



RESULTADOS ÍNDICE DE ESTIGMA EN PERSONAS CON VIH EN HONDURAS 2014



Al servicio
de las personas
y las naciones



GENTE QUE CAMBIA EL MUNDO



Coordinación Ejecutiva

Rosa Amelia González, Directora Llanto, Valor y Esfuerzo (LLAVES)

Investigador Principal

Juan Manuel Ciudad

Equipo Técnico Responsable

Ada Irazema Meléndez

Karla Gutiérrez

Pedro Pablo Hodgson Hernández

Keren Jemima Dunaway

Mildre Yackelyne Alberto

Organizaciones miembros de la Alianzas Interinstitucional

Asociación Nacional de Personas con VIH en Honduras (ASONAPVSI DAH)

Red de Mujeres Hondureñas Positivas

Programa Viviendo con VIH/Casa Aurora

Asociación Padres Paulinos/Puerta Abierta

Programa Juntos por la Vida

Puntos Focales Nacionales/Redca+

Llanto Valor y Esfuerzo (LLAVES)

Organizaciones de apoyo

Programa Nacional de VIH/ITS/TB

Comité de Ética de Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras -Valle de Sula

Centros de Atención Integral para Personas con VIH (CAI)

Grupos de Autoapoyo para Personas con VIH

Poblaciones claves para la respuesta al VIH

Aportaciones Técnicas

Maria Tallarico, Team Leader, HIV/AIDS Practice Area, Regional Centre for Latin America and The Caribbea

Rodrigo Pascal, Asesor en Derechos Humanos y Género, ONUSIDA- Guatemala.

Alejandra Trosero, Especialista en Políticas de VIH, Salud y Desarrollo, PNUD Regional Panamá

Juan Ramón Gradelhy Ramírez, oficial de país ONUSIDA Honduras

Raúl Boyle, Representante Interpaís ONUSIDA Honduras-Nicaragua

ÍNDICE GENERAL

I.	Prólogo	7
II.	Introducción	8
III.	Objetivos del estudio	10
IV.	Marco metodológico	10
4.1	Actividades previas	10
4.2	Población y ámbito de estudio	11
4.3	Diseño de la muestra	12
4.4	Instrumento de medición	13
4.5	Capacitación	13
4.6	Trabajo de campo	14
4.7	Procesamiento y análisis de datos	15
V.	Resultados	15
5.1	Características sociodemográficas	15
5.2	Compartir el estado de VIH y confidencialidad	19
5.3	Experiencia de estigma y discriminación a manos de otras personas	22
5.4	Estigma interno y sus temores	25
5.5	Respeto a los derechos reproductivos de las personas con VIH	27
5.6	Pruebas de diagnóstico y tratamiento por VIH	29
5.7	Derechos, leyes y políticas	33
5.8	Gestión del cambio	35
VI.	Conclusiones generales	40
VII.	Anexos	43
VIII.	Referencia Bibliográfica	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Características sociodemográficas de la población de estudio, por sexo	16
Tabla 2	Características socioeconómicas de la población de estudio	17
Tabla 3	Características relacionadas con la actividad sexual de la población de estudio	18
Tabla 4	Porcentaje de casos de quienes los grupos investigados conocen la condición de VIH, según grupos investigados	21
Tabla 5	Frecuencia con la que sintió presión de otras personas, con o sin VIH para dar a conocer su condición de VIH	21
Tabla 6	Confidencialidad sobre la condición de VIH por el personal de salud y percepción sobre la confidencialidad de los registros médicos sobre su condición de VIH	22
Tabla 7	Porcentaje de personas con VIH que ha experimentado exclusión en actividades sociales, religiosas y/o familiares	23
Tabla 8	Frecuencia de las manifestaciones de estigma y discriminación por VIH a manos de otras personas	24
Tabla 9	Otras manifestaciones de estigma y discriminación, según frecuencia	25
Tabla 10	Porcentaje de personas que han experimentado sentimientos negativos debido a su condición de VIH, por sexo	26
Tabla 11	Porcentaje de personas con VIH que han mostrado temor por algunas situaciones que le hayan sucedido, por sexo	27

Tabla 12	Indicadores de respeto a los derechos sexuales reproductivos de las personas con VIH, por sexo	28
Tabla 13	Razón por la cual se hizo la prueba de VIH, por sexo	29
Tabla 14	Recepción de consejería cuando se hizo la prueba de VIH	30
Tabla 15	Percepción sobre su estado actual de salud, por sexo	31
Tabla 16	percepción sobre su estado actual de salud	33
Tabla 17	Porcentaje de personas con VIH que ha escuchado o leído la Declaración de UNGASS o la Ley de VIH de Honduras	34
Tabla 18	Proceso que siguió para obtener una reparación legal de daños por la violación a sus derechos como persona con VIH	34
Tabla 19	Razones por las cuales no trató de obtener una reparación legal de daños por la violación a sus derechos como persona con VIH	35
Tabla 20	Conocimiento de organizaciones a las que puede recurrir para obtener ayuda si experimenta estigma o discriminación por VIH, por sexo	37
Tabla 21	Porcentaje de personas con VIH que ha brindado apoyo a otras personas con VIH, por sexo	37
Tabla 22	Participación en organizaciones gubernamentales y/o no gubernamentales relacionadas con el VIH	38
Tabla 23	Participación en organizaciones gubernamentales y/o no gubernamentales relacionadas con el VIH, según hayan escuchado o leído la Declaración de UNGASS o la Ley de VIH	38
Tabla 24	Recomendaciones que daría a las organizaciones de personas con VIH que trabajan contra el estigma y discriminación sobre las acciones más importantes	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Porcentaje de casos de quienes conocen su condición de VIH, según grupos investigados	20
Gráfico 2	Manifestaciones de estigma y discriminación por VIH a mano de otras personas	24
Gráfico 3	Otras manifestaciones de estigma y discriminación	25
Gráfico 4	Porcentaje de mujeres con VIH que ha sido forzada por una o un profesional de la salud	28
Gráfico 5	Percepción sobre su estado actual de salud	30
Gráfico 6	Porcentaje de personas con VIH que tienen acceso a medicamentos antirretrovirales y para las infecciones oportunistas	32
Gráfico 7	Porcentaje de personas con VIH que toman medicamentos antirretrovirales y para tratar infecciones oportunistas	32
Gráfico 8	Resultado de la denuncia por violación de sus derechos como persona con VIH	34
Gráfico 9	Porcentaje de personas con VIH que han confrontado, cuestionado o educado a alguien que le estigmatizó y/o discriminó, por sexo	36

I. PRÓLOGO

Al inicio de la epidemia de VIH en los años 80´ las personas que recibían un diagnóstico VIH positivo, experimentaban un miedo terrible a las enfermedades asociadas a la infección y a la muerte a causa de estas, pero a la par del miedo a la enfermedad y a la muerte, estaba algo muchos más fuerte que limitaba las oportunidades de buscar atención y apoyo de forma oportuna, y era el estigma y la discriminación.

Con el paso del tiempo, la ciencia ha dado pasos agigantados descubriendo nuevos tratamientos y los gobiernos han puesto, de acuerdo a sus posibilidades servicios de salud accesibles, lo que ha colaborado para que las persona con VIH prolonguen sus vidas de forma considerable.

A pesar de estos adelantos en materia de tratamientos y atención, el estigma y la discriminación persisten, el miedo a ser tratado diferente, ser apartado o rechazado continua. Por lo tanto se ha vuelto una imperiosa necesidad generar datos que orienten al desarrollo de estrategias efectivas y a gran escala que disminuyan el estigma y la discriminación asociado al VIH.

Teniendo en cuenta todos estos antecedentes, es que desde la Red Centroamericana de Personas con VIH (REDCA+) se toma la iniciativa levantar el Estudio del Índice de Estigma en Personas con VIH, y es así que nuestra organización LLAVES, en asocio con los miembros de la Alianzas Interinstitucional se implementó la investigación.

Los resultados de este estudio, son los primeros en el país que de forma específica explora los fenómenos del estigma y la discriminación, y como estos pueden limitar la vida de las personas que viven con la infección. Este ha sido un importante primer paso, que de forma colectiva hemos dado, esperamos que los hallazgos y recomendaciones de este informe sea conocido y usados tanto por el sector gobierno, como la sociedad civil como referencia para construir la respuesta nacional al VIH.

Rosa Amelia González
Directora Ejecutiva
Llanto, Valor y Esfuerzo (LLAVES)

II. INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud de Honduras, en su Informe Estadístico de la Epidemia en el país, indica que se han registrado 8,596 casos de VIH asintomáticos, 21,730 de infección avanzada, para un total de casos 31,334. En cuanto a la atención 8,542 personas (adultos y niños) reciben tratamiento antirretroviral, las cuales son atendidas en 42 Centros de Atención Integral (CAI) situados en los 18 departamentos del país.

La cobertura de tratamientos antirretrovirales es de cerca de un 60% los cuales son comprados en un 100% con fondos nacionales. Tanto los medicamentos antirretrovirales, así como los principales análisis de seguimiento como carga viral y CD4, son dotados a las personas con VIH por medio de un pago llamado “cuota de recuperación”, el cual es determinado mediante un estudio socio económico elaborado por el área de trabajo social del Centro de Atención Integral (CAI) en donde es atendida la persona, en ocasiones y a solicitud del usuario/a esta cuota es exonerada.

La protección de los derechos humanos de las personas con VIH, esta legislada en la Ley Especial de VIH, cuenta con una reglamentación, dicha ley data desde 1999. Actualmente grupos de la sociedad civil trabajan en su reforma, ya que está desfasada y no toma en cuenta toda la evidencia científica actual, es débil en sus contenidos relacionados a los derechos humanos, género y diversidad sexual, y además no cuenta con los procedimientos adecuados y oportunos para que se penalice severamente a quienes violen los derechos humanos de las personas con VIH, así como quienes tengan conductas de estigma y discriminación hacia ellas.

Esto último es bastante marcado en los ámbitos laborales y establecimientos de salud, pero hay muy poca evidencia, lo que dificulta desarrollar acciones encaminadas a disminuir el estigma y discriminación en estos y otros ámbitos.

El estigma y la discriminación por VIH, es fortalecida mediante las de cuestiones culturales, políticas y sociales, y estas se traducen en terribles realidades de discriminación y estigma en ámbitos sociales diversos (familia, trabajo, instituciones educativas, espacios de recreación, establecimientos de salud, entre otros) y de desconocimiento de los derechos que contribuyen a modificar esas situaciones para las personas con VIH. El estigma es reconocido como uno de los principales obstáculos para abordar cuestiones de prevención y atención y garantizar el acceso a los servicios esenciales de salud de las personas con VIH.

La realización de una investigación cuantitativa que describa y profundice en los diferentes tipos de estigma y permita una comparación en distintas escalas geográficas, es un paso adelante para que los obstáculos mencionados dejen de serlo; también constituye un gran aporte al abordaje de la enfermedad desde la vulnerabilidad social (Bloch 2010) una de cuyas manifestaciones es la discriminación, y no sólo desde el riesgo individual.

Por lo tanto, los resultados de esta investigación se presentan en el marco del proyecto “Ampliando y consolidando el desarrollo y fortalecimiento de las Capacidades Técnico profesionales de las Personas con VIH de la Región Centroamericana, para entender mejor como el estigma afecta a las personas con VIH en Honduras, y obtener evidencias que sirvan para realizar acciones encaminadas a disminuir esta situación en particular.

Esto tendrá una participación efectiva en los procesos de incidencia política, contraloría social y veeduría ciudadana en VIH-Sida, e influirá en el desarrollo humano y la calidad de vida en sus pares de la región, propiciado por La Red de Personas con VIH en Centroamérica (REDCA+), y coauspiciado por el ONUSIDA, el PNUD, y DIAKONIA.

En este marco, La Fundación Llaves, en asocio con la Alianza Interinstitucional conformada por la Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH (ASONAPVSIHAH), La Red Mujeres Hondureñas Positivas, el Programa Casa Aurora, el Grupo de Autoapoyo Juntos por la vida, el Programa Puerta Abierta, los Puntos Focales Nacionales, así como con la coordinación y el apoyo técnico de El Programa Nacional de VIH, el ONUSIDA, y la Universidad Nacional Autónoma del Valle de Sula, se levantó el “Índice de Estigma en personas con VIH” en Honduras, cuya finalidad fue recolectar información sobre las experiencias relacionadas con el estigma, discriminación y los derechos humanos de las personas con el VIH en Honduras, cuya metodología es basada en la Guía del Usuario.

El presente documento contiene los siguientes apartados: la introducción; los objetivos del estudio; la metodología que se llevó a cabo para ejecutar la investigación; los principales resultados de la investigación, los mismos que contiene las características sociodemográficas, compartir el estado de VIH y confidencialidad, experiencia de estigma y discriminación a manos de otras personas, estigma interno y sus temores, respeto a los derechos reproductivos de las personas con VIH, pruebas de diagnóstico y tratamiento por VIH, derechos, leyes y políticas y gestión del cambio. Finalmente, se presentan las conclusiones, con base en los principales hallazgos, y las referencias bibliográficas.

III. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Levantar, procesar y analizar la información del Índice de Estigma en personas con VIH en Honduras, de acuerdo a las directrices contempladas en la “Guía del usuario” del Índice de Estigma en personas con VIH; con la finalidad de describir y comprender el estigma externo e interno y las situaciones de discriminación atravesadas por las personas que viven con VIH en los diversos ámbitos sociales de Honduras.

IV. MARCO METODOLÓGICO

La metodología que se utilizó en la investigación se desarrolló bajo un estricto protocolo técnico, respetando los criterios, lineamientos y recomendaciones que contiene La Guía del Usuario: Índice de Estigma en Personas que viven con VIH, elaborada por la IPPF, ONUSIDA, GNP+ e ICW, organizaciones líderes de la iniciativa en el ámbito internacional y expertas en el tema.

Este estudio consistió en una investigación de las percepciones de las personas con VIH sobre los diferentes aspectos relacionados con estigma, discriminación y los derechos de las personas con VIH. Se tipifica como un estudio de tipo cuantitativo descriptiva, no experimental de corte transversal, que combinó algunas técnicas cualitativas, debido a que el tipo de relación que se estableció entre las y los entrevistadores y personas entrevistadas es una relación horizontal y de pares, lo cual no es la relación tradicional que se establece para un estudio estrictamente cuantitativo.

4.1 Actividades previas

Para alcanzar el objetivo de la investigación, se realizaron las siguientes actividades:

- Conformación de la Alianza Interinstitucional
- Planificación de las actividades
- Aprobación de los DX de la investigación por el Comité de ética de la UNAH-VS
- Identificación de aspirantes a encuestadores
- Capacitación al personal de campo
- Edición e impresión del material a utilizar en la encuesta: preparación de los materiales (cuestionarios y documentos auxiliares: consentimiento informado, acta de entrega del kit y la lista) y la logística de campo (kit de productos) necesaria para llevar a cabo el levantamiento.
- Capacitación de las/los encuestadores: (normas e instrucciones específicas para la adecuada aplicación del cuestionario)
- Recogida de datos
- Revisión y crítica del cuestionario
- Digitación de los datos

4.2 Población y ámbito de estudio

Se diseñó una encuesta estructurada donde la población objeto de estudio fue la población con VIH de 19 años o más de edad que asiste a los Centros de Atención Integral, Grupos de Autoapoyo y los que reciben Visita Domiciliaria, con residencia en Honduras. Los criterios tomados en cuenta para identificar la población de estudio fueron los siguientes:

Criterio de inclusión:

- Personas con VIH, hombres y mujeres que asisten a consulta al Centro de Atención Integral (CAI) y Grupos de Autoapoyo y que se encuentren presentes en el momento del recojo de datos o durante la visita domiciliaria.
- Personas con VIH, hombres y mujeres que durante la visita domiciliaria se encuentren en sus casas.
- Que acepten participar voluntariamente en la investigación y que dieran su consentimiento firmado para ser entrevistados(as).

Criterio de Exclusión:

- Personas con VIH, hombres y mujeres que no den su consentimiento firmado para participar en la investigación.
- Personas con VIH hombres y mujeres menores de 19 años de edad.

Se eligieron 17 ciudades de Honduras con mayor número de casos con infección asintomática por VIH e infección avanzada por VIH, según el Informe Estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras, periodo 1985–2012, Secretaría de Salud.

Las ciudades seleccionadas fueron las siguientes:

San Pedro Sula	Choluteca	Puerto Cortés
Tegucigalpa	Choloma	Comayagua
La Ceiba	El Progreso	Villanueva
Tela	La Lima	Trujillo
Olancho	Danlí	Santa Rosa de Copán
Siguatepeque	Santa Bárbara	

4.3 Diseño de la muestra

Dado que el factor tiempo, logística y financiero no permitieron tomar una muestra representativa del total de la población de personas que viven con VIH, para la determinación de la muestra se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, de selección por conveniencia, por lo que los resultados de este estudio no son estrictamente inferibles a la totalidad de la población que viven con el VIH en Honduras, que se estimó en 30,766 casos acumulados a septiembre de 2012 (Secretaría de salud). Este tipo de muestreo hace que los resultados se limiten a las percepciones, conocimientos, atributos y entorno de las personas que viven con VIH que forman parte de la muestra, seleccionadas bajo los criterios de inclusión y exclusión.

Para la selección de las personas con VIH, además de los criterios de inclusión y exclusión, se contempló una estrategia de muestreo, dado que no se cuenta con una lista completa de quienes tienen el VIH, para que la muestra sea representativa de la población de interés del estudio. Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, el cual es un enfoque aceptable en tanto sus limitaciones sean reconocidas. No obstante, debido al tamaño de la muestra, puede suponerse que los hallazgos de la investigación reflejen las experiencias de miles de personas que con VIH en Honduras.

Para la determinación del tamaño de muestra se consideró el presupuesto asignado para esta investigación y la duración de la misma, así como también el margen de error (2.7%) obtenido de la Encuesta de Calidad de Servicios realizada en Honduras en el año 2011. Debido a estos parámetros, se consideró que una muestra de 720 casos sería suficiente para estimar las principales variables del estudio. El tamaño de muestra fue distribuida tomándose en cuenta el número de casos seropositivos que hay en cada ciudad del ámbito de estudio bajo un esquema de asignación proporcional, luego, se determinó el número de entrevistas que se haría en los CAI, Grupos de Autoapoyo y Visitas domiciliarias en cada ciudad seleccionada.

La muestra fue distribuida de la siguiente manera:

Tegucigalpa	192	Ocatepeque	10	Comayagua	17
La ceiba	37	El Progreso	32	Sambo Creek	10
Tela	37	Trujillo	12	Santa Bárbara	7
Olancho	4	San Rosa de Copán	11	Puerto Cortes	23
Choluteca	16	San Pedro Sula	310		

4.4 Instrumento de medición

Se utilizó un cuestionario estructurado, presentado en la “Guía del Usuario” del Índice de estigma en personas con VIH, el cual ha sido diseñado para apoyar a las redes locales que están implementando en sus países el Índice de Estigma en personas con VIH. Este cuestionario es de preguntas cerradas dicotómicas y politómicas, práctico y de fácil manejo. Cabe mencionar que dado el criterio de estandarización, no fue posible modificar ningún elemento del cuestionario, por lo que se elaboraron instructivos ad hoc para garantizar su correcta aplicación. El cuestionario tiene tres secciones:

Sección 1.- Información general sobre la persona entrevistada (y su familia).

Sección 2.- Indicadores enfocados a experiencias de estigma y discriminación relacionadas con el VIH, reportadas durante el pasado año por las personas que viven con VIH; estigma interno; la protección de los derechos de las personas que viven con VIH a través de la legislación, las políticas y/o prácticas; y la gestión del cambio.

Sección 3.- Indicadores enfocados a casos de estigma y/o discriminación relacionados con el VIH durante el pasado año, relacionados específicamente con las pruebas de VIH, compartir de la condición de VIH y la provisión de atención a la salud.

El instrumento ha sido validado internacionalmente a través de una encuesta piloto llevada a cabo en cuatro países: Kenya, Trinidad y Tobago, India y Lesotho, entre octubre – diciembre de 2006, donde recogieron información sobre las experiencias de estigma, discriminación y derechos de las personas con VIH. Para ello entrenaron a 2 personas con VIH locales los cuales fueron identificados y entrenados para administrar el cuestionario. Cada encuestador entrevistó a 8 personas, contribuyendo a una muestra total de 64 entrevistas.

El objetivo principal de la realización del estudio piloto fue para poner a prueba la idoneidad del cuestionario, para comprobar si las preguntas del cuestionario fueron redactadas adecuadamente y no repetitivo, y que los entrevistados de diferentes contextos y comunidades habían dado una elección adecuada de respuestas en la que se basa su respuesta a las preguntas. Luego los datos de los cuestionarios fueron introducidos y analizados usando el programa Epi-Info. Este ejercicio sirvió para hacer ajustes al instrumento (reformulación y reducción de preguntas, ajuste al programa de entrada de datos, entre otros. La entrevista fue personal y la duración de la aplicación del cuestionario en promedio fue de 1 hora 40 minutos.

4.5 Capacitación

Previo al período del levantamiento de campo se capacitaron a 15 personas con VIH miembros de una Red o que pertenezcan a algún grupo de apoyo de personas con VIH u organización con compromiso de trabajo con el VIH, para propiciar un ambiente de confianza y apertura durante la recolección de datos. La capacitación se realizó del 23 al 26 de abril del 2013 (4 días) en las oficinas de la Fundación LLAVES en San Pedro Sula durante la cual se realizaron prácticas y evaluaciones diarias basadas en aspectos como: habilidades y conocimientos sobre las temáticas impartidas, actitudes, comportamiento y pro actividad durante la capacitación, así como los conocimientos sobre el diligenciamiento del cuestionario. Al final de la misma quedaron 14 aspirantes seleccionadas, por la renuncia de una de ellas debido a la incomprensión del cuestionario.

El principal objetivo fue proporcionar un espacio solidario en donde las/los encuestadores investigadoras e investigadores de campo puedan reflexionar acerca de sus propias experiencias y aprender de sus pares.

La capacitación tuvo el siguiente alcance:

- Lograr la comprensión de los conceptos clave asociados con el estigma y la discriminación relacionados con el VIH; y de reflexionar acerca de algunas de sus propias experiencias al respecto;
- Lograr una comprensión profunda en cuanto al contenido del cuestionario y de los formularios y acuerdos asociados que se administran como parte del proceso de entrevista;
- Desarrollar las habilidades para conducir y registrar las entrevistas con personas que viven con VIH en su comunidad, utilizando métodos apropiados de investigación; y
- Orientar en cuanto a cómo reflexionar acerca de los datos que han sido recolectados durante el proceso de la entrevista; y poder tener acceso al apoyo necesario de la/el líder del equipo.

Además del entrenamiento para el manejo y llenado del cuestionario, las/los encuestadores recibieron orientación sobre la forma de tratar situaciones emocionalmente difíciles y cómo referir a las personas para consejería o a otras fuentes de asesoramiento e información.

4.6 Trabajo de campo

Para la recolección de la información, tal como lo establece la Guía del Usuario, se utilizó el cuestionario único diseñado como modelo por las instituciones que impulsan la metodología en todo el mundo, el cual no puede ser modificado, para garantizar la comparabilidad de los resultados entre los países.

En la fase de preparación para el levantamiento de campo, el equipo técnico de LLAVES elaboró los materiales y formatos necesarios y sugeridos en la “Guía del Usuario”, para llevar a cabo el trabajo de campo, entre éstos el instructivo del encuestador, el formulario de consentimiento informado, entre otros.

Como es usual, a pesar de que previo al levantamiento se llevó a cabo una prueba piloto de rigor con el objetivo de probar el cuestionario y que los encuestadores se familiaricen con el instrumento, todo operativo de campo tiene además de sus propios contra tiempos algunas características en el despliegue de las cargas de trabajo y del llenado del cuestionario que implican correcciones en campo o rediseño de la estrategia desde oficina de LLAVES. En campo participaron 14 encuestadoras(es) distribuidas en todo el ámbito de estudio.

El procedimiento seguido para la recolección de los datos fue el siguiente:

- Primeramente, se elaboró un plan de ejecución del trabajo de campo: Actividades, fechas, recursos, metas y carga de atención de los diferentes servicios; para planificar el levantamiento de campo.
- Se identificaron los hospitales y centros de servicios de salud que brindan atención a las personas con VIH (CAI), que formaron parte de la muestra a nivel nacional, Grupos de Autoapoyo; en cada ciudad seleccionada.
- Se coordinó con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (Jefe del Departamento de ITS/VIH/Sida en Tegucigalpa – Honduras, para que informe a los Centros de Atención Integral (CAI) seleccionados sobre este trabajo y les facilite el acceso a las y los encuestadores de la Fundación LLAVES.

El trabajo de campo inició el 27 de abril y finalizando el 15 de noviembre del año 2013, desarrollándose de forma exitosa en todas las regiones país. Durante la primera semana del levantamiento los encuestadores se concentraron en San Pedro Sula para poder detectar deficiencias, reforzar medios de control o instrumentar correcciones sistemáticas antes de salir a las localidades foráneas.

Como beneficio por la participación, los encuestados recibieron una bonificación o incentivo en especie por un valor de \$10.00, que comprendía en un kit de artículos de productos de uso personal (jabón, pasta dental, etc.) Durante el levantamiento de campo se efectuó un control de calidad continuo mediante reentrevistas telefónicas y supervisión de campo, con el fin de obtener resultados confiables. Luego, las respuestas del instrumento de medición fueron validadas manualmente y codificadas mediante listados de códigos previamente elaborados. Para tal efecto se definieron criterios de codificación y consistencia de las respuestas manual.

Con relación al acuerdo de confidencialidad, el encuestador/a entregaba la hoja de consentimiento informado a la persona que iba a entrevistar y le daba tiempo para que la lea. Si él/ella no podía leer, el entrevistador lo hacía en voz en voz alta. Si la persona entrevistada daba su consentimiento, entonces procedía a hacerlo firmar; si no sabe leer/escribir ponía su huella digital; en caso contrario, si no da su consentimiento, el entrevistador daba por terminada la entrevista.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

Luego de que los datos fueron recolectados y pasados por el proceso de crítica y codificación, para evaluar la consistencia manual de los datos, las respuestas de los cuestionarios fueron transcritas a la computadora y pasados por un programa de rango, consistencia mecánica y limpieza de la base de datos para la edición final de la misma. Para ello, se seleccionaron a 2 digitadoras con conocimiento en el manejo computacional, quienes fueron capacitadas para el manejo del programa y la transcripción de los datos.

Se elaboró un programa de captura de datos con el programa Epi Info 7, que tiene capacidades básicas de análisis y entrada de datos para el procesamiento de las preguntas codificadas. El programa fue elaborado en base al cuestionario propuesta en la Guía del Usuario; una vez establecida ésta se procedió al ingreso de los datos.

Después de elaborada la base de datos, se realizó el análisis descriptivo de los datos, luego se elaboraron tablas de salida simples y cruzadas de acuerdo con el objetivo propuesto y gráficos, también se calcularon las medidas de resumen y pruebas de significancia entre las variables para verificar la consistencia y relación entre ellas. Esta operación se lo hizo para identificar los hallazgos relevantes sobre el estigma y la discriminación que experimentan las personas que con VIH en Honduras; además, que satisfaga las necesidades de la Fundación LLAVES, para orientar las siguientes estrategias de intervención en esta población. Además contempló dentro de su estructura las conclusiones y sugerencias.

Cabe mencionar que el período de referencia del estudio corresponde a los últimos 12 meses previos al momento de realizada la entrevista.

V. RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas

El presente capítulo contiene la descripción de las características sociodemográficas y las relacionadas a la actividad sexual de las personas con VIH que conformó la muestra del estudio, con el propósito de contar con el perfil de esta población que voluntariamente decidieron participar en él, brindando sus percepciones, sentimientos y reacciones sobre el contexto externo que les rodea, en términos de los factores que influyen o determinan el nivel de estigma y discriminación. Este perfil también permite una mejor comprensión de los hallazgos que se presentan.

Así, en la tabla 1 se presenta el perfil de la población de estudio, a partir de las características sociodemográficas de la población entrevistada, donde se observa que, el grupo con mayor frecuencia es el de 30 a 49 años de edad (64.2%), es decir que seis de cada diez personas entrevistadas oscilan entre estas edades. Aun cuando uno de los criterios de inclusión en el estudio consistió en que fueran mayores de 19 años cumplidos, solamente el 7.6% de los(as) entrevistados(as) pertenece al grupo de 19 a 24 años. Por sexo, el 59.3% de las personas con VIH entrevistadas son del sexo femenino, 39.0% y solamente el 1.7% es transgénero.

Con respecto al nivel educativo, más de la mitad tiene estudios primarios (52.7%), seguido de los que han cursado algún año de educación secundaria (25.5%) y apenas el 2.1% tiene estudios universitarios. Cabe mencionar que un porcentaje importante (20.1%) no ha realizado estudios formales en el sistema educativo. Por sexo, el nivel educativo del transgénero presenta mayor escolaridad que del femenino y masculino.

En cuanto a la situación laboral, en la tabla 2 se observa que una de cada seis personas entrevistadas (16.3%) reportó tener un empleo a tiempo completo y aproximadamente una de cada ocho tiene un trabajo casual o a tiempo parcial (13.3%). Sin embargo, el 61.1% reportó estar desempleado o no tener un autoempleo. Con relación al sexo, existe una mayor proporción de mujeres entrevistadas desempleadas que de hombres y grupo transgénero.

Al considerar el área de residencia, se encontró que la mayor proporción de personas entrevistadas reside en las ciudades que son cabeceras departamentales (66.7%). La proporción que vive en el área rural (24.6%) resultó ser inferior a la que vive en otras áreas urbanas o poblados pequeños (8.7%).

Un aspecto importante que se analizó a través de las variables socioeconómicas es la carencia de alimentos, entendiéndola como el número de días que algún miembro de su familia ha carecido de suficientes alimentos para comer, por tanto, en la misma tabla 2, se observa que alrededor de una de cada seis personas entrevistadas (17.9%) reportó que durante el mes anterior a la entrevista, al menos una persona de su familia careció de alimentos. El 9.7% de las personas con VIH manifestó que la carencia fue de uno a dos días y el 8.2% de tres días a más. La carencia de alimentos en el género masculino es mayor que en el femenino y grupo transgénero.

Tabla 1.- Características sociodemográficas de la población de estudio, por sexo

Características	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
No. de casos	(427)	(281)	(12)	(720)
Grupos de edad:				
19-24 años	8.6%	6.2%	0.0%	7.6%
25-29 años	9.3%	11.2%	36.4%	10.5%
30-39 años	34.1%	27.9%	36.3%	31.6%
40-49 años	32.0%	34.0%	18.2%	32.6%
50 años o más	16.0%	20.7%	9.1%	17.7%
Educación:				
Escuela primaria	50.0%	58.0%	18.2%	52.7%
Escuela secundaria	23.9%	24.6%	81.8%	25.1%
Universidad	2.2%	2.2%	0.0%	2.1%
Ninguna educación formal	23.9%	15.2%	0.0%	20.1%

Fuente: Cálculos propios

Tabla 2.- características socioeconómicas de la población de estudio

Características	Género			Total
	Femenino	Masculino	Transgénero	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
No. de casos	(427)	(281)	(12)	(720)
Situación laboral:				
Empleo a tiempo completo	11.9%	22.5%	27.3%	16.3%
Empleo a tiempo parcial	2.6%	6.2%	0.0%	4.0%
Trabajo de tiempo completo pero autoempleo	5.7%	4.4%	9.1%	5.3%
Trabajo casual o a tiempo parcial	12.7%	14.2%	18.2%	13.3%
Desempleado (a)	67.1%	52.7%	45.4%	61.1%
Área de residencia:				
En la ciudad	64.0%	70.2%	81.8%	66.7%
Otra área urbana	8.4%	9.1%	9.1%	8.7%
Área rural	27.6%	20.7%	9.1%	24.6%
Carencia de alimentos:				
Ningún día	78.4%	87.7%	81.8%	82.1%
De 1 a 2 días	11.3%	6.9%	18.2%	9.7%
De 3 a 4 días	6.0%	4.7%	0.0%	5.4%
De 5 días o más	4.3%	0.7%	0.0%	2.8%

Fuente: Cálculos propios

En la tabla 3 se presenta el perfil de la población de estudio a partir de las características relacionadas con la actividad sexual, incluyendo el tiempo de tener el VIH. Con respecto al estado marital actual, aproximadamente cuatro de cada diez personas entrevistadas (35.9%) declararon ser solteras y otra proporción similar (36.7%) reportó que está casada o en unión libre y viviendo en la misma vivienda, mientras que solo el 6.4% se encuentra fuera de la vivienda. Además, el 10.4% reportó que mantiene una relación de pareja, sin vivir juntos. Acumulando estas últimas cifras se puede decir que el 53.5% de las personas entrevistadas mantiene una relación de pareja.

Por otro lado, el 2.8% de las personas entrevistadas se han divorciado o separado de sus compañeros(as) de hogar, mientras que el 7.8% declaró que esta viuda; siendo los del género masculino los que mayormente presentan este estado conyugal. Esta característica del estado marital actual, denota en gran medida la vulnerabilidad de los hogares de las Personas con VIH, donde la separación/divorcio y la viudez están contribuyendo a la conformación de hogares uni-parentales, por tanto adolecen de la figura paterna o materna importante en la construcción de valores, normas, necesaria en el proceso de socialización de los hijos e hijas.

Independientemente del estado marital actual, el 65.2% reportó que es sexualmente activo(a), con la salvedad que para efectos del estudio se consideró activa sexualmente a la persona que tuvo su última relación sexual durante los tres meses previos a la entrevista. También, indistintamente del estado marital y de la actividad sexual reciente, del total de personas con VIH que fueron entrevistadas, menos de la mitad (32.2%) tiene menos de cinco años de tener el VIH el 33.1% tiene de cinco a nueve años y el 34.7% tiene más de nueve años.

Uno de los riesgos que se corre en estudios de esta naturaleza es confundir la percepción de estigma y discriminación por el hecho de pertenecer o haber pertenecido en algún tiempo al grupo considerado como de la diversidad sexual, que son las personas que pertenecen o pertenecieron al grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (29 casos), al grupo de gays o lesbianas (24 casos), o quienes se definen como transgéneros (12 casos); o a otras minorías sociales, que las conforman las personas que pertenecen o pertenecieron al grupo de trabajadoras o trabajadores sexuales (11 casos), las personas usuarias de drogas inyectables (15 casos), las personas refugiadas o solicitantes de asilo (9 casos), las desplazadas internamente (23 casos), las trabajadoras o trabajadores migrantes (3 casos) y las personas privadas de libertad (8 casos). Para evitar este sesgo involuntario, en el presente estudio se decidió establecer las diferencias en la percepción de la experiencia de estigma y discriminación de las personas con VIH, mediante la variable “pertenencia a los grupos de la diversidad sexual, minoría social y los que no pertenecen ni han pertenecido a los grupos anteriores”.

En este sentido, en la misma tabla 3 se encuentra que del total de personas entrevistadas para el presente estudio, el 8.8% declaró que pertenece o perteneció en el pasado al grupo de la diversidad sexual, el 12.3% a la minoría social y el 82.7% declaró que nunca perteneció a alguna de las categorías anteriores.

Es importante mencionar que una misma persona entrevistada puede pertenecer o haber pertenecido a más de un grupo considerado como de la diversidad sexual y/o a un grupo considerado como minoría social, debido a que la pregunta para indagar esta condición era de respuestas múltiples. Con esta salvedad, lo único que se puede garantizar es que en la clasificación que se incluye en la tabla 3, quienes reportaron que pertenecen o pertenecieron a los grupos de la diversidad sexual pueden también pertenecer o haber pertenecido a algún grupo de minorías sociales, pero no viceversa.

Tabla 3.- Características relacionadas con la actividad sexual de la población de estudio

Características	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
No. de casos	(427)	(281)	(12)	(720)
Estado marital actual:				
Casado/a unión libre o vive con su pareja actualmente en la misma vivienda	38.8%	34.5%	9.1%	36.7%
Casado/a unión libre o vive con su pareja, pero temporalmente se encuentra fuera de la vivienda	6.0%	7.3%	0.0%	6.4%
Mantiene una relación de pareja pero no viven juntos	9.3%	10.9%	36.4%	10.4%
Soltera / Soltero	31.3%	42.2%	54.5%	35.9%
Divorciada / Separada	4.1%	1.1%	0.0%	2.8%
Viuda / Viudo	10.5%	4.0%	0.0%	7.8%
Sexualmente activo(a):				
No	40.8%	26.8%	9.1%	34.8%
Si	59.2%	73.2%	90.9%	65.2%
Tiempo viviendo con el VIH:				
0 a 1 años	6.2%	7.3%	9.1%	6.7%
1 a 4 años	23.5%	28.5%	27.3%	25.5%
5 a 9 años	34.7%	30.7%	36.3%	33.1%
10 a 14 años	25.1%	21.5%	18.2%	23.6%
15 años o más	10.5%	12.0%	9.1%	11.1%
Pertenencia a grupos minoritarios:				
Grupos de la diversidad sexual	1.9%	16.6%	85.5%	9.0%
Minoría social	11.2%	13.8%	17.0%	12.3%
No pertenece	89.8%	74.8%	17.0%	82.7%

Fuente: Cálculos propios

Sin embargo, considerando que los números de casos que se clasifican en la categoría del grupo de la diversidad sexual (65 casos) y en la categoría de minorías sociales (89 casos) no son suficientes para establecer diferenciales en los indicadores de estigma y discriminación por VIH, especialmente cuando los denominadores se restringen al cumplimiento de otras condiciones, se decidió reagrupar ambos segmentos en la categoría de grupos minoritarios.

Por consiguiente, la variable central de análisis para evitar el sesgo involuntario antes mencionado se define como “pertenencia a grupos minoritarios” y las categorías son “pertenece” o “no pertenece”.

5.2 Compartir el estado de VIH y confidencialidad

Uno de los factores determinantes para investigar la medida en que las personas con VIH experimentan estigma y discriminación a manos de otras personas es conocer hasta qué punto ellas y ellos divulgaron su condición. Este factor también puede explicar la medida en que las personas con VIH experimentan estigma interno. Para este propósito, se clasificaron en el cuestionario 16 tipos o grupos de personas del entorno de las personas con VIH, sobre a quienes se les preguntó si conocían su condición y la forma en que se enteraron por primera vez, si es que conocen su diagnóstico.

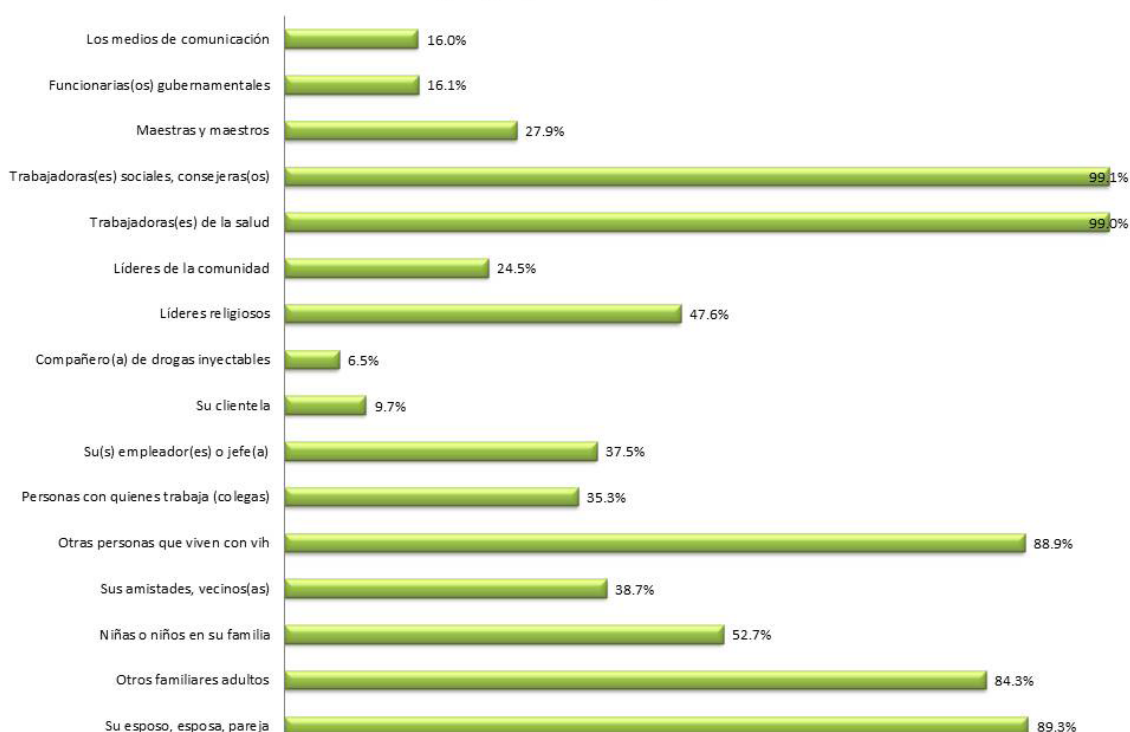
Para obtener las respuestas, conjuntamente las personas entrevistadas y el personal encuestador determinaron en qué casos y para qué grupos no aplicaba responder a la pregunta para cada tipo o grupo de personas. Por consiguiente, para establecer la medida en que cada grupo conoce la condición de las personas con VIH, se excluyó de cada denominador la cantidad registrada en cada celda de la columna “no aplica”.

De esta forma, los datos del gráfico 1 y de la tabla 4 indican que existe una amplia variación en cuanto a la mención del conocimiento de diagnóstico, que desciende de entre el 99.1% y 99.0% entre el personal de trabajo social y consejería, incluyendo el personal de salud, a un 9.5% o menos entre la clientela de las personas con VIH, (9.7%) y el compañero(a) de drogas inyectables, (6.5%). Cabe destacar que la mayor mención del personal de trabajo social y consejería (incluyendo las y los trabajadores de la salud) es lo esperado, ya que asisten a los hospitales públicos de salud (CAI), así como también reciben visita domiciliaria.

En un segundo nivel de mención aparece el esposo, la esposa o la pareja sexual que conoce su condición de VIH (89.3%), seguido de otras personas con VIH (88.9%) y otros familiares adultos (84.3%). Después aparecen los siguientes grupos con una mención de entre el 52.7% y el 35.3%: las y los niños en la familia, las y los líderes religiosos, sus amistades o vecindario, las o los empleadores, y las personas con quienes trabaja (colegas); mientras que el penúltimo grupo en términos de conocimiento lo conforman las y los maestros, las y los líderes de la comunidad, las y los funcionarios públicos diferentes del personal de salud, y los medios de comunicación; y en el último grupo, la clientela de las personas con VIH, y las y los compañeros de drogas inyectables.

Es importante señalar que las personas con VIH reconocen que alrededor del 7% del personal de salud, incluyendo el personal de trabajo social o de consejería, supo de su condición en forma indirecta, pero con su consentimiento, mientras que entre el 2% y el 3% conocieron su condición sin su consentimiento. Al contrario, llama la atención que entre el 11% y el 16% del grupo familiar adulto, amistades o vecinos(as) se enteró por primera vez de su condición sin su consentimiento, así como también alrededor del 13% se enteró sin su autorización.

Gráfico1.- Porcentaje de casos de quienes conocen su condición de VIH, según grupos investigados



Fuente: Cálculos propios

Para contar con un mejor panorama sobre las condiciones previas a la revelación de la condición de VIH a todas las personas entrevistadas se les preguntó con qué frecuencia sintieron presión de otras personas con VIH y de otras personas sin VIH (familiares, trabajadores sociales, empleados de organizaciones públicas) de dar a conocer su condición serológica. Los datos que se incluyen en la tabla 5 indican que alrededor del 94% nunca sintió presión para revelar su condición y que no existe mayor diferencia entre los grupos con o sin VIH que potencialmente podrían ejercer presión.

Uno de los factores que puede contribuir a minimizar los temores sobre el estigma y discriminación por VIH es la percepción de la confidencialidad que guardan las personas que conocen su condición. En este punto se espera que el personal de salud y los establecimientos de salud en general guarden estricta confidencialidad de la información de las personas con VIH. Tal como se observa en la tabla 6, el 80.3% (médico, enfermera, consejera, técnico de laboratorio) considera que las y los profesionales de la salud no han dado a conocer su diagnóstico, pero solamente el 44.2% considera que su registro médico se mantiene completamente confidencial, aunque el 11.2% está convencido de que sus registros médicos no se mantienen en forma confidencial.

Tabla 4.- Porcentaje de casos de quienes los grupos investigados conocen la condición de VIH, según grupos investigados

	Total (%)	Yo les dije	Alguien les dijo CON mi consentimiento	Alguien les dijo SIN mi consentimiento	No. de casos
Su esposo, esposa, pareja	89.3%	73.4%	7.4%	8.5%	448
Otros familiares adultos	84.3%	63.6%	9.4%	11.3%	692
Niñas o niños en su familia	52.7%	40.5%	6.1%	6.1%	627
Sus amistades, vecinos(as)	38.7%	20.7%	2.4%	15.6%	629
Otras personas que viven con VIH	88.9%	79.4%	4.6%	4.9%	674
Personas con quienes trabaja (colegas)	35.3%	28.0%	2.0%	5.3%	246
Su(s) empleador(es) o jefe(a)	37.5%	31.2%	0.5%	5.8%	205
Su clientela	9.7%	6.5%	0.0%	3.2%	123
Compañero(a) de drogas inyectables	6.5%	4.9%	0.0%	1.6%	61
Líderes religiosos	47.6%	35.2%	3.5%	8.9%	372
Líderes de la comunidad	24.5%	8.4%	2.8%	13.3%	323
Trabajadoras(es) de la salud	99.0%	89.4%	6.6%	3.0%	700
Trabajadoras(es) sociales, consejeras(os)	99.1%	90.5%	6.4%	2.2%	698
Maestras y maestros	27.9%	21.9%	2.2%	3.8%	183
Funcionarias(os) gubernamentales	16.1%	14.1%	1.0%	1.0%	99
Los medios de comunicación	16.0%	16.0%	0.0%	0.0%	94

Fuente: Cálculos propios

Por el contrario, el 9.9% piensa que el personal de salud ha dado a conocer a otras personas su condición sin su consentimiento y el 11.2% piensa que sus registro médico no se mantiene en forma confidencial. Adicionalmente, el 9.8% menciona que no tiene seguridad de que las y los profesionales de la salud hayan dado a conocer su condición sin su consentimiento y prácticamente el cuádruple (44.6%) no está seguro de que su registro médico se mantiene en completa confidencialidad.

Tabla 5.- Frecuencia con la que sintió presión de otras personas, con o sin VIH para dar a conocer su condición de VIH

	Con VIH	Sin VIH
Total	100.0	100.0
No. casos	(720)	(720)
Frecuentemente	1.8%	0.9%
Unas cuantas veces	2.4%	2.4%
Una vez	4.1%	3.0%
Nunca	91.7%	93.7%

Fuente: Cálculos propios

Tabla 6.- Confidencialidad sobre la condición de VIH por el personal de salud y percepción sobre la confidencialidad de los registros médicos sobre su condición de VIH

Algún profesional de salud que alguna vez ha dicho a otras personas que vive con VIH sin su consentimiento	
Total	100.0
No. casos	(720)
Si	9.9%
No	80.3%
No estoy seguro(a)	9.8%
Que tan confidenciales considera que sean los registros médicos relacionados con su condición VIH	
Total	100.0
No. casos	(720)
Estoy seguro/a que mis registros médicos se mantendrán completamente confidenciales	44.2%
No sé si mis registros médicos son confidenciales	44.6%
Estoy convencido/a de que mis registros médicos no se mantienen en forma confidencial	11.2%

5.3 Experiencia de estigma y discriminación a manos de otras personas

Aquí se presentan los resultados generales del estigma y discriminación hacia las personas con VIH, iniciando con la experiencia de exclusión social, religiosa o familiar, así como las formas específicas de estigma y discriminación a manos de otras personas y sus manifestaciones.

La exclusión social, incluyen los casos en los que sus amistades/vecinos o las y los líderes de la comunidad conocen la condición de VIH; la exclusión religiosa, incluye los casos en los que las y los líderes religiosos conocen la condición de VIH; y la exclusión familiar, incluyen los casos en los que su esposo, esposa o pareja, otros familiares adultos y niñas o niños de su familia conocen la condición de VIH.

Es importante mencionar que para las estimaciones sobre las diferentes percepciones de experiencias de estigma y discriminación, se restringieron los denominadores a las proporciones de personas con VIH que reportaron que los respectivos grupos potenciales para ejercer dichas manifestaciones tenían conocimiento de su condición de personas con VIH.

En la tabla 7 se muestra que del total de personas entrevistadas que reportaron que sus amistades, vecinos y vecinas o líderes y lideresas de la comunidad conocen su condición, el 8.1% manifestó que durante el último año recibió alguna forma de exclusión social, entendida como la privación de reuniones o actividades sociales, tales como bodas, funerales, fiestas o la pertenencia a clubes sociales.

También, de todos los que mencionaron que las y los líderes religiosos que conocen su condición de VIH, el 6.2% dijo que fue excluido de actividades religiosas o de lugares de culto. Por otro lado, entre quienes reportaron que el esposo, esposa, pareja sexual, grupo familiar, los niños y niñas de la familia

conocen su condición, el 5.1% reportó que tuvo experiencia de marginación familiar, entendida como el hecho de evitarles que participen en la cocina, comer en familia o dormir en la misma habitación.

Al analizar los datos según pertenencia a grupos minoritarios (grupos de la diversidad sexual y minoría social), existe diferencia entre la exclusión social y familiar. Sin embargo, la percepción de exclusión religiosa es menor entre quienes no pertenecen o nunca pertenecieron a los grupos minoritarios, en comparación con quienes pertenecen o pertenecieron a grupos minoritarios (4.8% contra 25.0% y 11.5%).

Si se comparan las proporciones que reportaron experiencia en este tipo de exclusiones, se observa que las mayores frecuencias se encuentran en el grupo de diez a catorce años con el VIH con predominio de la exclusión social (10.9%) sobre la religiosa (9.1%) y sobre la familiar (8.4%). A pesar del poco tiempo. Cabe mencionar que una proporción de personas que reportaron habersele diagnosticado el VIH de una a cuatro años, también tienen un predominio significativo de la exclusión social (10.2%) y la religiosa (10.0%)

Tabla 7 .- Porcentaje de personas con VIH que ha experimentado exclusión en actividades sociales, religiosas y/o familiares

Tabla 7 .- Porcentaje de personas con VIH que ha experimentado exclusión en actividades sociales, religiosas y/o familiares			
Características	Exclusión social a/	Exclusión religiosa b/	Exclusión familiar c/
Total	8.1%	6.2%	5.1%
*Género:			
Femenino	6.7%	5.8%	5.4%
Masculino	8.4%	5.4%	4.1%
Tiempo con el VIH (años):			
0-1 año	16.7%	0.0%	4.6%
1-4 años	10.2%	10.0%	4.1%
5-9 años	7.1%	5.3%	4.4%
10-14 años	10.9%	9.1%	8.4%
15 años o más	1.8%	0.0%	2.2%
**Pertenencia a grupos minoritarios :			
Grupos de la diversidad sexual	18.2%	25.0%	14.1%
Minoría social	21.8%	11.5%	12.6%
No pertenece	4.1%	4.8%	3.6%
Fuente: Cálculos propios			
* Se excluyó el transgénero porque el número de casos no es significativo			
** Pertenencia a grupos minoritarios: grupos de la diversidad sexual y minoría social			

Fuente: Cálculos propios

* Se excluyó el transgénero porque el número de casos no es significativo

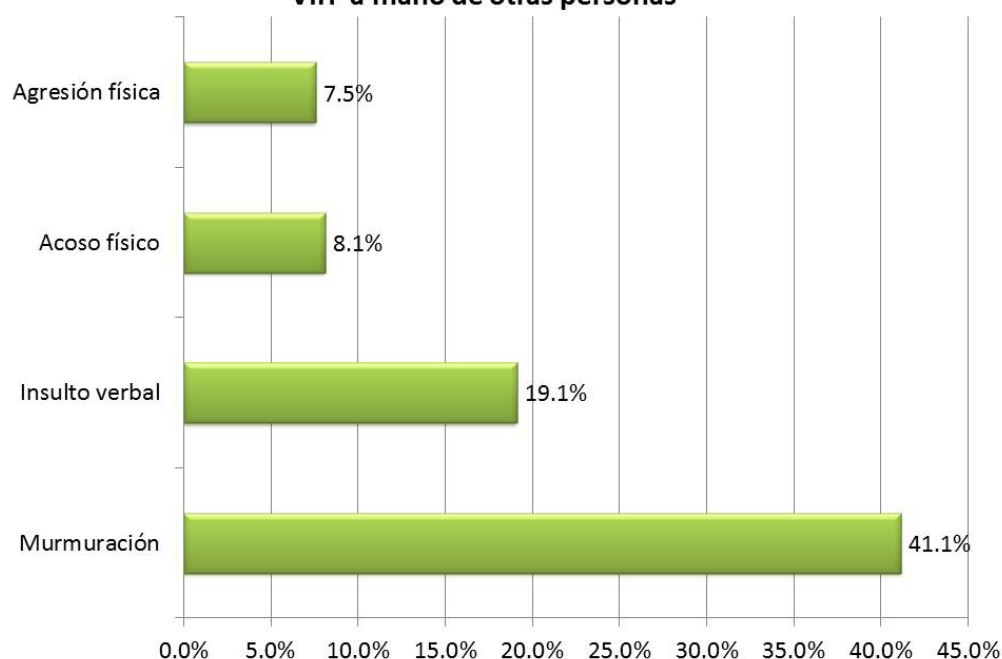
** Pertenencia a grupos minoritarios: grupos de la diversidad sexual y minoría social

a/ Se incluyen sólo los casos en los que sus amistades/vecinos o las y los líderes de la comunidad conocen la condición de VIH.

b/ Se incluyen sólo los casos en los que las y los líderes religiosos conocen la condición de VIH.

c/ Se incluyen sólo los casos en los que su esposo, esposa o pareja, otros familiares adultos y niñas o niños de su familia conocen la condición de VIH.

Gráfico 2.- Manifestaciones de estigma y discriminación por VIH a mano de otras personas



Fuente: Cálculos propios

Las formas específicas de estigma y discriminación que se investigaron fueron la experiencia de murmuraciones de otras personas sobre las personas entrevistadas, la cual ha sido observada por el 41.1% de las(os) encuestados, seguido por el insulto verbal (19.1%), el acoso o amenaza física (8.1%) y la agresión física (7.5%) (Gráfico 2).

Cuando se les preguntó con qué frecuencia habían experimentado estas formas de estigma y discriminación, el 51.4% que reportó murmuraciones mencionó que ocurrieron unas cuantas veces en el año, mientras que el 75.5% que reportó agresión física, el 58.6% que notificó acoso/amenaza física y el 52.2% que manifestó insulto verbal, mencionaron que fue una vez en el año. La proporción que expresó que la experiencia fue frecuentemente desciende del 17.2% para las murmuraciones al 6.9% para el acoso físico, pasando por el 9.4% para la agresión física hasta llegar al 9.0% para el insulto verbal (Tabla 8).

Tabla 8.- Frecuencia de las manifestaciones de estigma y discriminación por VIH a manos de otras personas

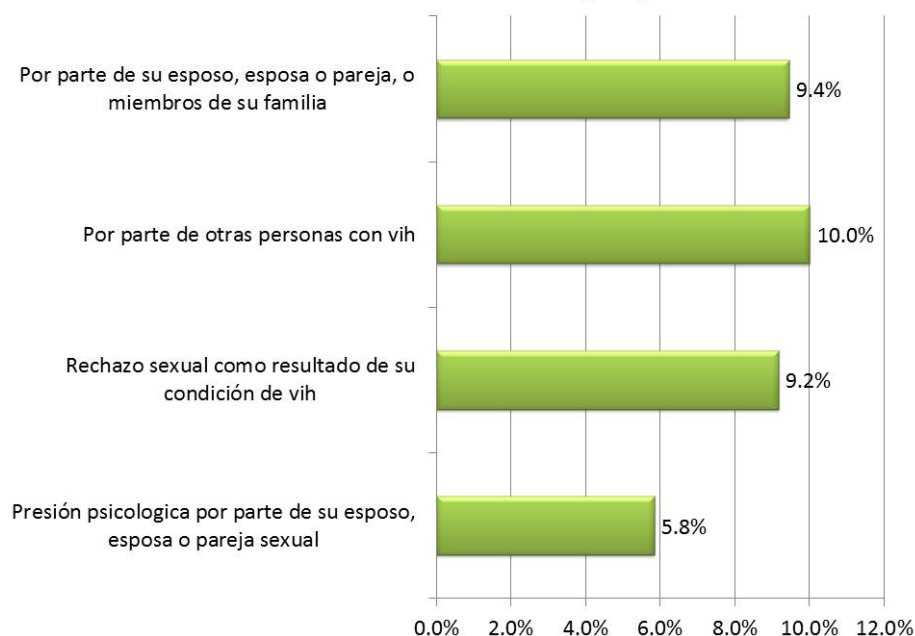
Frecuencia:	Murmuración	Insulto verbal	Acoso físico	Agresión física
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Frecuentemente	17.2%	9.0%	6.9%	9.4%
Una vez	31.4%	52.2%	58.6%	75.5%
Unas cuantas veces	51.4%	38.8%	34.5%	15.1%

Fuente: Cálculos propios

Con respecto a otras manifestaciones de estigma y discriminación, el gráfico 3 y la tabla 9 indican que el 10.0% se ha sentido discriminado por otras personas con VIH, seguido de la discriminación que ha sido objeto su esposo, esposa o pareja sexual u otro miembro de la familia por su condición de VIH (9.4%). La frecuencia para ambas manifestaciones más mencionadas fue una vez en el año. También se observa que el 9.2% experimentó rechazo sexual una vez durante el

último año como resultado de su condición de VIH, sin especificar de parte de quién recibió el rechazo.

Gráfico 3.- Otras manifestaciones de estigma y discriminación



Fuente: Cálculos propios

Tabla 9.- Otras manifestaciones de estigma y discriminación, según frecuencia

	Frecuentemente	Una vez	Unas cuantas veces	Total	No. de casos
Presión psicológica por parte de su esposo, esposa o pareja sexual	9.5%	42.9%	47.6%	100.0%	42
Rechazo sexual como resultado de su condición de VIH	10.6%	68.2%	21.2%	100.0%	66
Por parte de otras personas con VIH	8.2%	58.9%	32.9%	100.0%	72
Por parte de su esposo, esposa o pareja, o miembros de su familia	11.8%	52.9%	35.3%	100.0%	68

Fuente: Cálculos propios

5.4 Estigma interno y sus temores

El estigma interno, estigma sentido o auto estigmatización es un concepto que describe la forma en que una persona con VIH se siente acerca de sí misma, particularmente si siente vergüenza por el hecho de su condición de salud.

Recibir un diagnóstico de VIH genera un fuerte impacto en todas las áreas de la vida de una persona. Dependiendo de factores como su historia de vida, condición económica, cohesión familiar y solidaridad comunitaria, ante la confirmación de dicho diagnóstico, la persona puede experimentar una variedad de sentimientos como el de vergüenza, miedo, culpa, enojo, depresión, baja autoestima, inclusive pérdida total de control debido a presiones económicas y sociales.

Tratándose de una condición de salud que ha estado rodeada de prejuicios que otorgan una calidad de inferioridad y desvalorización para la persona que la vive, conduce a que la persona interiorice el estigma de su entorno. Esta es una de las consecuencias más dañinas para la integridad de la persona. Este tipo de estigma se refiere a la percepción o a las manifestaciones internas de un estigma aceptado o de apreciaciones sociales negativas transformadas en temor, ansiedad o daño. Es decir, que la persona objeto de estigmatización siente o percibe una sensación de angustia, miedo y vergüenza que le impiden

llevar una vida plena. Esos sentimientos le hacen “validar” las acciones de discriminación en su contra. En este apartado se intenta explorar el estado de la situación emocional de las personas entrevistadas debido a su condición de VIH y las implicaciones internas manifiestas para su salud mental. Antes de comentar los datos que contiene la tabla 10, es conveniente aclarar que una persona pudo expresar más de un sentimiento o temor, debido a que con el cuestionario modelo que se utilizó se esperaban respuestas múltiples.

Con esta aclaración, los datos indican que el sentimiento negativo más frecuente de las personas con VIH es culparse a sí mismos por haber adquirido el virus (27.5%), seguido del sentimiento muy similar de sentirse culpable (26.4%). La mención de estos dos sentimientos resulta ser distinto por género, mientras que las mujeres culpa a otros o se siente avergonzada, los hombres, generalmente se autoculpan por tener el VIH.

El sentimiento de vergüenza se ubica en tercer lugar con el 23.1%, cifra que presenta variación según el género. Ligeramente con menor mención, el tener una baja autoestima (21.8%) o sentimiento suicida (6.5%), también siguen el patrón de los sentimientos más frecuentes.

El tercer componente del estigma interno lo constituyen los temores generados por la condición de VIH. Entre ellos el más frecuente es la experiencia de sentir que es sujeto de murmuraciones con una mención del 39.0%. Esta cifra varía del 43.2% entre género femenino al 32.0% entre el género masculino (Tabla 11).

El segundo temor más frecuente es que alguien ha sido insultado(a), acosado(a) y/o amenazado(a) verbalmente (19.0%), la cual también resulta mayor en el género femenino (21.2%) que el masculino (14.6%), aunque el transgénero (45.5%) muestra un porcentaje importante ante esta situación.

Los otros temores como el de ser agredido físicamente recibir insultos, y ser acosado y/o amenazado físicamente presenta una frecuencia de 12.1% y 11.6%, respectivamente y también tiende a ocurrir más frecuentemente en el género femenino que el masculino.

Tabla 10.- Porcentaje de personas que han experimentado sentimientos negativos debido a su condición de VIH, por sexo

	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
No. de casos	427	281	12	720
Sentimientos por tener el VIH:				
Me siento avergonzado(a)	26.5%	17.8%	27.3%	23.1%
Me siento culpable	23.2%	30.9%	36.4%	26.4%
Me culpo a mí mismo(a)	25.3%	30.4%	36.4%	27.5%
Culpo a otros	28.9%	11.6%	27.3%	22.1%
Tengo una baja autoestima	24.6%	18.1%	9.1%	21.8%
Siento que debería ser castigado(a)	5.5%	6.6%	0.0%	5.8%

Fuente: Cálculos propios

Como se puede observar en todas estas situaciones que les hayan sucedido realmente a las personas con VIH, presenta una tendencia definida con respecto género.

Tabla II.- Porcentaje de personas con VIH que han mostrado temor por algunas situaciones que le hayan sucedido, por sexo

	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
No. de casos	427	281	12	720
Situaciones que le han sucedido:				
Ser blanco de murmuraciones	43.2%	32.0%	54.6%	39.0%
Ser insultado(a), acosado(a) y/o amenazado(a) verbalmente	21.2%	14.6%	45.5%	19.0%
Ser acosado(a) y/o amenazado físicamente	13.1%	8.7%	27.3%	11.6%
Ser agredido físicamente	14.1%	8.7%	18.2%	12.1%

Fuente: Cálculos propios

5.5 Respeto a los derechos reproductivos de las personas con VIH

Como parte de los indicadores investigados, a todas las personas Entrevistadas se les preguntó si después de que se le diagnosticó el VIH habían recibido consejería sobre sus opciones reproductivas, respondiendo afirmativamente el 57.7% (Tabla I2).

Esta proporción resultó mayor para el género femenino (64.9%), en comparación con el masculino (45.1%) o el grupo transgénero (42.9%). Debido a que el cuestionario no permite indagar sobre los temas abordados en la consejería, no se puede afirmar si fueron con respeto o irrespeto a sus derechos sexuales y reproductivos.

Con respecto a los otros indicadores que se incluyen en la tabla, se puede inferir que alrededor de una de cada dos personas entrevistadas tiene la percepción de que se le irrespetó dichos derechos, ya sea porque piensan que su capacidad de obtener los antirretrovirales está condicionada al uso de ciertas formas de anticoncepción (41.5%) o que alguna vez el personal de salud le aconsejó no tener descendencia, después del diagnóstico (24.9%). Adicionalmente, el 11.9% expresó la percepción de que alguna vez el personal de salud le coaccionó a esterilizarse, dada su condición de VIH. No existe una tendencia definida de acuerdo al género.

Llama la atención que el 41.5% de las personas entrevistadas manifestaron que se encuentra condicionada su capacidad de obtener tratamiento antirretroviral al uso de ciertas formas de anticoncepción, cuando en el país se ha observado avances en cuanto al tratamiento y acceso a medicamentos antirretrovirales en el sistema de salud para combatir el VIH. Debido a la limitación de la pregunta, que es cerrada, no se sabe cuál es la razón por la que las personas entrevistadas manifestaron esta afirmación, por lo que se debe tomar este indicador de manera conservadora hasta que se encuentren mayores evidencias para sustentarla.

Resultado Índice de Estigma en Personas con VIH en Honduras

Tabla 12.- Indicadores de respeto a los derechos sexuales reproductivos de las personas con VIH, por sexo

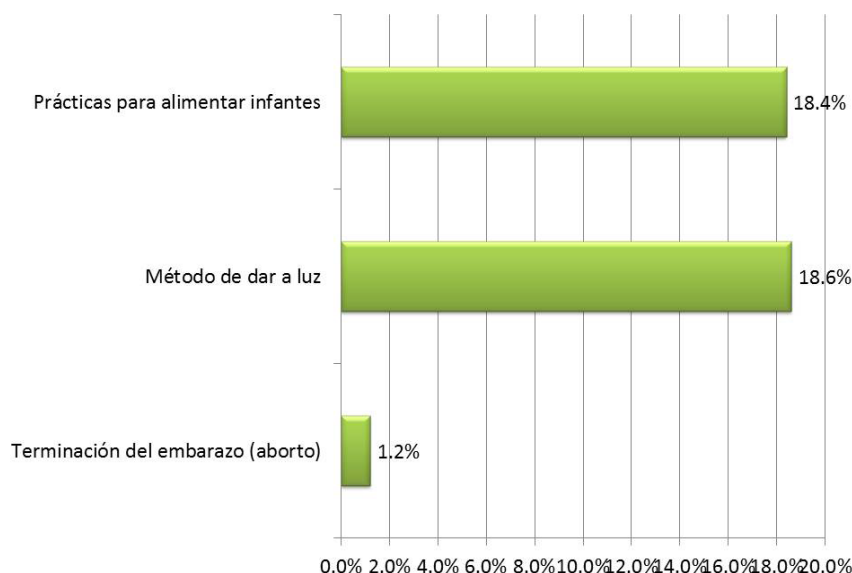
Indicador	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
Ha recibido usted consejería sobre sus opciones reproductivas, después de que se le diagnosticó que era VIH positivo(a)	64.9%	45.1%	42.9%	57.7%
Alguna vez una o un profesional de la salud le ha aconsejado no tener hijos, después de que se le diagnosticó que era VIH positivo(a)	30.7%	15.1%	16.7%	24.9%
Alguna vez una o un profesional de la salud le ha coaccionado para esterilizarse dado que se le diagnosticó que era VIH positivo(a)	17.6%	1.9%	0.0%	11.9%
Está condicionada su capacidad de obtener tratamiento antirretroviral al uso de ciertas formas de anticoncepción	39.9%	44.2%	66.7%	41.5%

Fuente: Cálculos propios

Solo al género femenino se le pregunto si ha sido forzada por un/un profesional de la salud en relación a alguna práctica debido a su condición de VIH, se encontró que el 18.6% consideró que se le forzó a un método específico de dar a luz, que posiblemente fue una cesaría, en vez de un parto vaginal, con el objetivo de proteger al bebe; porcentaje casi similar (18.4%) de mujeres ha sido obligada a realizar a ciertas prácticas para alimentar a su bebé y en menor proporción, a la terminación del embarazo (Gráfico 4).

Es importante aclarar que el cuestionario no contiene preguntas que permitan profundizar en cuanto a las percepciones sobre el respeto a los derechos reproductivos.

Gráfico 4.- Porcentaje de mujeres con VIH que ha sido forzada por una o un profesional de la salud



Fuente: Cálculos propios

5.6 Pruebas de diagnóstico y tratamiento por VIH

Uno de los aspectos claves que se abordan en el presente estudio consiste en conocer la motivación y la voluntariedad de las personas entrevistadas para realizarse la prueba del VIH, en la cual les diagnosticaron su condición y la recepción del proceso de la consejería pre y posprueba, tal como se estipula en los protocolos de atención para la infección por VIH. Antes de presentar los indicadores de acceso e ingesta del tratamiento antirretroviral y de medicamentos para prevenir o tratar infecciones oportunistas, se muestra la percepción de las personas con VIH sobre su estado general de salud.

En la tabla 13 se presentan los resultados que indican la razón por la cual las personas con VIH entrevistadas se realizaron la prueba, donde se observa que las dos razones que mencionaron con mayor frecuencia fueron: porque fue referido/a debido a síntomas sospechosos relacionados con el VIH (40.9%) o porque la persona simplemente quería saber sobre su condición de salud (18.3%). Estas razones se mantienen como las más frecuentes, indistintamente del género de las personas con VIH, con la excepción del femenino, donde el esposo(a), la pareja sexual o algún familiar resultó positivo al VIH (14.8%), superando levemente a que “simplemente quería saber”; y del grupo de transgénero, donde la segunda razón es porque fue referido(a) por una clínica de infecciones de transmisión sexual (27.3%).

Para el total de personas entrevistadas, la tercera razón fue que su esposo, esposa, pareja o alguien de la familia resultó con diagnóstico positivo al VIH (12.9%). En el grupo transgénero, mencionaron como tercera razón que les refirieron debido a síntomas sospechosos relacionadas con el VIH (18.2%).

Aún cuando la frecuencia resultó baja, es importante mencionar que el 1.0% mencionó que se tomó la prueba del VIH como requisito para el matrimonio o relación sexual, siendo un poco mayor (3.7%) por razones de empleo.

Tabla 13.- Razón por la cual se hizo la prueba de VIH, por sexo

	Género			Total
	Femenino	Masculino	Transgénero	
No. de casos	427	281	12	720
Razón:				
Por razones de empleo	3.1%	4.7%	0.0%	3.7%
Por embarazo	11.5%	0.0%	9.1%	6.9%
En preparación para el matrimonio/relación sexual	1.2%	0.7%	0.0%	1.0%
Fui referido/a por una clínica de infecciones de transmisión sexual	5.2%	4.7%	27.3%	5.4%
Fui referido/a debido a síntomas sospechosos relacionados con el VIH (Ej. tuberculosis)	38.2%	46.0%	18.2%	40.9%
Mi esposo/esposa/pareja/un miembro de mi familia resultó positivo	14.8%	10.5%	0.0%	12.9%
Enfermedad o muerte de mi esposo/esposa/pareja/miembro de mi familia	9.8%	5.1%	0.0%	7.8%
Simplemente quería saber	13.8%	23.9%	45.4%	18.3%
Otro	4.1%	5.8%	0.0%	4.7%

Fuente: Cálculos propios

En cuanto a la recepción de consejería u orientación para la prueba de VIH, los datos indican que del total de personas entrevistadas, el 65.1% recibió consejería pre y posprueba, tal como lo establecen los protocolos de atención. Esta cifra resulta un poco mayor entre el género femenino en

comparación con el grupo transgénero (66.5% y 81.8%) y un poco menor en el masculino (62.2%).

Por consiguiente, el 34.9% no recibió consejería pre y posprueba. Para el total de personas entrevistadas, esta proporción se conforma por el 6.9% que solamente recibió consejería posprueba, el 4.0% que recibió únicamente previo a la prueba y el 24.0% no recibió consejería ni antes ni después de la prueba. Esta última proporción resulta un poco menor que el género masculino (25.3%) y mayor que el femenino (23.8%), sin embargo, todos los del grupo transgénero recibieron consejería cuando se hicieron la prueba de VIH (tabla 14).

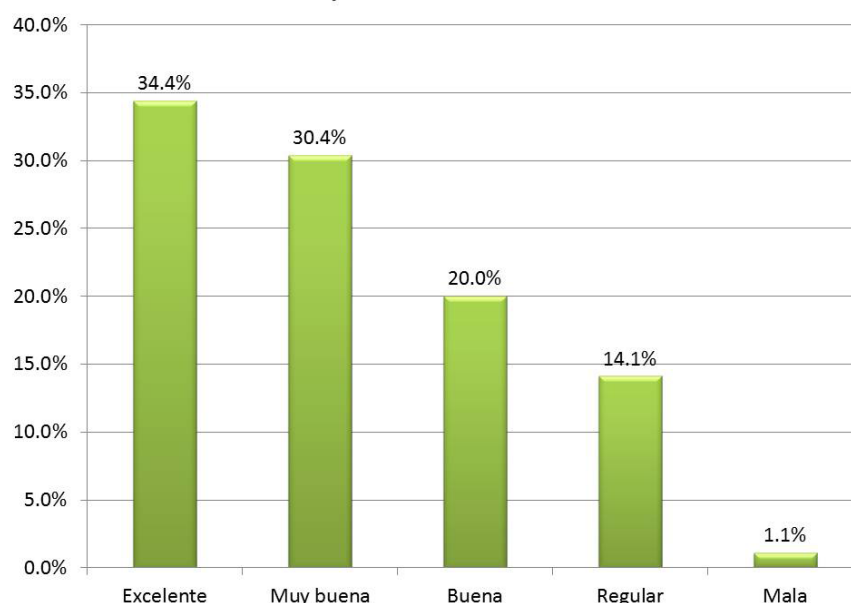
Tabla 14.- Recepción de consejería cuando se hizo la prueba de VIH

	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
No. casos	(427)	(281)	(12)	(720)
Recepción de consejería:				
Recibí consejería tanto pre y post prueba de VIH	66.5%	62.2%	81.8%	65.1%
Solamente recibí consejería pre prueba de VIH	3.9%	3.7%	18.2%	4.0%
Solamente recibí consejería post prueba de VIH	5.8%	8.8%	0.0%	6.9%
No recibí consejería cuando me hice la prueba de VIH	23.8%	25.3%	0.0%	24.0%

Fuente: Cálculos propios

Antes de indagar sobre el acceso e ingesta del tratamiento antirretroviral y de medicamentos para prevenir o tratar infecciones oportunistas, a todas las personas entrevistadas se les preguntó, en términos generales, ¿cómo describirían su salud en este momento? Los resultados se encuentran en la tabla 21 y se ilustran en la gráfica 5. En resumen, más de la mitad (64.8%) considera que su salud es excelente o muy buena, el 20.0% la consideró buena y el resto (25.2%) regular o mala.

Gráfico 5.- Percepción sobre su estado actual de salud



Fuente: Cálculos propios

Al comparar la proporción que considera su salud excelente o muy buena, por género, existe ligera diferencia con respecto género femenino (68.3%), pero disminuye al 59.8% en el género masculino y en el grupo transgénero (54.5%). La proporción que reportó que su salud la considera buena presenta diferencia según el género, resultando mayor en el grupo transgénero (27.3%) en comparación que el género femenino (18.0%) y masculino (22.8%). Cabe mencionar que solo el 2.2% de las personas entrevistadas de género masculino manifestaron que su estado de salud es mala, mientras los otros géneros no son de la misma percepción (Tabla 15).

Tabla 15.- percepción sobre su estado actual de salud, por sexo

	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
No. casos	(427)	(281)	(12)	(720)
Percepción:				
Excelente	38.6%	27.9%	36.3%	34.4%
Muy buena	29.7%	31.9%	18.2%	30.4%
Buena	18.0%	22.8%	27.3%	20.0%
Regular	13.2%	15.2%	18.2%	14.1%
Mala	0.5%	2.2%	0.0%	1.1%

Fuente: Cálculos propios

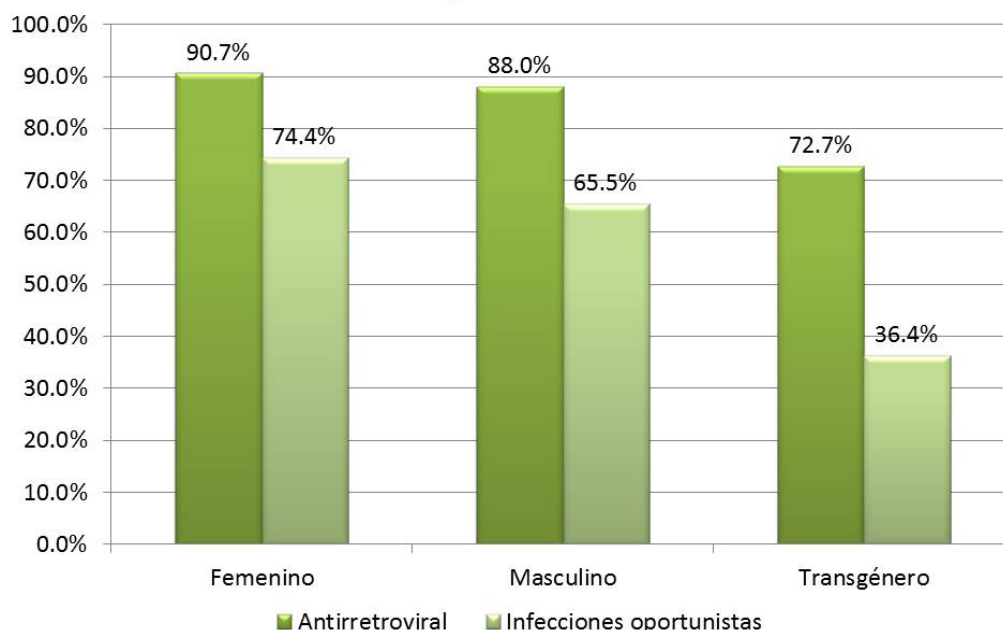
Independientemente de la percepción sobre su estado de salud actual, a todas las personas entrevistadas se les preguntó si tenían acceso a los antirretrovirales y si los estaban tomando en el período de la entrevista. Similar secuencia se siguió para indagar sobre el acceso e ingesta de medicamentos para prevenir o tratar infecciones oportunistas. Para efectos del presente estudio, se definió que sí tenían acceso a los antirretrovirales y/o los medicamentos para el VIH.

En la gráfica 6 se muestra que no todas las personas entrevistadas por género consideran que tienen acceso a los antirretrovirales, mientras que el 90.7% de las mujeres tienen acceso, el 88.0% de los hombres y 72.7% del grupo transgénero tienen esa facilidad.

En cuanto a los medicamentos para prevenir o tratar infecciones oportunistas, el 74.4% del de las mujeres consideró que tiene acceso, mientras que en los hombres es el 65.5% y en el grupo transgénero, 36.4%.

En cuanto a la ingesta de tratamientos antirretrovirales, una de cada diez personas entrevistadas las toma actualmente. Por género, las mujeres tienden a ser más responsables para cuidar su salud con respecto a los hombres y al grupo transgénero. Con relación a los medicamentos para prevenir o tratar infecciones oportunistas, cerca de tres de cada diez de personas con VIH de género femenino y masculino lo toman, mientras que en el grupo transgénero solo lo toman dos de cada diez personas (Gráfico 7).

Gráfico 6.- Porcentaje de personas con VIH que tienen acceso a medicamentos antirretrovirales y para las infecciones oportunistas



Fuente: Cálculos propios

Es importante la percepción que tienen las personas entrevistadas con respecto a la ingesta de antirretrovirales y de las infecciones oportunistas, en relación con el estado general de su salud en este momento, observándose una relación positiva, donde las personas que describen su salud como excelente es porque toman su medicamento para combatir el VIH o prevenir o tratar las infecciones oportunistas, y viceversa (tabla I6).

Gráfico 7.- Porcentaje de personas con VIH que toman medicamentos antirretrovirales y para tratar infecciones oportunistas

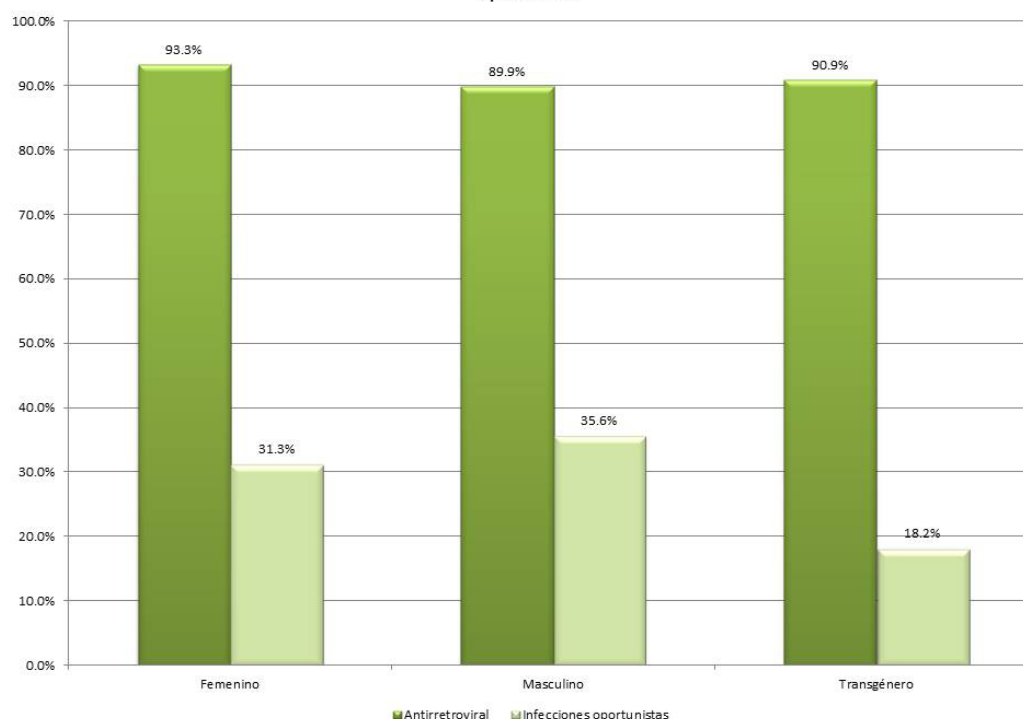


Tabla 16.- percepción sobre su estado actual de salud

	Antirretrovirales	Infecciones oportunistas	No. de casos
Total	100.0%	100.0%	720
Percepción:			
Excelente	35.5%	35.7%	246
Muy buena	30.0%	27.8%	219
Buena	20.2%	16.5%	145
Regular	13.3%	18.3%	102
Malá	1.0%	1.7%	8

Fuente: Cálculos propios

5.7 Derechos, leyes y políticas

Este apartado revela el conocimiento de las personas con VIH acerca de la legislación actual y compromisos firmados internacionalmente para la respuesta frente al VIH, así como sobre los derechos y deberes con los que cuentan para resolver sus problemas legalmente ante situaciones de estigma o discriminación, tomando como referentes los instrumentos legales y compromisos internacionales siguientes: la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida, firmada el 25 y 27 de junio de 2001, en la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS), y la Ley de VIH de Honduras, aprobada el 13 de noviembre de 1999.

Los resultados del estudio muestran que la mitad del total de personas con VIH entrevistadas el 51.0% (367 casos) manifestó que ha oído hablar de la declaración de la UNGASS, de los cuales el 54.7% (201 casos) ha leído o discutido alguna vez el contenido de la misma. Con respecto a la Ley de VIH de Honduras, el 71.9% (518 casos) indicó conocerla, pero la totalidad de los entrevistados(as) reportaron haberla leído o discutido alguna vez el contenido de la Ley (Tabla 17).

Los datos indican que la probabilidad de haber oído hablar de la declaración de la UNGASS y de haber leído o discutido alguna vez sobre su contenido, por lo general resulta menor que la probabilidad de haber oído hablar, discutido o leído sobre la Ley de VIH de Honduras, independientemente del género.

Los datos de la tabla 17 también indican que quienes más han escuchado hablar sobre la declaración de la UNGASS son las personas del grupo transgénero (72.7%) y del género femenino (55.2%). Sin embargo, una de cada dos personas entrevistadas dijo haber leído la declaración, indistintamente del género. La proporción que reportó que ha oído hablar de la Ley Especial de VIH de Honduras resulta mayor en el grupo de transgénero (90.9%) que aquellas o aquellos del género femenino (77.0%) y masculino (63.5%), igual que las personas la leído.

Al preguntarles si en los últimos 12 meses fue violado alguno de sus derechos como persona con VIH de las personas que han leído o discutido alguna vez el contenido de la ley, el 9.2% (64 casos) respondió afirmativamente (Tabla 18). De este subgrupo, el 25.0% (16 casos) intentó obtener una reparación legal de daños por la violación a sus derechos como persona con VIH y de estos, el 56.2% (9 casos) comenzó el proceso en los últimos 12 meses. De estas personas, solo al 11.1% (1 caso) les resolvieron sus casos por daños a la violación de sus derechos, mientras que al 66.7% (6 casos) no le fueron resueltos, es decir, nada sucedió (Gráfico 8).

Tabla 17.- Porcentaje de personas con VIH que ha escuchado o leído la Declaración de UNGASS o la Ley Especial de VIH de Honduras

	UNGASS		Ley de VIH de Honduras	
	Ha oído hablar	Ha leído	Ha oído hablar	Ha leído
Total	51.0%	54.7%	71.9%	55.3%
No. de casos	(367)	(201)	(518)	(286)
Género:				
Femenino	55.2%	55.9%	77.0%	57.7%
Masculino	43.8%	52.9%	63.5%	50.6%
Transgénero	72.7%	50.0%	90.9%	60.0%

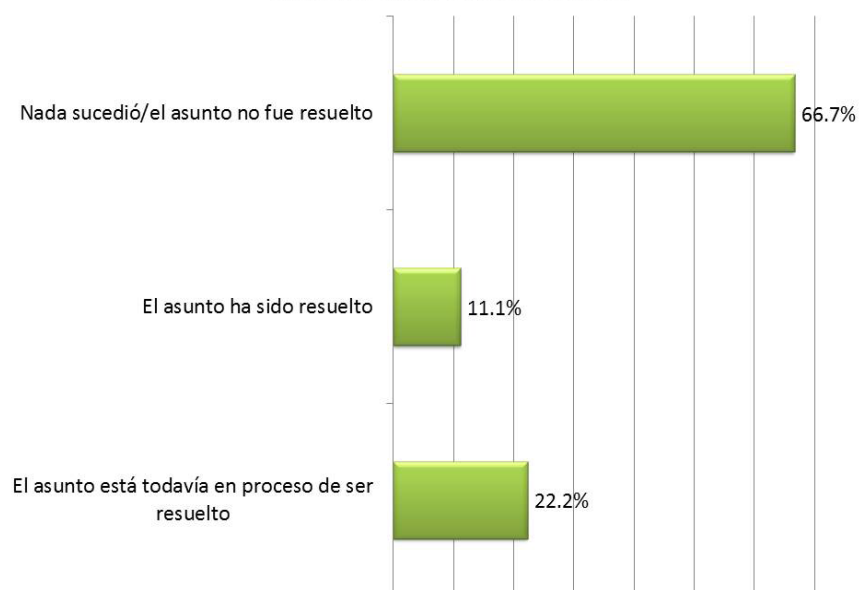
Fuente: Cálculos propios

Cabe señalar que de las 64 personas cuyos derechos han sido violados, solamente el 18.6% reportó que trató que algún o algunos empleados de gobierno tomen medidas en contra de la violación de sus derechos como persona con VIH, quizás mostrando desconocimiento o cierta desconfianza ante las instancias gubernamentales.

Tabla 18.- Proceso que siguió para obtener una reparación legal de daños por la violación a sus derechos como persona con VIH

Proceso:	Porcentaje	No. de casos
Algunos de sus derechos como persona con VIH ha sido violado	9.2%	64
Ha tratado de obtener una reparación legal de daño por la violación de sus derechos como persona con VIH	25.0%	16
Ha comenzado este proceso en los últimos 12 meses	56.2%	9
Ha tratado de que algún o algunos empleados de gobierno tomen medidas en contra de la violación de sus derechos como persona con VIH	18.6%	12

Gráfico 8.- Resultado de la denuncia por violación de sus derechos como persona con VIH



Fuente: Cálculos propios

La tabla I9 muestra las razones por las cuales las personas que reportaron violación a alguno de sus derechos no trataron de obtener una reparación legal. La explicación más frecuente fue que tuvo poca o ninguna confianza en que el resultado sería exitoso (40.0%), seguida que como personas con VIH se sintieron intimidadas o con miedo a tomar medidas (17.8%), otro porcentaje similar respondió que alguien le recomendó que no tomara medidas (17.8%). Adicionalmente menciono que porque sus recursos financieros fueron insuficientes para tomar medidas (11.1%), y el 9.6% que el proceso para atender el problema le pareció demasiado burocrático. Por otro lado, el 8.9% manifestó que fueron por otras razones.

Tabla I9.- Razones por las cuales no trató de obtener una reparación legal de daños por la violación a sus derechos como persona con VIH

	Porcentaje
Total	100.0%
No. de casos	(45)
Razón:	
Alguien me aconsejó que no tomara medidas	17.8%
El proceso para atender el problema me pareció demasiado burocrático	4.4%
Me sentí intimidado/a o con miedo de tomar medidas	17.8%
Mis recursos financieros fueron insuficientes para tomar medidas	11.1%
Ninguna de las razones anteriores	8.9%
Tuve poca / ninguna confianza en que el resultado sería exitoso	40.0%

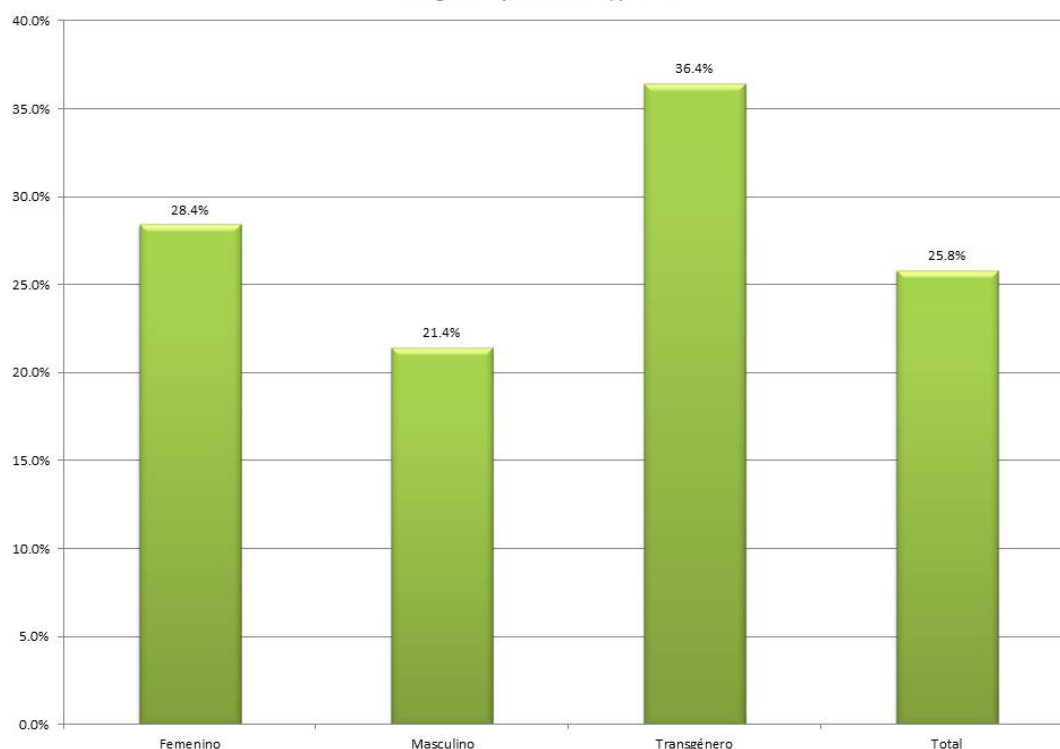
Fuente: Cálculos propios

5.8 Gestión del cambio

En esta sección se presentan los resultados sobre las gestiones que las personas con VIH realizaron, durante el último año previo a la entrevista, para impulsar cambios hacia perspectivas diferentes sobre las personas que con VIH. Además, se muestran los resultados sobre las acciones que ejecutaron las y los entrevistados con VIH para ayudar a sus pares que han sido sujetos de estigma y discriminación o de violación a sus derechos.

Primeramente se investigó sobre la gestión de cambio, el cual consiste en establecer la medida en que las personas con VIH tuvieron la oportunidad de confrontar, cuestionar o educar a alguien que les estuviera estigmatizando o discriminando durante los últimos 12 meses. Los datos que contiene el gráfico 9 indican que prácticamente una de cada cuatro personas entrevistadas (25.8%) respondió que tuvo dicha oportunidad. Esta proporción resulta mayor en el grupo transgénero (36.4%), con respecto al género masculino (21.4%) y femenino (28.4%).

Gráfico 9.- Porcentaje de personas con VIH que han confrontado, cuestionado o educado a alguien que le estigmatizó y/o discriminó, por sexo



Fuente: Cálculos propios

Al explorar el conocimiento de las personas con VIH sobre las distintas organizaciones o grupos a los cuales pueden recurrir al afrontar una situación de estigma y discriminación por su condición de VIH, se encontró que un poco más de siete de cada diez personas entrevistadas (72.8%) conoce al menos una institución u organización. Esta cifra varía del 80.0% en el grupo transgénero al 68.5% del género masculino (tabla 20).

Las instituciones, organizaciones o grupos más conocidos por las personas con VIH son: los grupos de autoapoyo de personas con VIH (62.6%), la organización de derechos humanos (37.8%), las redes de personas que viven con VIH (32.6%), y alguna organización no gubernamental local (19.1%). La mención de estas cuatro instituciones, organizaciones o grupos fue mayor por parte del grupo transgénero con respecto al género femenino y masculino.

El segundo grupo de instituciones u organizaciones que conocen según mención en un rango del 5% al 16% son las siguientes: Bufete jurídico (15.9%), organización basada en la fe (12.3%), Consejo Nacional de Sida (9.2%) o una organización no gubernamental nacional (5.2%). En la misma tabla 28 también se observa que, por lo general, en el grupo transgénero fue mayor la proporción que identificó estas instituciones u organizaciones que los otros géneros.

Tabla 20.- Conocimiento de organizaciones a las que puede recurrir para obtener ayuda si experimenta estigma o discriminación por VIH, por sexo

	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
No. casos	427	281	12	720
Características:				
Tiene conocimiento	75.4%	68.5%	80.0%	72.8%
Clase de organizaciones que conoce:				
Organización no gubernamental internacional	2.2%	1.1%	18.2%	2.0%
Organización no gubernamental nacional	5.3%	4.0%	36.4%	5.2%
Consejo o comité nacional de sida	9.6%	6.9%	54.6%	9.2%
Organización de derechos humanos	39.6%	34.1%	63.6%	37.8%
Bufete jurídico	15.3%	15.6%	45.5%	15.9%
Organización basada en la fe	13.8%	8.7%	45.5%	12.3%
Organización no gubernamental local	19.1%	18.5%	36.4%	19.1%
Red de personas que viven con VIH	35.3%	26.8%	72.7%	32.6%
Grupo de apoyo a personas que viven con VIH	66.1%	56.5%	81.8%	62.6%
Otra	2.6%	1.1%	0.0%	2.0%

Fuente: Cálculos propios

Al preguntarles a las personas entrevistadas si ellas habían apoyado a otras personas con VIH, la mayoría respondió afirmativamente (tabla 21). Al preguntarles el tipo de apoyo que brindaron, el que más mencionaron fue el emocional (94.3%), como consejería, compartiendo historias y experiencias personales; seguido del físico (18.1%), entendiendo como tal a la entrega de dinero, alimentos o ayudándoles con algún encargo y ligeramente menor, la referencia a otros servicios (17.4%). Por género, el grupo transgénero es el que manifestó haber brindado apoyo a sus pares en los últimos 12 meses más que el masculino y femenino, sobre todo el apoyo emocional.

Los datos que contiene la tabla 22 muestran que en los últimos 12 meses prácticamente una de cada dos personas entrevistadas forma parte de un grupo de autoapoyo y/o red de personas con VIH (48.0%), el 19.6% estuvo involucrado en algún programa o proyecto que proporciona asistencia a las personas con VIH, ya sea de gobierno o de organización no gubernamental y el 9.2% participó en algún esfuerzo para desarrollar leyes, políticas o pautas relacionadas con el VIH. La participación en grupos de apoyo resulta mayor en el grupo transgénero (72.7%) que en el género femenino (54.4%) y masculino (37.5%).

Tabla 21.- Porcentaje de personas con VIH que ha brindado apoyo a otras personas con VIH por sexo

	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
No. de casos	427	281	12	720
Ha brindado apoyo	65.7%	61.6%	81.8%	64.4%
Tipo de apoyo:				
Apoyo emocional	94.9%	92.9%	100.0%	94.3%
Apoyo físico	16.8%	19.4%	33.3%	18.1%
Referencia a otras personas	19.3%	13.5%	33.3%	17.4%

Fuente: Cálculos propios

Tabla 22.- Participación en organizaciones gubernamentales y/o no gubernamentales relacionadas con el VIH

	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
No. de casos	427	281	12	720
Organizaciones:				
Grupos de autoapoyo	54.4%	37.5%	72.7%	48.0%
Programas o proyectos de asistencia	21.0%	16.3%	45.5%	19.6%
Desarrollo de leyes y políticas de VIH	10.4%	5.8%	45.5%	9.2%

Fuente: Cálculos propios

Siempre en el contexto de la gestión de cambio, a las personas entrevistadas se les mencionó que existen muchas organizaciones de personas con VIH que trabajan contra el estigma y discriminación, y si de parte de alguna de ellas les preguntaran: ¿cuál es la acción más importante que deberíamos estar realizando como organización para hacer frente al estigma y discriminación?,

¿Qué recomendarían?.

Los datos de la tabla 23 indican que quienes más han escuchado hablar sobre la declaración de la UNGASS y de haber leído o discutido alguna vez sobre su contenido, así como también sobre la ley que protege los derechos de las personas con VIH en Honduras, son las personas que son miembros de algún grupo de apoyo y/o de personas con VIH, denominados Grupos de Autoapoyo, y en menor proporción, las personas que han participado en algún esfuerzo para desarrollar leyes, políticas o pautas relacionadas con el VIH.

Tabla 23.- Participación en organizaciones gubernamentales y/o no gubernamentales relacionadas con el VIH, según hayan escuchado o leído la Declaración de UNGASS o la Ley de VIH

	UNGASS		Ley de VIH de Honduras	
	Ha oído hablar	Ha leído	Ha oído hablar	Ha leído
No. de casos	367	201	518	289
Organizaciones:				
Grupos de auto apoyo	49.9%	61.7%	53.5%	61.2%
Programas o proyectos de asistencia	25.1%	32.8%	23.6%	32.9%
Desarrollo de leyes y políticas de VIH	12.5%	15.4%	11.0%	17.3%

Fuente: Cálculos propios

En la tabla 24 se muestra que la acción más recomendada es defender y promover los derechos de todas las personas con VIH (38.4%) y en segundo lugar fue aumentar la conciencia y conocimiento del público acerca del VIH (26.0%).

La primera y segunda recomendación es mayor en el género masculino y femenino, frente al grupo transgénero. Las recomendaciones que ocupa el tercer lugar es educar a las personas que viven con VIH sobre cómo vivir con la infección (incluyendo la comprensión del tratamiento) (17.0%) y el cuarto lugar, dar asistencia a las personas que viven con VIH, proporcionándoles apoyo emocional, físico y referencias de apoyo, con 11.3%.

La sugerencia menos frecuente fue defender y promover los derechos y/o proporcionar apoyo a grupos especialmente marginados (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las y los usuarios de drogas inyectables, las y los trabajadores del sexo), con una frecuencia del 7.3%, y como era de esperarse, fue principalmente mencionada en el grupo transgénero (27.2%), en comparación con las de género masculino y femenino (7.5%) y masculino (6.2%).

Tabla 24.- Recomendaciones que daría a las organizaciones de personas con VIH que trabajan contra el estigma y discriminación sobre las acciones más importantes que deberían realizar, por sexo

	Género			
	Femenino	Masculino	Transgénero	Total
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
No. de casos	(427)	(281)	(12)	(720)
Recomendación:				
Aumentar la conciencia y conocimiento del público acerca del VIH	25.1%	27.5%	18.2%	26.0%
Dar asistencia a las personas con VIH proporcionándoles apoyo emocional físico y referencias	11.6%	10.5%	18.2%	11.3%
Defender y promover los derechos de todas las personas con VIH	37.4%	40.6%	18.2%	38.4%
Defender y promover los derechos y/o proporcionar apoyo a grupos especialmente marginados	7.5%	6.2%	27.2%	7.3%
Educar a las personas con VIH sobre cómo vivir con el VIH	18.4%	15.2%	18.2%	17.0%

Fuente: Cálculos propios

VI. CONCLUSIONES GENERALES

1. En base a los resultados de la “Encuesta sobre el índice de estigma en personas con VIH”, las personas con VIH es un grupo vulnerable desde varias perspectivas; primero, muchas de ellas vive en condiciones inadecuadas; segundo, el vivir con el VIH las convierte en un grupo estigmatizado y discriminado por varios actores y sectores de la sociedad hondureña y por último muchas veces son objeto de etiquetamiento negativo.

2. Seis de cada diez de las personas entrevistadas con VIH son mujeres. La mayoría se encuentra en las edades productivas de la vida, por lo que tienen altas responsabilidades familiares con varios dependientes a su cargo, existe un porcentaje de viudez, sobre todo en el género femenino, que permite asumir el impacto de la orfandad dentro de algunos años, debido a la muerte de los padres a causa del VIH/Sida. De los que tienen empleo casual o a tiempo parcial, la principal ocupación productiva generadora de ingreso es la actividad comercial, caracterizada por pequeñas inversiones en la venta de mercadería, ropa, calzado, alimento y vanidades; aunque un porcentaje importante de ellos se encuentran sin empleo.

3. Las personas entrevistadas con VIH presentan un nivel educativo bajo, que los coloca en desventaja para poder obtener buenos empleos que les permitan ingresos económicos idóneos para mejorar su calidad de vida. Considerando las necesidades alimenticias, medicamentos y tamaño de la familia, muchas de ellas viven en situación de carencia, lo cual limita alcanzar una calidad de vida aceptable. La mayoría tiene una vida sexual activa y más de cinco años de tener el VIH.

4. Entre los diferentes grupos de personas con las que interactúan tanto hombre como mujeres con VIH la mayor probabilidad de obtener una reacción negativa o muy negativa al conocer el diagnóstico de VIH se encuentra en el ámbito comunitario, incluyendo a las y los líderes de la comunidad, vecinos y amistades.

5. Con la excepción del personal de salud que conocen

la condición de VIH de las personas entrevistadas, en general, entre menos cerca del círculo familiar se encuentran las personas, menor es la medida en que les han dado a conocer el diagnóstico de VIH.

6. Todas las personas con VIH experimentan sentimientos negativos al conocer su diagnóstico positivo los cuales tienden a reducirse en la medida que avanza el tiempo viviendo con el VIH. En un primer momento, manifestó síntomas de depresión, impotencia ante la noticia y una tendencia a baja autoestima a partir de conocer su estado de salud. El diagnóstico le generó un conflicto interno de grave repercusión emocional al pasar de tener un estado de salud normal a un estado de salud comprometido con un riesgo inmunológico por el VIH, hasta no poder entender o racionalizar las implicaciones que trae para su vida cotidiana el vivir con la infección.

Por lo tanto es contar con mayor información sobre el VIH y sus efectos, la cual les ayude a reducir sus angustias y temores, que a la vez satisfaga su necesidad de conocimientos nuevos y esperanzadores y que les permitan aceptar de mejor forma su diagnóstico. Ello les facilitaría aceptar la realidad como se presenta y tener una actitud propositiva hacia la vida como personas con VIH. Un primer paso para tener mejores condiciones emocionales es plantearse el reto de aceptar el diagnóstico en un corto o mediano plazo. Consideran que esto se puede lograr mejorando los procesos de consejería que se proveen en los establecimientos de salud.

7. Alrededor de cuatro de diez de las personas entrevistados han sufrido algún tipo de discriminación (murmuración, aislamiento, rechazo, entre otros) de parte de sus familiares, vecinos y otras poblaciones, sin embargo, no lo denuncian por el miedo a ser estigmatizados como personas con VIH

y que los resultados por las denuncias generalmente no son positivas, no se aplica la ley correctamente.

El estigma y discriminación manifiesta

da por las personas entrevistadas pone en evidencia lo peor, cuando las personas con VIH resultan discriminados y/o estigmatizados, muchas veces, no solo por sus familiares, vecinos y amistades, sino también por sus pares, cuando se deben unir de forma solidaria para combatir la marginación y para ofrecer apoyo y cuidados entre afectados por el virus. Es posible que esto se deba a los patrones culturales de género existentes en la sociedad donde se tiende a recriminar en mayor medida la seroprevalencia de las mujeres, presentándose mediante malos tratos y aislamiento, etc. entre las personas afectadas.

A pesar que la discriminación basada en la situación relativa al VIH, real o presunta, está prohibida por las actuales normas internacionales de Derechos Humanos. En Honduras este fenómeno persiste y se mantiene oculto y latente debido a factores como el miedo a ser descubiertos, desconocimiento sobre el VIH y lugares donde denunciar la discriminación.

8. A pesar de que un buen porcentaje de personas con VIH manifestaron haberse realizado su prueba de diagnóstico de manera voluntaria, la recepción de la consejería pre y posprueba de VIH no es un proceso generalizado en Honduras.

Por otro lado, hacerse la prueba del VIH, tanto como requisito para las solicitudes de empleo como para cumplir con los exámenes preventivos durante la relación laboral, se ha vuelto un requisito para ser aceptado en un empleo, a pesar que es ilegal. Sin embargo llama la atención en la encuesta que solo el 3.7% de las personas entrevistadas hayan considerado como una de las últimas razones, que se hizo la prueba de VIH porque se lo pidieron como requisito para un empleo, quizás muchos de ellos no lo denunciaron debido a la poca importancia que le dan las autoridades para resolver los casos, prefiriendo mejor insertarse al sector informal.

9. Las personas con VIH tienden a reportar mayor experiencia de temores debido a su condición, que van desde el temor a las murmuraciones hasta el nivel de la agre-

sión física y tiende a ser menor en la medida que aumenta el tiempo viviendo con VIH.

10. Las personas con VIH que pertenecen o pertenecieron a los grupos de la diversidad sexual y social son las que tienden a reportar mayores razones para percibir que el resto de personas las estigmatizan o discriminan, lo cual probablemente obedece a su doble condición de estigma.

11. La condición de VIH hace que una proporción de las personas con diagnóstico positivo se autoexcluya de sus actividades sociales, laborales o de otra índole y tome decisiones como el abandono a practicar sus derechos sexuales y reproductivos, sobre todo el derecho a la procreación.

12. Es sabido que la adherencia para la terapia VIH es respetar fielmente con exactitud la toma de sus medicamentos antirretrovirales, de acuerdo a las indicaciones de su médico tratante, incluyendo horarios y cambios alimenticios a seguir. Por tanto, los resultados de la encuesta señalan que aproximadamente nueve de cada diez personas entrevistadas dijeron que actualmente toman medicamentos antirretrovirales para combatir el VIH, sin embargo por el tipo de muestreo que se utilizó en este estudio solo garantiza este resultado para la muestra de entrevistados, por lo que no se puede inferir de que todas las personas tienen asegurado el tratamiento a nivel nacional.

13. Las respuestas que se obtuvieron con respecto al tratamiento Antirretroviral, se pueden clasificar en dos grupos: las que se refieren a la organización de la red de hospitales públicos y las que se relacionan con las situaciones individuales provocadas por los tratamientos antirretrovirales.

14. Con respecto al primer grupo de respuestas, es importante recordar que según los datos que contiene los gráficos 7 y 8 de este documento, la gran mayoría de informantes considera que tiene acceso al tratamiento antirretroviral y que una proporción muy alta reportó que lo está tomando.

15. Dos de cada diez personas con VIH afirma haber sufrido algún tipo de exclusión, ya sea social, religiosa o familiar. Sin embargo, son pocas las que lo denuncian por el miedo a ser estigmatizados como personas con VIH, ya que los resultados por las denuncias generalmente no son positivas, es decir no se aplica la Ley Especial de VIH/SIDA correctamente por parte de las autoridades correspondientes. Como medidas para disminuir el estigma y discriminación, se propone continuar con el proceso de orientación y capacitación sobre temática en VIH/Sida, tanto para las personas con VIH, familiares y operadores de justicia, con el objetivo de generar una cultura de respeto y mejoramiento de la calidad de vida de las personas con VIH.

16. En cuanto al hecho de compartir el estado de VIH se encontró desconfianza en dar a conocer su condición, porque no se respeta su privacidad. Su condición la perciben en forma muy íntima, ya que incluso no desean que se entere su pareja, familiares u otras personas allegadas, porque no se sienten preparados o preparadas para darlo a conocer y temen sufrir el rechazo originado por los juicios de valor hacia ellos o ellas. Una parte de las y los entrevistados sigue manifestando que lo más importante es callar, ocultar y guardar en secreto su condición de VIH.

Algunas personas manifestaron estar experimentando algún sentimiento de aislamiento, temor, rechazo, desprecio, estigma y/o discriminación debido a su condición de VIH. Otras mencionan la necesidad que tienen de pasar desapercibidas al no compartir su condición, y esto incluso lo perciben como reto en su vivencia para no ser discriminadas, ya que el compartir su condición de VIH les trae mayores problemas de relaciones interpersonales y mayores temores por el rechazo que se origina.

Algunas y algunos informantes perciben que no existe confidencialidad en el nivel que lo esperaría, durante los procesos de diagnóstico y provisión del tratamiento, porque no se practica la discreción ni el cuidado para que otras personas dentro de los establecimientos de salud que no necesitan conocer, no conozcan su condición de VIH.

En algunos establecimientos de salud no existe una adecuada consejería para las y los usuarios regulares que solicitan este servicio, algunos y algunas no la reciben o les proveen información deficiente sobre un resultado y/o diagnóstico, por lo que se sienten inconformes con la atención. Para superar estas situaciones, proponen como reto la sensibilización y capacitación del personal de salud de los establecimientos y que los servicios que brindan, al momento de prestarlos, sean discretos y confidenciales.

17. La poca experiencia de las personas con VIH, para confrontar, cuestionar o educar a alguien que esté estigmatizando o discriminando a las personas con VIH es una muestra de que la mayoría de ellas no tiene las bases para iniciar una gestión de cambio del entorno (ambiente) que lo está estigmatizando o discriminando.

18. A mayor tiempo de convivir con el VIH, mayor es la probabilidad de que se encuentren en la disponibilidad de brindar apoyo o ser solidarios con sus pares, en el sentido emocional, físico o de referencia.

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Índice de Estigma en Personas con VIH en Honduras

Antecedentes

La medición del Índice de Estigma en Personas con VIH, es una iniciativa global de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Red Global de Personas que Viven con VIH/SIDA (GNP+) y Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW).

La medición en Honduras ha sido propiciada por La Red de Personas con VIH en Centroamérica (REDCA+) y el Programa Regional REDCA+, coauspiciado por ONUSIDA, PNUD, DIAKONIA, ejecutada por Fundación LLAVES, en coordinación con la Alianza Interinstitucional en Honduras.

La Alianza Interinstitucional conformada por la Asociación Nacional de Personas con VIH en Honduras (ASONAPVSIHAH), Red de Mujeres Hondureñas Positivas, Programa Casa Aurora, Grupo de Autoapoyo Juntos por la vida, Programa Puerta Abierta, Puntos Focales Nacionales de la REDCA+

Objetivo del Estudio

Describir y comprender el estigma externo e interno y las situaciones de discriminación atravesadas por las personas que viven con VIH en los diversos ámbitos sociales de Honduras.

Marco Metodológico

Se desarrolló bajo un estricto protocolo técnico, respetando los criterios, lineamientos y recomendaciones que contiene La Guía del Usuario: Índice de Estigma en Personas que viven con VIH, elaborada por la IPPF, ONUSIDA, GNP+ e ICW.

Población y Muestra



720 Personas con VIH de 19 años o más de edad.



Originarias de 17 municipios de Honduras.

Instrumento de Medición

Se utilizó un cuestionario estructurado, presentado en la “Guía del Usuario” del Índice de estigma y discriminación en personas con VIH.

Sección 1.- Información general sobre la persona entrevistada (y su familia).

Sección 2.- Indicadores enfocados a experiencias de estigma y discriminación relacionadas con el VIH, reportadas durante el pasado año por las personas que viven con VIH; estigma interno; la protección de los derechos de las personas que viven con VIH a través de la legislación, las políticas y/o prácticas; y la gestión del cambio.

Sección 3.- Indicadores enfocados a casos de estigma y/o discriminación relacionados con el VIH durante el pasado año, relacionados específicamente con las pruebas de VIH, compartir de la condición de VIH y la provisión de atención a la salud.

GOBIERNO

Hallazgos claves y áreas de acción para Gobierno

Acciones claves para los gobiernos a abordar el estigma y la discriminación son muchas veces sin límites, mientras que los recursos, por desgracia, no lo son.

Las acciones, por lo tanto están alineados con las principales conclusiones del Índice de Estigma que refleja la opinión de los encuestados en términos de cómo su vida, la salud, y la seguridad se ven afectados por vivir con VIH.



Elementos de acción para el empleo sostenido y sector de salud para mejorar las pruebas proactivas y el tratamiento:

El Índice de Estigma de Honduras indica que puede haber una conexión entre el empleo y las prácticas de salud preventivas. También afecta el empleo de los hondureños que viven con VIH es la educación, el 61% de las personas encuestadas manifestó estar desempleada. Entre las áreas potenciales para la intervención del gobierno para garantizar el empleo de las personas con VIH, se encuentran el asegurar la disponibilidad de la educación para los grupos vulnerables. Niveles de educación superior permite un empleo que requiere trabajo menos duro, y por lo tanto más resistente a los problemas de salud.

El desarrollo de programas de educación continua y educación para adultos, garantizando la accesibilidad a las personas con VIH, y otras poblaciones vulnerables

El desarrollo de programas de protección social destinados a reducir las barreras logísticas al tratamiento, tales como los costos de transporte, especialmente para los que viven en zonas remotas y requieren largos viajes para asistir a los Centros de Salud.

Los programas de protección social destinados a reducir tales costos permitirían a personas que viven con VIH, sean más proactivos hacia su salud.

Sin embargo, estos programas también deben tener en cuenta otros factores limitantes. Por ejemplo, las mujeres con VIH al cuidado de los niños es otro factor que debe ser considerado.



Asegurar que los Sistemas de Justicia sean eficaces y que respondan a las Personas con VIH

La violaciones de derechos humanos son comunes que las personas con VIH, con más de nueve por ciento alegando una violación de sus derechos en los últimos doce meses. Sin embargo, de los sesenta y cuatro encuestados que reportaron haber tenido sus derechos violados en los últimos 12 meses, sólo el 25% decidió emprender acciones legales.

Los procesos burocráticos y de procedimiento, falta de confianza en el sistema, las cargas de trabajo del gobierno, e incluso gastos necesarios de su propio bolsillo.

La reducción de estos a través de aumentos en el personal, el presupuesto, y la simplificación de los procesos servirá para animar a más personas a hacer valer sus derechos en los tribunales de justicia.

Asegurar que los sistemas de respuesta están en el lugar para informar violaciones de los derechos reproductivos de las mujeres con VIH: mecanismos sencillos y rápidos para la presentación de informes de violaciones de los derechos reproductivos, y una respuesta efectiva para hacer frente a esas cuestiones, servirá para capacitar a las mujeres para hacer valer sus derechos reproductivos cuando se les está negando.

Integrar mejor las diferentes instituciones nacionales para coordinar las cuestiones de cruce como el VIH y la violencia de género

Las mujeres con VIH son particularmente vulnerables a la violencia de género, no sólo aumenta la probabilidad de adquirir VIH, pero para las que ya viven con VIH también parece exacerbar la violencia contra ellas, el 7,4% de las encuestadas informaron al menos una incidencia de asalto físico en el último año.

El vínculo entre la violencia y el VIH basada en el género es relativamente nuevo; por lo tanto, muchos gobiernos, organizaciones internacionales y la sociedad civil han comenzado sólo recientemente a abordar los dos temas juntos. Por desgracia, uno de los principales problemas con la violencia de género es la cuestión de la impunidad de quienes los cometen.



Elementos de acción del Gobierno para abordar la violencia de Género y Mujeres con VIH

La aplicación de la ley debe ser sensible a las necesidades de las mujeres con VIH como parte de la formación en el tratamiento de la violencia doméstica: un énfasis particular durante dicha formación debería centrarse en cómo la violencia contra las mujeres aumenta la prevalencia de VIH, y cómo vivir con VIH exacerba el problema de la violencia contra las mujeres.

La integración de diferentes instituciones nacionales que trabajan con problemáticas de género y la salud: En la actualidad, la región se encuentra en el proceso de integración de los departamentos de los ministerios más importantes que tienen que ver con el género, la salud y VIH, para atender mejor las necesidades de las poblaciones vulnerables, que también están en riesgo de violencia basada en género.

MUJERES

Abordar los Derechos Reproductivos de las Mujeres

El acceso de las mujeres a la medicina reproductiva y a la asistencia se destacó como un problema importante. Aunque muchas eran conscientes de sus derechos y opciones en lo que respecta a tener hijos, la retroalimentación cualitativa, junto con el hecho de que el 42% de las mujeres decidieron no tener hijos después de su diagnóstico, indica que muchas aún reciben información errónea con respecto a sus derechos y opciones.

Mientras que el 65% de las mujeres encuestadas reportó de haber recibido consejería reproductiva después de su

diagnóstico, más de un tercio de las que la recibieron ha declarado que sus médicos les aconsejan no tener más hijos. De particular interés son las zonas rurales, donde el 82% de las mujeres recibieron el consejo de **no tener hijos** reportaron haber recibido este consejo durante la consejería sobre sus opciones reproductivas.

Episodios de mujeres que viven con VIH a quienes se les ha negado el derecho a la reproducción son también evidentes en las tasas reportadas de **"estar obligadas a usar anticonceptivos como condi-**

ción para recibir el tratamiento" y en casos de esterilización forzada.

Con respecto a las mujeres encuestadas que reportaron haber sido obligadas por los profesionales sanitarios a someterse a ciertos métodos de parto o lactancia, se destaca que las situaciones han ocurrido con menos frecuencia para las mujeres que viven con VIH durante menos de un año y parece mantenerse relativamente estable en el tiempo, indicando que se debería hacer un mayor esfuerzo para garantizar que sean plenamente conscientes y libres de ejercer sus opciones reproductivas.

Acciones del Sector de Salud para abordar los Derechos Reproductivos de las Mujeres



Aumento en el desarrollo de capacidades para los trabajadores de salud en el área de consejería reproductiva post-diagnóstico:

La ausencia de consejerías sobre salud sexual y reproductiva adecuadas parece ser un problema persistente en muchos casos, sobre todo en las zonas rurales.

El desarrollo de habilidades para los trabajadores sanitarios es esencial para reducir cualquier información errónea o mal entendida prestada a las mujeres con VIH, y aumentará la confianza en los proveedores de salud.



Introducción de políticas que prohíben la esterilización y la denegación de los medicamentos antirretrovirales:

Debe llevarse a cabo una revisión de las razones para hacer el tratamiento antirretroviral condicional al uso de anticonceptivos, con la promulgación de políticas para prohibir este tipo de requisitos.

Además, mecanismos para informar y abordar la violación de políticas serán esenciales para garantizar que serán respetadas.



Aumento del desarrollo de habilidades de los profesionales médicos con respecto a las opciones de las mujeres en relación con el parto y la lactancia:

Los profesionales médicos con una formación inadecuada para hacer frente a las necesidades de las mujeres con VIH deben ser identificados y debidamente capacitados para garantizar que las mujeres estén plenamente informadas de sus opciones reproductivas, y que tengan acceso a instalaciones adecuadas.

Al igual que con la introducción de políticas destinadas a reducir la limitación de los derechos reproductivos, mecanismos de reportes y sanciones, en el caso en que no existan, deben ser desarrollados. Las sanciones deberían ser aplicables tanto a las instituciones como a los profesionales médicos para asegurar la máxima rendición de cuentas.

ONG



Hallazgos y Áreas de Acción para Organizaciones No Gubernamentales

Organizaciones no gubernamentales, tales como grupo de ayuda y redes de personas viviendo con VIH/SIDA, son esenciales para asegurar que las personas obtengan los recursos, información y la asistencia necesaria tener una vida plena.



La inseguridad económica y alimentaria entre las personas viviendo con VIH.

Si bien la salud es importante para mantener un empleo sostenible, la educación también parece ser un factor importante que puede abordarse en cierta medida por las organizaciones no gubernamentales. **El porcentaje de encuestados que no tienen educación reportaron no poseer un empleo fue del 77%, mientras que menos del 50% de los que asistió a la secundaria reporto estar sin empleo.**

La inseguridad alimentaria es también un motivo de preocupación, el 18% de los encuestados menciono que por al menos un día al mes no tuvo que comer. Por lo tanto, el aumento de empleos sostenibles va a ayudar a aliviar los problemas de seguridad alimentaria. Sin embargo, datos de la encuesta también revelo que se debe prestar especial atención a las mujeres con VIH, quienes informaron no tener que comer casi dos veces las tasas de los hombres.



La construcción de capacidades individuales en las áreas de educación, capacitación y búsqueda de empleo:

Responder a las necesidades educativas de las personas con VIH es esencial para fortalecerlos contra el desempleo. Por lo tanto, los programas dirigidos a la educación en general, habilidades de trabajo específicas y habilidades relacionados con la obtención de un empleo formal podrían proporcionar un gran beneficio.

Mientras que los costos de dichos programas y el hecho de que pueden caer fuera del área de experiencia de muchas organizaciones no gubernamentales podrían hacerlos difíciles de diseñar y poner en práctica, estas barreras se pueden superar mediante el desarrollo de alianzas con otras instituciones que ya cuentan con la educación y el trabajo de habilidades de capacitación en el lugar (por ejemplo, las instituciones educativas, sindicatos, etc.).



Identificar y ayudar a aquellos con necesidades de seguridad alimentaria

Problemas de inseguridad alimentaria a corto plazo pueden abordarse mejor a través de la supervisión de los beneficiarios vulnerables que tienen más probabilidades de ser objeto de una falta de alimentos - en particular, las mujeres, las familias con muchos hijos, y aquellos con ingresos más bajos o que están actualmente sin empleo. La asociación con otras organizaciones con experiencia en la ayuda alimentaria, puede ser la mejor manera de abordar los problemas de inseguridad alimentaria.



Construyendo capacidad de resiliencia y combatiendo las fuentes de auto-estigma

Una de las principales conclusiones reveladas en el Índice de Estigma apareció en la retroalimentación cualitativa proporcionada por los encuestados, lo que puso de relieve los temores y reticencias que a menudo tenían en cuanto a revelar su condición de vivir con el VIH.

Los datos del Índice indican que las personas se mostraron reacias a compartir su estado con varios grupos: líderes comunitarios, vecinos y amigos, líderes religiosos, los niños en la familia, y los empleadores y compañeros de trabajo. Datos de la encuesta revela que algunas de las preocupaciones expresadas por los encuestados están justificadas; como ser las murmuraciones y el chisme en torno a su diagnóstico.

Los encuestados que habían sido objeto de chismes reportaron tener una mayor incidencia de baja autoestima, sentimientos de vergüenza y pensamientos suicidas. Un dato particular son los efectos de la exclusión sobre el comportamiento, como no asistir a eventos sociales. En este caso, la exclusión crea un aislamiento adicional autoimpuesto, lo cual sumado a la exclusión social resulta en un "espiral de aislamiento" que podría separar a las personas que viven con VIH de grupos esenciales de apoyo.



Desarrollo de programas destinados a superar el miedo de revelar el propio estado:

Es esencial que siga prestando asesoramiento y apoyo a las personas con VIH a fin de construir su confianza en la revelación de su estado, y así crear la resistencia necesaria para hacer frente a las reacciones negativas.



Identificación de los grupos clave en la comunidad y el desarrollo de campañas de educación y sensibilización

Orientar y educar a los grupos clave de la comunidad quienes potencialmente podrían causar daño en términos del estigma, como líderes religiosos, líderes comunitarios, etc.



Trabajar para romper el ciclo de la reclusión y aislamiento:

Poner en marcha programas para abordar y minimalizar los factores que contribuyen al aislamiento social. Entre estos factores, es la exclusión social, religiosa y familiar, que aparece para crear un efecto amplificador que aumenta la inclinación de los individuos hacia el aislamiento.



Abordando los derechos reproductivos de la mujer:

El desarrollo de programas específicos dirigidos a las mujeres con VIH con el fin, de asegurar que se les informe de sus derechos reproductivos y opciones para contrarrestar las situaciones en que los profesionales sanitarios proporcionan información errónea.



Ayudando a mujeres con VIH y que sufren que violencia de género.

De las mujeres que reportaron haber sido agredidas físicamente en los últimos doce meses, casi el 58% de ellas afirmó que los autores eran miembros de sus propias familias. En el 36% de los casos, el agresor era su propio cónyuge o pareja. Vivir con VIH agrava este problema ya sensibles, y en el 40% de los casos de asalto por un miembro de la familia, el demandado lo atribuyó al menos parcialmente a su estatus de VIH.

Asegurar que las mujeres que viven con el VIH son conscientes de a qué lugares acudir para obtener ayuda en lo que respecta a la violencia de género; campañas de sensibilización se deben implementar que están destinadas a asegurar que las mujeres que viven con el VIH tienen conocimiento de dónde ir para obtener una reparación legal; apoyo y aliento.

Monitoreo de las mujeres con VIH que pueden ser vulnerables a la violencia de género: El monitoreo debe ser complementado con el desarrollo de alianzas con organizaciones especializadas en la violencia de género, y la aplicación de la ley para mitigar situaciones de violencia relacionados con la familia.

COOPERACIÓN

Hallazgos claves y áreas de acción para las Organizaciones Internacionales

Las acciones para las Organizaciones Internacionales caen principalmente en cuatro categorías: la provisión de los recursos, que podrán incluir apoyo técnico, materiales como medios de enseñanza, desarrollo de habilidades y apoyo financiero; coordinación de las distintas partes interesadas en la implementación de múltiples tipos de acciones destinadas a abordar un tema específico; acciones

de promoción destinadas a fomentar los tomadores de decisiones clave en la promulgación de políticas y leyes que benefician a las personas que viven con VIH; y la gestión de proyectos y servicios de monitoreo y evaluación que permitan la ejecución de proyectos de exitosos en todo el país, sin dejar que sigan siendo gestionados por las ONG locales.



Aumentar el empleo y el empleo sostenible entre las personas que viven con VIH

El empleo sostenible es un tema clave en las personas con VIH en Honduras, con un 61% de los encuestados que informan que están desempleados. Los factores que afectan el desempleo son temas tanto de educación como de salud, derivados del riesgo de entrar en un ciclo de empleo y desempleo debido a la fluctuación de la salud.

Elementos de acción de las organizaciones internacionales para mejorar las pruebas y el tratamiento proactivo.



Establecer alianzas con ONG locales y las partes interesadas del gobierno para realizar campañas de sensibilización en el lugar de trabajo:

Agencias de Naciones Unidas, como la OIT, en colaboración con las ONG locales y el gobierno, deben utilizar la campañas de sensibilización / educación en el lugar de trabajo para potenciales compañeros de trabajo de las personas que viven con VIH, al fin de reducir las discriminaciones laboral que puedan causar el abandono del empleo.



Desarrollar métodos innovadores para crear oportunidades de empleo para las personas que viven con VIH:

En asociación con ONG, oportunidades de micro financiación y programas dirigidos a los potenciales emprendedores que viven con VIH pueden permitir que ellos hagan trabajo a tiempo completo, adaptable a los retos de vivir con VIH.

De particular atención deben ser los grupos que son más vulnerables a la inseguridad alimentaria en los hogares, como las mujeres.



Abordar el tema del resarcimiento de las violaciones de derechos y los derechos reproductivos de las mujeres.

Las violaciones de los derechos de las personas con VIH se resuelven pocas veces, y de hecho las personas que sufren violaciones de los derechos buscan resarcimiento solo un cuarto de las veces.

La desconfianza que las personas tenían en el proceso, y las barreras logísticas y burocráticas para la presentación de denuncias, se citan a menudo como razones por las cuales no fue solicitado el resarcimiento después de una violación de derechos.

Asistencia en forma de apoyo técnico y de abogacía para favorecer la priorización de los derechos de las personas con VIH será necesaria, y requerirá la influencia de las organizaciones internacionales, o el desarrollo de capacidades de la sociedad civil local y nacional para actuar efectivamente en el papel de defensor.



Desarrollo de materiales formativos y educativos dirigidos a la difusión de la información pertinente y correcta sobre los derechos reproductivos:

Con el fin de garantizar que los profesionales de la salud estén capacitados para prestar asesoramiento preciso sobre los derechos reproductivos y las opciones de las mujeres con VIH, y que las mujeres estén bien informadas de los derechos y sean capaces de reconocer cuando están siendo violados.



Acciones de abogacía dirigidas a incrementar el número de personas que buscan un resarcimiento legal por violaciones de derechos:

Las barreras y las limitaciones burocráticas actuales son factores importantes que impiden a las personas cuyos derechos han sido violados de solicitar su resarcimiento.

Acciones de promoción destinadas a alentar a los gobiernos a financiar las oficinas de defensoría del pueblo y la reducción de la complejidad y de la ineficiencia de los procesos de reclamación fomentarán y empoderarán a las personas con VIH.

RELIGIÓN

Hallazgos y Áreas de Acción para Líderes y Organizaciones religiosas

A pesar de la importancia de la religión en la vida de muchas personas con VIH, los líderes religiosos a menudo desconocen el estatus de VIH de los miembros de su congregación.

Más de la mitad de todos los participantes en el Índice de Estigma reportaron que sus líderes religiosos (sacerdotes,

pastores, etc) no tienen ningún conocimiento de su estado.

Las razones para no informar a los líderes religiosos en muchos casos son debido al temor de verse aislados de sus comunidades religiosas, lo cual parece tener efectos negativos sobre el bienestar interno de los individuos.

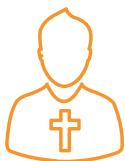
Hay algunos indicios que indican que este miedo puede ser al menos parcialmente fuera de lugar. Sólo cuatro encuestados (tres de los cuales estaban en las zonas rurales) declararon que sus líderes religiosos reaccionaron negativamente cuando se le informó de su estado. La gran mayoría (80%) respondió “solidariamente”, o “muy solidariamente”.



Hacer socios con las ONG locales que se enfocan en las personas con VIH:

Las familias de muchas personas con VIH sufren el problema de la seguridad alimentaria, y podrían beneficiarse de las actividades benéficas que ofrecen las organizaciones religiosas a los miembros menos afortunados de sus propias congregaciones.

Además de la asistencia que brindan para ir a clínicas, hospitales, y citas médicas podrían beneficiarse del intento de incentivar un abordaje más proactivo para la salud de los individuos mediante la eliminación de algunas de las barreras logísticas que hacen renunciar a la atención médica.



Desarrollar capacidades de los líderes religiosos que proporcionan orientación espiritual y emocional a las personas que viven con VIH:

En muchos casos los encuestados revelan que sus líderes religiosos han respondido “solidariamente”, o “muy solidariamente” cuando se han enterado que viven con el VIH, lo cual indica que existe tanto una necesidad de apoyo religioso como la voluntad de proporcionarlo.

El desarrollo de capacidades en el ámbito de los problemas y de los desafíos emocionales que enfrentan las personas que viven con VIH se beneficiará del asesoramiento proporcionado por los líderes religiosos, y ayuda a reforzar los vínculos con la comunidad religiosa.



Hacer frente a los efectos de la exclusión y del aislamiento religioso

Todos los tipos de exclusión tienen un impacto negativo en las personas con VIH. Sin embargo, la exclusión religiosa parece ser particularmente perjudicial, dada la importancia de la vida religiosa para muchos hondureños.

Los resultados del estudio indican que la exclusión religiosa puede estar relacionada con la toma de decisiones claves que afectan negativamente a la calidad de la vida de las personas, como aislarse de sus amigos y familia, y asistir a reuniones sociales.

Las emociones negativas, tales como el negativismo, pesimismo y el sentirse culpable también están vinculados a la exclusión religiosa.



Trabajar con las congregaciones para fomentar la aceptación y el apoyo:

Muchas personas con VIH necesitan el apoyo de sus comunidades religiosas, y la exclusión tiene el potencial de aislarlas hasta el punto de que su salud emocional y física está en peligro.

Trabajar con las congregaciones para hacer entender y educar a las mismas con respecto a los temas y en la realidad de vivir con VIH va a ser muy útil para asegurar la inclusión de aquellos que lo necesitan.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Guía del usuario. El índice de Estigma en Personas que Viven con VIH, un índice para medir el estigma y la discriminación que experimentan las personas que viven con VIH; 2009.



Este estudio fue implementado por Fundación Llanto, Valor y esfuerzo (LLAVES) en coordinación con las organizaciones miembros de la Alianza Interinstitucional para el índice de estigma en personas con VIH de Honduras. Las ideas y opiniones expuestas en este informe son de exclusiva responsabilidad de los y las autores/as y no reflejan necesariamente la opinión de los auspiciadores.