, violencia verbal y física.

Objetivo 3: Entender el impacto del estigma y la discriminación en las vidas de las PVIH y las poblaciones clave, desde sus perspectivas, experiencias y opiniones.

Servicios de salud más amigables son los que se observan entre los resultados de 2013 y 2022, aunque los eventos de discriminación aún persisten, estos se llevan a cabo en menor frecuencia y con aparente localización en los departamentos de Managua, Masaya y Chinandega, así mismo el estudio permite visualizar la necesidad de servicios de salud mental fortalecidos a nivel comunitario e institucional para detección temprana, tratamiento y restablecimiento de casos de depresión, ansiedad entre otros.

Las sinergias de instituciones de salud, educación, Procuraduría de los Derechos Humanos, CONISIDAS nacional, departamental y municipal, junto a la red de comunitarias de la sociedad civil requiere de su consolidación con la finalidad de alcanzar la meta al año 2030 de cero discriminaciones.

Objetivo 4: Medir los cambios relacionados con respecto al estigma, discriminación y derechos de las personas que viven con VIH y las poblaciones clave, a lo largo de un período de tiempo y conocer si han experimentado algún cambio en los últimos dos años.

Existe evidencia suficiente para sostener que el presente estudio da muestra de los cambios de comportamiento que se ha logrado en el país en materia de reducir el estigma y discriminación a la Personas con VIH, a poblaciones clave y en poblaciones en riesgo.

El presente estudio muestra diferencias importantes sobre los motivos señalados por los PVIH para realizarse la prueba de VIH, una marcada mejoría en la percepción de riesgo y de la oferta de servicios de testeo en unidad de salud, aproximadamente un cuarto de los participantes en el estudio señala que se realizaron la prueba por tener conciencia de su riesgo de tener VIH, así como, la realización de pruebas por causa de enfermedad.



Seis de cada diez de los participantes están seguros que sus registros médicos tienen el resguardo y cumplimiento que establece la Ley 820 y su reglamento, como también de la Ley General de la Salud, Ley 423. Sin embargo, es necesario sostener las intervenciones y focalizar las acciones de empatía por parte de los trabajadores de la salud para reducir los porcentajes de dudas acerca de que los registros médicos sean confidenciales (30.9%).

Objetivo 5: Proveer una base de evidencia para el cambio de políticas e intervenciones programáticas.

El uso de información estratégica es imprescindible para el acelerar la respuesta ante el VIH y obtener las metas de país en materia de prevención, atención, eliminación del estigma y discriminación a los PVIH, este estudio aporta importantes evidencias para la toma de decisión y mejorar las intervenciones, las practicas comunitarias y sobre todo el enfoque holístico que requiere la epidemia.

La utilización de los datos obtenidos en la presente investigación para elaborar el Informe de avance contra el SIDA en el año 2023, es un paso importante y trascendental en la historia y futuro del país, primeramente, llena un vacío de datos no reportados en los últimos años y por otro lado el contar un conjunto de indicadores con datos trazadores que pueden justificar y razonar la formulación de programas o proyectos que impacten de forma positiva en la vida de los PVIH en Nicaragua.

Es preciso que todos y todas tengamos una visión sistémica, usuarios, familias, prestadores de servicios gubernamentales y no gubernamentales, haciendo énfasis en crear vínculos dentro de la familia con PVIH, desarrollando redes de apoyo funcionales en la prevención, el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, haciendo sinergias entre prestadores de servicios y la red de organizaciones para la vinculación, captura y recaptura de casos, creando familias fuertes para que las personas con VIH sean saludables, física, emocional y espiritualmente.





IX. Bibliografía

1. ONUSIIDA. Informe nacional sobre avance en respuesta al sida, Nicaragua 2020. Recuperado de: file:///C:/Users/r/Documents/Hivos%20EyD%202022/Bibliografia%20EyD%202022/NIC_2020_countryreport.pdf
2. Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su Prevención y Atención. Gaceta Diario Oficial No. 242 del 18 de diciembre del 2012. Recuperado de: <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b34f77cd9d23625e06257265005d21fa/69d05c3f13eef07d06257e8200529d31?OpenDocument>
3. Campillay, M. y Monárdez, M. Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Rev. Bioética y Derecho* [online]. 2019, n.º 47 [citado 2022-11-13], pp.93-107. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008
4. ONUSIDA Latina. Informe de avance de país. Nicaragua 2022. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/nicaragua>
5. MINSA. Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua. Recuperado en: <https://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>
6. Estudio del tamaño de Poblaciones clave alcanzables para la epidemia de VIH en Nicaragua mediante la metodología de mapeo programático: 2016. Recuperado de: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-thomas-more/espanol/mapeo-de-tamano-poblaciones-claves/32991370>
7. Estudio Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH. Nicaragua, 2013. Recuperado de: <http://onusidalac.org/1/images/2015/febrero/indicesddhh/NICARAGUA%20EyD%20Final.pdf>
8. Lamas M. El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. 1996 a 2013. Recuperado de: <https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/El%20genero.%20La%20construccion%20cultural%20de%20la%20diferencia%20sexual.pdf>.
9. Lagarde M. El género. La perspectiva de género. Desarrollo Humano y Democracia. España 1996. pp 13-38. Recuperado de: https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDH/MediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf.
10. ONU Mujer. Recuperado en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
11. ONUSIDA. Estrategia Mundial contra el SIDA. 2021-2026. Recuperado en: <https://www.unaids.org/es/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>
12. UNFPA y Ministerio de Protección Social de Colombia. masculinidad, homosexualidad, VIH sida e identidad genera. 2010. Recuperado de: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/masculinidad-homosexualidad-vih-sida-e-identidad-de-g%C3%A9nero>
13. OMS. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial



NICARAGUA

de la Salud; 2022. Recuperado en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1>

14. Raduski, Pablo D., Mikulic, Isabel M. Emotional impact of the HIV diagnosis on people living in Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXV, pp. 107-116, 2018. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/3691/369162253013/html/>

15. Plan de acción del Plan Estratégico Nacional para la respuesta integral a las ITS, VIH sida. 2020-2024. Recuperado en: <https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2022-10/PEN%202022%20A%202024.pdf>

16. Antonio Carlos Ferreira, Antonio Lucio Teixeira, Marise Fagundes Silveira and Mariángel Carneiro. Quality of life predictors for people living with HIV/AIDS in an impoverished region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* 51(6):743-751, Nov-Dec, 2018 doi: 10.1590/0037-8682-0442-2017. Recuperado en: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/5gksD6sYPmfZVS5qgDY4RJx/?format=pdf&lang=en>





ALEP+PC

Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave



Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH en **Nicaragua**

Septiembre - 2024

