



ÍNDICE DE ESTIGMA

EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN MÉXICO.



INFORME FINAL DE RESULTADOS



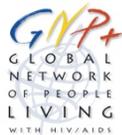


**Red Mexicana de Personas que Viven Con VIH/SIDA, A.C.
Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, A.C. (MEXFAM)**

**Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH/SIDA
México
Informe final de Resultados**

Coordinación general ejecutiva: Gerardo Cabrera Reséndiz

Supervisión general del proyecto y elaboración del informe final: Anuar I. Luna Cadena



Agradecimientos

La Red Mexicana de Personas que Viven con VIH quiere expresar su reconocimiento al equipo de investigadores comunitarios, sin quienes este esfuerzo no hubiera sido posible. Gracias a su compromiso y profesionalismo. Este, esfuerzo ha rendido frutos en este informe de trabajo: Juan José Minero, Sergio Alfonso Rivera Flores, Bárbara Villalvazo Vázquez, Luis Fernando Galindo Torres, Ingrid García Rosales, Wilmer Ruiz Toledo, Guillermo Castillo Morales, Héctor Beristáin Velasco, Julio Palomeque Gerónimo, Ernesto Ramírez Balderas, Juan Silverio Ramírez Urbina, Rosember López Samayoa, Jorge Villalobos Gordillo, José Eduardo Espadas

La Red Mexicana de Personas que Viven con VIH también quiere expresar su agradecimiento a la Fundación Levis Strauss, al Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) y al Programa Nacional de SIDA, (CENSIDA) quienes generosamente aportaron recursos financieros para la realización de este proyecto.

También queremos expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas por su invaluable apoyo técnico y retroalimentación: Esperanza Delgado, Doroteo Mendoza, Luisa Ledesma, Kevin Osborne, Lucy Stackpool-Moore, Liz Tremlett, Carlos García de León, Mónica Rodríguez, Rodrigo Pascal, Arturo Hernández, David Martínez Zúñiga, Antonio Alberto Solís Rodríguez e Hilda Pérez Vázquez

De igual forma expresamos nuestro reconocimiento a las autoridades de las siguientes instituciones por las facilidades otorgadas para la realización de las entrevistas: CAPASITS de: Ecatepec, Ciudad Nezahualcóyotl, Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Tijuana, León, Guanajuato, Xalapa, Veracruz, Oaxaca y Mérida. Al Hospital Civil de Guadalajara y la Clínica Condesa del DF y al Albergue las Memorias de Tijuana.

Finalmente, pero no menos importante, queremos agradecer a las 1000 personas que viven con VIH que nos compartieron sus experiencias y su valioso tiempo para poder integrar sus datos al Índice de Estigma de Personas que Viven con VIH/SIDA.

Contenido

Agradecimientos

1. Introducción
2. Marco Conceptual
3. El Índice de Estigma
4. Marco de trabajo
 - 4.1 Beneficios para las personas con VIH
 - 4.2 Consentimiento informado y confidencialidad
5. Metodología
 - 5.1 Actividades Clave
 - 5.2 Equipo de trabajo
 - 5.3 Aplicación del cuestionario
 - 5.4 Sistema de referencia
 - 5.5 Consentimiento informado
 - 5.6 Verificación de cuestionarios
 - 5.7 Captura de datos
 - 5.8 Sistema de análisis de datos
 - 5.9 Sistema de control de calidad
 - 5.10 Taller de discusión y análisis de resultados
6. La muestra
7. Resultados
 - 7.1 Datos demográficos
 - 7.2 Estigma y discriminación en manos de otras personas
 - 7.3 Acceso a trabajo, servicios de salud y educación
 - 7.4 Estigma interno y temores
 - 7.5 Derechos, Leyes y Políticas
 - 7.6 Gestión del cambio
 - 7.7 Pruebas y diagnóstico
 - 7.8 Compartir el Estado VIH y confidencialidad
 - 7.9 Tratamiento
 - 7.10 Tener hijos
8. Principales hallazgos
9. Recomendaciones y conclusiones generales
10. Estudio cualitativo sobre Servicios de Salud Libres de Estigma en México (basado en hallazgos del Índice de Estigma en México)
11. Anexos
 1. Directorio de Referencia
 2. Formulario de consentimiento informado
 3. Cuestionario del Índice de Estigma

1. Introducción

En México, así como a nivel mundial, el estigma relacionado con el VIH ha sido reconocido como uno de los principales obstáculos para abordar temas relacionados con la prevención, la atención, el apoyo y la protección de los derechos humanos de las personas con VIH. También se ha identificado el estigma, como uno de los elementos que entorpecen el acceso a los servicios esenciales de salud y sociales. Sin embargo, a pesar de que se han documentado algunas experiencias anecdóticas del estigma, se ha dedicado muy poco trabajo a la investigación que proporcione datos cuantitativos y que analice los diferentes niveles y tipos del estigma que enfrentan las personas con VIH en México (tanto interno como externo), así como los cambios en las tendencias a través del tiempo. Contar con una investigación de esta naturaleza puede ayudar a crear los datos necesarios para asegurar que exista una política pública basada en evidencia informada, también puede contribuir en el diseño y puesta en marcha de programas de acción a nivel gubernamental y comunitario.

En México el tema de la discriminación ha sido abordado por el gobierno federal desde abril de 2003 cuando se creó el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), el cual ha tenido especial interés en abordar el estigma y la discriminación vinculados al VIH, posicionándolo como una de sus prioridades.

Por otra parte la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) cuenta con el Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos, el cual fue creado para combatir las prácticas discriminatorias y otras formas de violaciones a los derechos humanos de las que son objeto las personas que viven con el VIH o Sida.

El CENSIDA, órgano encargado de coordinar la respuesta al VIH/SIDA en México, también ha integrado diversos programas vinculados con el estigma y discriminación, con énfasis en el combate a la homofobia.

Desde una perspectiva comunitaria, los temas de estigma y discriminación vinculados al VIH en México han sido abordados desde 2003 cuando el Proyecto Policy/USAID puso en marcha el proyecto “Mo Kexteya” el cual se centró en conocer cuatro aspectos fundamentales: estigma interno en personas que viven con VIH, estigma y discriminación en servicios de salud, estigma en los medios de comunicación y estigma y discriminación en las leyes y la legislación. Este proyecto aportó los primeros estudios para poner el tema del estigma y la discriminación en la mesa de debate tanto gubernamental como comunitaria. Algunos de sus resultados incluyen los propios informes sobre las indagaciones, así como herramientas prácticas para enfrentar estigma y discriminación en personas con VIH, centros de salud y medios de comunicación.

En 2010, el CONAPRED presentó los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación. Con base en la primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis 2005), que permitió a la sociedad mexicana y sus instituciones reconocer la magnitud de la discriminación y sus diversas manifestaciones en la vida cotidiana, y en razón de la necesidad de contar con nuevos datos estadísticos para conocer de mejor manera este fenómeno en sus diferentes expresiones, se diseñó esta nueva encuesta con el apoyo del área de Investigación Aplicada y opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

A través de la Enadis 2010, se actualiza el panorama de discriminación que persiste en México y se profundiza el conocimiento sobre quién o quiénes discriminan, en qué ámbitos de la vida se presenta este problema con mayor frecuencia y los factores socioculturales que se le relacionan. Se brindan elementos para conocer las percepciones de la discriminación entre la población en general y desde los distintos grupos que viven situaciones que les hacen vulnerables a la discriminación.

2. Marco conceptual

El término estigma es utilizado para hacer referencia a un atributo indeseable, profundamente desacreditador hacia una persona diferente de los demás; este atributo la transforma en una persona devaluada y menospreciada (Goffman, 1963). Pero no todos los atributos indeseables son tema de discusión, sino únicamente aquellos que son incongruentes con el estereotipo de cómo debe ser determinado grupo de individuos; estigma es pues una clase especial de relación entre atributo y estereotipo (Goffman, 1963).

Así, el estigma relacionado con el VIH es un fenómeno multiestratificado que tiende a aprovechar y reforzar connotaciones negativas por medio de la asociación del VIH y el SIDA con comportamientos ya de por sí marginados, como el comercio sexual, el consumo de drogas y las prácticas homosexuales y transexuales (ONUSIDA, 2005). El estigma está profundamente arraigado y opera dentro de los valores de la vida cotidiana; las imágenes asociadas al SIDA, están modeladas para asegurar que el estigma relacionado con el SIDA se entremezcle con las desigualdades sociales y contribuya a reforzarlas (ONUSIDA, 2005).

Igualmente, el estigma relacionado con el SIDA, se vincula con desigualdades ancestrales en función del sexo, fundamentadas en ciertas ideas sobre la masculinidad y feminidad, que han determinado que históricamente se culpe a las mujeres de la propagación de todo tipo de infecciones de transmisión sexual; y ello como consecuencia de su presunta “promiscuidad” (ONUSIDA, 2005). De forma similar, la inculpación de las personas homosexuales y transexuales entronca con la estigmatización que sufren desde hace mucho tiempo a causa de suposiciones sobre su modo de vida y sus prácticas sexuales (ONUSIDA, 2005). Por último, la vulnerabilidad al VIH de los colectivos que viven en la pobreza, ha intensificado la estigmatización existente de las personas económicamente marginadas (ONUSIDA, 2005). La estigmatización también puede producirse a otro nivel; es posible que las personas que viven con el VIH interioricen las respuestas y reacciones negativas de otros, un proceso que puede dar lugar a lo que algunos han denominado “auto-estigmatización” o “estigma internalizado” (ONUSIDA, 2005). La auto-estigmatización tiene vínculos con lo que se describe a veces como estigma “percibido”, ya que incide principalmente en el sentimiento de orgullo o dignidad del individuo o colectivo afectado (ONUSIDA, 2005). Entre las personas que viven con el VIH, esto puede traducirse en sentimientos de vergüenza, autoinculpación e indignidad, que, combinados con el aislamiento de la sociedad, pueden conducir a depresión, retraimiento autoimpuesto e incluso pensamientos suicidas. (ONUSIDA, 2005).

Cuando el estigma se instala, el resultado es la discriminación (ONUSIDA, 2005). La discriminación consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas contra los individuos estigmatizados (ONUSIDA, 2005). La discriminación, tal como la define el ONUSIDA en su *Protocol for Identification of Discrimination Against People Living with HIV* (publicado en 2000), hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecte a una persona, generalmente pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto –en el caso del VIH, el estado seropositivo, confirmado o sospechado, de una persona–, con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas (ONUSIDA, 2005). La discriminación relacionada con el VIH puede producirse a distintos niveles (ONUSIDA, 2005). Existe discriminación en los contextos familiar y comunitario, lo que se conoce a veces como “estigma declarado” (ONUSIDA, 2005). Con ello se denota lo que hacen los individuos, deliberadamente o por omisión, para dañar a otros o

negarles servicios o derechos (ONUSIDA, 2005). Además, hay una discriminación que tiene lugar en contextos institucionales, sobre todo el lugar de trabajo, los servicios de asistencia sanitaria, las prisiones, las instituciones educativas y los centros de bienestar social (ONUSIDA, 2005). Esa discriminación plasma el estigma “declarado” en políticas y prácticas institucionales que discriminan a las personas que viven con el VIH o, de hecho, en la falta de políticas antidiscriminatorias o procedimientos de reparación (ONUSIDA, 2005).

El estigma y la discriminación están interrelacionados, de modo que se refuerzan y legitiman mutuamente. El estigma constituye la raíz de los actos discriminatorios al inducir a las personas a realizar acciones u omisiones que dañan o niegan servicios o derechos a los demás. Al mismo tiempo, la discriminación fomenta y refuerza el estigma (ONUSIDA, 2005). La discriminación es una violación de los derechos humanos; por consiguiente, los actos estigmatizadores y discriminatorios vulneran el derecho humano fundamental a la ausencia de discriminación. Además de constituir en sí misma una violación de los derechos humanos, la discriminación contra las personas que viven con el VIH, o que se cree que están infectadas por el VIH, conduce a la violación de otros derechos humanos, como los derechos a la salud, dignidad, intimidad, igualdad ante la ley y ausencia de castigo o trato inhumano y degradante (ONUSIDA, 2005). Las violaciones de los derechos humanos, a su vez, pueden legitimar el estigma y la discriminación (ONUSIDA, 2005). La violación de los derechos multiplica el impacto negativo de la epidemia a todos los niveles (Aggleton et al, 2002).

3. El Índice de Estigma

El Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH es una iniciativa mundial de varias organizaciones que han trabajado conjuntamente desde 2005 para desarrollar esa encuesta. Estas organizaciones son:

- Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+);
- Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW);
- La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF); y
- El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

El Índice de Estigma actualmente se ha implementado en todos los continentes del mundo.

Objetivos del Índice en México

El Índice de Estigma en Personas que viven con VIH es un proyecto que ha sido desarrollado e implementado por y para las personas viviendo con VIH.

Con frecuencia, las personas que viven con VIH en México enfrentan estigma y discriminación. Muchas de ellas no conocen cuáles son sus derechos y de qué forma pueden ayudar a cambiar las cosas para mejorarlas. El Índice pretende recolectar información sobre el estigma, la discriminación y los derechos de las personas viviendo con VIH en México, con el propósito de contribuir en los esfuerzos nacionales para defender y promover los derechos humanos de las personas que viven con VIH, ofrecerles un ambiente que respete su dignidad, y contribuya a crear ambientes sociales libres de estigma y a alcanzar la meta de ONUSIDA: Cero discriminación para 2015.

El principal propósito de recolectar esta información y presentarla en la forma de un Índice es aumentar nuestra comprensión sobre el grado y las formas del estigma y la discriminación que enfrentan las personas que viven con VIH en México.

Objetivo general:

Determinar de una manera realista, eficiente, integral y comparable las tendencias cambiantes del estigma y la discriminación relacionados con el VIH y el SIDA en México

Objetivos específicos:

1. Fortalecer las capacidades de investigación de un grupo de trabajadores comunitarios que viven con VIH /SIDA en México.
2. Construir de alianzas estratégicas a nivel nacional para implementar y analizar los resultados del Índice.
3. Fortalecer las acciones de incidencia política y movilización de recursos en temas relacionados con el estigma y la discriminación a nivel nacional.

Una vez identificados los primeros hallazgos de la implementación del Índice, un proceso de incidencia política y movilización de recursos adicionales para atender las necesidades identificadas y generar los cambios estructurales identificados será necesario. Este proceso se vislumbra como un proceso continuo, el cual se retroalimentará de subsecuentes actualizaciones del Índice en años subsecuentes luego de la primer implementación.

4. Marco de Trabajo

El Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH no pretende ser un ejercicio académico abstracto que se aplique “a” nuestra comunidad (de personas que viven con VIH: hombres gay, personas transgénero, mujeres y usuarios y usuarias de drogas inyectables). Más bien pretende adoptar un espíritu participativo que incluye a todas las personas involucradas. Las personas viviendo con VIH estuvieron en el centro del proceso como entrevistadoras y entrevistadas; y como conductoras de la forma en que la información fue recolectada, analizada y utilizada.

Beneficios para las personas que viven con VIH

Los beneficios del Índice, especialmente para las personas que viven con VIH en México, no se limita a la mera recolección de la evidencia (información). La implementación del Índice tiene la intención de ser un proceso de empoderamiento para los individuos, sus redes y comunidades; lo que constituye un ingrediente crítico para que se renueve el Principio de Mayor Participación de las Personas que Viven con o están Afectadas por el VIH/SIDA (MIPA). Se espera que el Índice fomente el cambio dentro de las comunidades; y que sea una herramienta para defender y promover los cambios más profundos que sean necesarios en materia de estigma, discriminación y derechos humanos.

En última instancia, se espera que el índice sea una poderosa herramienta de defensa y promoción que actúe para apoyar la meta colectiva del gobierno de México, las organizaciones de la sociedad civil en el país, las/los activistas y las personas que viven con VIH, para reducir el estigma y la discriminación vinculados con el VIH en México, y contribuir a alcanzar la meta fijada por ONUSIDA para 2015: cero discriminación.

Durante el proceso de implementación del Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH en México se aseguró que las personas que viven con VIH se beneficien de él y condujeran la iniciativa al:

- Desarrollar las capacidades de las personas que viven con VIH para implementar la investigación y contribuir con la construcción de habilidades, mejorar la confianza en sí mismos y aumentar la autoestima.
- Proveer oportunidades para reflexionar y abordar el estigma, estigma interno, la discriminación y los derechos humanos.
- Fortalecer las redes de personas que viven con VIH (formales e informales), a través del trabajo colaborativo y el alcance de personas con VIH durante la fase de investigación y uso de resultados para fines de incidencia política.
- Apoyar los sistemas de referencia y seguimiento a las personas que viven con VIH que participaron en el proceso, ofreciéndoles información apropiada sobre servicios de referencia (por ejemplo, servicios de salud, apoyo psicosocial, apoyo entre iguales, etc.).
- Promover y difundir entre las personas alcanzadas por el proyecto -a través del proceso de aplicación de los cuestionarios- documentos clave sobre legislación, estigma, discriminación y derechos humanos vinculados con el VIH que a nivel nacional.

Consentimiento informado y confidencialidad

El Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH, como otros estudios que recolectan datos sobre las personas, respetó ciertos estándares con respecto a aspectos éticos y protección de los datos. Nos aseguramos de apegarnos a los requerimientos éticos y de protección de datos establecidos en México. Dos temas fueron de especial importancia: el consentimiento informado y la confidencialidad.

El principio del consentimiento informado significa que se debe solicitar a cada persona entrevistada su consentimiento para la recolección y procesamiento de sus datos personales, después de informarle ampliamente sobre la naturaleza del estudio, quiénes participan en él, cómo serán procesados y almacenados los datos y para qué serán utilizados.

La/el entrevistador debió explicar a la persona entrevistada que tiene la libertad de rehusar ser entrevistada, retirarse de la entrevista en cualquier momento, o rehusar contestar una pregunta o conjunto de preguntas en particular.

Un marco de trabajo que respete la confidencialidad se ocupó de garantizar la seguridad en el acceso a los datos provistos por las personas participantes en un estudio de investigación. Se aseguró el establecimiento de las medidas apropiadas, de tal forma que se tuvo la absoluta seguridad de que la información revelada por las y los participantes, así como su identidad, se mantuvieran confidenciales.

5. Metodología

Para la realización del Índice se llevó a cabo un cuidadoso proceso de planificación liderado por un equipo de coordinación establecido en la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH. Este equipo central de Coordinación estuvo integrado por un Coordinador general del proyecto, un asistente operativo y un asesor. Este proceso estuvo compuesto por las siguientes actividades clave:

Actividades Clave

1. Establecimiento de convenios de colaboración con Mexfam y CENSIDA (Consejo Nacional para la Prevención y Control de SIDA), donde se definan los roles y responsabilidades de cada socio.
2. Elaboración de un protocolo de investigación en colaboración con los socios clave, que incluyó el diseño de la muestra.
3. Elaboración un perfil de encuestadores de acuerdo al diseño de la muestra, así como otros miembros del equipo clave.
4. Selección de un grupo de encuestadores.
5. Establecer un sistema de supervisión y provisión de asistencia técnica y apoyo emocional para los encuestadores.
6. Establecer un sistema de referencia a servicios para personas que viven con VIH para los encuestados que así lo requieran.
7. Adaptar un programa de capacitación para encuestadores para la implementación del Índice en México.
8. Capacitar a los encuestadores que integrarán el equipo de trabajo encargado de implementar el Índice en México.
9. Llevar a cabo las encuestas de acuerdo al diseño de la muestra.
10. Diseñar y producir productos para incentivar la participación de los encuestados (pastilleros y bolsa para materiales impresos).
11. Diseñar y producir el instrumento de investigación para el Índice de Estigma en México (cuestionario).
12. Aplicar las entrevistas
13. Supervisión, provisión de asistencia técnica y de apoyo emocional por regiones a los encuestadores.
14. Establecer un sistema de control de calidad de los cuestionarios.
15. Revisar los cuestionarios para garantizar la limpieza de los instrumentos completados
16. Ingresar la información obtenida de la muestra.
17. Analizar los resultados de la muestra.
18. Presentar a los encuestadores los resultados preliminares para elaborar un documento sobre hallazgos, lecciones aprendidas, recomendaciones y conclusiones derivadas de la implementación del Índice de Estigma en personas que viven con VIH en México.
19. Elaborar un informe final de resultados
20. Elaborar anexos al informe principal con datos desagregados por cada una de las ciudades participantes.

A continuación describimos con mayor detalle algunos de los aspectos relevantes del proceso de implementación del marco metodológico:

Equipo de entrevistadores y entrevistadoras

Se llevó a cabo un proceso de selección de los entrevistadores a través de una convocatoria abierta. Fue importante que las y los entrevistadores vivieran con el VIH de una manera abierta (i.e., que se sientan cómodos dando a conocer su condición de VIH positivo a otras personas), de tal forma que ofrezcan a las personas entrevistadas un medio ambiente de apoyo durante el proceso de la entrevista; animándolas a que hablen más abiertamente sobre sus experiencias.

Durante un taller de incremento de capacidades se capacitó a las y los entrevistadores para que pudieran realizar las entrevistas usando el cuestionario del Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH, para ello la capacitación incluyó técnicas y métodos de investigación cualitativas (técnicas de entrevista, facilitación de discusiones grupales participativas). También se les capacitó en temas como estigma, discriminación, vulnerabilidad y derechos humanos. Adicionalmente, recibieron orientación sobre la forma de tratar situaciones emocionalmente difíciles y sobre cómo referir a las personas para consejería o a otras fuentes de asesoramiento e información.

Aplicación de los cuestionarios

El trabajo de campo inició el 25 de mayo y concluyó el 29 de septiembre de 2010, de manera simultánea en las 9 ciudades participantes.

Para la organización de las entrevistas se acudió a los Centros de Atención Ambulatorio en SIDA e ITS (CAPASITS) de las ciudades participantes. Para tal efecto se llevaron a cabo una serie de acuerdos de trabajo, a fin de que las autoridades de los CAPASITS ofrecieran al equipo de entrevistadores todas las facilidades para el acceso a los entrevistados dentro de las instalaciones de los CAPASITS. También se realizaron entrevistas Hospital Civil de Guadalajara, la Clínica Condesa del DF y al Albergue las Memorias de Tijuana.

El entrevistador o entrevistadora llegaba a la sala de espera del CAPASITS u otro tipo de instalaciones e invitaba a los usuarios de los servicios a participar en el estudio. Se agendaba la entrevista para ese mismo día al término de las consultas o trámites clínicos o bien se programaba para un día posterior.

Otra forma de reclutamiento consistió en visitar albergues en la ciudad de Tijuana, Baja California donde personas que viven con VIH ex usuarias o usuarios de drogas inyectables viven. Para este tipo de sitios se solicitó autorización a las autoridades de los albergues para acercarse a los usuarios.

En el Hospital Civil de la ciudad de Guadalajara se procedió a gestionar las autorizaciones para poder seguir con el mismo modelo de reclutamiento.

Las/los entrevistadores y entrevistados se sentaron juntos, de tal forma que el entrevistador pudo contestar el cuestionario con la ayuda del entrevistado; de esta forma entrevistador y entrevistado trabajaron juntos en el llenado del cuestionario.

Sistema de Referencia y actividades de Seguimiento

La Red Mexicana de Personas que viven con VIH produjo un cuadernillo con información de organizaciones e instituciones encargadas de dar servicios y de defender los derechos humanos de las personas con VIH de cada una de las ciudades y Estados de la República donde se aplicaron entrevistas. El propósito fue proporcionar a la persona entrevistada la información sobre servicios de referencia, en caso de que los necesiten. Ver anexo 1.

Consentimiento informado

El proceso siempre se comenzó explicando de lo que se trata la encuesta sobre los involucrados en ella. Se uso una hoja informativa (Anexo 2) para este propósito. En esta etapa se explicó a las personas entrevistadas algunos conceptos básicos y definiciones, como el estigma, la discriminación y los derecho. Posteriormente se solicitaba su consentimiento y se garantizaba el uso confidencial de los datos.

Codificación de las entrevistas

Para asegurar la confidencialidad, los cuestionarios del índice y los formularios de consentimiento informado se identificaron con un código único de. Cada código se construyó de la siguiente manera:

1. Un código de país (MX) de dos dígitos;
2. Un código de una red (de personas viviendo con VIH) de dos dígitos (RM);
3. Un código de entrevistador de dos dígitos (inicial de nombre y apellido);
4. Un código numérico de la persona entrevistada consistente de dos dígitos; y
5. la fecha en la que se realizó la entrevista, escrita en seis dígitos (día/mes/año)

Por ejemplo:

	1 Código de país		2 Código de Red (de personas viviendo con VIH)		3 Código de la o el entrevistador		4 Código de la persona entrevistada		5 Fecha de la entrevista					
EJEMPLO	M	X	R	M	2	3	0	5	2	1	0	2	0	8

El cuestionario está dividido en tres secciones importante. El cuestionario completo puede conocerse en el anexo 3.

Verificación de los cuestionarios

A fin de brindar apoyo técnico al equipo de entrevistadores, se realizaron visitas de supervisión y acompañamiento a cada equipo de trabajo. Durante estas visitas, se apoyó a los entrevistadores y entrevistadoras a aplicar las primeras entrevistas, aclarar dudas y a verificar que el proceso se llevara a cabo de manera correcta.

Tan pronto como los cuestionarios regresaron a la oficina de la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH, estos fueron verificados por el equipo de control de calidad. Una vez que se verificó que cada cuestionario fue llenado correctamente el equipo enviaba los cuestionarios a un segundo filtro de control de calidad en Mexfam. Los cuestionarios que no cumplieron con el control de calidad fueron devueltos a los entrevistadores para hacer las aclaraciones correspondientes. En los casos de los cuestionarios que no lograron cumplir con los estándares de calidad fueron anulados (69 en total).

Captura de datos y análisis

Una vez que todos los datos necesarios fueron recolectados, la siguiente etapa en el proceso de investigación fue recopilar, resumir y graficar los datos de tal forma que el equipo de investigación pudiera comenzar a comparar y contrastar las diferentes respuestas que las personas entrevistadas proporcionaron durante sus entrevistas.

Esta fue la etapa del proceso de investigación en la que se comenzó a buscar temas recurrentes en la muestra del estudio; para realizar este trabajo se realizó un taller al cual acudieron los entrevistadores para comprender, interpretar y analizar por qué los datos se ven de una forma determinada. A través de este proceso analítico final el equipo de investigación pudo identificar los principales resultados y hallazgos del Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH y, sobre esta base, se hicieron algunas recomendaciones para el futuro.

Para que esto sucediera el equipo de captura de datos de Mexfam ingresó los datos crudos o respuestas originales y narrativas de cada uno de los cuestionarios en un programa de computadora (CSPRO v3), de tal forma que toda la información pudiera ser analizada. Este programa permitió tener un mayor control de calidad de los datos.

Análisis de los datos

Este componente permitió tener acceso a los datos de las bases de datos de manera gráfica para realizar el análisis. Para este proceso se utilizó el programa SPSS Statistics 17.0. El proceso ayudó a describir las experiencias del conjunto completo de datos de las personas entrevistadas; hacer comparaciones entre grupos; y verificar los datos.

Sistema de Control de calidad

El proceso completo de control de calidad se puede describir de la siguiente forma

1. Primera revisión y corrección por la RED e investigador de campo, con apoyo de diario de campo
2. Revisión de congruencia en la información por Mexfam y corrección por la Red Mexicana de PVVS.
3. Captura de respuestas textuales y cierre de categorías
4. Codificación
5. Diseño y adecuaciones a la base de datos
6. Captura
7. Procesamiento y análisis estadístico de la información

Taller de análisis de los datos

Una vez que se tuvieron los datos crudos presentados en forma gráfica, se organizó un taller de retroalimentación con un grupo de entrevistadores y acompañado por un grupo de expertos y socios clave (CENSIDA, CONAPRED, CNDH, ONUSIDA, etc.).

Los datos fueron presentados por sección y se facilitó un proceso de análisis para poder interpretar lo que los datos decían, también se facilitaron discusiones por sección para identificar recomendaciones específicas relacionadas con los temas de cada sección del Índice.

6. Composición de la muestra

La muestra fue diseñada para que incluyera un universo de 1000 participantes:

Población	Ciudad										Totales
	Tijuana	Guanajuato	Guadalajara	Distrito Federal	Estado de México	Xalapa	Tapachula	Oaxaca	Mérida	Monterrey	
Masculino HSH y UDI	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	400
Femenino	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	300
Transgénero	30	30	30	30	30	30	303	30	30	30	300
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1000

Inicialmente se consideraron 10 ciudades, la selección de ciudades fue discutida en colaboración con el Programa Nacional de VIH y el criterio de selección estuvo determinado por incidencia por población clave/vulnerable (más de 5%) por ciudad: Masculino: HSH y UDI, Femenino (incluso UDIs) y población transgénero.

También se consideró que las ciudades o centros urbanos/metropolitano tuvieran alguna relevancia clave por su ubicación geográfica. Por ejemplo se eligieron ciudades fronterizas o con importante actividad migratoria, tanto de la frontera sur como norte del país (Tapachula/Tuxtla, Oaxaca y Tijuana, Monterrey). Ciudades ubicadas en los extremos orientales (Xalapa/Veracruz y Guadalajara) Centro (DF, Estado de México y Guanajuato) y finalmente una ciudad de la Península de Yucatán. También se consideró incluir a las principales urbes del país como prioridad (Distrito Federal, Monterrey y Guadalajara).

Aunque en México existen diversos sistemas de provisión de salud (todos coordinados por el Sistema Nacional de Salud de la Secretaría de Salud), 3 son los más relevantes: Secretaría de Salud (Centros de Atención Ambulatoria en SIDA e ITS y Servicios de Atención Integral), Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de acuerdo a conversaciones con los asesores clave del proyecto se optó por focalizar la muestra en usuarios de los servicios de salud vinculados con la Secretaría de Salud y el Seguro Popular (CAPASITS y SAIs). Esta decisión nos permitió establecer convenios de colaboración con los CAPASITS/Clinica Condesa y los SAIs (Hospital Civil).

La muestra final

Al taller de capacitación para entrevistadores acudieron equipos de cada una de las ciudades contempladas en la muestra inicial; sin embargo, el equipo de Monterrey desertó. Debido a que ya no teníamos tiempo ni recursos para capacitar a un nuevo equipo para Monterrey, nos vimos en la necesidad de no considerar esta ciudad en la muestra. Los números de cuestionarios de Monterrey fueron reasignados al resto de las ciudades.

Con excepción del Distrito Federal, los equipos de entrevistadores tuvieron problemas para el reclutamiento de personas trans, por esta razón también fue necesario hacer ajustes en los números de cuestionarios para esta población en todas las ciudades.

El reclutamiento y aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo según lo planeado (CAPASITS en las ciudades participantes, Hospital Civil de Guadalajara y Clínica Condesa del Distrito Federal); sin embargo, se presentaron diversos problemas para el reclutamiento en estos sitios de la población de UDIs. Por esta razón se aplicaron un número importante de cuestionarios en Albergues para UDIs de las ciudades de Tijuana y Guadalajara.

Se realizaron un total de 1000 entrevistas, sin embargo, durante el proceso de control de calidad se anularon 69 por no contener información sólida para poder ser integrada a las bases de datos. De esta forma la muestra final quedó conformada de la siguiente forma

Población	Ciudad									Totales
	Tijuana	Guanajuato	Guadalajara	Distrito Federal	Estado de México	Xalapa	Tapachula	Oaxaca	Mérida	
Masculino HSH y UDIs	76	77	40	59	47	45	39	43	53	479
Femenino	44	34	37	40	33	35	33	29	27	312
Transgénero	12	7	7	60	13	6	16	10	9	140
Total	132	118	84	159	93	86	88	82	89	931

Las consideraciones para la selección de las y los entrevistados cubrieron los siguientes aspectos:

1. Ser una persona mayor de 18 años (cuando el entrevistador lo consideró necesario, solicitó identificación oficial).
2. Ser una persona que viva con VIH
3. Que se atienda en los servicios de Salud de CAPSITS, Clínica Condesa o SAI
4. Estar en tratamiento antirretroviral o en proceso de inicio
5. Que manifieste pertenecer a alguna de las siguientes poblaciones (hombre gay u hombre que tiene sexo con hombres, mujer, persona transgénero, usuario de drogas inyectables).

Para garantizar que las y los entrevistados cubrieran los requisitos descritos, el entrevistador siguió los siguientes pasos:

1. Llenar la carta de consentimiento informado del entrevistado
2. Realizar un primer acercamiento, con la finalidad aplicar un primer filtro para seleccionar a los candidatos y ubicarlos en la población que pertenecen.
3. Firmar la carta de consentimiento informado.
4. Agendar la cita de la entrevista.
5. Llevar la estadística de candidatos aceptados y rechazados por población.
6. Aplicar las entrevistas en los horarios servicio de los CAPAITS, Clínica Condesa y SAIs

Para el levantamiento de las entrevistas cada entrevistador llevó consigo un diario de campo en el cual deberán anotar de un lado lo que perciben de cada uno de los entrevistadores del otro lado las emociones que se le generaron al aplicar las entrevistas, con el fin de que estas notas sirvan en el momento de analizar la información. También en esta bitácora se anotaban datos del participante para seguimiento de las citas, y las fechas y horarios de las citas.

7. Resultados

A continuación presentamos los datos crudos del Índice de Estigma de Personas que Viven con VIH/SIDA, acompañados de los comentarios y discusiones del grupo de expertos y entrevistadores durante el taller de análisis. En complemento a los datos del propio Índice también presentamos el informe de un estudio paralelo basado en los resultados del Índice sobre Servicios de salud libres de estigma y discriminación en México.

Consideraciones importantes sobre los datos:

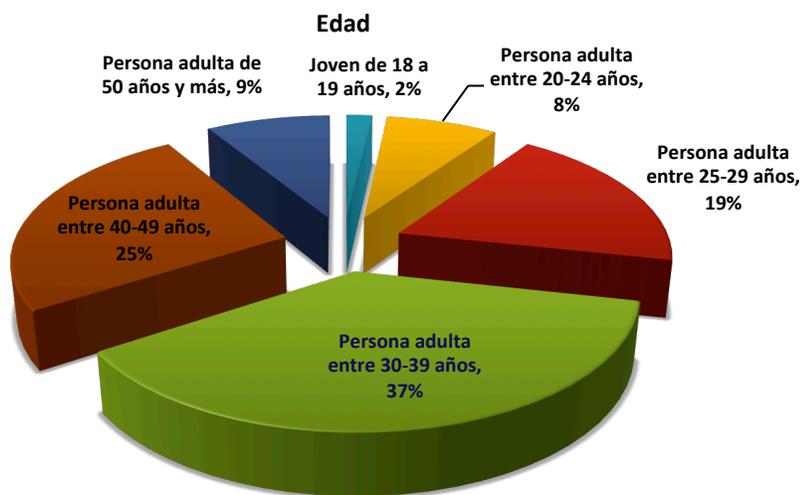
Se percibieron diferentes enfoques al momento de la entrevista, por ejemplo:

- Huérfanos, se consideró como tal a quienes les falta alguno de los padres o sólo a quienes les faltan ambos.
- En la sección tener hijos, no en todos los casos se comprendió el sentido de la pregunta.
- Sección problemas y retos, diferentes enfoques de acuerdo a la manera en que el investigador lo indagó.

Datos Demográficos

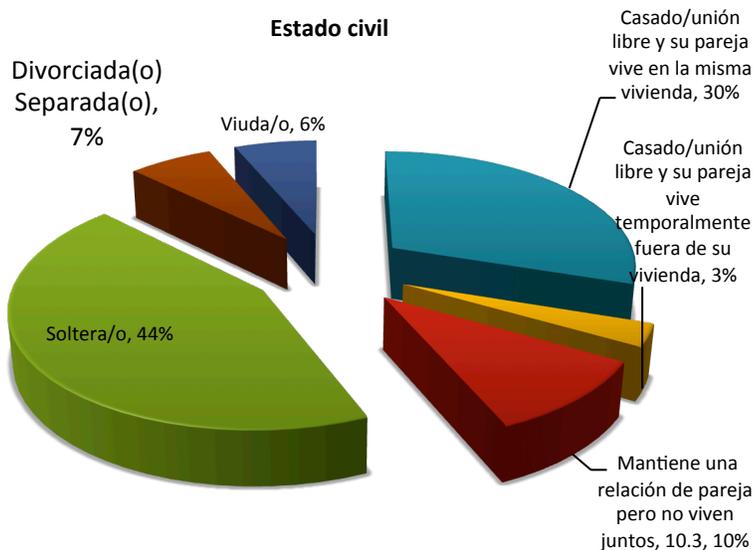
Edad

Como puede apreciarse en la gráfica, la mayoría de la población entrevistada pertenecía al grupo de edad entre los 30 y 39 años (37%), seguida del grupo entre 40 y 49 (25%). El tercer grupo de edad más importante lo integran el grupo de edad entre 25 y 29 años (19%), mientras que el grupo más reducido pertenece a jóvenes entre 18 y 19 años (2%), quienes en conjunto con el grupo de 20 a 24 años (8%) representan el 10% de la muestra. Finalmente, el grupo de edad con más de 50 años representó el 9% de la muestra.



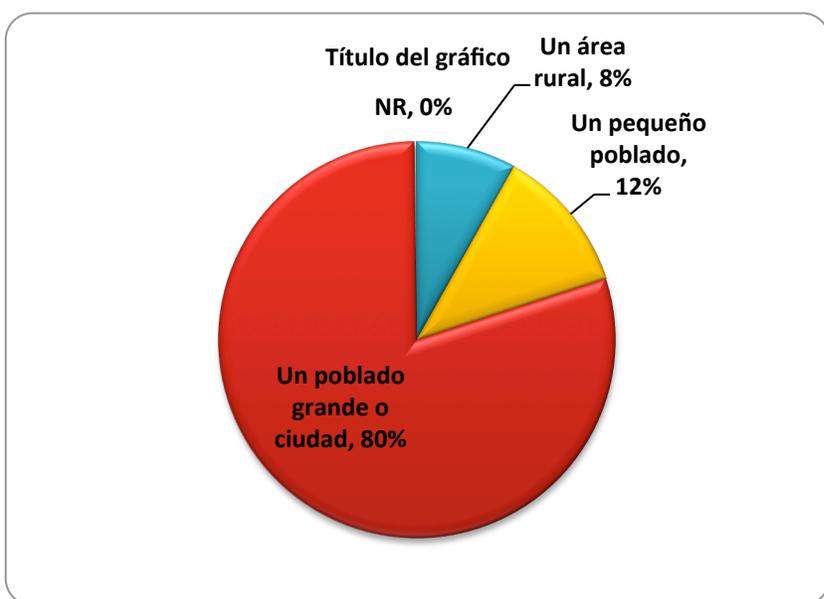
Estado Civil actual

Un 44% de los y las participantes se mantenían solteros en el momento de la entrevista, en tanto que un 30% se encontraban en una relación (casados, unión libre o compartían su vivienda con la pareja), en tanto un 10% mantenía algún tipo de relación sin compartir la vivienda. Un 7% pertenece a personas divorciadas y un 6% a personas viudas. Un 3% lo representan personas casadas o en unión libre que su pareja vive temporalmente fuera de su vivienda.



Zona de Residencia

El 80% de los participantes vivía al momento de la entrevista en una ciudad o poblado grande. 12% en un poblado pequeño y apenas un 8% en una zona rural.



Número de habitantes en su vivienda

El mayor porcentaje de habitantes en la vivienda fue de 2 (19%) seguido por 6 a 10 (18.4%) y 3 (18.2%). 15% corresponde a 4 habitantes y 11.4% a 5 habitantes. 14.2% de los encuestados viven solos. Un 2% corresponde a 11 o 16 habitantes, mientras que 1.8% vive en un albergue.

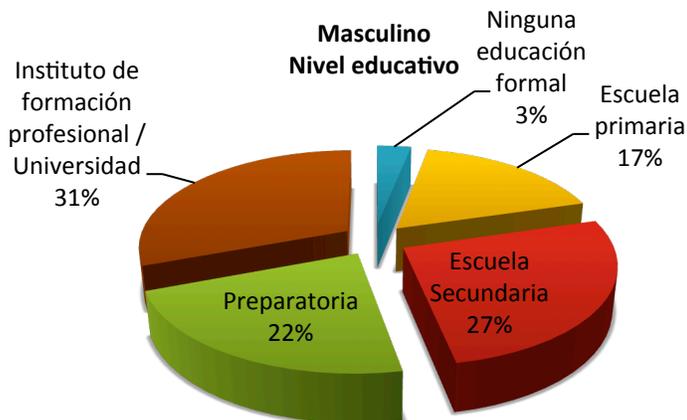
Número	%
1	14.2
2	19.0
3	18.2
4	15.0
5	11.4
6 a 10	18.4
11 a 16	2.0
Habita en albergue	1.8
Total	100

Nivel de Escolaridad

A continuación presentamos los datos sobre escolaridad desagregados por sexo masculino (incluye a hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres y a usuarios de drogas inyectables), sexo femenino y por transgénero.

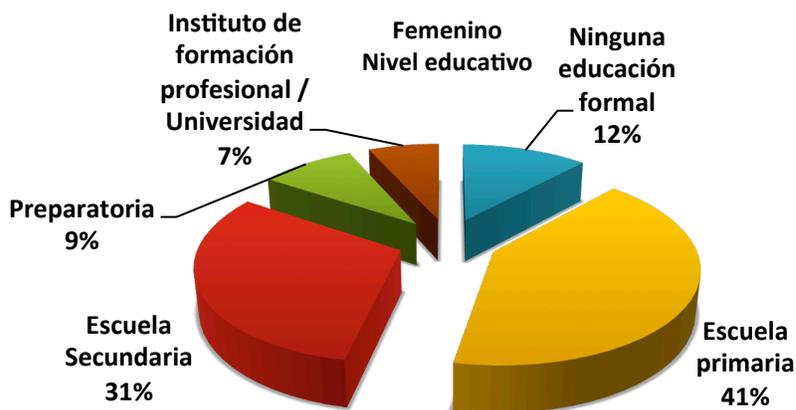
Masculino

El nivel de educación con mayor porcentaje en los varones lo representa la educación profesional o universitaria con un 31%, seguido de la educación secundaria con un 27%. La educación preparatoria ostenta un 22%, mientras que la educación primaria el 17%. Sólo el 3% no recibió ningún tipo de educación.



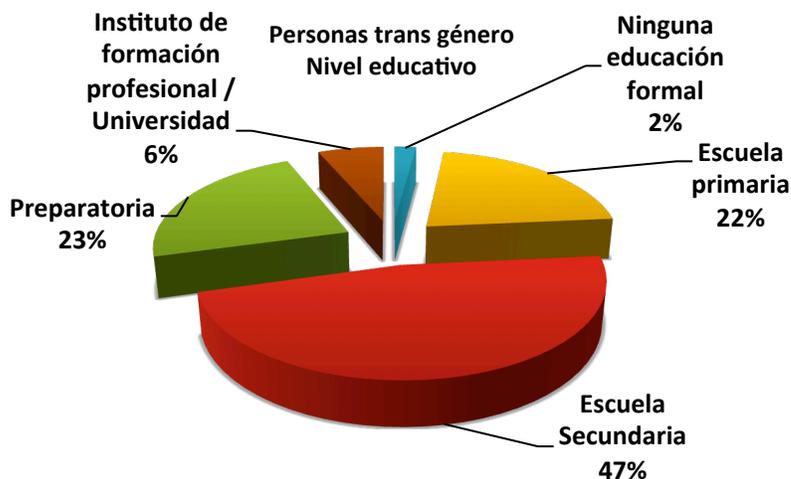
Femenino

En contraste con los datos de la población de varones, el nivel más alto de educación entre las mujeres lo tiene la educación primaria con un 41%, seguido de la educación secundaria con un 31%. La educación preparatoria ocupa el 9%, en tanto que los estudios profesionales o universitarios tienen apenas el 7%. El nivel de mujeres sin haber recibido educación se eleva al 12%.



Personas transgénero

Nuevamente la brecha educativa en comparación con la población de hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres se hace evidente. El porcentaje más alto de estudios entre esta población lo ocupa la educación secundaria con un 47%, seguido de la educación preparatoria con un 23% y la educación primaria con el 22%. Los estudios profesionales alcanzan apenas un 6%. En tanto que el porcentaje de personas sin educación formal alcanza el 2%.

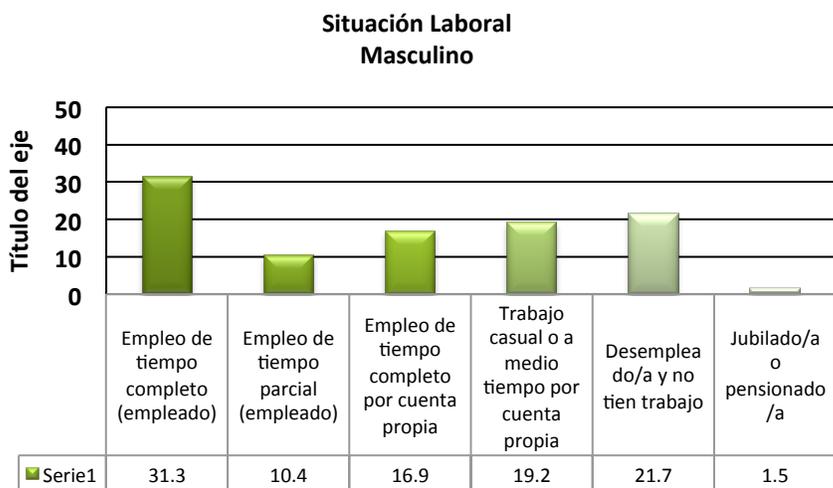


Situación Laboral

A continuación se presentan la información de la situación laboral al momento de la entrevista, desagregada por sexo masculino (incluye hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables), sexo femenino y personas transgénero.

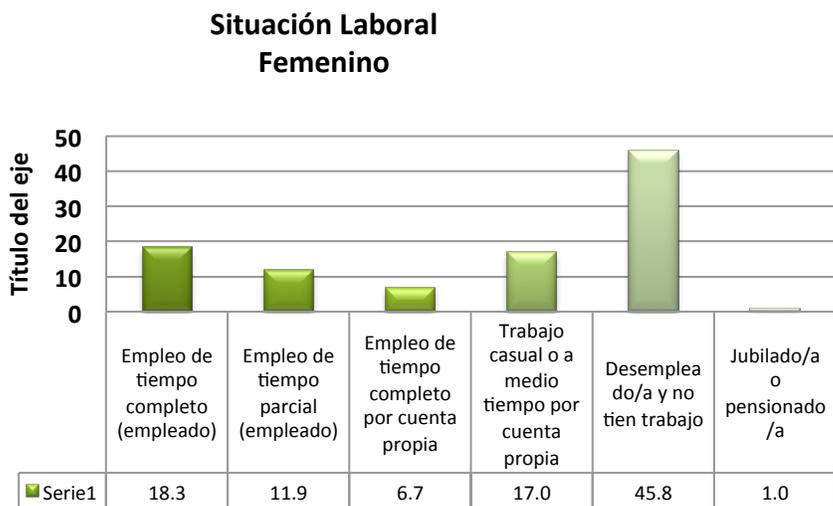
Masculino

El 31% de los varones entrevistados contaban con un empleo de tiempo completo, mientras que un 22% se encontraba desempleado. Un 19% trabajaba por su propia cuenta, en tanto que un 17% contaba con un empleo a tiempo completo por cuenta propia. Un 10% contaba con un empleo a tiempo parcial. Únicamente el 1.5% es jubilado o pensionado.



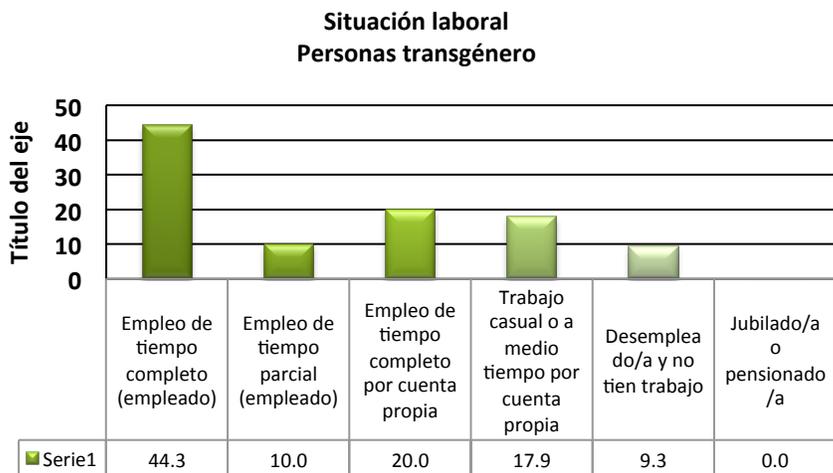
Femenino

En contraste con la situación laboral de los varones, las mujeres muestran un mayor porcentaje de desempleo (45%), mientras que el 18% contaba con un empleo a tiempo completo y un 17% tenía un empleo casual o por cuenta propia. 11% contaba con un empleo a parcial y tenía un empleo a tiempo completo por cuenta propia. El 1% es jubilada o pensionada.



Personas Transgénero

Las personas transgénero reportan tener un porcentaje de personas con empleo a tiempo completo del 44%. Y un 20% de empleo tiempo completo por cuenta propia. 18% tienen un trabajo casual a medio tiempo por cuenta propia. 10% tiene un empleo a tiempo parcial. En tanto que 9% son desempleadas. Y 0% es jubilada o pensionada.

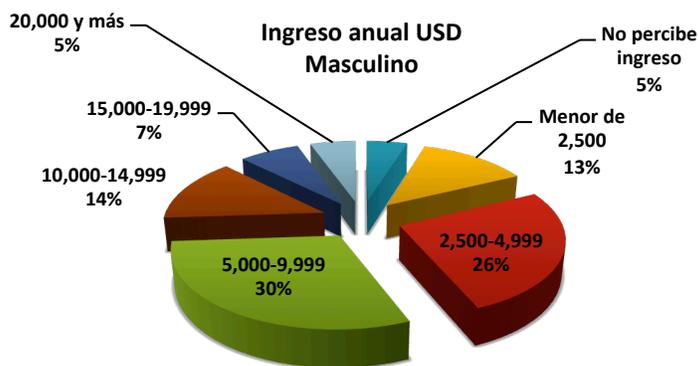


Ingreso anual en USD

A continuación se presentan los datos sobre la situación económica. Dado que el Índice es un estudio con visión mundial, los salarios fueron convertidos de pesos mexicanos a dólares Norteamericanos, a fin de poder hacer comparaciones con otros países. Nuevamente los datos están expresados en las categorías de masculino, femenino y personas transgénero. Los ingresos son expresados en anuales.

Masculino

El porcentaje más alto corresponde al ingreso que oscila entre los 5,000 y los 9,999 USD (30%). A continuación aquellos individuos con un ingreso anual de entre 2,500 y 4,999 USD con un 26%. Los que perciben entre 10,000 y 14,999 USD anuales representan el 14%, en tanto que quienes perciben menos de 2,500 USD son el 13%. Los que tienen mayores ingresos 15,000 a 19,999 y más de 20,000 representan el 7% y el 5% respectivamente (12% en su conjunto). En tanto que quienes no reportan percibir ingreso alguno representan el 5%.



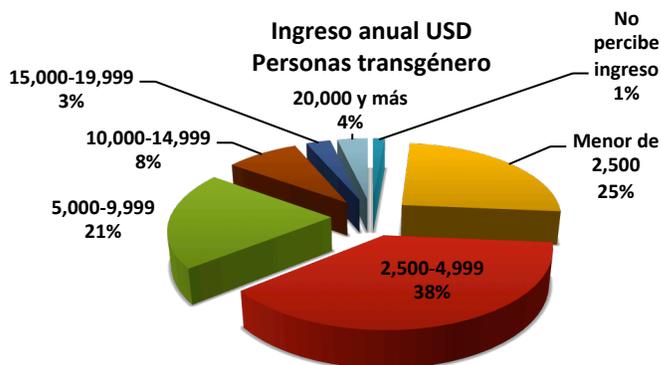
Femenino

El porcentaje más alto en las mujeres corresponde al ingreso que oscila entre los 2,500 y los 4,999 USD (36%). Le siguen las mujeres con un ingreso anual de menor a 2,500 con un 28%. Un 22% percibe un ingreso entre 2,500 y 4,999 USD. Las que perciben entre 10,000 y 14,999 USD anuales representan el 6%. Las mujeres con mayores ingresos 15,000 a 19,999 y más de 20,000 representan el 2% y el 3% respectivamente (5% en su conjunto). En tanto que quienes no reportan percibir ingreso alguno representan el 5%.



Personas transgénero

El mayor porcentaje de ingreso lo representa 2,500 a 4,999 USD (38%), mientras que el ingreso menor a 2,500 USD anuales representa el 25%. Las personas transgénero que tienen un ingreso de entre 5,000 a 9,999 USD es del 21%. El 8% tiene un ingreso de entre 10,00 y 14,999 USD anuales. Las personas con mayores ingresos 15,000 a 19,999 y más de 20,000 representan 3% y 4% respectivamente (7% en su conjunto). Solo un 1% reporta no percibir ingreso alguno.



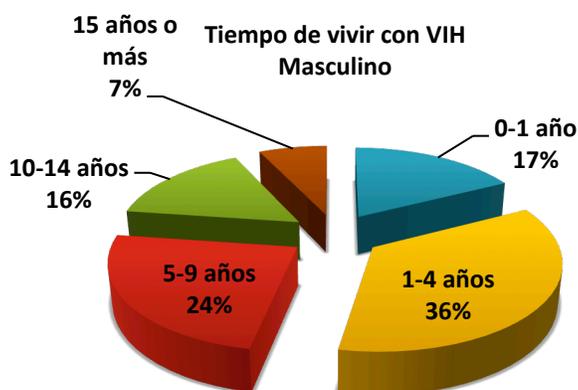
Características relacionadas con la condición de vivir con VIH

A continuación presentamos información relacionada con el tiempo de vivir con VIH y otros datos relacionados con las condiciones de salud de las personas entrevistadas. Los porcentajes se muestran desagregados por sexo masculino (incluye hombres gay, otros hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables), sexo femenino y personas transgénero.

Tiempo de vivir con VIH

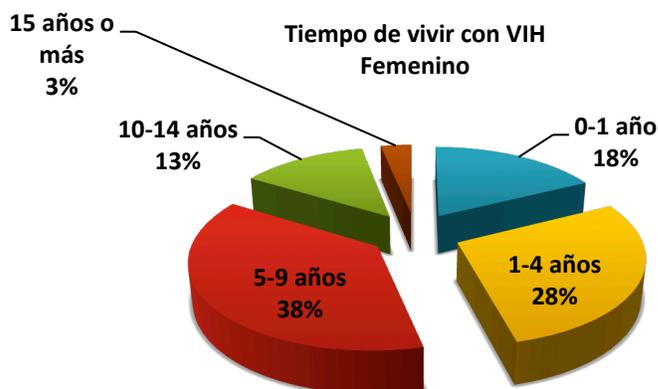
Masculino

El porcentaje más alto de años vividos con VIH al momento de la entrevista es de 1 a 4 años con un 36%, seguido del periodo de entre 5 a 9 años con un 24%. El periodo de entre 0 a 1 año representa el 17% mientras que el periodo de 10 a 14 años tiene el 16%. El periodo de más de 15 años corresponde al 7%.



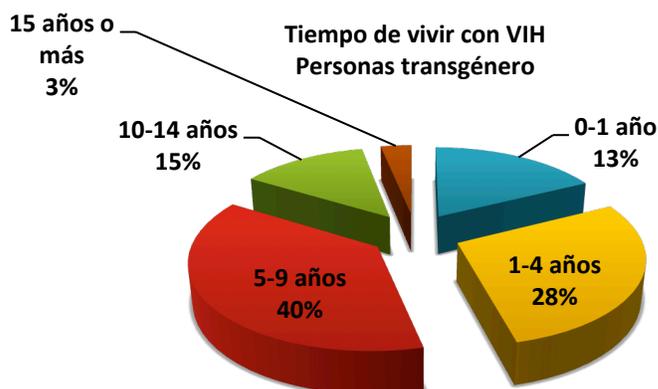
Femenino

En la población femenina el periodo con mayor porcentaje corresponde al periodo de 5 a 9 años con un 38%, le sigue el periodo de 1 a 4 años con el 28%. El periodo de 0 a 1 año representa el 18%, En tanto que 10 a 14 años el 13%. Las mujeres con más de 15 años de vivir con VIH representan el 3%.



Personas transgénero

En las personas transgénero el periodo de vivir con VIH que mayor porcentaje presentó corresponde al periodo de 5 a 9 años con un 40%, seguido del periodo 1 a 4 años con el 28%. A continuación el periodo de 0 a 1 año con el 13% en tanto que de 10 a 14 años le corresponde el 15%. Las personas transgénero con más de 15 años de vivir con VIH representan el 3%.

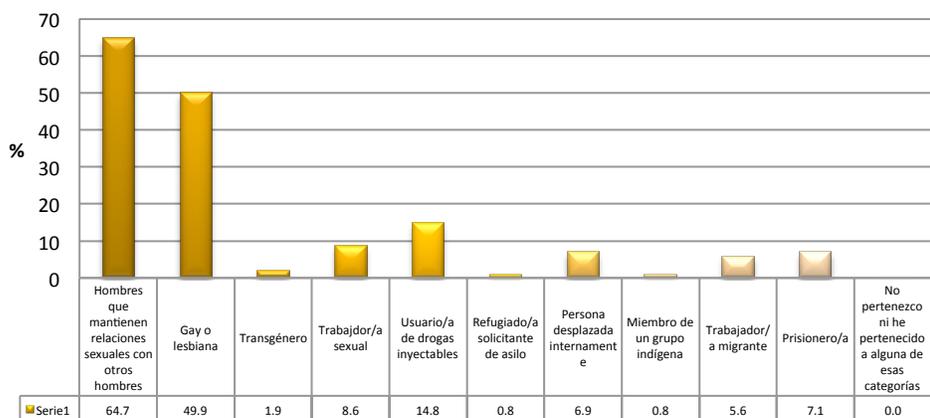


Pertenencia a otros grupos de vulnerabilidad

A continuación presentamos los diferentes sub grupos de vulnerabilidad reportados por los entrevistados. Los grupos principales están organizados en masculino y transgénero. No se presenta la información sobre mujeres, ya que además de la vulnerabilidad de ser mujer sólo un 6% reportó ser o haber sido trabajadora sexual y un 2.5% usuaria de drogas inyectables, migrante y prisionera, el resto de los valores se presentaron menores a un punto porcentual. La información es presentada en porcentajes independientes.

Masculino

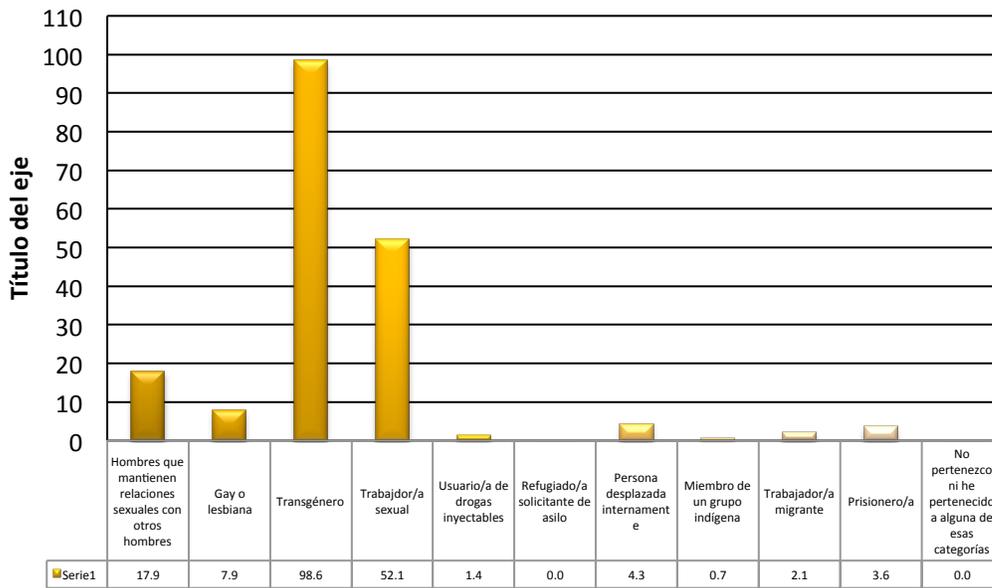
En el grupo de hombres destaca que un 64% se identifica como HSH y un 50% como gay, mientras que un 14% se identifica como UDI.



Personas Transgénero

Como se puede observar en la gráfica, un 98% de las personas transgénero entrevistadas se identifican, como tales: personas transgénero. Llama la atención que un 18% de las entrevistadas se identifican así mismas como hombres que tienen sexo con hombres. Mientras que un 8% como hombres gay. Un 52% se identifica con la categoría “trabajadora sexual”. 3.7% ha estado en prisión y 1.5% se identifica con la categoría usuario de drogas inyectables. 4.5% se identificó con la categoría desplazado interno.

Grupos vulnerabilidad transgénero

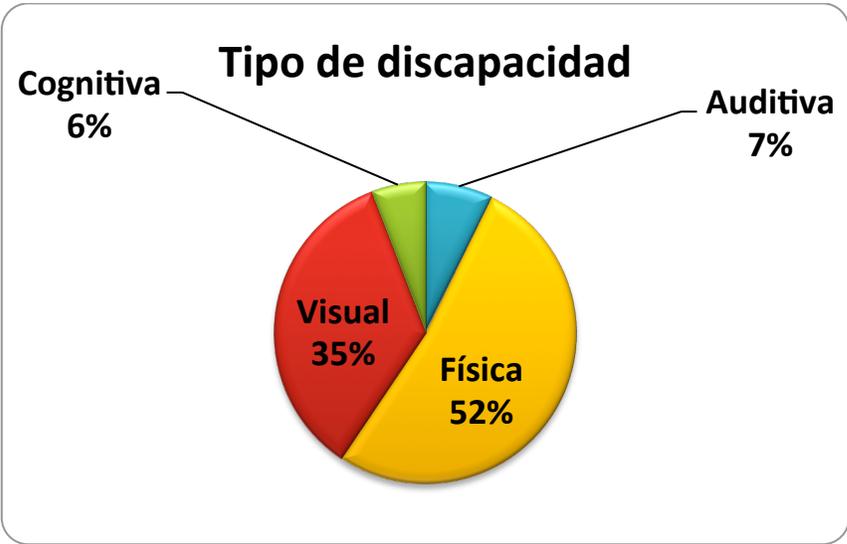


¿Tiene algún tipo de discapacidad?

A la pregunta sobre si se presenta al momento de la entrevista algún tipo de discapacidad, un 93% de los y las entrevistadas respondieron que no. Sólo un 7% respondió que si.



En la siguiente gráfica se observa que del 7% de entrevistados que reportaron tener algún tipo de discapacidad, el 52% de los y las entrevistadas reportaron que su discapacidad es física, mientras que un 32% la describen como visual, y 7% auditiva y 6% cognitiva.

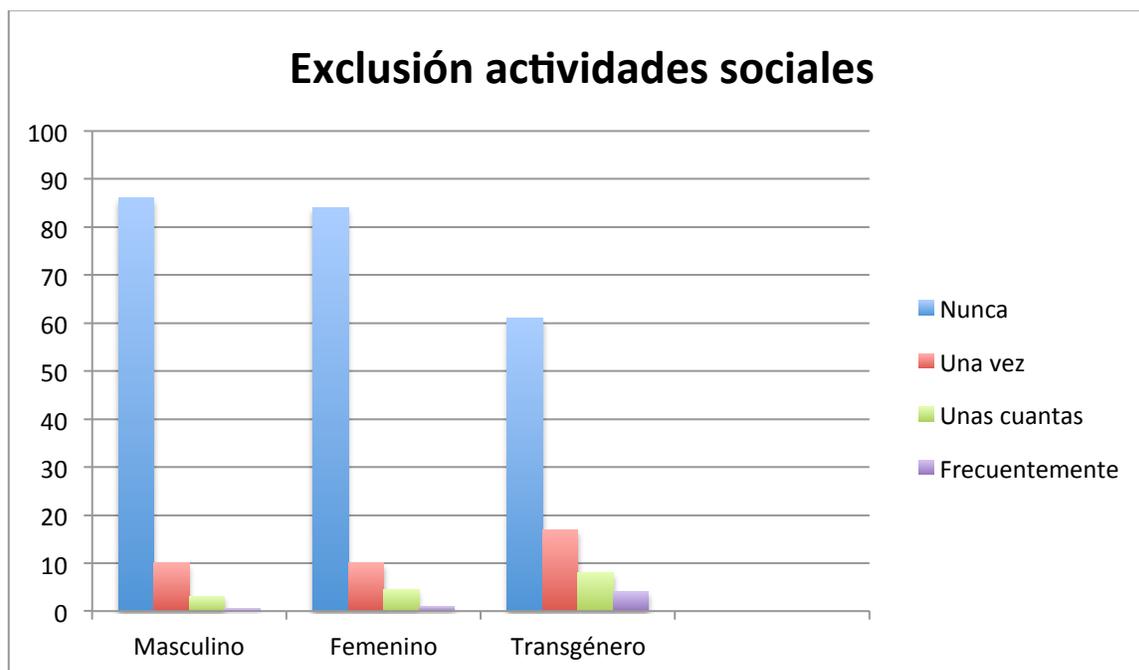


Experiencias de estigma y discriminación en manos de otras personas

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido excluido/a de reuniones o actividades sociales?

El 85% de los y las entrevistadas reportaron no haber sido excluidas y excluidos de reuniones o actividades sociales “nunca”. En esta categoría el porcentaje más significativo es el de las personas transgénero con un 68%, es decir el grupo que al menos 32% de las veces ha sido excluido. En las categorías “una vez”, “unas cuantas veces” y “frecuentemente”, esta tendencia se confirma al presentar 12%, 15% y 4.3% respectivamente. En las mismas categorías los hombres reportan 7.1%, 3.8% y 0.4% respectivamente. En tanto que las mujeres 5.4%, 4.5% y 2.6%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	85.3%	88.7%	87.5%	68.6%
Una vez	7.3%	7.1%	5.4%	12.1%
Unas cuantas veces	5.7%	3.8%	4.5%	15.0%
Frecuentemente	1.7%	0.4%	2.6%	4.3%



Si esto sucedió, fue por...

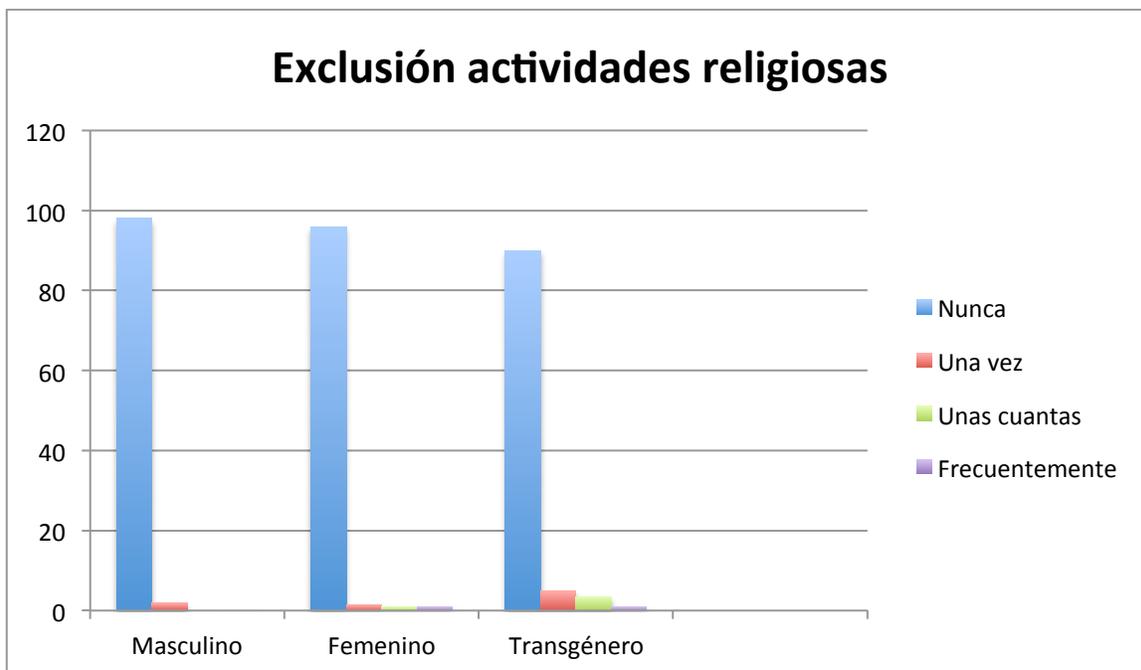
Del total de personas que reportaron haber sido excluidos (“una vez”, “unas cuantas veces” y “frecuentemente”) 14.7% de la muestra (n-137), el porcentaje más alto corresponde a la categoría “por otras razones” con un 48.2%. Las categorías “por su condición de VIH” y “VIH y otras razones” presentan 21.2%, las cuales sumadas representan el 42.4%. La categoría “no estoy seguro” representa el 9.5%. La población que atribuye a la condición VIH más elevada corresponde a las mujeres con un 43%, mientras que las personas transgénero apenas reportan un 4.5%. Sin embargo en la categoría “por otras razones” la situación se vuelve contraria, ya que las personas transgénero reportan un 72% de respuestas afirmativas mientras que las mujeres un 28.2%. Las personas del sexo masculino tienen el más alto porcentaje de respuestas afirmativas en la categoría “por VIH y otras razones” con un 25.9%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Debido a su condición de VIH	21.2%	18.5%	43.6%	4.5%
Por otras razones	48.2	42.6%	28.2%	72.7%
VIH y otras razones	21.2%	25.9%	15.4%	20.5%
No esta seguro por qué	9.5%	13%	12.8%	2.3%

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido usted excluido/a de actividades religiosas o lugares de culto?

El 96.3% de los y las entrevistadas reportaron no haber sido excluidas y excluidos de actividades religiosas “nunca”. En esta categoría el porcentaje más significativo es el de las personas transgénero con un 90.7%, es decir el grupo que al menos 9.3% de las veces ha sido excluido. En las categorías “una vez”, “unas cuantas veces” y “frecuentemente”, esta tendencia se confirma al presentar 5%, 3% y 0.7% respectivamente. En las mismas categorías los hombres reportan 1.7%, 0.2% y 0.2% respectivamente. En tanto que las mujeres 1.6%, 1% y 1%

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	96.3%	97.9%	96.5%	90.7%
Una vez	2.1%	1.7%	1.6%	5%
Unas cuantas veces	1.0%	0.2%	1.0%	3.6%
Frecuentemente	0.5%	0.2%	1.0%	0.7%
Total en número	931	479	312	149



Si esto sucedió, fue por...

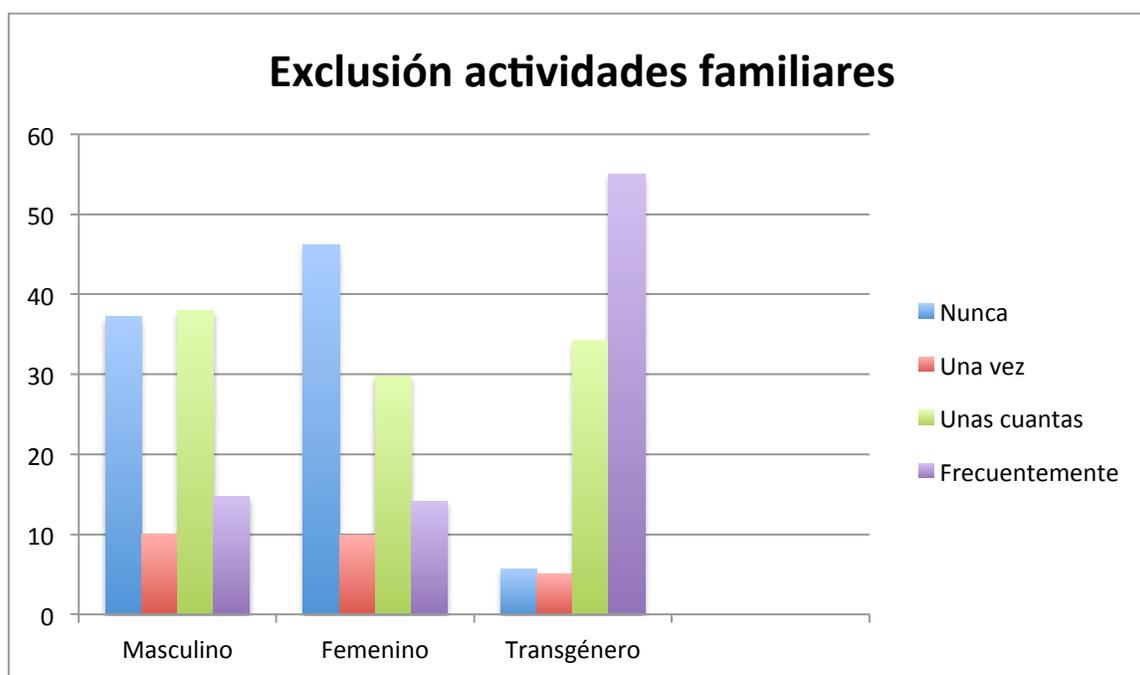
Del total de personas que reportaron haber sido excluidos de actividades religiosas (“una vez” “unas cuantas veces” y “frecuentemente”) 3.6% de la muestra (n=34), el porcentaje más alto corresponde a la categoría “por otras razones” con un 47.1%. Las categorías “por su condición de VIH” y “VIH y otras razones” presentan 26.5% y 23.5, respectivamente, las cuales sumadas representan el 50%. La categoría “no estoy seguro” representa el 2.9%. La población que atribuye a la “condición VIH” más elevada corresponde a las mujeres con un 63.6%, mientras que las personas transgénero apenas reportan un 7.7%. Sin embargo en la categoría “por otras razones” la situación se vuelve contraria, ya que las personas transgénero reportan un 76.9% de respuestas afirmativas mientras que las mujeres un 18.2%. Las personas del sexo masculino tienen el más alto porcentaje de respuestas afirmativas en las categorías “por otras razones” y “por VIH y otras razones” con un 40% en ambos casos.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Debido a su condición de VIH	26.5%	10.0%	63.6%	7.7%
Por otras razones	47.1%	40.0%	18.2%	76.9%
VIH y otras razones	23.5%	40.0%	18.2%	15.4%
No esta seguro por qué	2.9%	10.0%	0.0%	0%
Total en número	34	10	11	13

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido excluido/a de actividades familiares?

El 89.5% de los y las entrevistadas reportaron no haber sido excluidas y excluidos de actividades familiares “nunca”. En esta categoría el porcentaje más significativo es el de las personas transgénero con un 78.6%, es decir el grupo que al menos 21.4% de las veces ha sido excluidas de actividades familiares. En las categorías una vez, unas cuantas veces y frecuentemente, esta tendencia se confirma al presentar 2.1%, 7.9% y 11.4% respectivamente. En las mismas categorías los hombres reportan 2.9%, 4% y 1.7% respectivamente. En tanto que las mujeres 1.9%, 3.8% y 2.9%

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	89.5%	91.4%	91.3%	78.6%
Una vez	2.5%	2.9%	1.9%	2.1%
Unas cuantas veces	4.5%	4.0%	3.8%	7.9%
Frecuentemente	3.5%	1.7%	2.9%	11.4%
Total en número	931	479	312	149



Si esto sucedió, fue por...

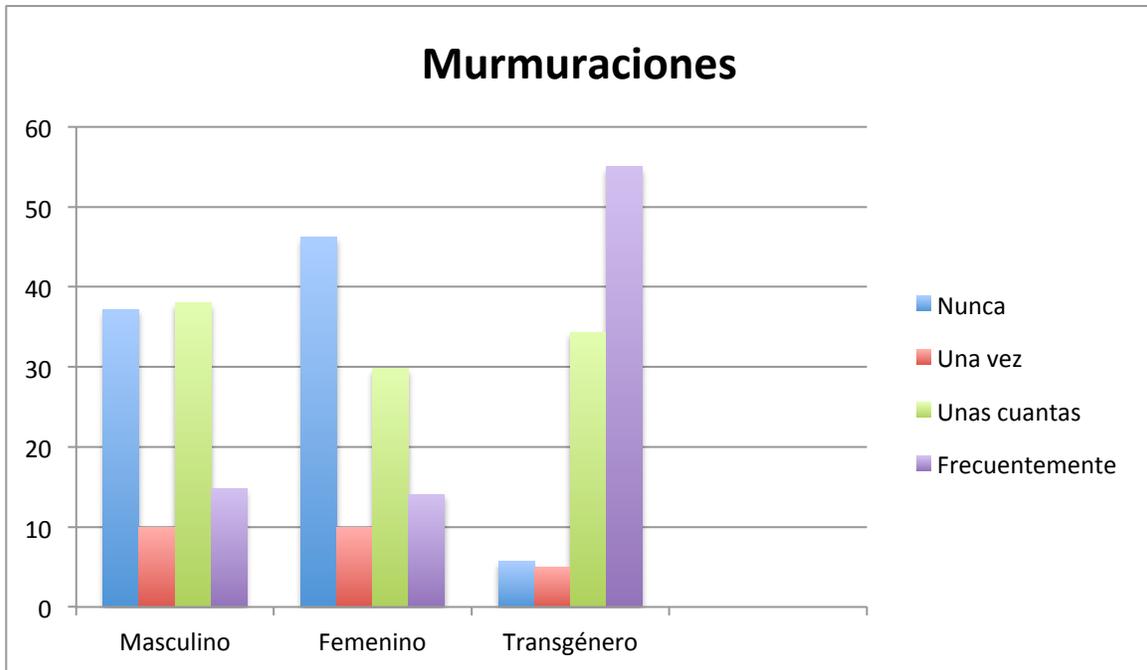
Del total de personas que reportaron haber sido excluidos de actividades familiares (“una vez”, “unas cuantas veces” y “frecuentemente”) 10.5% de la muestra (n-98), el porcentaje más alto corresponde a la categoría “Debido a su condición VIH” con un 43.9%. La categoría “VIH y otras razones” presenta 29.6%. La categoría “por otras razones” tiene el 21.4%. Mientras que la categoría “no estoy seguro” representa el 5.1%. La población que atribuye la exclusión a la condición VIH más elevada corresponde a los hombres con un 53.7%, mientras que las personas transgénero reportan un 23.3%. Sin embargo en la categoría “por otras razones” la situación se vuelve contraria, ya que las personas transgénero reportan un 36.7% de respuestas afirmativas mientras que las mujeres un 7.4%. En la categoría “por VIH y otras razones” nuevamente las personas transgénero tienen el porcentaje más elevado con un 40%. En el caso de la categoría “no estoy seguro” el porcentaje mayor lo tienen las mujeres con un 14.8%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Debido a su condición de VIH	43.9%	53.7%	51.9%	23.3%
Por otras razones	21.4%	19.5%	7.4%	36.7%
VIH y otras razones	29.6%	24.4%	25.9%	40%
No esta seguro por qué	5.1%	2.4%	14.8%	0%
Total en número	98	41	27	30

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia se ha dado cuenta de que algunas personas han murmurado sobre usted?

El 89.5% de los y las entrevistadas reportaron no haber observado murmuraciones hacia ellos o ellas “nunca”. En esta categoría el porcentaje más significativo es el de las personas transgénero con un 5.7%, es decir el grupo que al menos 94.3% de las veces ha percibido murmuraciones. En la categoría “frecuentemente” reportan hasta un 55%, “unas cuantas veces” 34% y “una vez” 5%. En las mismas categorías los hombres reportan 14.8%, 38% y 10% respectivamente. En tanto que las mujeres 14.1%, 29.8% y 9.9%

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	35.4%	37.2%	46.2%	5.7%
Una vez	9.2%	10.0%	9.9%	5.0%
Unas cuantas veces	34.7	38.0	29.8	34.3%
Frecuentemente	20.6%	14.8%	14.1%	55.0%
Total en número	931	479	312	149



Si esto sucedió, fue por...

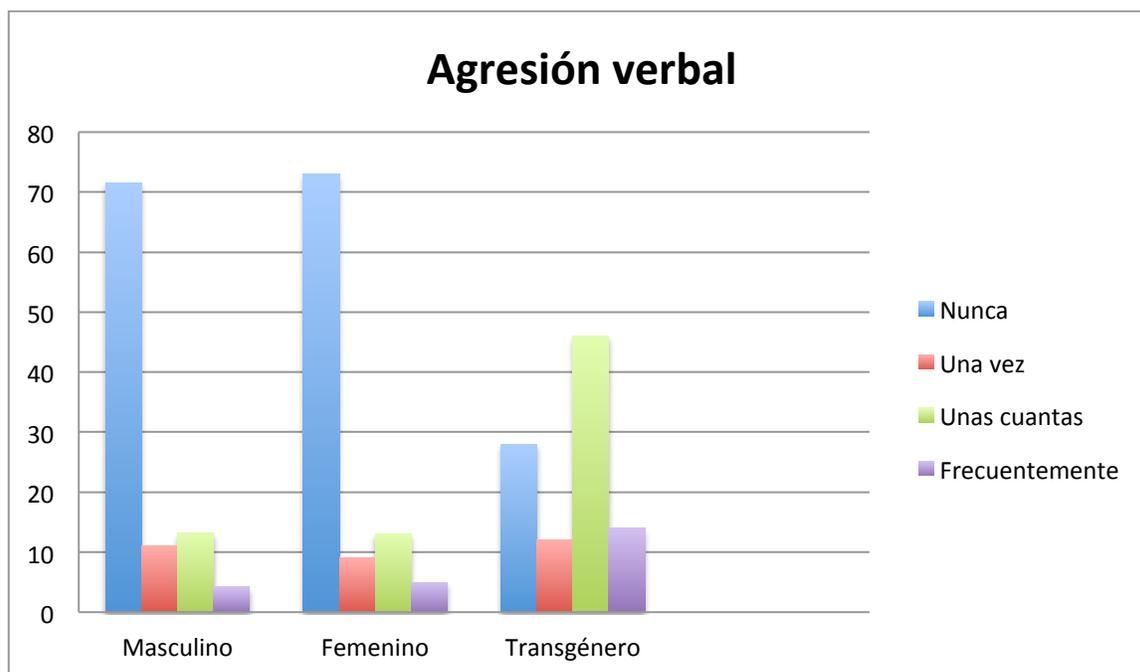
Del total de personas que reportaron haber experimentado murmuraciones (“una vez”, “unas cuantas veces” y “frecuentemente”) 63.9% de la muestra (n-601), el porcentaje más alto corresponde a la categoría “Por otras razones” con un 40.9%. La categoría “Debido a su condición VIH y otras razones” presenta 25.1%. La categoría “Debido a su condición de VIH” tiene el 25.1%. Mientras que la categoría “no estoy seguro” representa el 11.8%. La población que atribuye la exclusión a la condición VIH más elevada corresponde a las mujeres con un 44.6%, mientras que las personas transgénero reportan un 14.4%. Sin embargo en la categoría “por otras razones” la situación se vuelve contraria, ya que las personas transgénero reportan un 55.3% de respuestas afirmativas mientras que las mujeres un 28.0%. En la categoría “por VIH y otras razones” los hombres tienen el porcentaje más elevado con un 26.9%. En el caso de la categoría “no estoy seguro” el porcentaje mayor lo tienen las transgénero con un 17.4%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Debido a su condición de VIH	25.1%	18.9%	44.6%	14.4%
Por otras razones	40.9%	41.9%	28.0%	55.3%
VIH y otras razones	21.8%	26.9%	19.6%	12.9%
No esta seguro por qué	11.8%	11.6%	7.7%	17.4%
Total en número	601	301	168	132

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido usted insultado/a verbalmente?

El 65.5% de los y las entrevistadas reportaron no haber sido agredidos o insultados verbalmente “nunca”. En esta categoría el porcentaje más significativo es el de las personas transgénero con un 27.9%, es decir el grupo que al menos 70.1% de las veces ha sido insultado. En la misma población y en las categorías “una vez”, “unas cuantas veces” y “frecuentemente”, esta tendencia se confirma al presentar 12.1%, 45.7% y 14.3% respectivamente. En las mismas categorías los hombres reportan 11.1%, 13.2% y 4.2% respectivamente. En tanto que las mujeres 9.0%, 13.1% y 4.8%

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	65.5%	71.6%	73.1%	27.9%
Una vez	10.5%	11.1%	9.0%	12.1%
Unas cuantas veces	18.0%	13.2%	13.1%	45.7%
Frecuentemente	5.9%	4.2%	4.8%	14.3%
Total en número	931	479	312	149



Si esto sucedió, fue por...

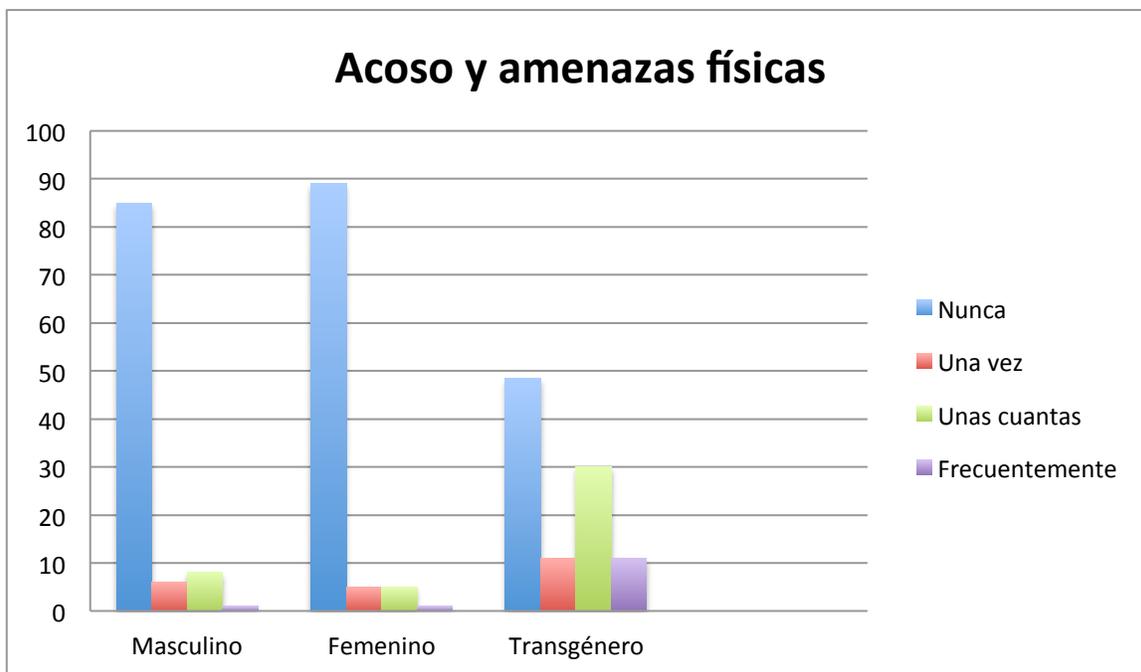
Del total de personas que reportaron haber experimentado agresión verbal (“una vez”, “unas cuantas veces” y “frecuentemente”) 34.4% de la muestra (n-321), el porcentaje más alto corresponde a la categoría “Debido a otras razones” con un 62.6%. La categoría “Debido a su condición VIH” presenta 19.3%. La categoría “VIH y por otras razones” tiene el 14.3%. Mientras que la categoría “no estoy seguro” representa el 3.4%. La población que atribuye la agresión verbal y las amenazas a la condición VIH más elevada corresponde a las mujeres con un 35.7%, mientras que las personas transgénero reportan un 6.9%. Sin embargo en la categoría “por otras razones” la situación se vuelve contraria, ya que las personas transgénero reportan un 80.2% de respuestas afirmativas mientras que las mujeres un 41.7%. En la categoría “por VIH y otras razones” nuevamente los hombres tienen el porcentaje más elevado con un 17.6%. En el caso de la categoría “no estoy seguro” el porcentaje mayor lo tienen los hombres con un 4.0%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Debido a su condición de VIH	19.3%	18.4%	35.7%	6.9%
Por otras razones	62.6%	62.5%	41.7%	80.2%
VIH y otras razones	14.3%	17.6%	16.7%	7.9%
No esta seguro por qué	3.4%	1.5%	6.0%	4.0%
No respondió	0.3%	0.0%	0.0%	1.0%
Total en número	321	136	84	101

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido usted acosado/a o amenazado/a físicamente?

El 80.8% de los y las entrevistadas reportaron no haber sido acosados o amenazados físicamente “nunca”. En esta categoría el porcentaje más significativo es el de las personas transgénero con un 48.6%, es decir el grupo que al menos 51.4% de las veces ha sido acosadas o amenazadas. En las categorías una vez, unas cuantas veces y frecuentemente, esta tendencia se confirma al presentar 10.7%, 30% y 10.7% respectivamente. En las mismas categorías los hombres reportan 6.1%, 7.9% y 1.3% respectivamente. En tanto que las mujeres 4.8%, 4.8% y 1.0% y un 0.3% no respondieron.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	80.8%	84.8%	89.1%	48.6%
Una vez	6.3%	6.1%	4.8%	10.7%
Unas cuantas veces	10.2%	7.9%	4.8%	30%
Frecuentemente	2.6%	1.3%	1.0%	10.7%
No respondió	0.1%	0.0%	0.3%	0%
Total en número	931	479	312	149



Si esto sucedió, fue por...

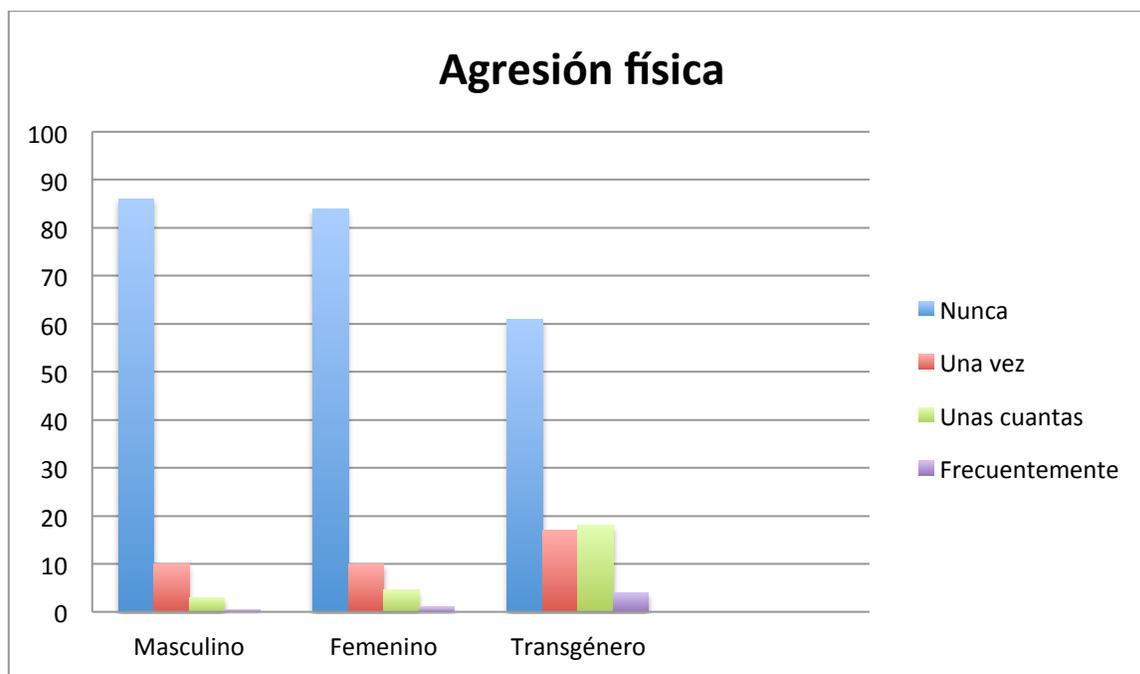
Del total de personas que reportaron haber sido víctima de acoso o amenazas físicas (“una vez”, “unas cuantas veces” y “frecuentemente”) 19.1% de la muestra (n-178), el porcentaje más alto corresponde a la categoría “Debido a otras razones” con un 75.4%. La categoría “Debido a su condición VIH ” presenta 8.4%. La categoría “VIH y otras razones” tiene el 11.2%. Mientras que la categoría “no estoy seguro” representa el 3.9%. La población que atribuye el acoso y las amenazas a la condición VIH más elevada corresponde a las mujeres con un 23.5%, mientras que las personas transgénero reportan un 4.2%. Sin embargo en la categoría “por otras razones” la situación se vuelve contraria, ya que las personas transgénero reportan un 86.1% de respuestas afirmativas mientras que las mujeres un 50%. En la categoría “por VIH y otras razones” las mujeres tienen el porcentaje más elevado con un 17.6%. En el caso de la categoría “no estoy seguro” el porcentaje mayor lo tienen las mujeres con un 5.9%. Un porcentaje de 5% no respondió.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Debido a su condición de VIH	8.4	5.5	23.5	4.2
Por otras razones	75.4	76.7	50.0	86.1
VIH y otras razones	11.2	13.7	17.6	5.6
No esta seguro por qué	3.9	4.1	5.9	2.8
No respondió	1.1	0.0	2.9	1.4
Total en número	179	73	34	72

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido usted agredido físicamente?

El 89.5% de los y las entrevistadas reportaron no haber experimentado agresión física NUNCA. En esta categoría el porcentaje más significativo es el de las personas transgénero con un 61.4%, es decir el grupo que al menos 38.6% de las veces han experimentado algún tipo de agresión física. En las categorías una vez, unas cuantas veces y frecuentemente, esta tendencia se confirma al presentar 17.1%, 17.9% y 3.9% respectivamente. En las mismas categorías los hombres reportan 10.4%, 2.7% y 0.4% respectivamente. En tanto que las mujeres 10.3%, 4.5% y 1.3%

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	81.8%	86.4%	84.0%	61.4%
Una vez	11.4%	10.4%	10.3%	17.1%
Unas cuantas veces	5.6%	2.7%	4.5%	17.9%
Frecuentemente	1.2%	0.4%	1.3%	3.6%
Total en número	931	479	312	149



Si esto sucedió, fue por...

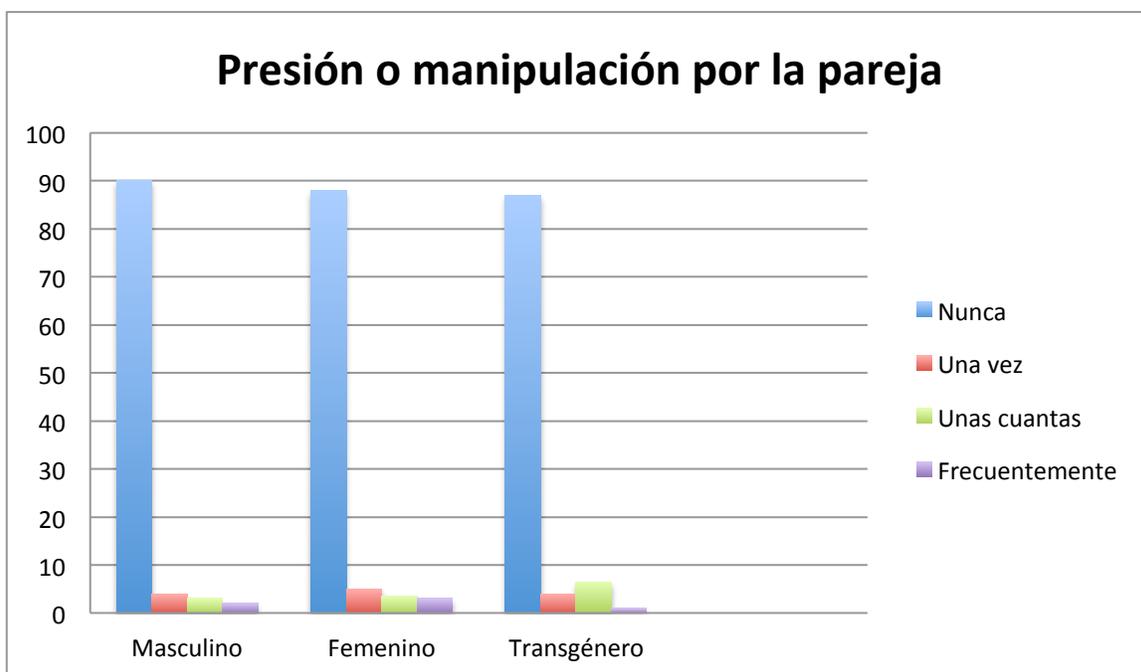
Del total de personas que reportaron haber experimentado agresión física (“una vez”, “unas cuantas veces” y “frecuentemente”) 18.2% de la muestra (n=169), el porcentaje más alto corresponde a la categoría “Por otras razones” con un 72.8%. La categoría “Debido a su condición VIH” presenta 8.3%. La categoría “VIH y por otras razones” tiene el 10.7%. Mientras que la categoría “no estoy seguro” representa el 6.5%. La población que atribuye la exclusión a la condición VIH más elevada corresponde a las mujeres con un 18%, mientras que las personas transgénero reportan un 23.3%. Sin embargo en la categoría “por otras razones” la situación se vuelve contraria, ya que las personas transgénero reportan un 79.6% de respuestas afirmativas mientras que las mujeres un 60%. En la categoría “por VIH y otras razones” las mujeres tienen el porcentaje más elevado con un 14%. En el caso de la categoría “no estoy seguro” el porcentaje mayor lo tienen las mujeres con un 8%. Cerca de un 7% no respondió.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Debido a su condición de VIH	8.3%	3.1%	18.0%	5.6%
Por otras razones	72.8%	76.9%	60.0%	79.6%
VIH y otras razones	10.7%	10.8%	14.0%	7.4%
No esta seguro por qué	6.5%	6.2%	8.0%	5.6%
No respondió	1.8%	3.1%	0.0%	1.9%
Total en número	169	65	50	54

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha estado usted sujeto a presión psicológica o manipulación de su esposo/a o pareja sexual, en la que su condición de VIH positivo haya sido usada en su contra?

El 89.5% de los y las entrevistadas reportaron no haber sido víctimas de presión o manipulación por parte de sus parejas sexuales o esposos NUNCA. En esta categoría el porcentaje los porcentajes por población masculina, femenina y transgénero son muy similares: 90%, 88% y 88% respectivamente. En las categorías una vez, unas cuantas veces y frecuentemente, esta tendencia se mantiene similar al presentar los hombres reportan 4%, 3% y 2% respectivamente. En tanto que las mujeres 5%, 3.5% y 2.9%, en tanto que las tras reportan 4.3%, 6.4% y 1%.

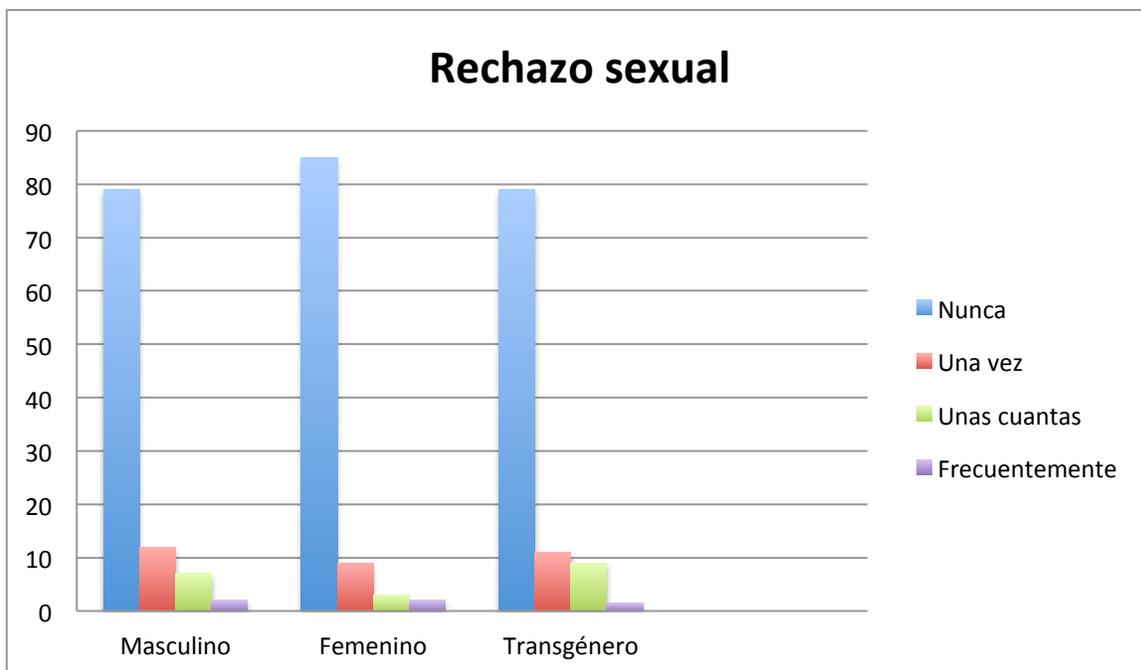
	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	89.6%	90.8%	88.1%	88.6%
Una vez	4.4%	4.0%	5.1%	4.3%
Unas cuantas veces	3.8%	3.1%	3.5%	6.4%
Frecuentemente	2.1%	2.1%	2.9%	0.7%
No respondió	0.1%	0.0%	0.3%	0%
Total en número	931	479	312	149



En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha experimentado usted rechazo sexual como resultado de su condición de VIH positivo?

El 80.7% de los y las entrevistadas reportaron no haber experimentado NUNCA rechazo sexual como resultado de su condición VIH. Los datos desglosados por categoría masculino, femenino y transgénero, muestran similitudes entre los hombres y las personas transgénero (78% y 79%), mientras que las mujeres presentan un 8%. Al analizar los datos por categorías, en “una vez” los hombres tienen 12.5%, las mujeres 9% y las transgénero 11%; “unas cuantas veces” en hombres 7%, en mujeres 3% y en personas transgénero vemos el porcentaje más elevado con 9%. En la categoría “frecuentemente” vemos que los hombres y las mujeres tienen un 2%, mientras que las tras un 1.5%. Casi un 2% no respondió.

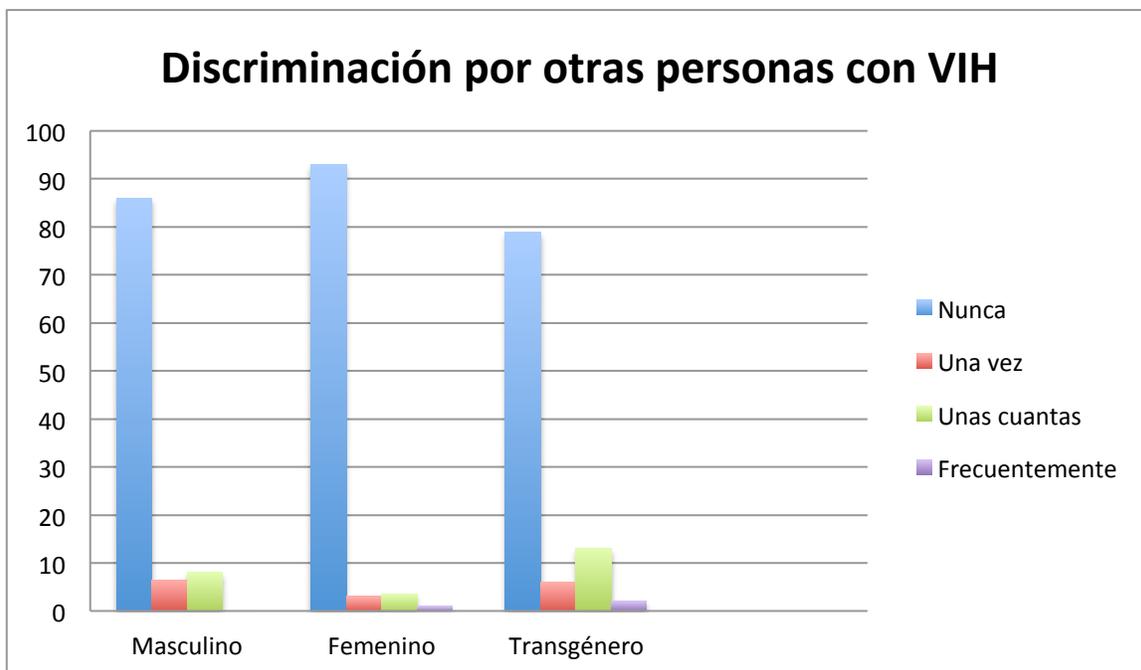
	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	80.7%	78.5%	84.6%	79.3%
Una vez	11.1%	12.5%	9.0%	10.7%
Unas cuantas veces	5.9%	6.9%	3.2%	8.6%
Frecuentemente	1.8%	1.7%	2.2%	1.4%
No respondió	0.5%	0.4%	1.0%	0%
Total en número	931	479	312	149



En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido discriminado/a por otras personas que viven con VIH/sida?

El 87% de los y las entrevistadas reportaron no haber sido discriminados o discriminadas NUNCA por otras personas que viven con VIH. Las poblaciones que reporta haber sido discriminado una vez con porcentajes similares son los hombres y las personas transgénero con 6.5% y 5.7%, las mujeres apenas un 2.6%. En cambio las personas transgénero reportan haber sido discriminadas por otras personas con VIH en un 13%, en tanto que los hombres un 8% y las mujeres un 3.5%. En la categoría “frecuentemente” nuevamente las personas transgénero tienen un porcentaje más elevado con un 2%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	87.2%	85.6%	93.3%	79.3%
Una vez	5.0%	6.5%	2.6%	5.7%
Unas cuantas veces	7.1%	7.7%	3.5%	12.9%
Frecuentemente	0.6%	0.2%	0.6%	2.1%
Total en número	931	479	312	149

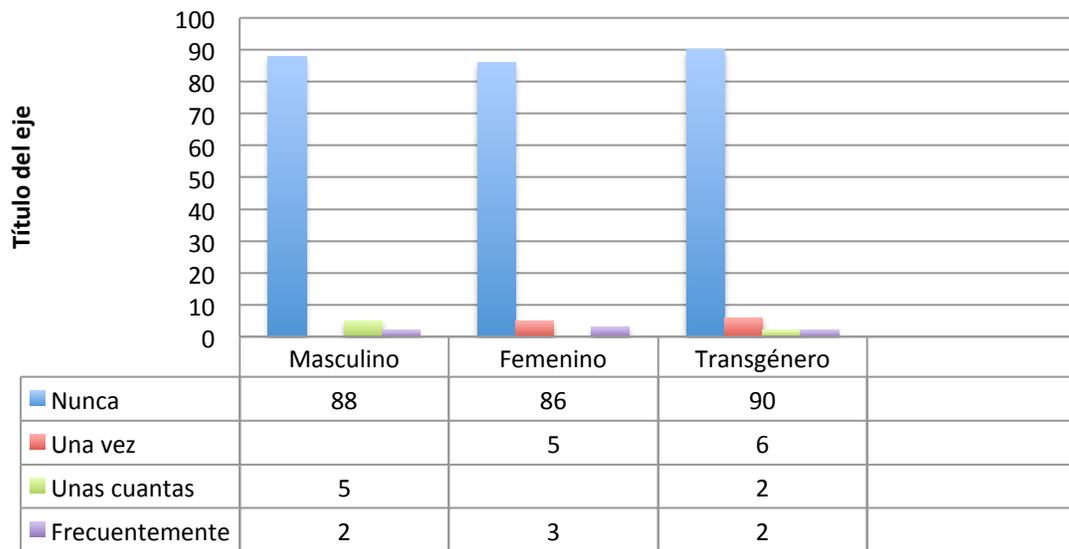


En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido discriminado/a por miembros de su familia?

El 87.5% de los y las entrevistadas reportaron no haber sido discriminados NUNCA por miembros de su familia. En la categoría “una vez” los hombres, las mujeres y las personas transgénero presentan resultados similares: 5.2%, 4.8% y 5.7%. En la categoría “unas cuantas veces” los hombres y las mujeres presentan porcentajes mayores (5% y 6%) a las personas transgénero (2%). En la categoría frecuentemente todas las poblaciones presentan porcentajes similares: 1.7%, 2.6% y 2.1%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	87.5%	87.7%	86.2%	90.0%
Una vez	5.2%	5.2%	4.8%	5.7%
Unas cuantas veces	4.9%	5.0%	6.1%	2.1%
Frecuentemente	2.0%	1.7%	2.6%	2.1%
No aplica	0.2%	0.2%	0.3%	0.0%
No respondió	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%
Total en número	931	479	312	149

Discriminación por miembros de su familia

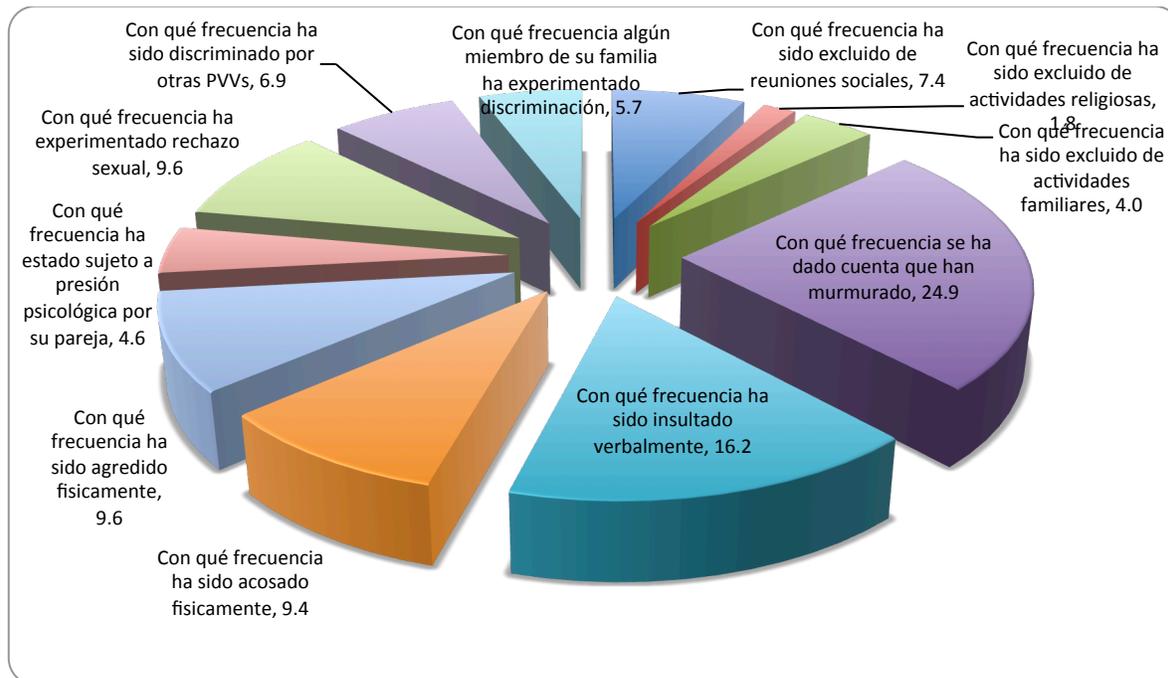


Resumen de la sección

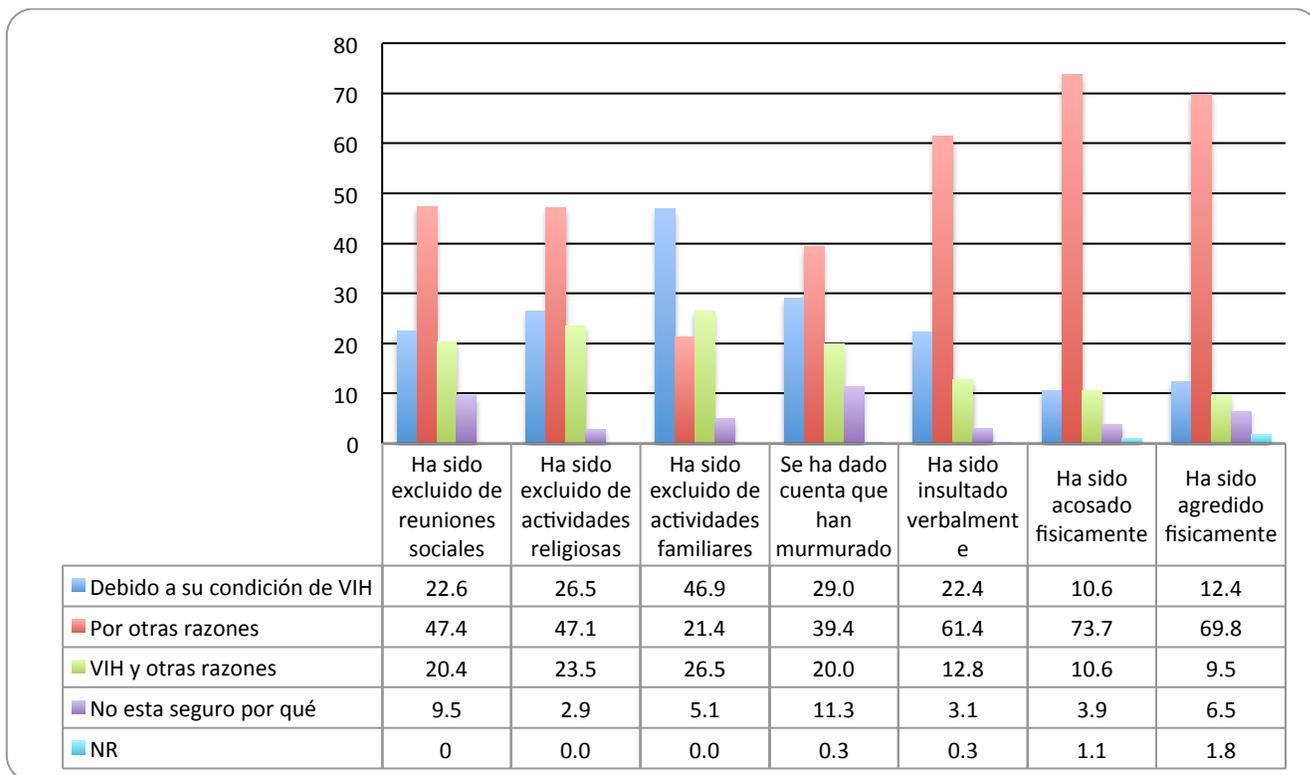
En la siguientes dos gráficas presentamos un resumen de la sección con datos de acuerdo a las categorías de estigma y discriminación en manos de otras personas de acuerdo al total de la muestra, así como datos generales desagregados por los motivos de estigma y discriminación.

Como se observa en la gráfica la categoría más robusta corresponde a las murmuraciones, con un 24.9%, seguido de insultos verbales con 16.2%, mientras que el la agresión física y el rechazo sexual tiene el 9.6% y el acoso físico representa el 9.4%. La exclusión de reuniones familiares tiene el 7.4%, mientras que la discriminación por otras personas con VIH el 6.9%. La discriminación en la familia tiene un 5.7% y la exclusión de actividades familiares un 4%. La presión y manipulación por parte de la pareja represente un 4.6%. Finalmente la exclusión de actividades religiosas presenta un 1.8%.

DISTRIBUCIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN MANOS DE OTRAS PERSONAS PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA



La siguiente gráfica muestra la distribución porcentual del estigma y la discriminación a manos de otras personas, según la razón, como podemos observar la barra que corresponde a la categoría “Por otras razones” es la más significativa. Sólo en la categoría “exclusión de actividades familiares” la razón “debido a su condición VIH” es más importante. Porcentajes similares a la anterior presenta la categoría “VIH y otras razones”. La categoría menos importante corresponde a “No estoy seguro por qué”.



Acceso a trabajo, servicios de salud y educación

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia se ha visto forzado/a a cambiar su lugar de residencia o sido incapaz de rentar un alojamiento?

Un 82% de los y las personas que respondieron a la encuesta manifestaron no haberse vistos forzados a cambiar su lugar de residencia o a rentar una casa. Los porcentajes en personas masculinas, femeninas y transgénero son similares (81.6%, 83% y 80%). De igual forma ocurre en la categoría “una vez” donde en ese mismo orden, los valores fueron 13.8%, 12.2% y 12.9%. Notamos una ligera diferencia en la categoría “unas cuantas veces” donde los hombres reportan un 4%, las mujeres un 3.5% y las personas transgénero un 6.4%. Finalmente la categoría “frecuentemente” vemos que los hombres tienen un 0.6%, las mujeres un 1.3% y las personas transgénero 0%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	82.0%	81.6%	83.0%	80.7%
Una vez	13.1%	13.8%	12.2%	12.9%
Unas cuantas veces	4.2%	4.0%	3.5%	6.4%
Frecuentemente	0.8%	0.6%	1.3%	0.0%
Total en número	931	479	312	140

El 18% que reportó haber cambiado de residencia o haber sido incapaz de rentar una casa (n=168) atribuye a esta situación con a “Otras razones” con un 60%, seguido del 21.4% “debido a su condición VIH”. La categoría “VIH y otras razones tiene un 16.7%. Y “no estoy seguro por qué” a penas un 1.8%. Salvo en la categoría “Por VIH y otras razones”, donde los hombres tienen un 16%, las mujeres un 13% y las personas transgénero un 26%. En el resto de las categorías no hay grandes diferencias entre las poblaciones.

Si esto sucedió, fue por...

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Debido a su condición de VIH	21.4%	20.5%	24.5%	18.5%
Por otras razones	60.1%	63.6%	56.6%	55.6%
VIH y otras razones	16.7%	15.9%	13.2%	25.9%
No esta seguro por qué	1.8%	0%	5.7%	0%
Total en número	168	88	53	27

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha perdido ha perdido usted su empleo u otra fuente de ingreso?

El 78.2% de los y las entrevistadas nunca ha perdido su empleo. Los datos en cada población son similares, excepto en el caso de las mujeres que repartan hasta 7 puntos porcentuales de diferencia (73.%) con respecto a los hombres y a las personas transgénero (80% y 79%). En los casos en que esto ocurrió los porcentajes más altos se aprecian en la categoría “una vez” en la que las mujeres tienen el porcentaje más alto con 19% y los hombres con 11%. Sin embargo en la categoría “unas cuantas veces” los hombres tienen 7.5% mientras que las mujeres 4.8%. En la categoría “frecuentemente las mujeres tienen un mayor porcentaje con un 3%, seguidas de las transgénero con 2.5% y por último los hombres con 1%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	78.2%	80.2%	73.5%	78.7%
Una vez	13.2%	10.9%	18.7%	12.6%
Unas cuantas veces	6.7%	7.6%	4.8%	6.3%
Frecuentemente	1.8%	1.1%	3.0%	2.4%
NR	0.2%	0.3%	0.0%	0.0%
Total en número	661	368	166	127

Si esto sucedió, fue por...

El 21.8% de los y las encuestadas perdieron su empleo o alguna fuente de ingreso en los últimos 12 meses (n=144). El porcentaje mayor lo tiene “por otras razones” con un 53%. La categoría “Debido a su condición de VIH” presenta el 24% y “VIH y otras razones” el 20.8. No está seguro por qué apenas el 1.5%. El término de tipo de población la categoría “por otras razones” presenta porcentajes de 59% en transgénero y 53% en hombres, siendo la categoría con más altos porcentajes. En la categoría “Debido a su condición VIH” vemos que las mujeres alcanzan hasta un 34%. En la misma categoría los hombres tienen 20.5% y las transgénero 18.5%. “VIH y otras razones” tiene hasta un 25% en hombres y un 15% en transgénero.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Debido a su condición de VIH	24.3%	20.5%	34.1%	18.5%
Por otras razones	52.8%	53.4%	47.7%	59.3%
VIH y otras razones	20.8%	24.7	18.2%	14.8%
No esta seguro por qué	1.4%	0%	0%	7.4%
NR	0.7%	1.4%	0%	0%
Total en número	144	73	44	27

¿Perdió usted su trabajo o fuente de ingreso debido a su condición de VIH?

Al ir más en profundidad en la pregunta sobre si perdió el trabajo o fuente de ingreso debido a su condición VIH, vemos que el mayor porcentaje se atribuye a “mala salud” con un 44%, en esta categoría los hombres presentan hasta un 50%. Le sigue la categoría “discriminación de su empleado o compañeros de trabajo”: 23%. En la cual las mujeres alcanzan un 39% y las personas transgénero un 33%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Discriminación de su empleador o compañeros	22.7%	8.8%	39.1%	33.3%
Por mala salud	43.9%	50%	34.8%	44.4%
Discriminación y mala salud	15.2%	17.6%	13%	11.1%
Otra razón	16.7%	20.6%	13%	11.1%
NR	1.5%	2.9%	0%	0%
Total en número	66	34	23	9

En los últimos 12 meses, ¿Se le ha negado un empleo o una oportunidad de trabajo debido a su condición de VIH?

El 5.5% de los y las participantes reportan que se les ha negado un empleo u oportunidad de trabajo por su condición VIH. En esta categoría las mujeres presentan un porcentaje de 6.6%, los hombres de 5.4% y las personas transgénero 4%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
SÍ	5.4%	5.4%	6.6%	3.9%
NO	94.1%	93.8%	93.4%	96.1%
NR	0.5%	0.8%	0.0%	0.0%
Total en número	661	368	166	127

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha cambiado la característica o naturaleza de su trabajo o se le ha negado un ascenso como resultado de su condición de VIH?

El 89% de los entrevistados nunca han cambiado la característica o naturaleza de su trabajo o bien se les ha negado algún ascenso como resultado de vivir con VIH (n=661). Los datos por tipo de población se mantienen en un rango similar: masculino 90%, femenino 85% y transgénero 94%. En la categoría “una vez” las mujeres presentan un porcentaje de 9%, mientras que las transgénero 3%. En “unas cuantas veces” nuevamente las mujeres tienen el porcentaje más alto con 6% y los hombres el más bajo con 1.5%. En la categoría “frecuentemente” los hombres tienen el índice más alto con 1.5% y las transgénero más bajo con 0%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	89.1%	89.7%	84.3%	93.7%
Una vez	6.7%	6.8%	9.0%	3.1%
Unas cuantas veces	3.0%	1.6%	6.0%	3.1%
Frecuentemente	0.9%	1.4%	0.6%	0.0%
NR	0.3%	0.5%	0.0%	0.0%
Total en número	661	368	166	127

Si esto sucedió, fue por...

Un 10.5% se vio obligado a cambiar la naturaleza de su trabajo o le fue negado un ascenso durante los últimos 12 meses (n=72). El 40% de esta categoría respondió que esto se debió a “mala salud” mientras que el 25% manifestó que se debió a discriminación de su empleador o compañeros de trabajo. Otro 26% respondió que se debió a otra razón.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Discriminación de su empleador o compañeros	25.0	18.4	34.6	25.0
Por mala salud	40.3	42.1	38.5	37.5
Discriminación y mala salud	5.6	5.3	7.7	0.0
Otra razón	26.4	28.9	19.2	37.5
NR	2.8	5.3	0.0	0.0
Total en número	72	38	26	8

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido rechazado, expulsado o se le ha impedido asistir a alguna institución educativa por su condición de VIH?

Del 100% de la muestra, 62% respondió que nunca han sido rechazados o expulsados de una institución educativa. Vale la pena aclarar que un 36% de los entrevistado y entrevistadas no aplican a esta pregunta. En esta categoría de análisis las respuestas fueron en su mayoría menores a un punto porcentual no importa de que población se trate.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	62.5%	62.2%	61.2%	66.4%
Una vez	0.6%	0.4%	1.0%	0.7%
Unas cuantas veces	0.1%	0.0%	0.3%	0.0%
Frecuentemente	0.1%	0.0%	0.3%	0.0%
No aplica	36.6%	37.4%	37.2%	32.9%
Total en número	931	479	312	140

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia su(s) hijo(s) ha(n) sido rechazado(s), expulsado(s) o se les ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a la condición de VIH de usted?

Del 100% de la muestra, 37% respondió que sus hijos nunca han sido rechazados o expulsados de una institución educativa. Vale la pena aclarar que un 62.2% de los entrevistado y entrevistadas no aplican a esta pregunta. En esta categoría de análisis las respuestas fueron en su mayoría menores a un punto porcentual no importa de que población se trate.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	36.8%	19.2%	76.3%	9.3%
Una vez	0.6%	0.4%	1.3	0.0%
Unas cuantas veces	0.0%	0.0%	0.0	0.0%
Frecuentemente	0.3%	0.2%	0.6	0.0%
No aplica	62.2%	80.2%	21.8%	90.7%
Total en número	931	479	312	149

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia se le ha negado algún servicio de salud, incluyendo la atención dental debido a su condición de VIH?

Un 14% de la muestra manifestó que se les han negado servicios de salud (“una vez” 8.6%, “unas cuantas veces” 4.3% y “frecuentemente” 0.8%. En términos generales, la población que más ha recibido negación de servicios de salud es la población transgénero con un 18.6%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Nunca	84.2	88.1	89.1	60.0
Una vez	8.6	6.3	7.7	18.6
Unas cuantas veces	4.3	1.7	2.2	17.9
Frecuentemente	0.8	0.8	0.3	1.4
No aplica	2.1	3.1	0.6	2.1
Total en número	931	479	312	140

En los últimos 12 meses, ¿Se le han negado servicios de planificación familiar debido a su condición de VIH?

Del 100% de la muestra, 60% respondió que NO se les han negado servicios de planificación familiar. Un 25% de la muestra no aplica para esta pregunta. Un 4.2% de las mujeres del total de la muestra respondieron que sí se les han negado servicios de planificación familiar y un 10% nunca los ha solicitado.

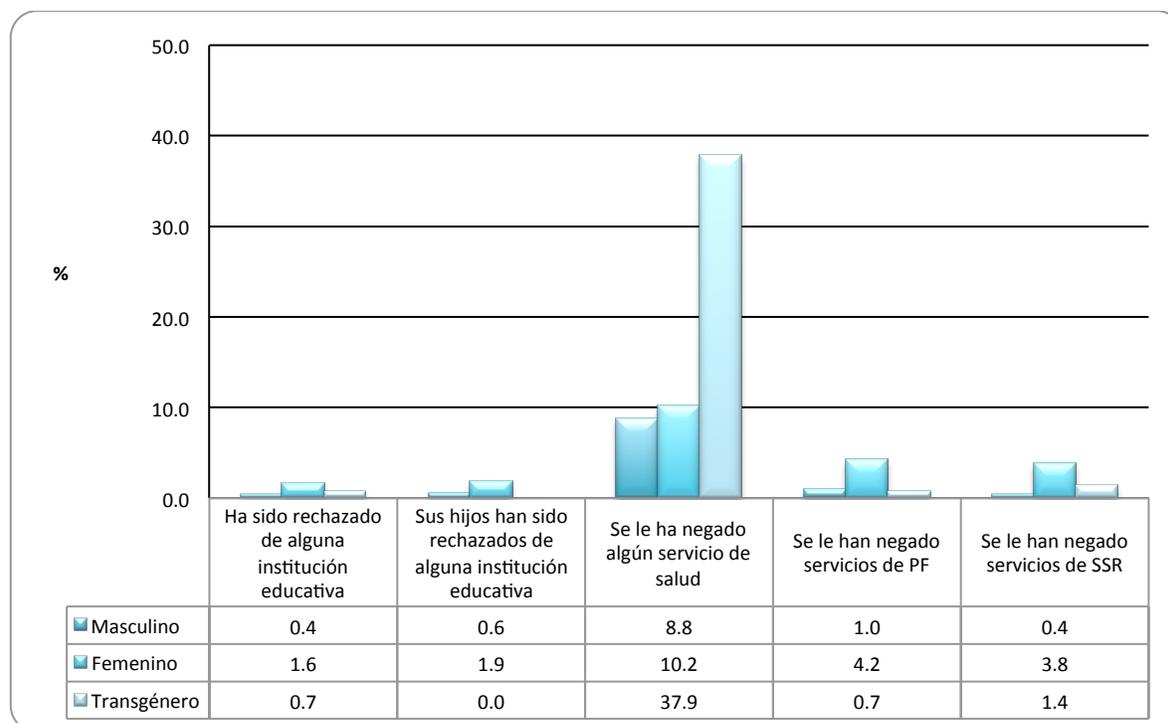
	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
SÍ	2.0	1.0	4.2	0.7
NO	59.0	49.5	71.5	63.6
No aplica	25.1	30.7	14.1	30.7
No lo ha solicitado	13.9	18.8	10.3	5.0
Total en número	931	479	312	140

En los últimos 12 meses, ¿Se le ha negado servicios de salud sexual y reproductiva debido a su condición de VIH?

Del 100% de la muestra, 85.4% respondió que NO han recibidos servicios de salud sexual y reproductiva. Sólo un 1.7% respondió SI. Siendo en su mayoría mujeres. (3.8% de las mujeres del total de la muestra). Un 10% nunca ha solicitado un servicio de salud sexual o reproductiva.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
SÍ	1.7%	0.4%	3.8%	1.4%
NO	85.4%	81.2%	86.9%	96.4%
No aplica	2.9%	4.2%	1.6%	1.4%
No lo ha solicitado	9.9%	14.0%	7.7%	0.7%
NR	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%
Total en número	931	479	312	140

Distribución del acceso servicios de salud y educación debido a su condición de VIH positivo, según género. Como se puede observar la negación de servicios de salud es la que representa los porcentajes más altos, y dentro de esta categoría las personas transgénero son quienes más han vivido esta forma de discriminación.

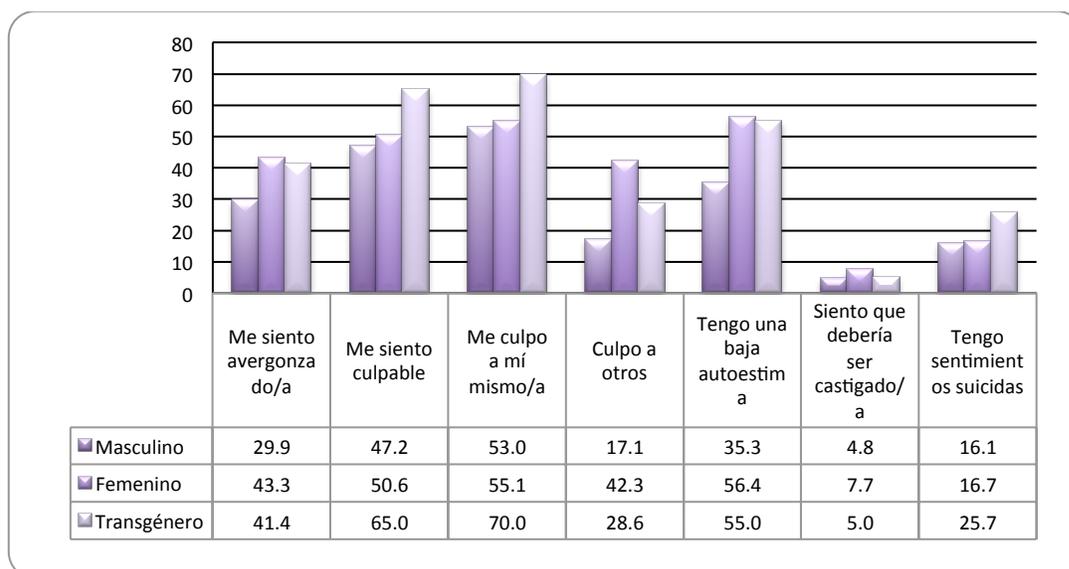


Estigma Interno y sus temores

En los últimos 12 meses, ¿Ha experimentado alguno de los siguientes sentimientos debido a su condición de VIH?

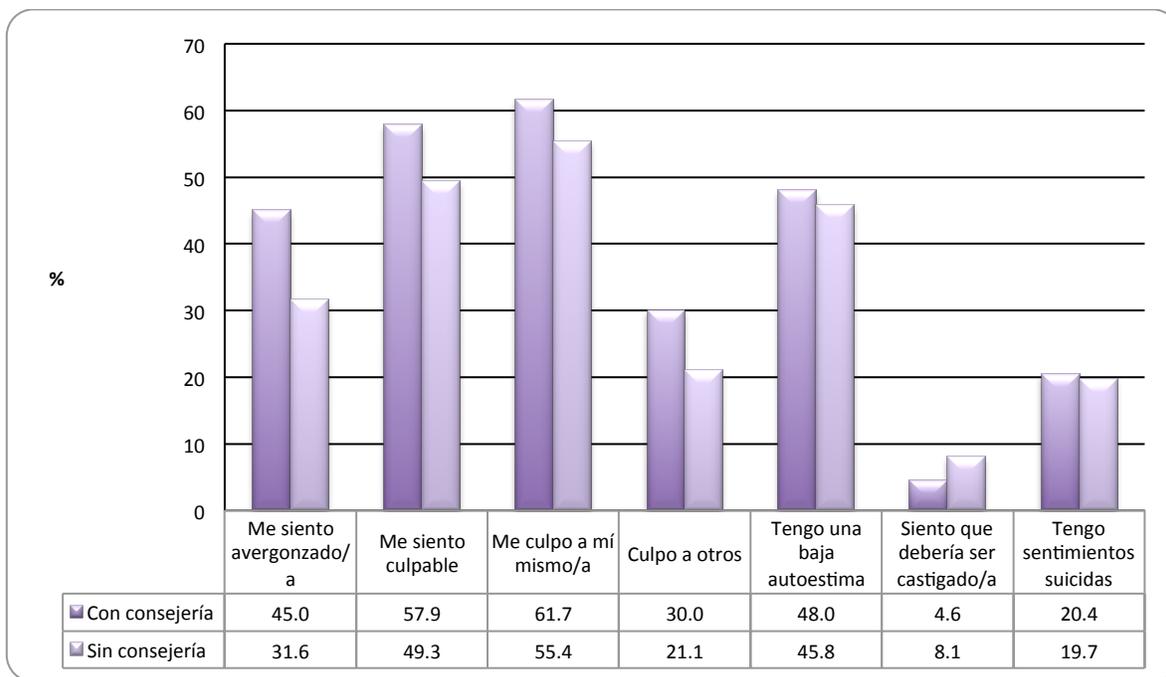
En términos de estigma interno, el sentimiento con mayor porcentaje corresponde a la categoría “me culpo a mi mismo” con un 56%. Seguido de las categorías “me siento culpable” y “tengo una baja autoestima” con 51% y 45% respectivamente. Un 36% se siente avergonzado y un 27% culpa a otras personas. Un 18% tiene sentimientos suicidas y un 6% siente que debería ser castigado o castigada. Las mujeres y las transgénero se sienten más avergonzadas (43% y 41%) que los hombres (30%). Las transgénero se siente más culpables (65%) que las mujeres y los hombres (50% y 47%). Situación similar se observa en la categoría “me culpo a mí misma” donde las transgénero tienen un 70% y las mujeres 55% y los hombres 53%. Las mujeres tienen un mayor porcentaje al culpar a otros con un 42% en comparación con el 25% de las transgénero y el 17% de los hombres. Las mujeres y las transgénero tienen un porcentaje mayor de baja auto estima con 56% y 55% respectivamente, mientras que los hombres un 35%. Las mujeres tienen un mayor porcentaje en la categoría “siento que debería ser castigada” con un 8% en comparación con el 5% de hombres y transgénero. Finalmente, las personas transgénero presentan un mayor porcentaje de sentimientos suicidas con un 26% en comparación con el 16% de hombres y mujeres. En la gráfica con barras se muestran los mismos valores expresados en porcentaje.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Me siento avergonzado/a	36.1%	29.9%	43.3%	41.4%
Me siento culpable	51.0%	47.2%	50.6%	65.0%
Me culpo a mí mismo/a	56.3%	53.0%	55.1%	70.0%
Culpo a otros	27.3%	17.1%	42.3%	28.6%
Tengo una baja autoestima	45.3%	35.3%	56.4%	55.0%
Siento que debería ser castigado/a	5.8%	4.8%	7.7%	5.0%
Tengo sentimientos suicidas	17.7%	16.1%	16.7%	25.7%



En la siguiente gráfica podemos apreciar que el hecho de haber recibido o no consejería posterior a la prueba, no ha marcado ninguna diferencia en la forma de enfrentar sentimientos relacionados con el estigma interno. Los valores se mantienen similares, incluso ligeramente mayores en personas que recibieron consejería. Los valores están expresados en porcentajes sobre el tamaño final de la muestra. No se desglosan por tipo de población.

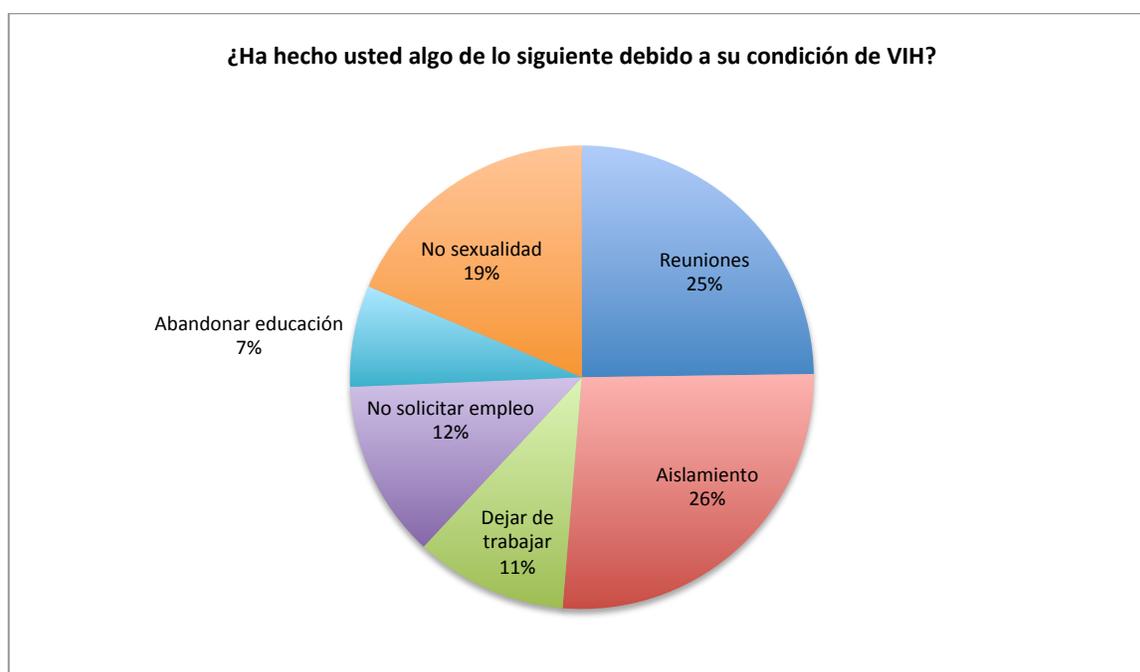
*¿Ha experimentado alguno de los siguientes sentimientos debido a su condición de VIH?
Con o Sin Consejería*



En los últimos 12 meses, ¿Ha hecho usted algo de lo siguiente debido a su condición de VIH?

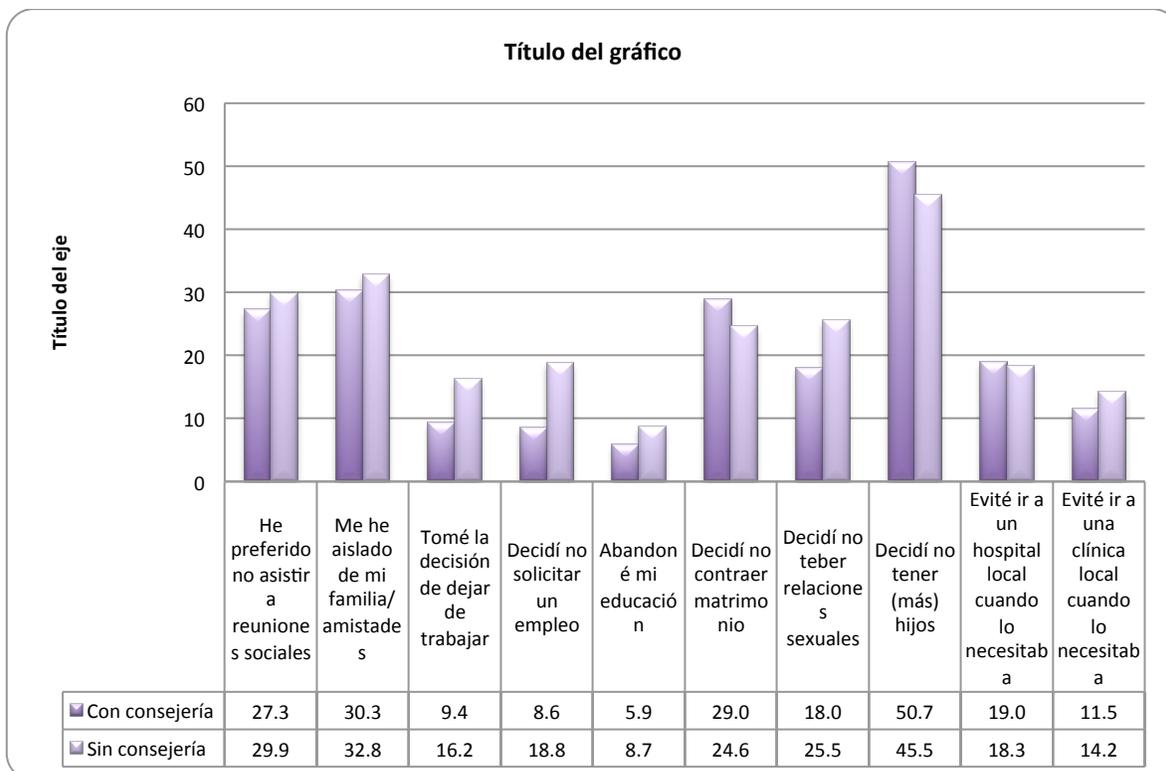
El porcentaje más alto de los aspectos de la vida que se evitaron debido a la condición de vivir con VIH corresponde a tener hijos con un 50%, en esta categoría las mujeres presentan un 63%. Le sigue el aislamiento de la familia y amistades con un 30% y no asistir a reuniones sociales con un 28% (las personas transgénero tienen el porcentaje mayor con un 38% y 33%). Un 26% decidió no contraer matrimonio (en esta categoría las tres poblaciones conservan similitud con entre el 25% y 28%). Un 21% decidió no tener relaciones sexuales (las mujeres con un 30% y las personas transgénero con un 6%). Un 18% evitó ir a un hospital cuando lo necesitaba y un 12% acudir a una clínica (las mujeres con mayor porcentaje en ambas categorías 20% y 14%). Un 12% tomó la decisión de dejar de trabajar, un 14% de no solicitar empleo y un 8% decidió interrumpir sus estudios.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
He preferido no asistir a reuniones sociales	28.1%	24.8%	30.8%	33.6%
Me he aislado de mi familia/amistades	30.1%	28.6%	28.8%	37.9%
Tomé la decisión de dejar de trabajar	12.1%	11.9%	15.4%	5.7%
Decidí no solicitar un empleo	14.1%	15.7%	15.1%	6.4%
Abandoné mi educación	7.6%	9.6%	6.7%	2.9%
Decidí no contraer matrimonio	26.2%	25.1%	27.2%	27.9%
Decidí no tener relaciones sexuales	21.5%	20.0%	30.4%	6.4%
Decidí no tener (más) hijos	50.3%	43.0%	63.8%	45.0%
Evité ir a un hospital local cuando lo necesitaba	18.4%	18.2%	20.5%	14.3%
Evité ir a una clínica local cuando lo necesitaba	12.8%	12.1%	14.4%	11.4%



En la siguiente gráfica se comparan los resultados por las mismas categorías de esta pregunta con las variantes “con consejería” y “sin consejería”. Nuevamente se puede apreciar que las diferencias no son significativas. Llama la atención que en “decidí no tener más hijos” el porcentaje es 5 puntos porcentuales más elevado en los casos en que se recibió consejería. De igual forma llaman la atención los datos relacionados con el empleo, en los que se decidió abandonar el empleo o no solicitar uno nuevo cuando no se recibió consejería son mayores.

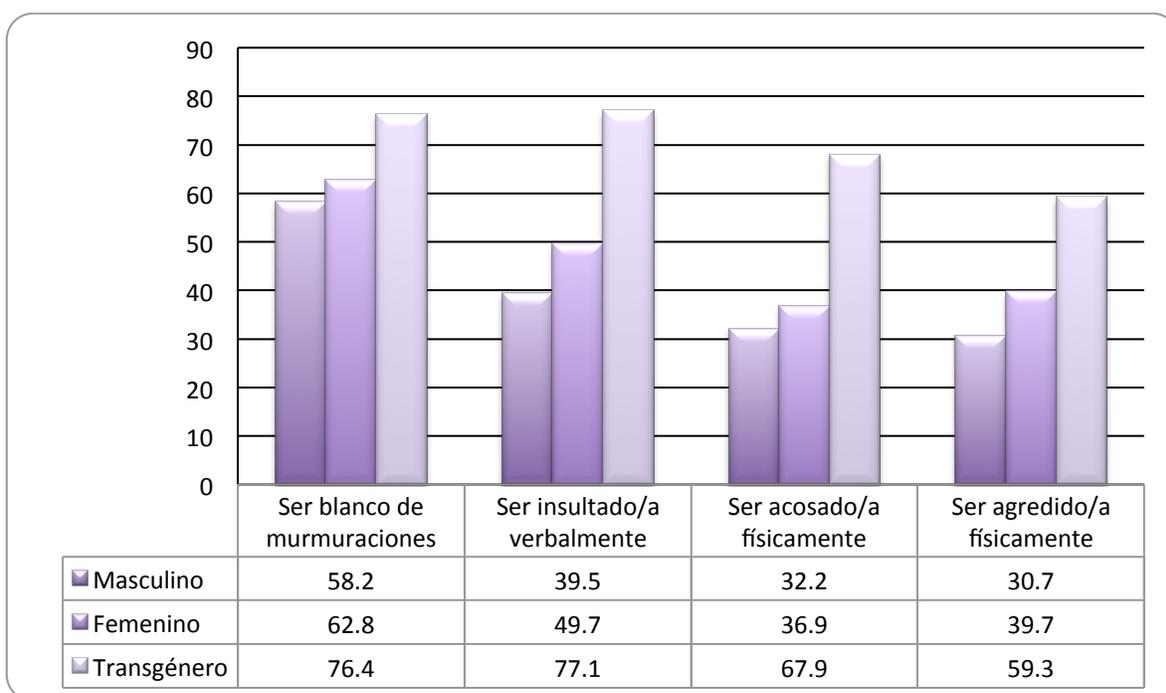
**En los últimos 12 meses, ¿Ha hecho usted algo de lo siguiente debido a su condición de VIH?
Con y Sin Consejería**



En los últimos 12 meses, ¿Ha experimentado usted temor de algunas de las siguientes situaciones, le hayan o no sucedido?

El temor que presentó un mayor porcentaje de respuestas positivas entre los y las entrevistadas fue a “ser blanco de murmuraciones” con un 63%, seguido del temor a ser insultado verbalmente y los temores al acoso y la agresión física se mantuvieron similares con un 38% y 39%. Los porcentajes por población se mantienen más elevado en la población transgénero y más bajos en la de hombres. La gráfica muestra estos resultados de manera más visual.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Ser blanco de murmuraciones	62.5%	58.2%	62.8%	76.4%
Ser insultado/a verbalmente	48.5%	39.5%	49.7%	77.1%
Ser acosado/a físicamente	39.1%	32.2%	36.9%	67.9%
Ser agredido/a físicamente	38.0%	30.7%	39.7%	59.3%



En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido temor de que alguien no quiera entablar una relación sexual íntima con usted debido a su condición de VIH Positivo?

Un 47% de los encuestados respondió sentir temor de ser rechazado al entablar una relación sexual debido a su condición VIH. En este sentido la población de personas transgénero es quien tiene un mayor porcentaje de temor con un 66% seguido de los hombres con un 51%, las mujeres reportan un 36% de temor al entablar relaciones sexuales.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
SÍ	46.7%	51.1%	35.9%	55.7%
NO	53.1%	48.6%	63.8%	44.3%
NR	0.2%	0.2%	0.3%	0.0%
Total en número	931	479	312	140

Derechos, Leyes y Políticas

Conocimiento sobre documentos clave

Los documentos que se presentaron a los y las participantes fueron dos, por una parte la Declaración de Compromisos sobre VIH/SIDA derivada de la reunión UNGASS firmada por México y por otra parte el Norma Oficial Mexicana sobre VIH y SIDA, NOM 010. En ambos casos los porcentajes de participantes que habían oído hablar de dichos documentos fue del 63% al 68%. A los participantes que respondieron haber oído de los documentos se les preguntó si los habían leído. En el caso de la Declaración de UNGAS sólo un 31.4% la había leído y en caso de la NOM 010 sólo un 31% la había leído.

	Sí/No	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
¿Ha oído hablar de la Declaración de Compromiso sobre VIH/sida?	Sí	36.6%	40.7%	29.2%	39.3%
	No	63.4%	59.3%	70.8%	60.7%
En caso afirmativo, ¿Ha leído alguna vez su contenido?	Sí	31.4%	32.3%	34.1%	23.6%
	No	68.5%	67.7%	65.9%	76.4%
¿Ha oído hablar de la NOM 010 sobre sida?	Sí	21.5%	26.9%	16.7%	13.6%
	No	78.5%	73.1%	83.3%	86.4%
En caso afirmativo, ¿Ha leído o discutido alguna vez su contenido?	Sí	31.0%	31.8%	25.0%	42.1%
	No	69%	68.2%	75%	57.9%

En los últimos 12 meses, ¿Le ha sucedido alguna de las siguientes situaciones debido a su condición de VIH?

En términos de violación a los derechos, destaca que un 91% de los y las participantes manifiestan que ninguna de las situaciones mencionadas a continuación les ocurrieron. El porcentaje más alto lo presenta el haber sido forzado o forzada a someterse a un procedimiento médico con un 4% seguido de la negación de seguros de salud o vida con un 3%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Fui forzado a someterme a un procedimiento médico	3.8%	4.6%	2.6%	3.6%
Se me negó un seguro de salud o de vida debido a mi condición de VIH	3.1%	3.3%	2.6%	3.6%
Fui arrestado por cargos relacionados con condición de VIH	0.3%	0.4%	0.3%	0.0%
Tuve que revelar mi condición de VIH para ingresar a otro país	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%
Tuve que revelar mi condición de VIH para solicitar residencia	0.4%	0.4%	0.3%	0.7%
Fui detenido/a, puesto/a en cuarentena	2.0%	2.7%	0.6%	2.9%
Ninguna de estas situaciones me ha sucedido	91.7%	90.0	94.9	90.7

En los últimos 12 meses, ¿Alguno de sus derechos como persona viviendo con VIH ha sido violado?

El 74% de los y las encuestados reportan que no han sido violados sus derechos como persona que vive con VIH. Un 11.5% no esta segura o seguro mientras que un 4% desconoce sus derechos. Un 10% de los encuestados y encuestadas reconocen que sus derechos han sido violentados. En esta categoría los porcentajes por población se mantienen muy similares: hombres 9.4%, mujeres 10.3% y personas transgénero 10%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
SÍ	9.8%	9.4%	10.3%	10.0%
NO	74.7%	76.0%	74.4%	70.7%
NO ESTÁ SEGURO/A	11.5%	10.6%	9.9%	17.9%
NO CONOCE SUS DERECHOS	4.1%	4.0%	5.4%	1.4%
Total	931	479	312	140

En caso afirmativo, ¿Ha tratado de obtener una reparación legal de daños por la violación de sus derechos como personas viviendo con VIH?

Del 10% de los casos que respondieron afirmativamente (n=91) , solo un 22% buscó reparación legal por el daño a la violación de sus derechos. Siendo la población de hombres quienes más buscaron dicha reparación (24.5%).

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
SÍ	22.0	24.4	18.8	21.4
NO	75.8	75.6	78.1	71.4
NO ESTÁ SEGURO/A	2.2	0	3.1	7.1
Total	91	45	32	14

¿Cuál fue la razón de no tratar de obtener una reparación legal de daños?

La razón con mayor porcentaje para no buscar reparación legal del daño fue que las y los participantes se sintieron intimidados o con miedo de tomar medidas. Llama la atención que un 25.% manifestó no tener confianza en que el resultado fuera exitoso. Los recursos económicos y la percepción de que el proceso es demasiado burocrático tuvieron porcentajes de 15%. A un 9% alguien le aconsejó que no lo hiciera.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Mis recursos financieros fueron insuficientes para tomar medidas	15.5	11.8	23.1	9.1
El proceso me pareció demasiado burocrático	16.9	29.4	7.7	0.0
Me sentí intimidado/a o con miedo de tomar medidas	29.6	23.5	34.6	36.4
Alguien me aconsejó que no tomara medidas	8.5	5.9	7.7	18.2
Tuve poca confianza en que el resultado sería exitoso	25.4	29.4	23.1	18.2
Ninguna de las razones anteriores	23.9	23.5	26.9	18.2

¿Ha tratado usted de que algún o algunos empleados de gobierno tomen medidas en contra de la violación de sus derechos como persona viviendo con VIH?

Del 10% (n-91) de los encuestados que han tratado de obtener reparación del daño a la violación de sus derechos, un 16% lo hizo a través de algún empleado de gobierno.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Sí	16.5%	20.0%	18.8%	0.0%
No	82.4%	80.0%	81.3%	92.9%
No está seguro/a	1.1%	0.0%	0.0%	7.1%
TOTAL	91	45	32	14

¿Ha tratado de que algún político local o nacional tome medidas en contra de la violación de sus derechos como persona viviendo con VIH?

Del 10% (n-91) de los encuestados que han tratado de obtener reparación del daño a la violación de sus derechos, un 12% lo hizo a través de algún empleado político local o nacional.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Sí	12.1%	15.6%	9.4%	7.1%
No	86.8%	84.4%	90.6%	85.7%
No está seguro/a	1.1%	0.0%	0.0%	7.1%
TOTAL	91	45	32	14

Gestión del Cambio

En la siguiente tabla vemos que un 31% de los encuestados y encuestados confrontaron, cuestionario o educaron a alguien que los estuviera estigmatizando o discriminado. En la misma tabla vemos que hasta un 57% de las personas participantes en el estudio conocen alguna organización o grupo al que puedan recurrir para obtener ayuda en caso de experimentar estigma o discriminación.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
<i>En los últimos doce meses, ¿Ha confrontado, cuestionado o educado a alguien que le estuviera estigmatizado y/o discriminando?</i>				
SI	31.1%	35.7%	23.7%	32.1%
Total	931	479	312	140
<i>¿Conoce alguna organización o grupo al que pueda recurrir para obtener ayuda si experimenta estigma o discriminación?</i>				
SI	56.5%	64.1%	45.2%	55.7%
Total	931	479	312	140

¿Qué clase de organizaciones o grupos conoce?

Las personas participantes en el estudio, se identifican mayormente con los grupos de apoyo de personas que viven con VIH al alcanzar un porcentaje del 67%. La siguiente categoría con mayor relevancia son las organizaciones no gubernamentales locales con un 47%, seguidas de las organizaciones de derechos humanos con un 33%. Un 30% logra identificar a las redes de personas que viven con VIH. Un 16% conoce al CENSIDA y un 14% a organizaciones basadas en la fe. Un 6% conoce a organizaciones no gubernamentales nacionales y un 5% a algún bufete jurídico. La categoría "otras" alcanzó un 56%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Grupo de apoyo a personas que viven con VIH	67.1%	65.5%	66.7%	74.4%
Red de personas que viven con VIH	30.2%	31.6%	26.2%	32.1%
Organización no gubernamental local	47.1%	52.4%	45.4%	29.5%
Organización basada en la fe	13.9%	12.7%	14.9%	16.7%
Bufete jurídico	4.9%	5.5%	4.3%	3.8%
Organización de derechos humanos	33.1%	30.6%	27.0%	53.8%
Organización no gubernamental nacional	6.1%	7.8%	2.8%	5.1%
Consejo o comité nacional de SIDA	16.5%	17.3%	16.3%	14.1%
Organización no gubernamental internacional	4.0%	5.9%	2.1%	0.0%
Organización perteneciente a Naciones Unidas	3.4%	4.6%	2.1%	1.3%
Otras	56.5%	64.1%	45.2%	55.7%

En la siguiente tabla vemos que sólo un 9% reporta haber buscado ayuda de alguna de las organizaciones o grupos antes citados. En contraste vemos que un 65% ha ofrecido algún tipo de apoyo a otras personas que viven con VIH. El tipo de apoyo mayormente proporcionado es el apoyo emocional con un 90%. Seguido de apoyo físico y referencia a otros servicios.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
¿Ha buscado ayuda de alguna de las organizaciones o grupos citados?				
Afirmativo	9.0%	8.8%	8.0%	12.1%
En los últimos doce meses, ¿Ha apoyado usted a otras personas que viven con VIH?				
Afirmativo	63.4%	62.6%	58.0%	77.9%
¿Qué tipos de apoyo proporcionó?				
Apoyo emocional	89.8%	89.3%	90.1%	90.8%
Apoyo físico	35.6%	36.7%	27.1%	46.8%
Referencia a otros servicios	35.3%	43.7%	28.2%	23.9%

Un 23% de los participantes actualmente son miembros de algún tipo de grupo de apoyo o red de personas que viven con VIH. Mientras que un 11.5% han estado involucrados, ya sea como empleado o voluntario en algún programa o proyecto de apoyo a personas con VIH. Un 3% ha participado en algún esfuerzo para desarrollar o modificar leyes relacionadas con el VIH.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
¿En la actualidad es usted miembro de algún grupo de apoyo y/o red de personas que viven con VIH?	22.7%	26.7%	21.2%	12.1%
¿Ha estado usted involucrado, como voluntario o empleado, en algún programa o proyecto de asistencia a personas con VIH?	11.4%	16.5%	5.4%	7.1%
¿Ha participado en algún esfuerzo por desarrollar leyes relacionadas con el VIH?	3.3%	4.2%	1.9%	3.6%

Las personas entrevistadas consideran tener el poder para influir en las decisiones, en proyectos locales orientados personas con VIH (22%), asuntos legales (13%), políticas gubernamentales locales (10%), políticas gubernamentales nacionales (7.5%) y acuerdos internacionales (4%). Un 69% respondió que en ninguno de los aspectos anteriores.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Asuntos legales que afectan a las PVV's	13.0%	15.2%	9.3%	13.6%
Políticas gubernamentales locales que afectan a PVV's	10.1%	13.2%	6.4%	7.9%
Proyectos locales orientados a beneficiar a PVV's	22.8%	29.9%	15.4%	15.0%
Políticas gubernamentales nacionales que afectan a PVV's	7.4%	9.4%	4.5%	7.1%
Proyectos nacionales orientados a beneficiar a PVV's	12.6%	15.9%	8.3%	10.7%
Acuerdos internacionales	4.0%	4.8%	2.2%	5.0%
Ninguno de estos aspectos	69.9%	60.8%	81.4%	75.7%
NR	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%
Total	931	479	312	140

¿Cuál es la acción más importante que deberíamos estar realizando como organización para hacer frente al estigma?

De acuerdo con las respuestas de los entrevistados y entrevistadas, las personas que viven con VIH lo más importante que deberían estar haciendo para enfrentar el estigma es aumentar la conciencia del público con relación al VIH (32%), un 22% piensa que lo más importante es defender y promover los derechos de las personas que viven con VIH. Un 15% piensa que lo más importante es dar asistencia a otras personas que viven con VIH y otro 15% piensa que lo más importante es educar a las personas que viven con VIH a vivir con el virus.

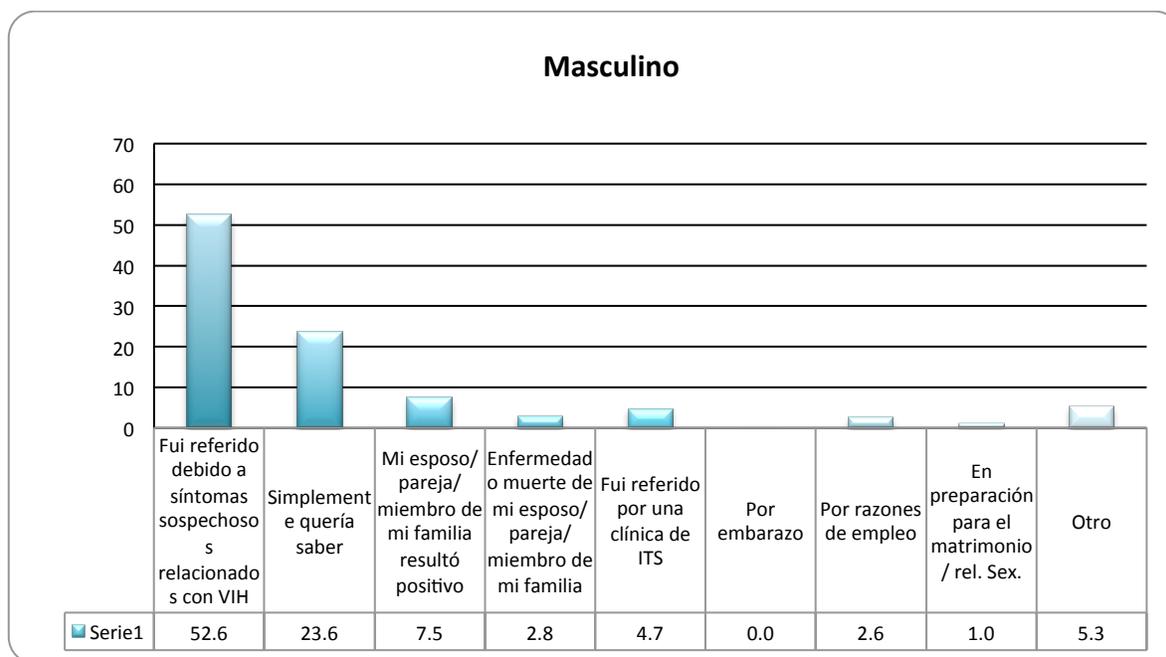
	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Defender y promover los derechos de todas las PVV's	22.3%	20.5%	25.0%	22.9%
Dar asistencia a PVV's	15.7%	18.0%	11.9%	16.4%
Proporcionar apoyo a grupos marginados	14.3%	14.6%	13.1%	15.7%
Educar a PVV's sobre como vivir con el VIH	15.1%	14.6%	16.0%	15.0%
Aumentar la conciencia del público acerca del VIH	32.5%	32.4%	34.0%	30.0%
Total	931	479	312	140

Pruebas y diagnóstico

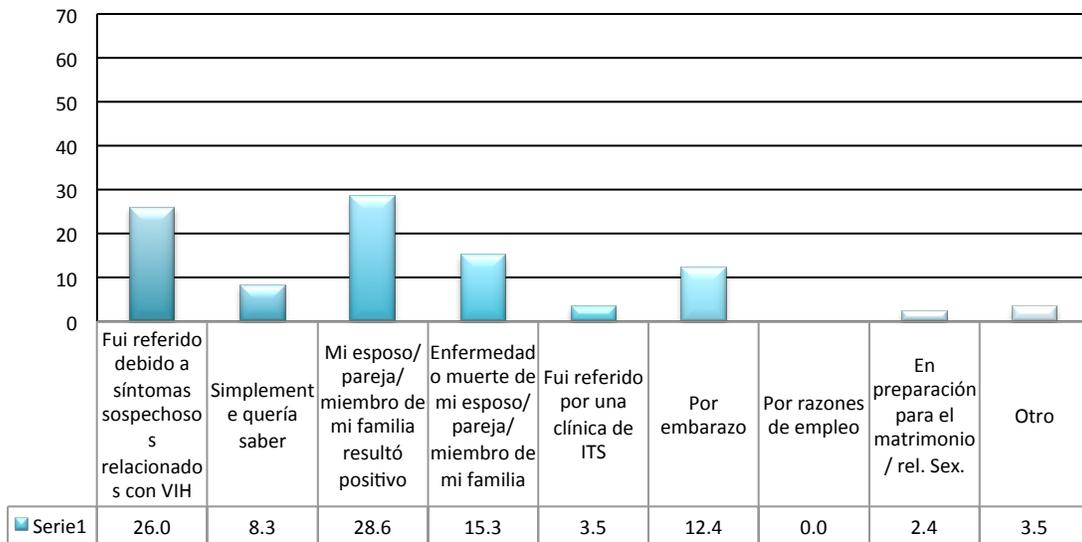
¿Por qué se le hizo la prueba de VIH? (Distribución porcentual)

Un 42% de los entrevistados respondió que se hizo la prueba debido a que fue referido a los servicios de prueba debido a síntomas relacionados con el VIH. Un 20% simplemente quería saber. Un 15% por que su esposo, pareja o miembro de su familia resultó VIH positivo. Un 7% por enfermedad o muerte del esposo o pareja. Un 4% debido a que fue referido a una clínica de infecciones de transmisión sexual otro 4% por embarazo. Un 2% por razones de empleo y un 1.5% en preparación al matrimonio. Un 4% reportó otras circunstancias. En las siguientes gráficas se muestra la información de la tabla desglosada por tipos de población.

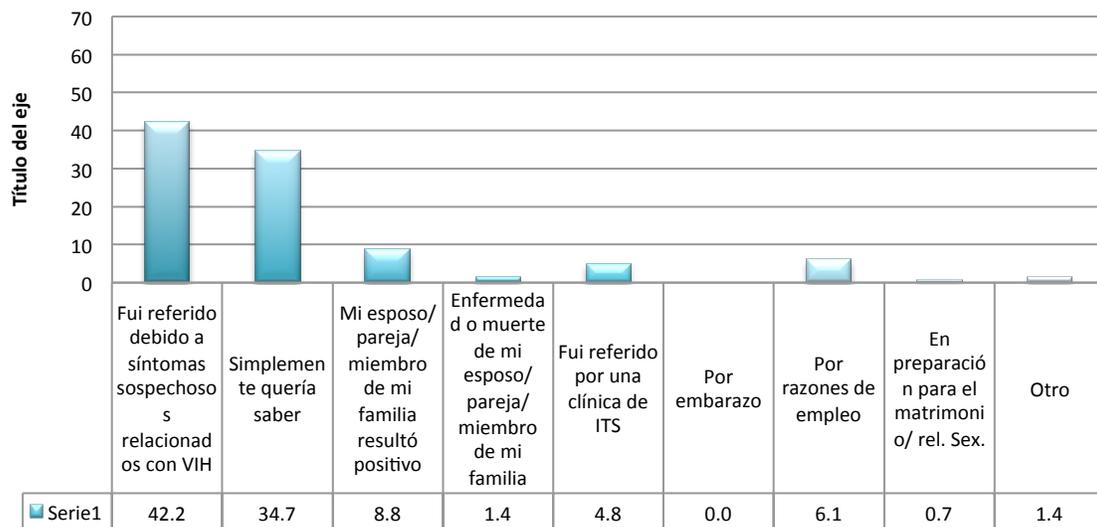
	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Fui referido debido a síntomas sospechosos relacionados con VIH	42.0%	52.6%	26.0%	42.2%
Simplemente quería saber	20.0%	23.6%	8.3%	34.7%
Mi esposo/ pareja/ miembro de mi familia resultó positivo	14.9%	7.5%	28.6%	8.8%
Enfermedad o muerte de mi esposo/ pareja/ miembro de mi familia	6.8%	2.8%	15.3%	1.4%
Fui referido por una clínica de ITS	4.3%	4.7%	3.5%	4.8%
Por embarazo	4.2%	0.0%	12.4%	0.0%
Por razones de empleo	2.2%	2.6%	0.0%	6.1%
En preparación para el matrimonio.	1.4%	1.0%	2.4%	0.7%
Otro	4.1%	5.3%	3.5%	1.4%
Total	100%	100%	100%	100%



Femenino



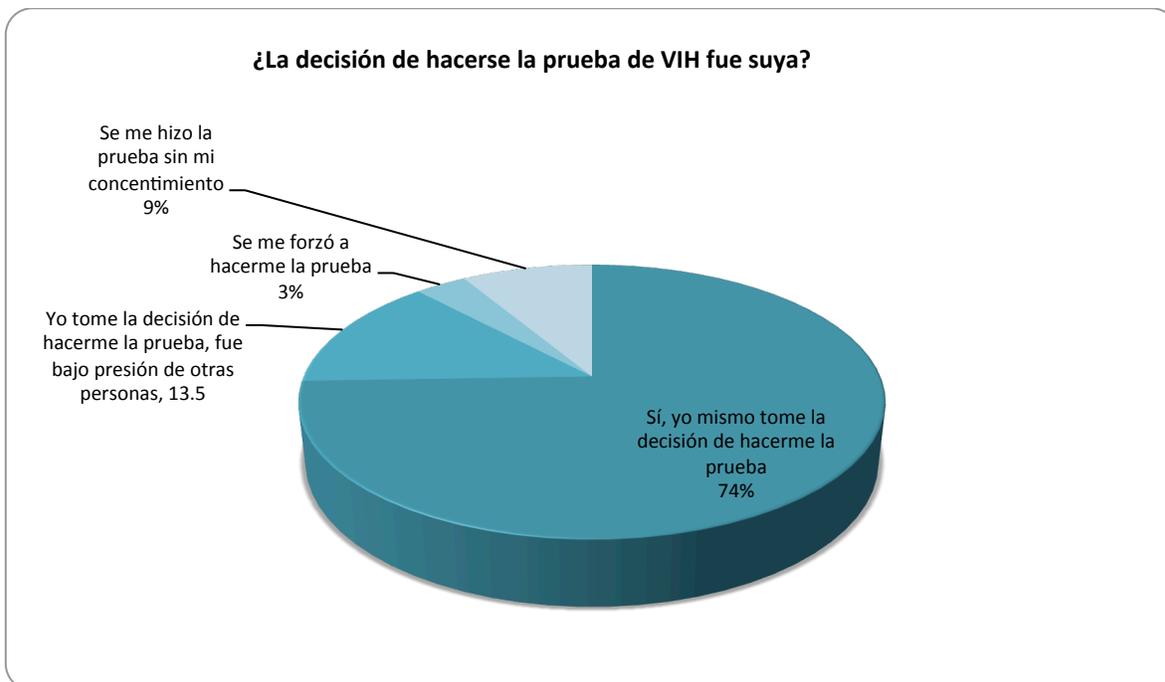
Transgénero



¿La decisión de hacerse la prueba de VIH fue suya?

Un 74% de los participantes se hicieron la prueba debido a que ellos y ellas mismas tomaron la decisión de hacerlo. Sin embargo, un 13.5% lo hizo de manera voluntaria pero bajo presión de otras personas. Un 3.5% fue obligado a hacerse la prueba y a un 9% se le hizo la prueba sin su consentimiento. En los porcentajes más altos los tienen las mujeres con 20% (bajo presión), 5% (forzadas) y 11% (sin su consentimiento).

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
SÍ, YO MISMO TOMÉ LA DECISIÓN DE HACERME LA PRUEBA	74.4%	76.6%	64.7%	88.6%
YO TOMÉ LA DECISIÓN DE HACERME LA PRUEBA, PERO FUE BAJO PRESIÓN DE OTRAS PERSONAS	13.5%	11.7%	19.9%	5.7%
SE ME FORZÓ A HACERME LA PRUEBA	3.4%	2.9%	4.5%	2.9%
SE ME HIZO LA PRUEBA SIN MI CONSENTIMIENTO	8.6%	8.8%	10.9%	2.9%



¿Recibió usted consejería cuando se hizo la prueba de VIH?

Un 40% de los y las participantes recibieron consejería tanto previa como posterior a la prueba. Un 21% sólo recibió consejería posterior a la prueba. Un 2% recibió consejería previa a la prueba. Un 37% no recibió consejería. Las personas transgénero son quienes presentan mayores porcentajes de consejería pre y post prueba. Los hombres tienen el mayor porcentaje de personas que no recibieron consejería con un 41%.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Recibí consejería tanto pre y post prueba de VIH	40.1%	32.2%	39.1%	69.3%
Solamente recibí consejería pre prueba de VIH	2.1%	2.5%	2.2%	0.7%
Solamente recibí consejería post prueba de VIH	20.7%	24.0%	21.2%	8.6%
No recibí consejería cuando me hice la prueba de VIH	37.1%	41.3%	37.5%	21.4%

Compartir el estado VIH y Confidencialidad

¿Cómo fue que por primera vez se enteraron de su condición de VIH las siguientes personas

En la siguiente tabla se muestran las diferentes personas cercanas a los y las entrevistadas y la forma en que estas personas se enteraron de la condición de VIH de las y los entrevistados. En la tabla se aprecia que las personas estuvieron más dispuestas a compartir su estatus VIH con miembros cercanos de su familia y trabajadores de la salud. Sin embargo en estas mismas categorías es más evidente que otras personas les dijeron sin consentimiento de las y los entrevistados. En las categorías “alguien les dijo sin mi consentimiento” en “trabajadores de la salud” se observa hasta un 11%. Los empleadores, personas con quienes trabajan y clientela muestran los índices más altos de la categoría “no conocen mi condición”: 46%, 36% y 46% respectivamente.

	Yo les dije	Alguien les dijo con mi consentimiento	Alguien les dijo sin mi consentimiento	No conocen mi condición	No aplica
Su esposo/esposa/pareja	45.5%	4.5%	4.4%	6.0%	38.9%
Otros familiares	67.3%	7.1%	12.8%	13.4%	1.1%
Niñas/niños en su familia	14.8%	2.7%	4.4%	55.9%	22.3%
Sus amistades/vecinos	30.6%	1.5%	9.2%	56.3%	5.2%
Otras personas que viven con VIH	64.6%	2.6%	10.4%	16.8%	5.5%
Personas con quienes trabaja	14.5%	0.3%	2.5%	46.2%	37.5%
Su empleador	10.5%	0.2%	1.4%	36.5%	51.3%
Su clientela	2.8%	0.3%	1.1%	46.0%	50.3%
Compañero/a de drogas inyectables	4.4%	0.1%	1.4%	4.6%	89.5%
Líderes religiosos	16.8%	0.9%	2.1%	18.9%	61.4%
Líderes de la comunidad	2.1%	0.4%	0.9%	23.5%	72.9%
Trabajadores/as de la salud	77.7%	10.8%	8.5%	2.0%	1.5%
Trabajadores/as sociales-consejeros	70.2%	13.0%	8.9%	4.0%	4.1%
Maestros y maestras	4.7%	0.2%	0.2%	14.0%	81.0%
Funcionarios gubernamentales	2.5%	0.0%	0.2%	10.3%	87.0%
Los medios de comunicación	3.3%	0.5%	0.3%	8.7%	87.1%

Compartir el estado VIH y Confidencialidad

Un 91% de los y las entrevistados nunca sintieron presión por parte de otras personas que viven con VIH para revelar su estatus. En la categoría “por parte de otras personas que no viven con VIH” el porcentaje se hace menor con un 86%. Un 13% reporta que algún profesional de la salud ha revelado el estatus VIH de los y las entrevistadas.

Un 57% de los y las participantes consideran que sus expedientes clínicos se encuentran seguros al ser confidenciales. Un 35% considera que no está seguro de que sus expedientes se mantengan confidenciales y un 7% esta convencido de que sus expedientes no son confidenciales.

¿Con qué frecuencia sintió presión de otras personas que viven con VIH o de grupos/redes de personas que viven con VIH para decir a otros que usted vive con VIH?

Frecuentemente	1.7%
Unas cuantas veces	3.4%
Una vez	3.9%
Nunca	91.0%

¿Con qué frecuencia sintió presión de otras personas que no viven con VIH para decir a otros que usted vive con VIH?

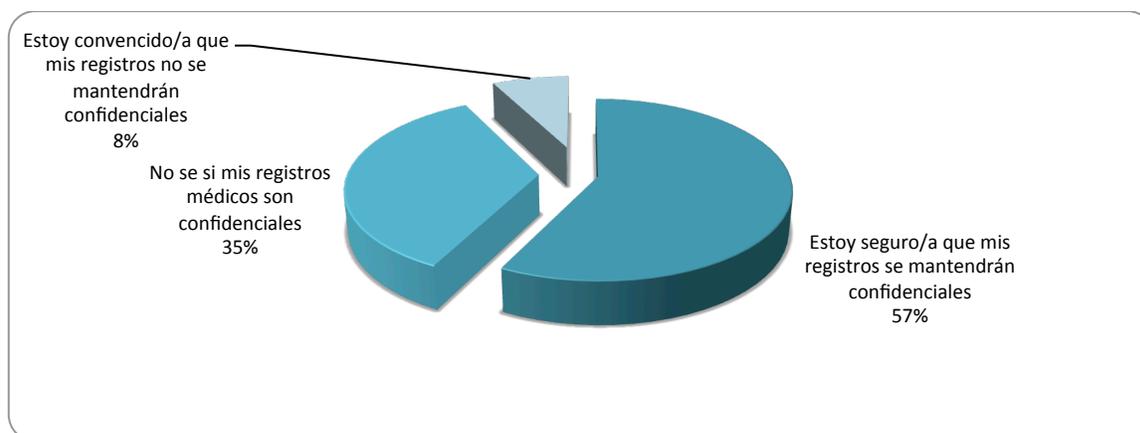
Frecuentemente	3.2%
Unas cuantas veces	5.9%
Una vez	5.2%
Nunca	85.7%

Algún profesional de la salud alguna vez ha dicho a otras personas que usted vive con VIH, sin su consentimiento?

SÍ	13.2%
NO	68.0%
NO ESTOY SEGURO	18.8%

¿Qué tan confidenciales considera usted que sean los registros médicos relacionados con su condición de VIH?

Estoy seguro/a que mis registros se mantendrán confidenciales	57.4%
No se si mis registros médicos son confidenciales	35.0%
Estoy convencido/a que mis registros no se mantendrán confidenciales	7.6%



¿Cómo describiría las reacciones de estas personas cuando se enteraron por primera vez de su condición de VIH?

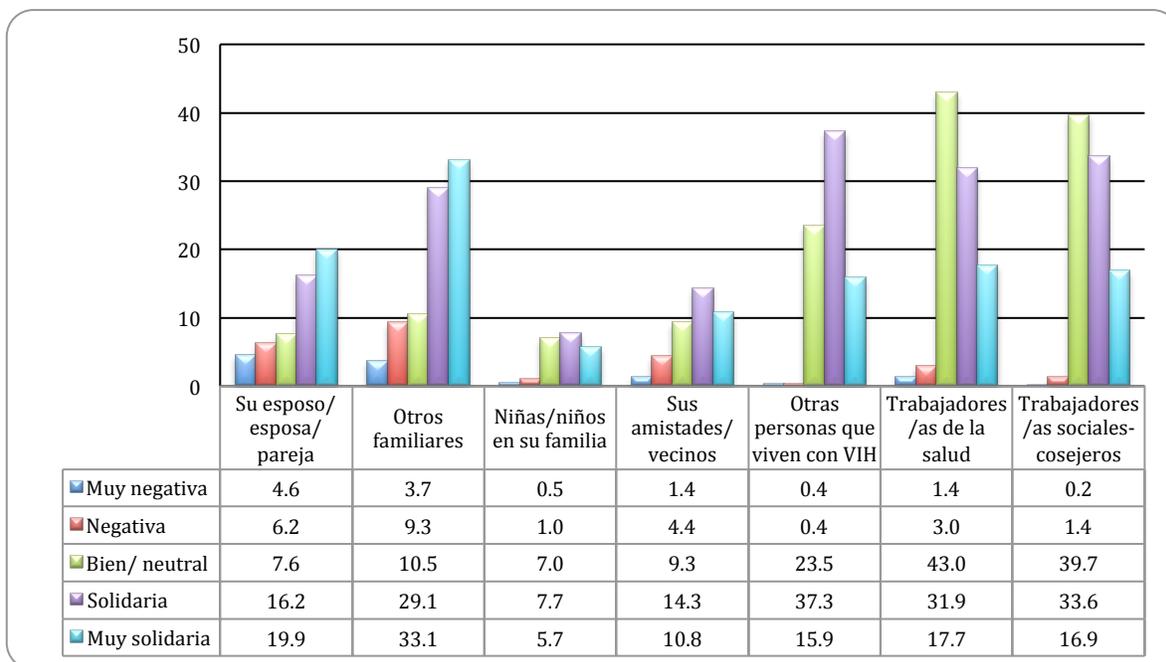
En la siguiente tabla se presentan información sobre como calificaron los y las entrevistadas las reacciones de diferentes personas cercanas al círculo social. Estas calificaciones van de “muy negativa”, “negativa”, “bien, natural”, “solidaria” a muy “solidaria”.

La categoría “muy negativa” en general y en todos los tipos de personas cercanas presenta valores menores a un punto porcentual; la excepción es los esposos/esposas/pareja que tienen un 4.6%, les siguen otros familiares con 3.7%. Amistades y vecinos con 1.4%. En la categoría “negativa” se observa el mismo patrón, pero con porcentajes más altos: esposo/esposa/pareja 6.2%, familiares 9.3%, amistades 4.4%. En la categoría “bien/neutral” el porcentaje más alto lo alcanzan trabajadores de la salud y consejeros con 43% y 39% respectivamente, seguido de otras personas que viven con VIH con un 23.5%, los familiares con 10.5%. En la categoría “solidaria” el mayor porcentaje lo tienen otras personas con VIH con un 37%, le siguen trabajadores de la salud y consejeros con 31% y 33%. Los familiares con alcanzan hasta un 29%. En la categoría muy solidaria el mayor porcentaje lo tienen otros familiares con 33% seguidos de esposo/esposa y pareja con 20%, porcentajes similares alcanzan trabajadores de la salud, consejeros y otras personas con VIH con valores entre 15% y 17%.

Cabe destacar que en esta categoría los líderes religiosos alcanzaron un 7%. Las categorías medios de comunicación, funcionarios gubernamentales, maestros/maestras, líderes de la comunidad y compañeros en el uso de drogas inyectables no alcanzaron cifras significativas.

En el gráfico de barras esta descripción se puede apreciar más claramente.

	Muy Negativa	Negativa	Bien/Natural	Solidaria	Muy solidaria	No aplica
Su esposo/esposa/pareja	4.6%	6.2%	7.6%	16.2%	19.9%	44.8%
Otros familiares	3.7%	9.3%	10.5%	29.1%	33.1%	14.2%
Niñas/niños en su familia	0.5%	1.0%	7.0%	7.7%	5.7%	78.0%
Sus amistades/vecinos	1.4%	4.4%	9.3%	14.3%	10.8%	59.9%
Otras personas que viven con VIH	0.4%	0.4%	23.5%	37.3%	15.9%	22.3%
Personas con quienes trabaja	1.0%	1.1%	4.1%	6.6%	4.0%	83.2%
Su empleador	0.5%	0.9%	2.6%	5.0%	3.3%	87.5%
Su clientela	0.4%	0.3%	1.0%	1.0%	1.3%	96.1%
Compañero/a de drogas inyectables	0.3%	0.4%	2.7%	2.4%	0.2%	93.9%
Líderes religiosos	0.9%	0.5%	5.5%	5.6%	7.3%	80.2%
Líderes de la comunidad	0.1%	0.5%	0.9%	1.3%	0.8%	96.5%
Trabajadores/as de la salud	1.4%	3.0%	43.0%	31.9%	17.7%	3.4%
Trabajadores/as sociales-consejeros	0.2%	1.4%	39.7%	33.6%	16.9%	8.1%
Maestros y maestras	0.2%	0.3%	1.7%	1.7%	1.3%	94.7%
Funcionarios gubernamentales	0.1%	0.4%	0.6%	1.1%	0.3%	97.3%
Los medios de comunicación	0.4%	0.1%	1.4%	1.6%	0.6%	95.8%



Un 75% encontró que compartir con otras personas su condición VIH fue una experiencia empoderadora.

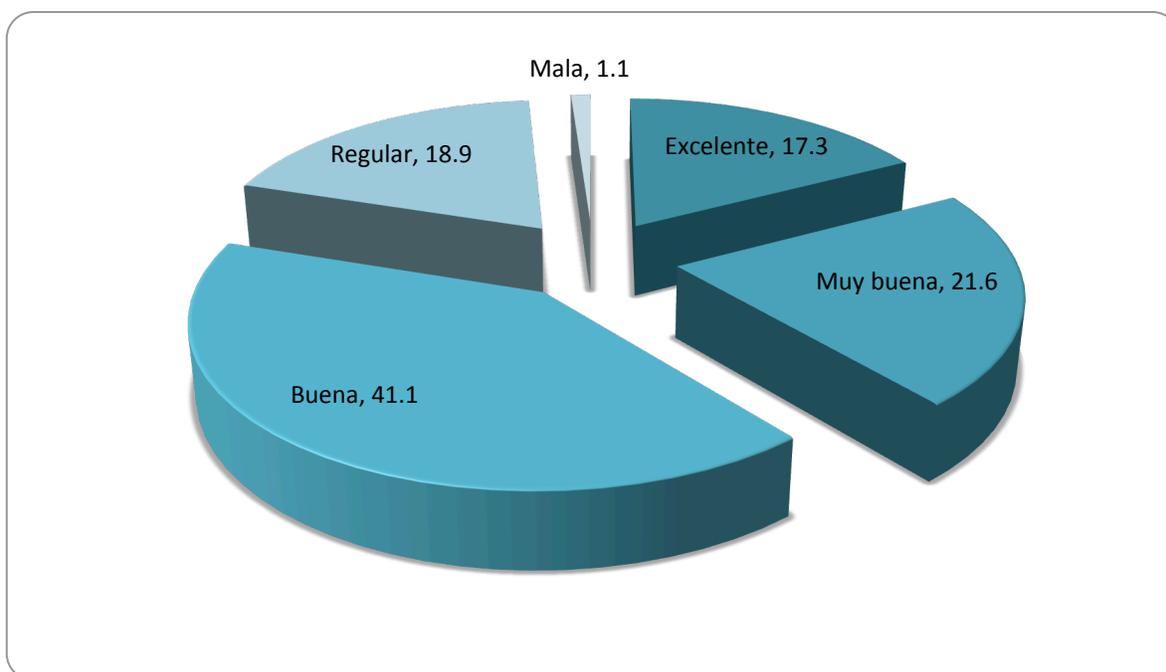
Tratamiento

¿En términos generales cómo describiría usted su salud en este momento?

El 41% de los y las participantes manifestaron tener una buena salud en el momento de la entrevista. El 21% manifestó tener una muy buena salud mientras que el 17% la catalogó como excelente. Un 18% la calificó como regular y sólo un 1% como mala. Los varones alcanzaron el valor más alto en salud excelente con un 20%. Las personas transgénero manifestaron tener muy buena salud en mayor porcentaje (27%) al igual que en la categoría muy buena (42%). Las mujeres describieron mayoritariamente su salud como regular (25%) y mala (2%).

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Excelente	17.3%	20.9%	13.1%	14.3%
Muy buena	21.6%	22.1%	18.3%	27.1%
Buena	41.1%	40.5%	41.7%	42.1%
Regular	18.9%	15.7%	25.0%	16.4%
Mala	1.1%	0.8%	1.9%	0.0%
Total	931	479	312	140

¿En términos generales cómo describiría usted su salud en este momento?



Un 86% de los y las participantes al momento de la entrevista estaban tomando medicamentos antirretrovirales, el porcentaje más alto de personas en tratamiento lo tuvieron las mujeres con un 90%. Un 98% de los y las encuestadas afirman que tienen acceso a medicamentos antirretrovirales. Un 30% actualmente está tomando algún medicamento para prevenir o tratar alguna infección oportunista. Estos porcentajes se mantienen similares por población.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Está usted tomando actualmente medicamento antirretrovirales	86.3%	83.9%	90.1%	85.7%
Tiene usted acceso a medicamentos antirretrovirales para combatir le infección por VIH	98.2%	97.9%	98.4%	98.6%
Está tomando actualmente algún medicamento para prevenir o tratar infecciones oportunistas	29.9%	30.1%	30.1%	28.6%

Un 83% de los y las participantes considera que tiene acceso a medicamentos para combatir infecciones oportunistas. Sólo 44% de los y las participantes manifestaron tener una discusión constructiva sobre sus opciones de tratamiento, un porcentaje similar alcanzó la pregunta sobre discusiones constructivas sobre salud sexual y reproductiva, relaciones sexuales, bienestar emocional y uso de drogas.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Tiene usted acceso a medicamentos para combatir infecciones oportunistas, aún si no los está tomando	82.9%	83.3%	80.1%	87.9%
Ha tenido usted una discusión constructiva con algún profesional de la salud sobre las opciones de tratamiento	43.7%	48.0%	41.3%	34.3%
Ha tenido usted una discusión constructiva con algún profesional de la salud sobre otros temas de SSR, relaciones sexuales, bienestar emocional, uso de drogas, etc.	44.1%	47.0%	44.2%	34.3%

Tener hijos

El 38% de los y las participantes manifestaron tener uno o más hijos, las mujeres con un mayor porcentaje (85%), seguida de los hombres con 18% y por último las personas transgénero con 3.6%. Del 18% de los hombres que manifestaron tener hijos el 15% sabe que uno o alguno de sus hijos es VIH positivo. Del 85% de las mujeres que manifestaron que tienen hijos, el 14% sabe que uno alguno de sus hijos VIH positivo. Un 30% de los participantes recibieron consejería sobre sus opciones reproductivas, con un 50% de las veces en mujeres y un 24% en hombres. A un 17.5% de los y las participantes se les aconsejo alguna vez después de su resultado VIH positivo no tener hijos, en las mujeres esto ocurrió en un 36% y en los hombres en un 9%, 3% en las personas transgénero. Al 4.6% de los participantes se le coaccionó por parte de un trabajador de la salud par ser esterilizado debido a su resultado VIH positivo, en el caso de las 312 mujeres participantes representó un 36.5%. Sólo 1% considera que su acceso a tratamiento antirretroviral esta condicionado al uso de ciertas formas de anticoncepción. En este caso Nuevamente el 1.9% de las mujeres participantes lo consideran así.

	Total	Masculino	Femenino	Transgénero
Tiene uno más hijos	38.3%	17.7%	85.6%	3.6%
En caso afirmativo, ¿Se sabe si alguno de esos hijos es VIH positivo?	14.3%	15.3%	14.2%	0%
¿Ha recibido consejería sobre sus opciones reproductivas, después de se le diagnosticó que era VIH positivo?	30.6%	24.%	50%	8.6%
¿Alguna ven una/un profesional de la salud le ha aconsejado no tener hijos, después que se le diagnosticó que era VIH positivo?	17.5%	9.4%	36.5%	2.9%
¿Alguna vez una/un profesional de la salud le ha coaccionado para esterilizarse dado que se le diagnosticó que era VIH positivo?	4.6%	0.2%	13.5%	0.0%
¿Está condicionada su capacidad de obtener tratamiento ARV al uso de ciertas formas de anticoncepción?	1%	0.4%	1.9%	0.7%

¿Ha sido forzada por una/un profesional de la salud en relación con alguna de las siguientes prácticas debido a su condición de VIH?

En esta sección a categoría “no aplica” corresponde a varones y personas transgénero, la cual representa un 60% de la muestra total. El 40% restante corresponde a participantes femeninas. Estas fueron quienes respondieron a las categorías SI y NO. Un 39% de las mujeres respondieron no haber sido forzadas por un profesional de la salud a terminar su embarazo (1% dijo que si). Un 34% manifestó que no fue forzada a elegir el método de dar a luz (6% dijo que si) y un 31% que no fue forzada a elegir el método de alimentar a su bebe (7% dijo que sí).

	SÍ	NO	NO APLICA	NR	TOTAL
Terminación del embarazo	1.0	39.4	59.3	0.3	100
Método de dar a luz	6.1	34.6	59.0	0.3	100
Prácticas para alimentar infantes	7.1	31.4	60.9	0.6	100

Prevención de la transmisión de la madre al hijo

Esta sección sólo se aplicó a las participantes femeninas (n-312).

Sólo a un 7.1% de las participantes se les ha administrado alguna vez tratamiento ARV para prevenir la transmisión de VIH de madre a hijo durante el embarazo. A un 15% se le negó el tratamiento. Un 5% no tuvo acceso a este tratamiento Un 23% no sabía que este tratamiento existiera. Un 49.4% no era positiva cuando estuvo embarazada. Un 0.6% no respondió. Al 7% de mujeres que recibieron el tratamiento (n-71) recibieron información sobre el embarazo y maternidad saludables como parte de los programas para prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo (93%)

Sí – Yo he recibido ese tratamiento	7.1
No – No sabía que ese tratamiento existiera	22.8
No – Se me negó ese tratamiento	15.4
No – No tuve acceso a ese tipo de tratamiento	4.8
No – Yo no era VIH positiva cuando estaba embarazada	49.4
NR	0.6
Total en número	312

8. Principales hallazgos por tema

A continuación se presentan los principales hallazgos por sección del Índice de Estigma, estos hallazgos se derivan de las discusiones que fueron llevadas a cabo por un grupo de entrevistadores a quienes se les presentaron los datos crudos provenientes del primer análisis de las bases de datos.

También participaron en el taller otros socios clave del proyecto (CENSIDA, CNDH y la CONAPRED). Estas discusiones representan un modelo de análisis de los resultados desde la perspectiva de las personas que viven con VIH que participaron en la implementación del Índice.

Datos demográficos y socioeconómicos de los y las participantes

En términos del rango de edad de los y las participantes, la muestra estuvo compuesta en más de un 50% de personas entre los 25-29 años (19%) y los 30-34 años (37%). En cuanto al estado civil un 44% se manifestó soltero o soltera al momento de la encuesta, y un 40% manifestaron estar casados o tener una relación aunque no compartieran la misma casa. Un 80% de los participantes viven en un poblado o ciudad grande (zona urbana). Un 19% de los y las participantes comparte su casa con una persona (2 habitantes en la misma vivienda). En contraste un 18% manifestó que vive en una vivienda compartida por 6 a 10 personas. Un 2% vive en un albergue.

Un 31% de los participantes masculinos (hombres gay, hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables) concluyeron estudios universitarios. En el caso de las mujeres un 41 concluyó la primaria y en el caso de las personas transgénero un 47% concluyó estudios de secundaria. La brecha de desigualdad en el acceso a la educación es muy evidente entre hombres y mujeres. Las personas transgénero también tienen bajos niveles educativos, pero aun siguen siendo superiores a los de las mujeres.

Un 31% de los hombres cuenta con empleo y un 22% está desempleado, en el caso de las mujeres quienes cuentan con empleo representan el 18% mientras que un 45% están desempleadas. Las personas transgénero que cuentan con empleo representan un 44% y quienes están desempleadas el 9%. Aun sin conocer la naturaleza del empleo, las personas transgénero parecen ser quienes tienen mejor acceso al trabajo. Es preocupante que un 45% de las mujeres manifiesten estar desempleadas. En el caso de los varones los niveles de empleo y desempleo se aprecian similares.

En cuanto a los ingresos anuales en Dólares Norteamericanos (USD) vemos que un 30% de los hombres alcanzan un ingreso de entre \$5,000 y \$9,000.00 USD, mientras que apenas un 7% tiene un ingreso mayor a los \$20,000 USD anuales. En el caso de las mujeres un 30% reportó ingreso de entre \$2,500 y \$5,000 USD anuales, sólo un 3% tuvo ingresos mayores a los \$20,000 USD. En el caso de las personas transgénero un 38% tuvo ingresos entre \$2,500 y \$5,000 USD anuales, mientras que un 4% tuvo ingresos mayores a \$20,000 USD. Estas cifras ponen de manifiesto que los hombres cuentan con un ingreso mayor, lo cual puede tener sentido si se comparan los ingresos de las diferentes poblaciones con su nivel educativo.

En términos de tiempo de vivir con VIH en el caso de los hombres un 36% tenía al momento de la entrevista entre 1-4 años y un 7% más de 15 años. Las mujeres reportaron que un 38% tiene entre

5 y 9 años de vivir con VIH y un 3% más de 15 años. Datos similares vemos en las personas transgénero quienes un 40% tienen entre 5 y 9 años y 3% más de 15 años.

Al analizar los grupos vulnerables a los que pertenecen cada grupo de población vemos que en el caso de los hombres un 64% se identificó así mismos como hombres que tienen sexo con hombres y un 49% como hombres gay, un 15% se identificó como usuario de drogas inyectables. En el caso de las mujeres apenas un 6% se identificó con la categoría “trabajadora sexual”. Las categorías “usuario de drogas inyectables”, “migrante” y “prisionero” tuvieron por igual un 2.5% de mujeres identificadas con tales categorías. En el caso de las personas transgénero el porcentaje más alto lo tuvo la categoría “persona transgénero” con un 98% seguido de la categoría “trabajadora sexual” con un 52%.

Un 93% de los y las entrevistadas afirmaron no tener ningún tipo de discapacidad física. Del 7% que respondió que si presentaban algún tipo de discapacidad un 52% dijo que ésta era física y un 35% visual.

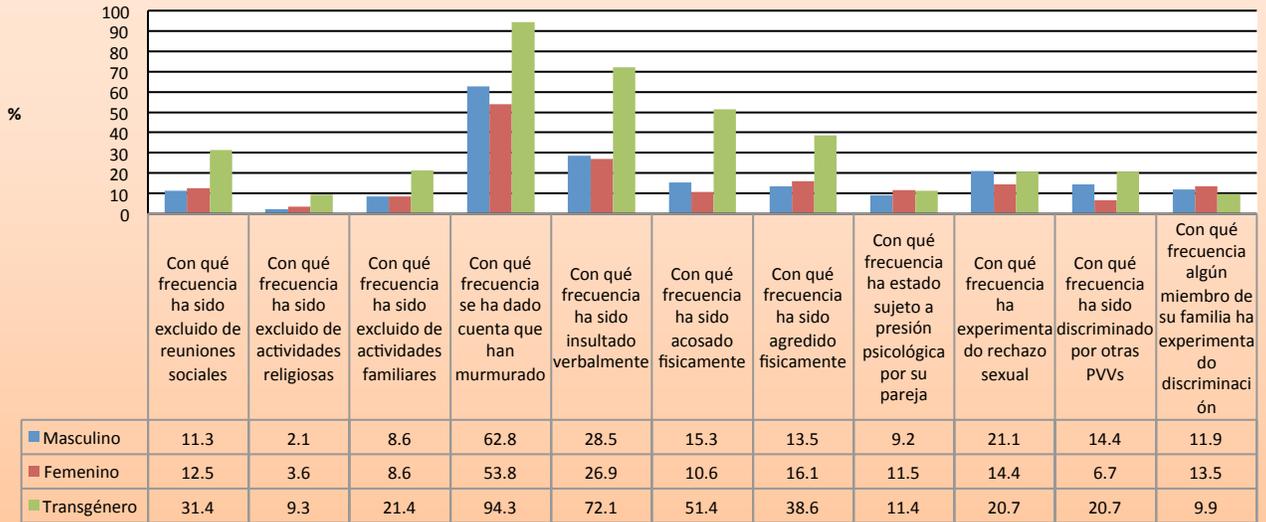
Estigma y discriminación en manos de otras personas

Como se observa en la gráfica 1 la categoría más robusta corresponde a las murmuraciones, con un 24.9%, seguido de insultos verbales con 16.2%, mientras que el la agresión física y el rechazo sexual tiene el 9.6% y el acoso físico representa el 9.4%. La exclusión de reuniones familiares tiene el 7.4%, mientras que la discriminación por otras personas con VIH el 6.9%. La discriminación en la familia tiene un 5.7% y la exclusión de actividades familiares un 4%. La presión y manipulación por parte de la pareja represente un 4.6%. Finalmente la exclusión de actividades religiosas presenta un 1.8%.

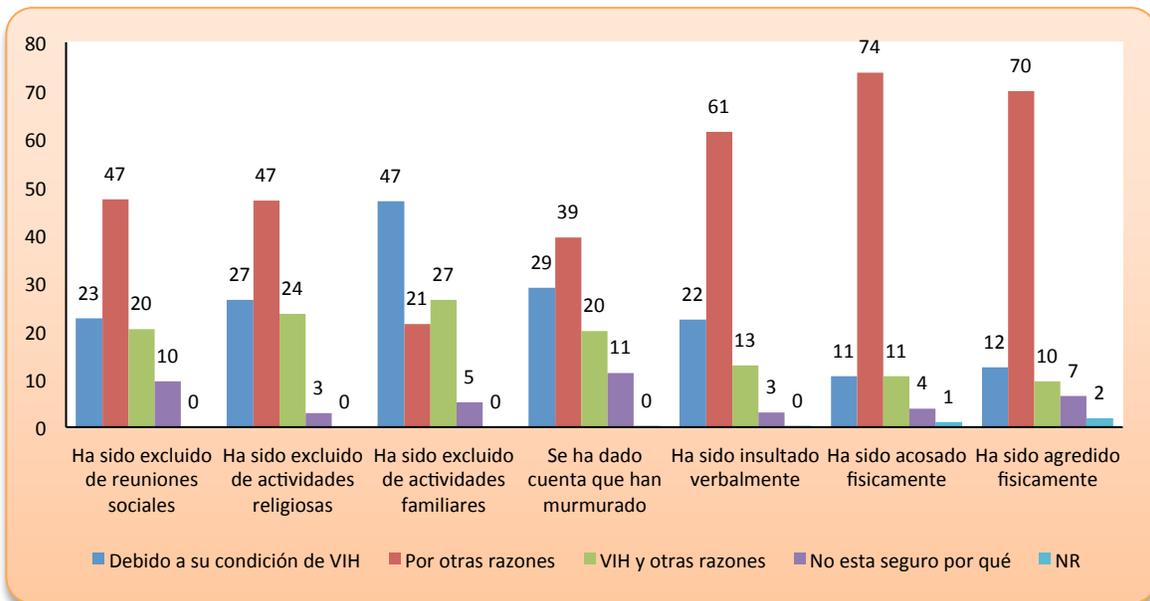
Un aspecto que llama la atención es que al comparar los porcentajes de discriminación por las categorías relacionadas con las razones por las que las personas fueron discriminadas (gráfica 2) se observa que la categoría “por otras razones es particularmente elevada en las poblaciones masculinas y de personas transgénero. Sin embargo en la categoría “por VIH” las mujeres presentan índices mucho más elevados. Otro grupo que llama la atención es el de los usuarios de drogas inyectables, quienes

En esta tendencia la excepción la podemos encontrar en la categoría “actividades familiares” donde la razón de la discriminación es “por VIH”. En la categoría “por VIH y otras razones” también encontramos porcentajes significativos, lo cual hace pensar que de igual forma estas respuestas están asociadas al VIH más el estigma pre existente relacionado con otras conductas socialmente rechazadas como la orientación sexual, el trabajo sexual, el uso de drogas o la identidad de género.

Gráfica 1 - Estigma en manos de otras personas



Distribución de estigma y discriminación según la razón



Acceso a trabajo, servicios de salud y educación

Un 18% de los y las participantes se han visto obligados a cambiar el lugar de residencia o han tenido dificultades para rentar una vivienda. De este porcentaje quienes se vieron obligadas a cambiar de residencia más frecuentemente fueron las personas transgénero.

En un 22% de los y las participantes, la condición de vivir con VIH ha sido la principal causa de la pérdida del trabajo. De este porcentaje un 53% manifestaron que esto se debió a “otras razones” un 24% que fue debido al VIH y un 20% lo atribuyeron al VIH y a otras razones. En este mismo porcentaje 43% piensa que la razón por la cual perdieron su trabajo fue debido a su mala salud, un 23% piensa que fue por discriminación, y un 15% piensa que fue debido a discriminación y mala salud. Un 5.5% del total de la muestra piensa que se les ha negado la oportunidad de acceder a empleo debido a su condición VIH. En tanto que un 11% ha cambiado la naturaleza de su trabajo. Dentro este porcentaje un 40% afirma que se debió a su mala salud, un 25% que fue debido a discriminación.

En términos de acceso a la educación sólo un 0.7% afirma haber sido discriminado en alguna institución educativa. Un gran porcentaje de la muestra no aplicaba para esta categoría de análisis (62%).

En cuanto a la negación de servicios de salud 8.6% afirma que al menos una vez se le han negado servicios, a un 4.3% se les han negado unas cuantas veces. Al 84% nunca se le han negado servicios de salud. A un 2% de los y las participantes se les han negado servicios de planificación familiar

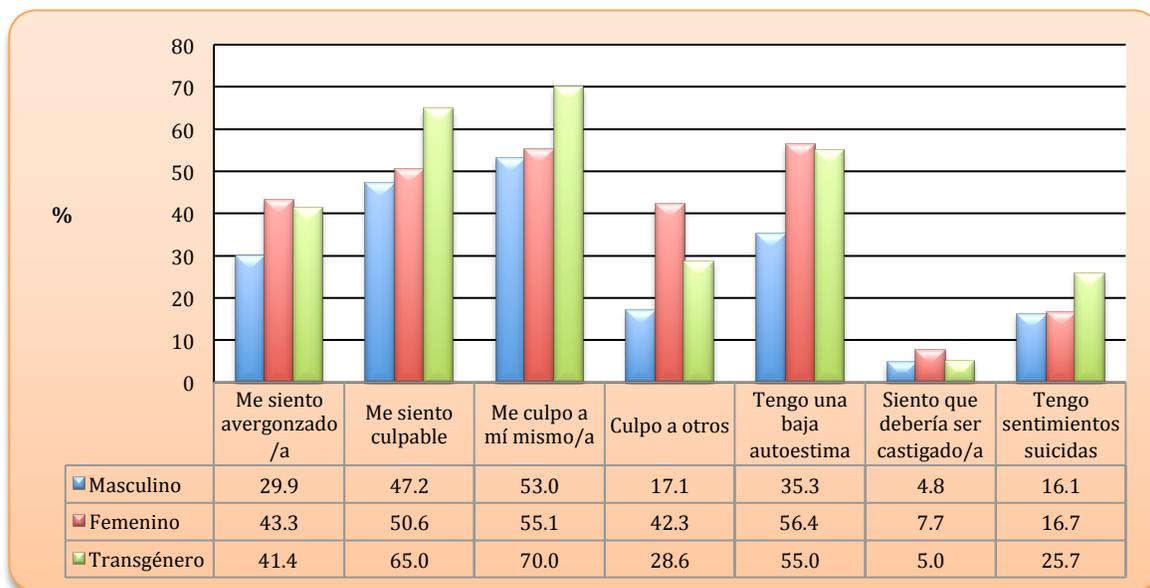
Estigma interno y temores

En términos de estigma interno, el sentimiento con mayor porcentaje corresponde a la categoría “me culpo a mi mismo” con un 56%. Seguido de las categorías “me siento culpable” y “tengo una baja autoestima” con 51% y 45% respectivamente. Un 36% se siente avergonzado y un 27% culpa a otras personas. Un 18% tiene sentimientos suicidas y un 6% siente que debería ser castigado o castigada. Las mujeres y las transgénero se sienten más avergonzadas (43% y 41%) que los hombres (30%) Las transgénero se siente más culpables (65%) que las mujeres y los hombres (50% y 47%). Situación similar se observa en la categoría “me culpo a mi misma” donde las transgénero tienen un 70% y las mujeres 55% y los hombres 53%. Las mujeres tienen un mayor porcentaje al culpar a otros con un 42% en comparación con el 25% de las transgénero y el 17% de los hombres. Las mujeres y las transgénero tienen un porcentaje mayor de baja auto estima con 56% y 55% respectivamente, mientras que los hombres un 35%. Las mujeres tienen un mayor porcentaje en la categoría “siento que debería ser castigada” con un 8% en comparación con el 5% de hombres y transgénero. Finalmente, las personas transgénero presentan un mayor porcentaje de sentimientos suicidas con un 26% en comparación con el 16% de hombres y mujeres. En la gráfica con barras se muestran los mismos valores expresados en porcentaje.

Como puede observarse en la gráfica 3, tanto las mujeres como las personas transgénero fueron los grupos que presentaron mayores porcentajes de sentimientos de vergüenza, culpa, baja autoestima y tendencias suicidas. Los hombres presentaron porcentajes más baja de dichos sentimientos. El vivir con VIH en los tres grupos presenta una recurrencia de culpa, vergüenza y tendencias suicidas.

Por otro lado, más de la mitad de los entrevistados recibieron consejería pre y post prueba. Un porcentaje de más del 40% no recibió consejería de ningún tipo.

Gráfico 3 – Estigma interno



Derechos, Leyes y Políticas

Porcentajes considerables de los tres grupos dijeron haber oído hablar tanto la *Declaración de compromiso sobre VIH/sida*, como la *NOM-010* (63% y 68% respectivamente). Sin embargo solo un porcentaje no mayor del 30% manifestó haberlos leído.

Un 90% de los y las participantes reportaron no haber experimentado ningún tipo de violación a sus derechos humanos, un 4% afirmó que se le negó algún tipo de procedimiento clínico y un 3% que esto ocurrió al solicitar algún tipo de seguro de vida o salud. Del 10% que experimentó violaciones a sus derechos 22% buscó la reparación del daño. Entre quienes no lo buscaron, destaca que un 25% respondió que esto se debió a que no tiene confianza en los sistemas de impartición de justicia, mientras que un 15% dijo no contar con recursos económicos para llevarlo a cabo. Otro 15% respondió que el procedimiento les parece demasiado burocrático.

Gestión del cambio

De los entrevistados más de la mitad ha recurrido a redes u organizaciones, el principal tipo de organizaciones a las que los y las participantes recurrieron son los grupos de apoyo a personas que viven con VIH (67%) y en segundo lugar a organizaciones no gubernamentales con servicio en VIH (47%).

Del total de la muestra 9% recurrió a algún tipo de apoyo, un 65% ofreció algún tipo de apoyo a otras personas que viven con VIH y un 23% pertenece de alguna forma a una organización no gubernamental.

El tema que los y las participantes consideraron más importante es promover una consciencia en el público en general ante el VIH (32%) y en segundo lugar promover los derechos de las personas que viven con VIH (22%).

Pruebas y diagnóstico

42% de los y las participantes se hicieron la prueba debido a presentar algún tipo de sintomatología relacionada con el VIH o el SIDA, mientras que un 20% lo hizo simplemente porque quería saberlo y un 15% lo hizo debido a que alguien de su círculo familiar tenía VIH.

El 74.4% se realizó la prueba por su propia decisión. Un 3.4% manifestó haber sido forzado a realizarse la prueba por alguien más. A un 9% se le hizo la prueba sin su consentimiento.

Un 40% recibió consejería pre y post prueba. Un 2% solo consejería pre prueba. Un 20% consejería post prueba. Un 37% no recibió ningún tipo de consejería durante la prueba.

Compartir el Estado VIH y confidencialidad

Las personas estuvieron más dispuestas a compartir su estatus VIH con miembros cercanos de su familia y trabajadores de la salud. Sin embargo en estas mismas categorías es más evidente que otras personas les dijeron el estatus VIH sin consentimiento de las y los entrevistados. En las categorías “alguien les dijo sin mi consentimiento” en “trabajadores de la salud” se observa hasta un 11%. Los empleadores, personas con quienes trabajan y clientela muestran los índices más altos de la categoría “no conocen mi condición”: 46%, 36% y 46% respectivamente.

También manifestaron confianza en la confidencialidad de los registros médicos (57%). Un 8% manifestó que esta seguro que sus registros médicos no están seguros.

En cuanto a las reacciones de otras personas al conocer el diagnóstico VIH positivo de los y las entrevistadas, el mayor porcentaje de actitudes muy negativas y negativas corresponde a esposos o parejas. Los trabajadores de la salud en general tuvieron una reacción buena o neutral. Quienes tuvieron un mayor porcentaje de actitud solidaria fueron otras personas que viven con VIH y la familiar con actitudes muy solidarias.

Compartir el diagnóstico para la mayoría de los entrevistados fue una experiencia liberadora.

Tratamiento

En términos generales, los entrevistados manifestaron contar con muy buena o buena salud (80%). Un 19% manifestaron tener una salud regular y sólo el 1% describieron su salud como mala.

Entre el 86% de los entrevistados están en tratamiento ARV. Un 98% piensa que el acceso a medicamentos ARV esta garantizado. El porcentaje de personas que piensa que el acceso a medicamento de infecciones oportunistas fue de 84%.

Las discusiones con profesionales de la salud sobre tema de tratamiento y salud sexual y reproductiva fue de 44%

Tener hijos

El 38% de los entrevistados son padres madres. De este segmento de la muestra 85% son mujeres. Del 38%, 14% sabe que su hijo o hijos viven con VIH.

A un 17% de los y las participantes se les aconsejó no tener o no tener más hijos. A un 4.6% se les coaccionó para ser esterilizados y a 1% se le condicionó el acceso a ARVs por uso de métodos anticonceptivos.

Del total de las 312 mujeres participantes en el Índice, a un 1% se les forzó a terminar el embarazo, un 6% no tuvo posibilidad de optar por el método de dar a luz. Un 7% no pudo elegir un el método de alimentación para su hijo o hija.

Sólo un 7% de las mujeres entrevistadas recibieron tratamiento ARV cuando estuvieron embarazadas, un 22% no sabía que existe la posibilidad de evitar la transmisión del VIH a su hijo con el uso de tratamiento ARV. A un 15% le fue negada la posibilidad de usar tratamiento ARV para prevenir la transmisión a su hijo.

9. Conclusiones y recomendaciones

Por tema

Estigma y discriminación en manos de otras personas

Debido a que el grupo que presentó más índice de discriminación fueron las personas transgénero (40%-92%), se recomienda generar procesos de aceptación a la población transgénero que vive con VIH. La población transgénero ostenta el estigma pre-existente relacionado con la identidad de género. La suma de este estigma más el estigma relacionado con el propio del VIH, genera una doble estigmatización y discriminación que debe ser atendida, a fin de disminuir los altos índices de discriminación experimentados por esta población.

Se observa que en manos de otras personas el estigma y la discriminación es mejor percibido en los ámbitos familiares y comunitarios, es necesario fortalecer las redes sociales de apoyo en el nivel comunitario familiar, a fin de mejorar la comprensión del VIH y sus consecuencias dentro de las familias y en la comunidad.

El rechazo sexual se muestra como el acto de exclusión más importante para los participantes en el índice. Se recomienda fortalecer la comprensión del riesgo de tener relaciones sexuales con personas VIH positivas, y promover modelos de parejas serodiscordantes que contribuyan a mejorar la aceptación y que contribuyan a promover un enfoque de relaciones basados en la co-responsabilidad. Evitar enfoques que pongan el énfasis en la responsabilidad de la transmisión en las personas que viven con VIH debe ser prioritario.

Acceso a servicios de salud, trabajo y educación

Las pocas oportunidades de trabajo para las mujeres que viven con VIH en comparación con las que gozan hombres y personas transgénero, representa una enorme brecha. Es necesario promover programas de apoyo social que contribuyan a mejorar la situación laboral de las mujeres.

Llama la atención que las razones de exclusión de servicios de salud y educación en personas que viven con VIH no están vinculados principalmente por el estatus VIH. En cambio, el género se presenta como el problema estructural más importante para evitar el acceso a servicios de salud de personas transgénero y mujeres, así como igualdad para el acceso a educación. Es necesario promover estrategias de apoyo social que garanticen el acceso a la educación equitativa para mujeres y personas transgénero, y promover entornos amigables para mujeres y personas transgénero en los servicios de salud.

Estigma interno y temores

Los sentimientos de vergüenza y culpa, junto con la baja auto estima y la ideación suicida fueron temas recurrentes e importantes para los 3 grupos de estudio. Es necesario fortalecer las estrategias de consejería post prueba para resultados reactivos, a fin de ayudar a las personas a liberarse de la carga de estos sentimientos desde el primer contacto con la noticia. La consejería continúa para explorar la presencia de estos sentimientos debe también fortalecerse.

El rol de los grupos de auto apoyo y otros espacios para la construcción de redes sociales de apoyo debe reconocerse y promoverse, especialmente en las etapas iniciales cuando las personas no son capaces de lidiar de manera asertiva con estos sentimientos.

Derechos, Leyes y políticas

A pesar de que los entrevistados y entrevistadas reportaron un porcentaje importante de conocimiento de documentos clave relacionados con las políticas y el marco normativo en materia de VIH, al observar que la mayoría desconoce sus derechos como persona que vive con VIH, no encontramos coherencia en estos segmentos de información complementarias.

Lo que si es muy evidente es el grado de procesos de denuncia interpuestos (22%), el cual es muy bajo. Es necesario reforzar la cultura de conocimiento de los derechos humanos y apoyar a las personas a documentar las violaciones.

Por otra parte, el sistema jurídico mexicano, desde la perspectiva de los entrevistados presenta graves vacíos, ya que las principales causas reportadas para evitar denunciar son la desconfianza en el resultado del proceso y el proceso mismo, el cual califican de “muy” burocrático. Es necesario establecer una agenda de las personas que viven con VIH en materia legislativa que contribuya a mejorar el conocimiento de los derechos y promueva una mayor denuncia, al mismo tiempo que es necesario un mejoramiento de los servicios legales, a fin de ganar la confianza en el sistema de justicia.

Gestión del cambio

Del universo de los y las entrevistadas, más de la mitad ha recurrido a redes u organizaciones de la sociedad civil. De estas, principalmente grupos de apoyo a PVVs. El grupo de auto apoyo parece ser el modelo de organización más importante para las personas con VIH, es importante fortalecer estos espacios y apoyarlos en el desarrollo de sus programas y actividades. Una estrategia de fortalecimiento institucional que reconozca su rol y contribuya a mejorar su desempeño sería de gran importancia.

Por otra parte, la participación en acciones encaminadas para influir en decisiones y de incidencia política para generar cambios respecto a la respuesta gubernamental VIH, es muy baja. Es necesario mejorar las estrategias de incidencia política en temas que afectan la salud y el entorno social, económico y político de las personas que viven con VIH.

Pruebas y diagnóstico

Los datos del Índice refuerzan el hecho del diagnóstico tardío. La mayoría de las personas conocieron su estatus VIH debido a una infección oportunista o sintomatología asociada al VIH. Es necesario promover el diagnóstico temprano de las personas que viven con VIH. Este hecho se vuelve particularmente importante en el contexto de las nuevas tendencias relacionadas con la terapia como tratamiento. Mantener a las personas que viven con VIH en tratamiento ARV cuando lo requieran de acuerdo a la normatividad mundial, contribuirá a disminuir el estigma y discriminación asociados con la idea de que las personas que viven con VIH son “vectores” y responsables de las nuevas infecciones.

Continuar con un panorama de diagnóstico tardío tendría implicaciones importantes en la salud pública, al perder la oportunidad de evitar nuevas infecciones. Estos aspectos están estrechamente vinculados con los enfoques de Salud, Dignidad y Prevención Positiva, el cual otorga una igual importancia a la promoción de la salud general de las personas con VIH, un marco de derechos humanos que garantice una vida digna y la posibilidad de que las personas que viven con VIH jueguen un rol importante en los esfuerzos de prevención de nuevas infecciones del VIH, así como el retraso de su progresión a sida.

Nuevamente la consejería se muestra como el eslabón débil en las estrategias de vinculación de la atención con la prevención. Para las personas con VIH una consejería de calidad representa la oportunidad de acercar a las personas con VIH a los servicios de salud y garantizar que accedan al tratamiento ARV de manera oportuna, lo cual tendrá un impacto relevante para su salud; y también ayudará al cambio de comportamiento sexual que permita un enfoque basado en la corresponsabilidad para evitar nuevas infecciones.

Compartir el Estatus VIH y confidencialidad

En general, las y los entrevistados manifestaron capacidad para compartir del estatus VIH sin presión y por voluntad propia. Esto se refuerza al observar que esta práctica representa una experiencia liberadora. También destaca que la percepción sobre la seguridad de la confidencialidad de sus expedientes clínicos es óptima.

Se sugiere fortalecer las estrategias que ayuden a las personas con VIH a compartir su estatus VIH y a liberarse del peso del secretismo. Esta debe ser una práctica óptima que debe ser documentada y promovida. También es recomendable conocer las causas que generan niveles de seguridad en la confidencialidad de la información por parte de los servicios de salud.

Tratamiento

Pese a que en términos generales, la salud de los entrevistados es buena y que el 97% de los entrevistados están bajo algún esquema de tratamiento ARV o tiene acceso a él, el acceso a medicamentos para infecciones oportunistas es menor a este porcentaje. Es necesario mejorar el acceso a medicamentos para infecciones oportunistas.

Por otra parte, garantizar el acceso al tratamiento ARV requiere de una estrategia de sustentabilidad que garantice que esta situación se mantenga e incluso mejore hasta alcanzar el 100%. La voluntad política para garantizar el acceso a tratamientos (sin debilidades en los sistemas de abasto y suministro de los ARVs, otros medicamentos clave y las pruebas de laboratorio necesarias) debe ser un punto fundamental dentro de la agenda política de las personas que viven con VIH.

Por otro lado, llama la atención que el nivel de diálogo con prestadores de servicios de salud sobre salud sexual y reproductiva, así como discusiones sobre opciones de tratamiento, no son percibidas por los entrevistados como importantes (50% reporta haberlas tenido). Es importante mejorar la relación médico-usuario a fin de mejorar la calidad de las citas médicas.

Tener Hijos

La falta de vinculación de los servicios de salud sexual y reproductiva con los servicios de VIH se presenta como un problema importante para la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con VIH, en particular para las mujeres que viven con VIH. Menos del 40% de los entrevistados son o han sido madres o padres. Los niveles de conocimiento sobre embarazo sin riesgo, los métodos de dar a luz y la alimentación a infantes lactantes, pone de manifiesto que los proveedores de servicios de salud no están proporcionando información clave que ayude a las personas a tomar decisiones asertivas vinculadas con su salud sexual y sus derechos reproductivos. Llama la atención que apenas un 7% de las mujeres entrevistadas tuvo acceso al tratamiento ARV para evitar la transmisión vertical.

La vinculación de la salud sexual y los derechos reproductivos dentro de los programas y servicios de VIH en México debe ser un tema prioritario, a fin de garantizar la salud materno infantil de las mujeres que viven con VIH.

5 Conclusiones y recomendaciones clave

1. El estigma es experimentado más intensamente con base en el género: mujeres y personas transgénero enfrentan mayores retos. El género es un aspecto estructural que debe ser abordado como eje transversal en programas y políticas públicas relacionadas con el VIH.
2. Aspectos estructurales como pobreza, educación, trabajo y vivienda afectan más a mujeres que a hombres y a personas transgénero. Es necesario promover programas de apoyo social para enfrentar las desigualdades estructurales que ostentan las personas con VIH, especialmente mujeres y personas transgénero.
3. Los servicios de consejería no demuestran hacer una diferencia importante en la forma en que las personas enfrentan estigma. La consejería post prueba en resultados reactivos debe ser estructurada de manera eficiente y se deben formar a consejeros bajo un esquema de consejería continua para personas con VIH estandarizados y certificados, a fin de garantizar la calidad de los servicios de consejería y su impacto en la vida de las personas con VIH, especialmente en las capacidades para enfrentar estigma y discriminación.
4. Los servicios de salud sexual y reproductiva deben estar vinculados con los de VIH, de tal forma que contribuyan a mejorar las opciones reproductivas y de planificación familiar de las personas que viven con VIH, con énfasis en las mujeres. Para los hombres que viven con VIH esto es particularmente importante para atender su salud sexual en el contexto de las infecciones de transmisión sexual.
5. El diagnóstico temprano y el acceso a terapia ARV oportuna es una oportunidad para que las personas que viven con VIH contribuyan a disminuir nuevas infecciones de VIH y a disminuir infecciones de transmisión sexual.

10. Servicios de salud vinculados con el VIH libres del estigma

Objetivo del Estudio

Desarrollar información que contribuya en la promoción de los servicios de salud libres del estigma para las personas que viven con el VIH en México con base en los hallazgos recogidos por el Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH.

Metodología

El presente estudio tuvo como marco de referencia una selección de resultados clave derivados del Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH realizado en México en 2010 por la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA. En 2010.

Se realizaron dos grupos focales, uno de ellos conformado por personas que viven con VIH que participaron como entrevistados durante el proceso de investigación del Índice de Estigma de Personas que Viven con VIH.

El grupo focal estuvo compuesto de 7 persona, todas ellas de género masculino, con residencia en la Ciudad de México, usuarios de los servicios de salud que se ofrecen en la Clínica Especializada Condesa (centro de salud especializado en la atención del VIH y las ITSs de la Ciudad de México), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas “Salvador Zubirán” (INNCSMZ). Otro grupo focal se conformó con prestadores de servicios de salud: un médico, una enfermera y una trabajadora social. Todos ellos adscritos a la Clínica Especializada Condesa.

Las personas con VIH fueron invitadas a participar, a través del investigador comunitario encargado de hacer las entrevistas del Índice de Estigma en la Ciudad de México y para el reclutamiento se usó la lista de contactos producida durante el proceso del Índice. Los trabajadores de los servicios de salud, fueron invitados de manera directa en la Clínica Condesa.

La guía de preguntas fue estructurada de acuerdo a los siguientes temas:

- Estado de Salud (con diferentes preguntas para PVVS y trabajadores de la salud)
- Medicamentos
- Obstáculos para el acceso a tratamiento
- Experiencias con la prueba
- Confidencialidad y divulgación de información en servicios de salud
- Consejería y atención relacionada con la Salud Mental
- Embarazo y parto

Las preguntas correspondientes a cada tema, fueron precedidas por una breve introducción que ofrecía a los participantes información clave derivada de los hallazgos del Índice.

Al inicio de cada sesión se presentaba también información clave sobre resultados generales del Índice, a fin de generar un marco de referencia.

Antecedentes vinculados con los resultados del Índice de Estigma en México

En México 931 personas completaron el cuestionario del Índice de Estigma. De estos el 51% (n = 479) hombres, 34% (n = 312) mujeres y el 15% (n = 140) personas transgéneros.

A fin de realizar un informe que diera seguimiento al estudio, se identificaron una serie de perspectivas derivadas del él, con el propósito de realizar un análisis adicional sobre su posible impacto en el bienestar, la salud, aspectos psicológicos y la salud mental. Estos fueron:

456 individuos (49% de la muestra) fueron diagnosticados en los últimos 5 años, 254 (56%) fueron hombres y 144 (32%) mujeres, un 13% (n = 58) fueron personas transgénero. 199 participantes (21% de la muestra) eran menores de 30 años, también diagnosticados en los últimos 5 años. Estos datos nos ofrecen una idea de las prácticas actuales en el diagnóstico y la consejería.

De los 430 hombres (46% de toda la muestra), 191 (44% de los hombres) se identifican como gays, mientras que 120 (28%) se identificaron como hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Dentro de este grupo 234 (54%) fueron diagnosticados en los últimos 5 años. Estos datos nos ofrecen una perspectiva sobre las prácticas en la consejería y el diagnóstico dirigidos a hombres gay y HSH; adicionalmente los datos nos dicen que 196 de ellos (46%) llevan viviendo con el VIH cinco años o más, esta información nos ofrece una perspectiva sobre el tratamiento a largo plazo y la consejería.

108 personas (12%) del total de la muestra tienen sólo estudios primarios y al momento del levantamiento de la información se encontraban sin trabajo. Un total de 72 entrevistados y entrevistadas (8%) tienen estudios universitarios o profesionales y tienen un trabajo estable de tiempo completo o parcial. Esta información nos ayuda a comprender el Estatus Socio Económico (ESE) de la muestra. Estos dos grupos nos ofrecen una perspectiva de las experiencias de los individuos con mayores recursos en comparación con los más pobres. Una tendencia importante dentro de este grupo es el género, ya que el 75% (n = 81) de nivel socioeconómico más bajo está compuesto por mujeres, mientras que el 83% (n = 60) de los hombres presentan el ESE más alto. Otro dato interesante relacionado con bajo ESE lo conforma el universo de 55 individuos (51%) quienes al momento de ser entrevistados vivían con su pareja, en comparación con el 57% (n = 41) del grupo con alto ESE que son solteros o solteras.

265 personas son menores de 30 años de edad (29% de la muestra), de este universo 133 son hombres, 83 son mujeres y 49 son personas transgénero. 347 de los individuos (37%) tienen entre 30-39 años de edad. (180 hombres, 111 mujeres, 56 personas transgénero). 317 (34%) individuos reportan más de 40 años de edad (164 hombres, 118 mujeres, personas transgénero 165).

Resultados

Estado de salud

En México, 80% de los encuestados indicaron que su estado de salud era excelente en el momento de la encuesta. Dentro de este universo de personas con buena salud, dos grupos destacan por mostrar individuos con una proporción considerablemente menor: mujeres 27% (n = 84) y el 35% (n = 38) de individuos clasificados con de bajo nivel socioeconómico. Estos grupos reportaron tener salud regular o mala. Al comparar los grupos con niveles socioeconómicos más bajos y más altos, observamos que sólo el 13% (n = 14) de aquellos con nivel socioeconómico bajo informaron contar con un excelente estado de salud, en comparación con el 33% (n = 24) de los que reportan un nivel socio económico alto.

Preguntas abiertas al grupo de personas que viven con VIH

¿Cómo te sientes acerca de su salud en general?

“Mi Salud es buena. Yo creo que el acceso a los antirretrovirales me hace pensar que en México estamos entre los menos peores en ese aspecto”.

“Casi excelente, porque tengo problemas con los efectos secundarios de los medicamentos: Insomnios, diarreas básicamente. Una situación que a mí se me hace muy importante que afecta que mi salud esté bien, es por ejemplo cuando tienes que laborar todo el día, a veces eso te impide ir a consulta, porque puedes tener problemas en el trabajo, pero también problemas con el médico por no poder ir por el medicamento. Conozco personas que han dejado de ir dos o tres meses por su medicamento porque no tienen a alguien que vaya por su medicamento ó no le dan facilidades para ir por su medicamento”.

“Bueno, no excelente, pero bueno, me haría falta una mayor atención médica para decir que es excelente”.

“Estoy bajo de peso. Tengo un problema de pérdida de peso. Sobre lo que se acaba de decir del trabajo, yo agregaría que también tiene que ver con el hecho de ser gay, y si eres gay, no vales”.

“Yo me siento bien”.

“Considero que tengo una buena salud”

“Me siento sensacional”

¿Ha habido algún cambio en su salud luego de visitar un centro de salud?

“Yo creo que mi estado de salud tiene que con lo que yo hago por mí mismo y no por el lugar donde me atiendo. Porque el servicio médico no es muy bueno”

“En mi experiencia ha habido mal diagnóstico de mi situación este año, por eso mi salud no puede mejorar”

“En mi caso, tampoco creo que haya habido un cambio. Yo también he tenido mala atención médica. A veces, incluso he tenido que asumir por mi cuenta médicos o estudios”

“Yo creo que en general todos hemos tenidos malas experiencias con los servicios de salud”

“Para mí la diferencia la hace el hecho de que yo combino dos servicios: IMSS y Nutrición, entonces lo que no te da uno te lo da el otro, además en el IMSS siento que hay mucho maltrato, te dan las citas atrasadas y los médicos no te atienden como deberían”

“Yo también me atiendo en Nutrición y en el Seguro Social (IMSS). En Nutrición desde que llegué la atención me pareció maravillosa. Mientras que en el Seguro Social es donde recibo el medicamento”

“Yo me siento muy contento, muy augusto, nunca ha tenido problemas”

Preguntas abiertas a trabajadores de los servicios de salud (TS)

¿La información anterior te sorprende?

“En el aspecto sobre gente joven sí, porque hay mucha información relacionada con la prevención. Yo creo que ese problema también tiene que ver con la base de nuestra familia, porque nosotros como padres no hablamos con nuestros hijos y nosotros mismo no estamos informados y no hacemos la prevención desde casa”.

“Yo creo que la información está, pero no está del todo. El problema es que la prevención no está bien dirigida, por ejemplo en Condesa no se hace trabajo de prevención. Si la gente joven se está infectando es porque no está recibiendo la prevención adecuada. Hay una carencia en el trabajo de consejería”.

“De hecho por falta de la consejería de calidad, se están yendo las personas del servicio. Antes en Condesa no se iba nadie”.

“A mí también me sorprenden los resultados que nos comentaste, lamentablemente creo que hay una carencia de la información y un desconocimiento de cómo usar el condón para prevenir no sólo VIH, sino también ITS”.

“Además de la ausencia de consejería, en el caso de Condesa, creo que si no hay una consejería adecuada, pero también la clínica ya no se da abasto, cada vez en más y más gente, y por eso la clínica ya no puede atender como debería”.

¿Creen ustedes que las PVVS tienen experiencias positivas en los centros de salud de México?

“Yo lo que creo es que hay un mal trato con algunos de los que están en los centros de salud, nosotros lo vemos con algunos compañeros, a veces los amenazan con ya no darles los servicios de salud”.

Medicamentos

86% de los encuestados estaban tomando medicación antirretroviral al momento de la entrevista. 30% (n = 278) se encuentran en medicación para tratar o prevenir las infecciones oportunistas (IO).

Casi todos (98%) indicaron que tenían acceso al tratamiento antirretroviral. En tanto que 159 personas (17%) indicaron que no tenían acceso o no sabían si tenían acceso a los medicamentos para IO. Llamam la atención los resultados en ciertos grupos donde se pudieron encontrar datos con números considerablemente mayores de personas sin acceso o conocimiento sobre el acceso

a los medicamentos para IO. Estos grupos fueron los siguientes: Las personas con NSE bajo, donde el 28% (n = 30) no expresó acceso o conocimiento a los medicamentos para IO en comparación con el 19% (n = 14) de personas con mayor NSE. Otro grupo con datos semejantes fue el de las personas más jóvenes menores de 30 entre quienes un 21% no ni tiene acceso/conocimiento de medicamentos para IO (n = 56), en tanto un 14% (n = 47) de grupo etario entre 30 a 39 y el 18% (n = 56) del grupo de cuarenta años o más.

En general, los datos sugieren que las personas están bien informados sobre sus derechos relacionados con el tratamiento y los medicamentos, ya que sólo un 1% (n = 8), no sabían que tenían acceso al tratamiento antirretroviral y el 8% (n = 77) manifestó no saber si tenían acceso a los medicamentos para las infecciones oportunistas.

Preguntas abiertas para personas con VIH y personal de los servicios de salud

¿Cuáles son los factores que limitan el acceso a los medicamentos OI en las zonas rurales y de bajos niveles socioeconómicos?

Personas con VIH

“Yo considero como punto número uno el estigma. Porque nadie quiere encontrar a alguien conocido en la clínica, por lo tanto la gente evita ir a recibir atención por miedo”.

“Por falta de educación y por falta de conocimientos acerca de lo que son realmente las terapias, especialmente todo lo que no son antirretrovirales”.

“Yo creo que al final el problema es que mucho del dinero para medicamentos está siendo destinado para subsanar la situación política que estamos viviendo, para hacer segundos pisos, para las campañas presidenciales y no para comprar los medicamentos necesarios para combatir las infecciones oportunistas”.

Prestadores de servicios de salud

“El que no sabe es como el que no ve; y en el caso de la gente joven yo creo que no conocen toda la información, no hay consciencia de todo el proceso y no ubican dónde entran las enfermedades oportunistas”.

“Yo en lo personal creo que es por ignorancia, por eso no saben qué es una infección oportunista y no son capaces de pedir revisiones y asesoría”.

“Yo también opino que si es falta de información, porque luego llegan pacientes que no están tomando tratamiento, pero que se confunden y creen que por tener una enfermedad oportunista deben comenzar el tratamiento y preguntan cuándo lo van a empezar”.

“Creo que además hay una falta de uso del condón hasta entre los pacientes que ya están diagnosticados y que llegan con infecciones sexuales, incluso entre quienes ya tienen tiempo de tratarse por VIH”

“En la Condesa lo que más se presenta después de VIH son las Infecciones de Transmisión Sexual; incluso algunas compañeras hacen el comentario constante que en la época de Octubre a Febrero es normal que lleguen con sífilis, así como si fuera influenza”

¿Cómo puede ser mejorada esta situación?

“Educación del paciente. Porque por lo regular hay muchos médicos que te tratan bien y tienen disposición”.

“Que se toquen esos temas en la consulta; eso porque hay temas que no se tocan y eso es muy grave”.

“Mejorar las relaciones entre médicos y pacientes, para que haya una difusión de la información para reducir el estigma interno”.

“Promover el diálogo con los médicos y los pacientes”.

“Como paciente también es importante que busques información sobre los medicamentos, y no los específicos para el VIH”.

“Además es necesario educar a los usuarios para entender todo su proceso médico, como explicarles qué es el CD4 y la Carga Viral”

El 44% de los entrevistados (n = 407) informaron haber tenido una conversación constructiva con profesionales de la salud en los últimos doce meses acerca de sus opciones de tratamiento relacionados con el VIH. Las personas que habían tenido tales discusiones fueron un 56% de los hombres gay/HSB (n = 133 de 239). Quienes tuvieron la menor cantidad de tales discusiones fueron los de las personas transgénero (n = 48, el 34%). Una comparación entre los NSE altos y bajos muestra que el 36% (n = 39) de los individuos de bajo nivel socioeconómico tuvieron una discusión constructiva, mientras que el 56% (n = 40) correspondió a los de mayor NSE.

Preguntas abiertas para personas con VIH y personal de los servicios de salud

¿Cuáles son los desafíos en la provisión de información, el buen trato a la personas transgénero y a las personas de muy bajos recursos?

Personas con VIH

“En muchos lugares la atención a las transgénero sigue siendo un mito, muchos doctores aún no pueden superar sus traumas porque no pueden concebir que un hombre pueda vivir como una chica, yo creo que ese es el mayor problema”

“El problema que yo veo con las personas de escasos recursos es que muchas veces son como niños, los veo muy indefensos, como que se achican ante alguien que les levanta la voz, pocas personas en los servicios son sensibles”

Prestadores de servicios de salud

“Un problema de Condesa es que el 98 por ciento de la gente que va no trabaja o trabaja como trabajador sexual o en un tianguis, estas personas tienen que enfrentar a muchos trámites, algunas cosas que no tienen ni el menor sentido, como una foto o papeles para recibir la atención, es un sistema burocrático. Pero no todo es tan malo, muchos hacen un trabajo impresionante, el problema es que no somos suficiente personal”.

¿Cómo podrían estos retos ser superados?

“Una buena práctica la podemos ver en los servicios que se ofrecen a las personas transgénero en la Clínica Condesa, donde a pesar de los problemas con el sindicato, es el único lugar que realmente se ha preocupado por este problema, yo creo que es un modelo de atención que puede copiarse por otros centros”

Del total de entrevistados, el 14% (n = 246) reportaron haber experimentado negación servicios de salud, incluso la atención dental debido a su estatus de VIH en los últimos doce meses. Para 47 de estos individuos, esto ocurrió más de una vez. El 14% fueron personas transgénero (n = 53, el 38% de todas las personas transgénero).

¿Por qué podría haber sucedido esto?

“En la Condesa la atención dental no se niega, el problema es que hay sólo tres sillones y hay más de 12300 pacientes, aunque no todos van, un gran porcentaje si usa el servicio. Creo que las citas no funcionan, porque te citan dos meses después, cuando un problema dental requiere de atención inmediata. Al final lo que pasa es que no nos damos abasto con los pacientes. Además hay poco instrumental que nos permita darnos abasto”.

“También la negación de los servicios tiene que ver con el temor de los mismos médicos, esa es una de las razones por las que no quieren atender, le temen mucho al riesgo que les implica, aunque sea persona preparada”

“La cantidad de pacientes hace que las fichas para las citas se acaban antes de las ocho, y tenemos que hacer lo imposible para evitar que el paciente sienta que se le niega la atención. Estamos muy rebasados”.

3. Obstáculos para el acceso al tratamiento

Debido a su estatus VIH el 18% de las personas entrevistadas (n = 171) evitaron ir a una clínica local cuando lo necesitaron. Esto varía de un 21% (n = 64) en mujeres a 14% (n = 20) en personas transgénero. En otra esfera de análisis, la edad promedio de las personas que reportan más auto-estigma fueron las personas más jóvenes: menores de 30 años: 22% (n=57); entre 30 y 39 años: 18% (n = 64); más de 40 años; 15% (n = 49).

Pregunta abierta para personas con VIH y personal de los servicios de salud

18% es un porcentaje alto, ¿por qué la gente evitó acceder a los servicios de salud?

Personas con VIH

“Por el tiempo tan largo de las citas. También, la falta de equipos médicos y dentales”

“Como no hay medicamento para otras enfermedades, las personas muchas veces no ven el caso de ira a una clínica, de nada te sirve que te digan el mal sin el remedio”

“Yo creo que por estigma, a las personas les sigue dando mucho miedo que los vean ir a un centro de salud que esté relacionado con el VIH”.

“Por cuestiones de tiempo. Muchas personas no quieren invertir tiempo en su salud porque se cruza por sus actividades”.

Prestadores de servicios de salud

“Creo que es por una mala consejería, una buena consejería te ayudaría a tomar conciencia de la importancia del seguimiento, de estar al pendiente de cómo va evolucionando la infección. Si las personas se van del servicio es porque no se les explica desde un principio en qué consiste un proceso, que además es para toda la vida”

“Además de la negación del estatus de VIH, creo que todo el papeleo al que se tienen que enfrentar y a toda la burocracia muchas personas prefieren olvidarse de todo”

“Además tienen miedo al estigma, creo que eso es la principal causa. Por otro lado hay que añadir la situación de duelo, muchos no pueden aceptar que tienen la infección, muchos logran aceptarlo, porque para ellos no es fácil”.

“Yo creo que el problema es que no se está dando la consejería adecuada, entonces muchas veces los pacientes llegan sin orientación con los médicos y tienes que arreglar lo que en consejería no se hizo”.

“Lamentablemente hay médicos que no crean un vínculo con los pacientes, simplemente están en su escritorio y no hacen un trabajo de revisión que cree un ambiente de confianza para el paciente”

4. Prueba

Para la mayoría de los individuos (n = 693, 74%) la decisión de hacerse la prueba fue hecha por ellas y ellos mismos. Un 14% (n = 126) se sintió presionado por otras personas para hacerlo. A 80 personas (9%) se les hizo la prueba sin su consentimiento, y el 48% (n = 38) de estos individuos fueron diagnosticados en los últimos cinco años. Hubo una tendencia en la edad, ya que a las personas mayores se les hizo la prueba sin su consentimiento con más frecuencias: menores de 30 años 4% (n = 10); personas de 30 a 39 años 10% (n = 33) y personas mayores de 40 años 12% (n = 37).

Las motivaciones para hacer la prueba están afectadas por una compleja frecuencia de género, ya que el 56% de los hombres (n = 267) y el 44% transgéneros (n = 62) se hicieron la prueba debido a que sospechaban tener VIH, en comparación con las mujeres, quienes el 28% (n = 88) reportaron que la razón más común fue que se hicieron la prueba debido a la muerte o enfermedad de un miembro de su familia incluyendo su esposo o compañero (n = 149, 48%). El 13% (n = 42) de las mujeres de la muestra dieron positivo al VIH durante el embarazo.

Comentarios de personas que viven con VIH

“Yo creo que no se hacen la prueba por una cuestión de miedo. Tienes prácticas de riesgo, pero no te quieres enterar. Además no hay campañas constantes de prevención para generar consciencia, principalmente en jóvenes”.

“Yo creo que tiene que ver con la auto-estigmatización, porque no se quiere que se sepa la situación. Se prefiere no saber para que los demás no sepan y se pueda vivir la vida normal”

Prestadores de servicios de salud

“Es muy difícil que la ama de casa le pida el preservativo a su pareja y no es consciente que el hombre tenga otras parejas, por eso es más común que las mujeres se hagan la prueba cuando empiezan con la sintomatología”

“Yo creo que el hacerte la prueba cuando ya se tiene sintomatología es por el miedo, y eso te genera una gran angustia en el paciente; eso te tiene en estrés. Miedo el tenerte que enfrentar a tu propia realidad”.

“Creo que además de esto también es importante considerar que muchas de las mujeres están en edad reproductiva y es importante que sepan su situación que se menciona en el estudio para que los hijos subsecuentes nazcan sanos”.

5. Confidencialidad y divulgación en el sector sanitario

A los participantes se les preguntó si su estatus VIH había sido revelada por algún profesional de la salud sin su consentimiento. También se les preguntó sobre el nivel de confianza en la confidencialidad de sus registros médicos relacionados con el VIH. El 13% (n = 123) informaron de que sus registros médicos había sido divulgados sin su conocimiento; sin embargo, aproximadamente una quinta parte no sabía si esto sucedió o no (19%, n = 175). 57% (n = 534) tuvo la certeza de que sus expedientes médicos son confidenciales, mientras que el 35% (n = 326) no lo sabía y el 8% (n = 71) no podría decir con certeza si sus registros eran confidenciales o no.

En la mayoría de los casos los participantes habían compartido con profesionales de la salud (89%, n = 824) y con los trabajadores sociales o consejeros (83%, n = 775) su estatus VIH o había consentido hacerlo a otra persona. Hubo un 2% (n = 15), quienes encontraron que los trabajadores sociales o consejeros reaccionaron de manera discriminatoria, mientras que el 4% (n = 41) profesionales de la salud también reaccionaron de manera discriminatoria.

Más de dos tercios de los encuestados (n = 635, 68%) informaron creer que la razón por la que experimentaron discriminación o estigma fue debido a que personas que no son VIH positivas tuvieron miedo de una posible infección por tener contacto con ellos. 16% (n = 147) cree que la discriminación y el estigma se debe a su apariencia (enfermedad o no estar sano).

¿Qué puede hacerse para reducir al mínimo las actitudes discriminatorias en los centros de atención de salud?

Prestadores de servicios de salud

“Creo que es importante que para evitar esas situaciones se lleven a cabo los cursos y las capacitaciones en derechos humanos”.

“Lo importante es dar respeto a las personas. También ser congruente contigo misma y hablar y dirigirse con respeto a los pacientes. Ante todo es la ética con tu trabajo”

“Yo te puedo decir que en mi caso con mis compañeros no lo he visto, no estoy de acuerdo, aunque en términos generales puede pasar, pero si lo están reportando es por algo”.

“Creo que ante todo es el compromiso que tiene con las personas y el servicio lo tienes que dar con profesionalismo”.

“No me extraña, yo creo que hay que buscar los métodos para asegurarse de que el estatus no se divulgue por parte de quienes trabajan en las clínicas y hospitales”

6. Consejería y salud mental

En términos de consejería, el 37% (n=345) de la muestra indicaron que no recibieron consejería. La consejería pre-y post-prueba fue recibida por el 40% (n = 373). El grupo que recibió consejería la mayoría de las veces fue el de las personas transgénero (n = 97, el 69%). Para las personas diagnosticadas en los últimos cinco años, el 44% (n = 202) informaron haber recibido consejería pre y post-prueba. Esta es una proporción mayor que en los diagnosticados hace cinco o más años, donde el 36% (n = 171) recibieron ambos tipos de consejería. Otra categoría de análisis fue la edad, donde la frecuencia de los jóvenes que reciben consejería antes y después de la prueba fue mayor que en las personas mayores: menores de 30 años 52% (n = 138); de 30 a 39 años 37% (n = 130); más de 40 años 33%, (n = 104). Las mujeres menores de treinta años y diagnosticadas en los últimos cinco años recibieron consejería en un 50% de los casos (n = 29), en comparación con los hombres en el mismo grupo de edad, quienes recibieron consejería en el 43% de los casos (n = 51). Los hombres gay y HSH, diagnosticados en los últimos 5 años y que recibieron consejería pre y post-prueba alcanzaron el 38% (n=90), en comparación con el 27% (n=52) del mismo grupo diagnosticado en los últimos 5 años o más.

En general, no parece haber una mejora en la prestación de los servicios de consejería en los últimos años, ya que el 32% (n = 144) de los recién diagnosticados no reciben consejería mientras que el porcentaje entre los que tienen 5 años o más de diagnosticados fue de 42% (n = 201). Por último, existe también una tendencia relacionada con el NSE, ya que el 46% (n = 50) de quienes manifestaron tener un menor NSE no recibieron consejería durante la pruebas, mientras que el 24% (n = 17) de quienes presentan un mayor NSE reportaron la misma situación.

Desde su diagnóstico, casi un tercio (n = 285, 31%) de participantes de la muestra manifestaron haber recibido consejería sobre sus opciones reproductivas: 24% (n = 117) de los hombres y el 50% (n = 156) de las mujeres, en tanto que sólo un 9% (n = 12) de las personas transgénero la recibieron. Sólo 49 hombres manifestaron no pertenecer a la categoría gay o HSH. De estos 49 individuos, una tercera parte (n = 16) recibieron consejería sobre sus opciones reproductivas. En el

caso de las mujeres hubo una clara tendencia en la que las mujeres más jóvenes recibieron mayor información sobre sus opciones reproductivas: menores de 30 años 66% (n = 55); entre 30 y 39 años (50%) (n = 56) y aquellas de 40 años o más 38% (n- 45).

A los participantes se les preguntó si había participado en una conversación constructiva con algún trabajador de salud en los últimos doce meses sobre temas diferentes a tratamientos relacionados con el VIH. Esos temas podrían incluir la salud sexual y reproductiva, las relaciones sexuales, el bienestar emocional y el consumo de drogas. 47% (n = 225) de los hombres, 44% (n = 138) de las mujeres y 34% (n = 48) de personas transgénero manifestaron que había estado en una discusión de este tipo. Se encontraron diferencias por género entre hombres y mujeres; también relacionadas con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Véase el cuadro 1 para un resumen de los porcentajes en relación a esta respuesta.

Tabla 1 - Las personas que respondieron "sí" a tener una discusión sobre temas no relacionados con el VIH, incluyendo el bienestar emocional.

	Hombre	Mujer
Tiempo desde el diagnóstico de 5 años	47%	53%
Tiempo desde el diagnóstico 5 años o más	47%	37%

Otra categoría de análisis es el NSE. Quienes tuvieron más discusiones sobre otros temas no relacionados con el VIH fueron quienes manifestaron tener un mayor NSE: 61% (n = 44), mientras quienes manifestar un NSE más bajo fueron el 41% (n = 44).

16% (n = 77) de los hombres, 17% (n = 52) de las mujeres y el 26% (n = 36) de las personas transgénero dijeron haber tenido ideación suicida en los últimos doce meses, debido a su estatus de VIH. El grupo con menor incidencia de tales sentimientos fueron los de mayor NSE (n = 4.6%).

¿Qué factores condicionan la falta calidad de la consejería, las conversaciones constructivas con los prestadores de servicios de salud, más allá del tema VIH?

Personas que viven con VIH

“La educación y la poca sensibilidad de los médicos y enfermeras es la principal causa de que no haya buena consejería”.

“Yo creo que lamentablemente –y lo digo porque a mí me pasó- no te hacen una buena consejería, nunca te dicen nada ni se preocupan de tu salud emocional. En la consulta apenas tienen tiempo de verte, de revisarte, es muy difícil que por la cantidad de gente que vamos, los médicos tengan tiempo para hablar de otra cosa”

“A mí me diagnosticaron en una carpa en la calle, y nada más iba a descartar que no tuviera VIH, el psiquiatra de la Condesa me habló y me preguntó si ya sabía que era el VIH. Me dieron la prueba, que estaba volteada, me dijeron el resultado y me dijeron que me harían otra prueba para estar seguros, el laboratorista me pinchó el dedo y dio reactiva otra vez. Pero no había nada de sensibilidad en todo el proceso”.

“Creo que hace falta un mayor cambios de comportamiento no sólo de los médicos, consejeros y enfermeras. Yo creo que nadie habla sobre sexualidad y otras cosas con los médicos. Es difícil que un médico te de confianza para hablar de eso temas”

“Yo si tengo buenas experiencias de hablar sobre la sexualidad con mi doctor, si yo le digo que necesito hablar de eso, el me escucha y me responde mis preguntas sin prisa, aun a sabiendas que hay mucha gente esperando afuera”

Trabajadores de la salud

“Yo creo que hace falta personas capacitadas, con conocimiento y desarrollo humano para tratar a personas en crisis cuando reciben el diagnóstico”.

“El servicio de consejería está mal llevado. No hay una normatividad bien clara y definida”.

“Yo creo que también tiene que ver con una historia de vida de rechazo y de violencia, lo cual al final se detona con la prueba de VIH y los psicólogos tienen que trabajar todo ello y no lo hacen. Yo creo que es fácil identifica a los pacientes suicidas, de alguno modo ellos te lo avisan y no creo que se esté trabajando en eso”.

“Yo conozco a dos compañeros que se le han suicidado, eso me hace entender que es importante saber identificar la parte emocional de los pacientes”.

“Yo creo que se necesitan autoridades competentes, que estén involucradas con los servicios que se dan”.

¿Qué se puede hacer para mejorar la situación?

Personas que viven con VIH

“Escoger mejor a las personas que van a hacer consejería”

“Que a la gente le guste hacer su trabajo, porque ahora hay gente que lo hace por obligación, en la Condesa, por ejemplo hay muchos problemas con el sindicato, a esa gente lo que le importa es la política de su sindicato, no lo que necesitamos los usuarios”

“Antes de contratar a una persona que va a dar consejería, se debe hacer un perfil psicológico para ver si de verdad eres apto para atender a personas que viven con VIH”.

“Poner a personas que se hayan sensibilizado en el tema. Incluso instruir a personas que ya sean seropositivos y que tengan una experiencia de vida. Creo que hacen falta consejeros que vivan con VIH, creo que una persona con VIH capacitada si sabe cómo se puede solucionar la situación dentro de la consejería”

Trabajadores de la salud

“Poner personas capacitadas y personas comprometidas y que conozcan el ambiente y a las persona que están atendiendo”.

“Fortalecer los servicios de psicología y capacitar al personal en temas relacionados con la ideación suicida en personas con VIH”

“Tendríamos que resolver primero los problemas de saturación de los servicios, los médicos tenemos que atender a una población muy grande de usuarios, apenas tenemos tiempo de revisar estudios de laboratorio, hablar de temas relacionados con el tratamiento. En general no creo que tengamos tiempo para abordar otros temas diferentes a los estrictamente clínicos, por más voluntad que tengamos para hacerlo”.

7. Embarazo y parto

La mitad de las mujeres informaron haber recibido consejería sobre sus opciones reproductivas (n = 156, 50%), sin embargo más de un tercio no recibió consejería de este tipo (n = 113, 36%). Estos datos incluyen a un 36% (n = 21) de mujeres menores de treinta años y diagnosticadas en los últimos cinco años. En el subgrupo de mujeres menores de treinta años y diagnosticados en los últimos cinco años, al 43% (n = 25), un profesional de la salud les aconsejó no tener hijos. En toda la muestra, el 18% (n = 163) reportaron no tienen hijos, las diferencias entre hombres y mujeres es muy evidente: el 37% (n = 114) de las mujeres en comparación con el 9% (n = 45) de los hombres.

El 64% (n = 199) de las mujeres y el 43% (n = 206) de los hombres habían decidido no tener más hijos debido a su estatus de VIH. Esto incluye un 63% (n = 91) de mujeres y un 44% (n = 113) de hombres diagnosticados en los últimos cinco años.

De las mujeres diagnosticadas con VIH en los últimos 5 años, 19 (13%) reportaron haber sido forzadas a ser esterilizadas, 9 de estas mujeres tiene menos de 30 años. A 11 (8%) no se les permitió elegir el método de dar a luz. A 12 (8%) no se les permitió elegir la forma de alimentación infantil. De estas mujeres 25% (n = 36) recibieron ARV para prevenir la transmisión vertical y el 25% (n = 36) informan que recibieron información sobre el embarazo y la maternidad saludable para prevenir la transmisión del VIH. Sin embargo un 5% (n = 7) no sabía sobre la existencia de los ARV.

Teniendo en cuenta que más del 80% de personas con VIH están tomando medicamentos ARV y que los esfuerzos a nivel mundial han tenido grandes progresos para reducir drásticamente la transmisión de madre a hijo - en México, esto no parece ser tener importancia, ¿por qué?

Personas que viven con VIH

“En los centros de salud aun persiste mucho estigma y discriminación, lo cual impide difundir la información de que es posible evitar la transmitir el VIH de madre a hijo. Se debe trabajar mucho

en asegurarse de que esta información este muy clara para los médicos que tratan a mujeres VIH y en especial a mujeres VIH positivas embarazadas”.

“Hay un prejuicio de los médicos hacia la embarazada. Creo que este es el más claro ejemplo de cómo un prejuicio puede tener una afectación directa en la vida de las personas. Es increíble que existiendo la evidencia científica, aun haya tanto rechazo a reconocer los derechos de las mujeres que viven con VIH. Es urgente trabajar en estos prejuicios”

“En México hay una idea generalizada de querer ejercer los derechos de los otros, ¿no?, Existe una tendencia a opinar sobre la vida de las personas, queremos mandar sobre los demás, queremos manipular porque de esa manera nos sentimos que tenemos control. ¿Es necesario? Otro tema cultural muy fuerte es el machismo, yo creo que en los médicos hay mucho machismo y por eso no pueden superar estas ideas. Yo sugeriría trabajar directamente en el machismo y esos aspectos culturales que también tienen los médicos. Estamos acostumbrados a ver a los médicos como “Dioses” pero en el fondo son como cualquiera, tienen los mismos problemas que cualquier hijo de vecina.”

“Yo creo que esas cosas ocurren por simple ignorancia, pero no ignorancia de saber... son médicos! Yo creo que se debe a esa ignorancia generada por los conceptos religiosos”.

“Lo cierto es que eso que pasa es muy grave. Yo creo que esas cosas deberían estar legisladas, debería haber castigos penales para los médicos que violen los derechos reproductivos de las personas con VIH”. Lo que me llama mucho la atención es el hecho de que en donde se violan más derechos es en las personas más vulnerables, las que pueden hacer menos por defenderse. Ahí también hay un largo camino por caminar”

Trabajadores de la salud

“Creo que tiene que ver con lo reciente que es la información, esos datos antes no se sabían y puede ser que los médicos actúen con la información vieja que ellos mismos tienen. Pero estoy convencida de que además del problema de la información existen problemas propios de los prejuicios. Creo que es muy importante trabajar en ambos casos”

“Estoy de acuerdo con eso de que hay un problema de falta de información, tenemos muy pocas oportunidades de capacitación y poco tiempo para actualizarnos, pero también es importante considerar que no puedes quitarle el derecho a una maternidad a una mujer porque es portadora de VIH, es su derecho tomar la decisión de tener ó no un bebé”.

Recomendaciones

Generales del grupo de personas que viven con VIH

“Se debe fortalecer mucho el trabajo de sensibilización a los médicos. Ese tema del machismo en los médicos es muy importante, porque no solo tiene que ver con lo que hacen con las mujeres embarazadas, también tiene mucho que ver con las actitudes que tienen hacia las chicas transgénero, e incluso hacia los chavos gay.”

“Exigir cursos de capacitación y actualización a los médicos como un requisito, si quieren trabajar en un lugar donde se de servicios a personas con VIH”.

“Se debe buscar una forma de hacer que el personal que trabaja en VIH tenga un compromiso y que no sean contratados solo por cuestiones políticas relacionadas con los sindicatos, y no me refiero sólo a la Condesa, lo mismo pasa en el IMSS y en todas las instituciones públicas”.

“Yo creo que también se debe trabajar en educar y reeducar a todas las personas que viven con VIH, especialmente en temas como la vida sexual, ese tema esta bien descuidado, aquí en la Red yo he conocido muchos chavos que vienen por infecciones sexuales, yo creo que esa es una muestra de que algo anda fallando en la educación sexual con las personas que vivimos con VIH”.

“Yo creo que todo lo que esta relacionado con las pruebas es un tema que debe pensarse muy bien, lo que se hace con las pruebas y la consejería esta muy mal hecho, debe haber un plan nacional que reforme la manera de hacer consejería y pruebas. Por ejemplo, se debe contemplar cuando es necesario hacer pruebas a niños, niños en situación de calle y otros menores de edad que en la secundaria ya están teniendo vida sexual”

“Estoy de acuerdo en mejorar los servicios de consejería que están relacionados con la prueba, pero también creo que debe haber un tipo de consejería que ayude a mejorar la educación para las personas que son recién diagnosticadas. Yo estoy seguro que ese trabajo lo pueden hacer muy bien otras personas con VIH, personas con VIH que trabajen con otras personas con VIH”

“Todo personal de salud que quiera trabajar en VIH debe cumplir con un perfil psicológico”.

“Se debe promover un pacto entre los prestadores de servicios de salud, para promover el respeto a los derechos humanos y con mucho énfasis en los derechos sexuales y reproductivos de las personas con VIH”.

“También se debe trabajar mucho en ayudar a las personas con VIH a exigir al respeto de sus derechos”.

“Estoy de acuerdo con todo eso, pero sin recursos económicos eso no va a ser posible, yo recomendaría que se trabaje para lograr tener más recursos económicos para trabajar en VIH y SIDA”.

Generales del grupo de trabajadores de la salud

“Es necesario capacitar al personal de salud en el área que corresponde a cada uno de nosotros; terapia de contención; enfatizar la mejora de cada servicio; crear consciencia para que todo vaya mejorando”

“Además de una buena capacitación y que promover un buen servicio de calidad”

“Yo creo que las autoridades deben tener un mejor conocimiento de lo que pasa en cada uno de los servicios. Se debe promover una mayor comunicación entre las autoridades y quienes prestamos los servicios”.

“Además de las capacitaciones continuas y tener respeto del lugar donde prestas el servicio. Pensar en el paciente, ser empático y ponerse en el lugar de esa persona. Yo creo que si es posible, ya que así como hay personas que no están satisfechas con la calidad del servicio, hay muchas otras que continuamente nos felicitan por nuestro trabajo. Justo yo acabo de recibir una cartita muy emotiva de una usuaria que viene de Veracruz, donde me expresa todo su agradecimiento por ayudarla”

Por tema

Estado de Salud

En congruencia con los resultados del Índice, los participantes en el grupo focal que viven con VIH, expresaron tener una buena salud. En general esto es atribuible al uso de tratamiento ARV. Las personas que no calificaron su salud como “excelente” manifestaron problemas de salud relacionados con los efectos secundarios de los mismos ARVs.

Al estar vinculado el estado de salud con el acceso a los ARV, también hubo comentarios que describen como la imposibilidad de acudir a los servicios de salud por cuestiones laborales, puede ser un impedimento para tener una buena adherencia.

El éxito en lograr una salud óptima, está relacionado más con la actitud personal; en cambio se describieron diversas situaciones que evidencian debilidades en la prestación de servicios de salud, como diagnósticos imprecisos, falta de insumos y medicamentos o maltrato.

El personal de salud se centró en la discusión de los resultados generales del Índice, sus principales reacciones estuvieron vinculadas con la falta de eficiencia y eficacia de las estrategias de prevención, lo cual ha generado un incremento importante de nuevas infecciones en personas jóvenes.

En este sentido algunas recomendaciones importantes serían:

- Promover un enfoque de atención integral que genere balance las estrategias basadas en la provisión de medicamentos ARV y el resto de aspectos relacionados con la salud.
- Poner especial atención a los casos en que la calidad de la salud disminuye por causa del uso de ARVs, como efectos secundarios graves.
- Fortalecimiento de acciones de auto cuidados en personas que viven con VIH, toda vez que puede ser una estrategia alterna a los servicios que se prestan en los centros de salud.
- Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud (diagnóstico, tratamiento, abasto de medicamentos y temas relacionados con el estigma y la discriminación).

- Fortalecer las estrategias de prevención de nuevas infecciones con énfasis en personas jóvenes. Especialmente en el contexto del tratamiento como prevención y de prevención combinada.

Medicamentos

Las discusiones sobre medicamentos se centraron en el hecho de toda vez que el acceso a medicamentos ARV tiene una cobertura amplia, aun existen desafíos en la provisión de atención y tratamiento para infecciones oportunistas, con énfasis en personas de bajo NSE y áreas rurales

El estigma y la discriminación fueron identificados como un factor importante para evitar que las personas se acerquen a los servicios de salud.

Otro aspecto importante está vinculado con el desconocimiento de las infecciones oportunistas, esta idea está vinculada con la discusión anterior sobre el énfasis en los ARVs.

El hecho de que algunos medicamentos para las infecciones oportunistas tengan que ser pagados por los usuarios, especialmente quienes están dentro del esquema de Seguro Popular o usuarios de instituciones como el INNCOMS, representa un obstáculo para lograr un enfoque de salud integral.

El grupo de trabajadores de la salud manifestaron que las personas jóvenes recién diagnosticadas tienen acceso muy poca información sobre el proceso a largo plazo debe seguir una persona con VIH. Esto incluye la falta de conocimiento sobre las infecciones oportunistas.

Un aspecto interesante fue el reconocimiento de la existencia de un problema de ITS entre personas con VIH.

Otro tema importante fue el mejoramiento del trato a las personas transgénero y las personas de bajo NSE. Se reconocieron limitaciones relacionadas con el poco empoderamiento para reclamar un servicio de calidad por personas socialmente vulnerables.

En este sentido algunas recomendaciones importantes serían:

- Deben reforzarse las estrategias para enfrentar el estigma interno en personas que viven con VIH, a fin de evitar que éste sea un factor que impida el acceso a servicios de salud. Promover el acceso temprano y oportuno al tratamiento impediría que las personas con VIH avancen a SIDA y por consiguiente desarrollen infecciones oportunistas. Lograr que un mayor número de personas VIH positivas de mantengan dentro de los sistemas de salud, también puede ser una estrategia exitosa para lograr que disminuyan los casos de nuevas infecciones, debido a la evidencia que actualmente se tiene sobre el impacto del tratamiento ARV en la disminución de la capacidad de infecciosidad de las personas con VIH.

- El enfoque de centralizar la atención en los medicamentos ARV también ha generado que la voluntad política de los tomadores de decisiones centren los recursos en la cobertura de ARVs, dejando en segundo plano los recursos para medicamentos para infecciones oportunistas, se deben fortalecer las acciones de incidencia política para lograr un mejor presupuesto para la cobertura de medicamentos para infecciones oportunistas.
- Para mejorar el nivel de conocimientos e información sobre el proceso de la infección del VIH a largo plazo, es importante promover la educación en temas relacionados con vivir con VIH entre personas recién diagnosticadas, que incluya la importancia de mantenerse dentro de la fase de infección del VIH y no progresar a SIDA, y otros temas relacionados como tratamiento, adherencia, etc.
- El diagnóstico y tratamiento y prevención de ITS entre personas que viven con VIH debe ser un tema importante para garantizar una atención integral. En este sentido un enfoque de educación integral que incluya aspectos de atención, bienestar, dignidad y prevención debe ser promovido entre personas con VIH, un buen ejemplo es el enfoque Salud, Dignidad y Prevención Positiva de la GNP+.
- El mejoramiento de las relaciones entre médicos y pacientes también debe ser una estrategia importante.
- La calidad de la atención a personas vulnerables como las personas transgénero debe ser mejorada, a través de una mejor comprensión de temas relacionados con la sexualidad, la identidad de género y otros temas tabú relacionados con las personas que transgreden el género por parte de los prestadores de servicios de salud. Un ejemplo de práctica óptima son los servicios especializados a personas transgénero que ofrece la Clínica Condesa.
- El mejoramiento de la calidad de los servicios, con énfasis en personas de bajo NSE, es clave para ofrecer una atención libre de estigma y discriminación.

Obstáculos para el acceso a tratamiento

El acceso a tratamiento fue discutido desde la perspectiva de las personas que bien con VIH, con base en el hecho de que el 18% de los participantes en el índice de estigma evitaron acceder a servicios de salud.

Nuevamente el estigma y la discriminación fue un tema central en la discusión. A esto se le suma el hecho de la saturación de los servicios que impide ofrecer una atención expedita. El tiempo que se requiere invertir en los trámites y la obtención de servicios de salud también fue un tema recurrente.

La negación en las etapas iniciales del diagnóstico también fue identificado como un factor importante para acudir a los servicios de salud y recibir atención y tratamiento.

En este sentido algunas recomendaciones importantes serían:

- El estigma interno debe ser enfrentado de manera eficiente desde el inicio del diagnóstico, a fin de ayudar a las personas con VIH recién diagnosticadas de la importancia de iniciar el tratamiento de manera oportuna, lo cual implica un acercamiento a los servicios de salud

temprano. Esto ayudaría también a evitar los sentimientos de negación y promovería una actitud proactiva más enfocada en el auto cuidado.

- Los trámites para acceder a los servicios de salud deben ser simplificados, a fin de evitar que la burocracia desanime a las personas a acercarse a los servicios de salud.
- Los tiempos de espera deben ser reducidos a fin de simplificar los procesos, de esta manera las personas podrán ver en los servicios un beneficio personal, más que una carga que les impida atender otros aspectos de sus vidas como el trabajo, la familia, el entretenimiento, etc.

Experiencias con la prueba

Las discusiones relacionadas con la prueba, estuvieron centradas en la falta de voluntad de las personas para conocer su estatus VIH. También se discutieron temas relacionados con la importancia de promover una consejería de calidad.

- El proceso de prueba voluntaria con consejería y confidencial debe ser estandarizado.
- Los servicios de consejería pre y post prueba deben ser mejorados, a fin garantizar que las personas puedan generar cambios de comportamiento y lograr que quienes resulten reactivos puedan acercarse a los servicios de salud.
- La consejería continua para personas con VIH es una estrategia que debe enfocarse a ayudar a las personas a conocer los aspectos clave del proceso al que se enfrentarán, incluidos aspectos en el cuidado de su salud, aspectos sociales, familiares y de pareja, sexualidad y reproducción, preparación para acercarse a los servicios de salud, derechos humanos, dignidad, revelar el estatus VIH, etc.
- La educación y la consejería entre pares debe ser un modelo de consejería que debe ser promovido más ampliamente.

Confidencialidad y divulgación de información en servicios de salud

Las discusiones grupales se centraron en la identificación de posibles acciones para reducir las actitudes discriminatorias en los centros de salud. En este sentido la capacitación en temas relacionados con los derechos humanos al personal de salud fue uno de los temas más discutidos. La necesidad de promover una actitud ética dentro de los servicios de salud también fue un tema importante.

En este sentido algunas recomendaciones importantes serían:

- La capacitación en temas relacionados con el estigma y la discriminación, así como los derechos humanos entre el personal de los servicios de salud debe ser una estrategia clave en todo centro de atención y prevención del VIH.
- Contar con un decálogo sobre actitudes éticas en la atención, tratamiento y prevención del VIH por parte de los prestadores de servicios de salud, puede ser una forma de promover un marco ético que mejore la calidad de los servicios.

Consejería y atención relacionada con la Salud Mental

Los temas relacionados con la consejería vinculada con el género y el NSE, fueron parte de las discusiones de esta sección. Nuevamente temas relacionados con la falta de capacitación al personal de salud fueron identificados. Los servicios de consejería nuevamente fueron descritos como deficientes. Y nuevamente se identificó la necesidad de diferenciar entre la consejería pre y post prueba y la consejería continua.

Ver recomendaciones relacionadas con la experiencia de la prueba.

Embarazo y parto

El principal tema discutido en esta sección está relacionado con el hecho de que aun cuando se sabe desde hace tiempo que la provisión de terapia ARV puede evitar la transmisión vertical, el personal de salud aún continua aconsejando a las mujeres con VIH no tener hijos. En este sentido los prejuicios y su consecuencia como actitudes de estigma y discriminación y violaciones a los derechos sexuales y reproductivos fue muy evidente.

En este sentido algunas recomendaciones importantes serían:

- Capacitar al personal de salud en la atención de mujeres embarazadas o mujeres que deseen tener hijos que viven con VIH para prevenir la transmisión vertical.
- Trabajar en temas relacionados con prejuicios y barreras personales como el machismo entre el personal de salud, con énfasis en temas relacionados con mujer y VIH, personas transgénero y personas con orientación y preferencias sexuales diferentes a la heterosexual.
- Promover una campaña de promoción de la salud sexual y de los derechos sexuales y reproductivos, dirigida tanto a personas con VIH como a prestadores de servicios de salud.
- Promover un fuerte enfoque de género dentro de la atención y prevención del VIH.
- Promover un marco de trabajo basado en los derechos humanos en la atención y la prevención del VIH.

