República Dominicana: Estigma y discriminación en personas que viven con el VIH

Francisco I. Cáceres Ureña, PhD

Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia (Profamilia)
Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD

Con la colaboración de:
Red Dominicana de Personas que viven con el VIH y SIDA (REDOVIH)
Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH/SIDA (ASOLSIDA)

los auspicios de:
Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GTZ)
Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)

y la participación de:
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+)
Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW)

Director del proyecto e investigador principal
Francisco I. Cáceres Ureña, PhD

Investigadora asistente
Lic. Germania Estévez

Asesora
Leopoldina Cairo, PhD

Asesora módulo de violencia basada en género
Lic. Mirna Flores

Entrevistadores (as)
Carlos Marcial Feliz
Dulce Almonte
Felipa García Suberví
Francisca Rosario
Franklin Roberto Sánchez
Johanny Consoró
José Jairo Valenzuela
Mary Mateo
Teresa Rodríguez
Yesenia Medina

Supervisoras
Felipa García Suberví
Dulce Almonte

Procesamiento de datos
Lic. Leonel Sanlate

Entrada de datos
Julyanny Nataly Jiménez
Arisleny Zambrano

Asistente de investigación
Rosalía Carvajal Díaz

Abril 2009

ISBN 978-9945-13-103-1

Diagramación e impresión
Editora Mediabyte, S. A.

Impreso en la República Dominicana

Contenido

1. CONTEXTO GENERAL 7

1.1 Localización geográfica y dimensiones de la República Dominicana 7
1.2 Composición de la población dominicana 8
1.3 Algunos antecedentes sobre el VIH/SIDA en la República Dominicana 10

2. EL ESTUDIO SOBRE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 11

2.1 Propósitos de la investigación 12
2.2 Institución nacional responsable 1 2

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO 15

3.1 Población objeto de estudio 15
3.2 Muestra estudiada 16
3.3 Reclutamiento y selección del personal de campo 17
3.4 Instrumentos utilizados 17
3.5 Capacitación del personal de campo 19
3.6 Recolección de la información 20
3.7 Entrada de datos 21

4. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA 21

4.1 Características geográficas y demográficas 22
4.2 Características socioeconómicas 24
4.3 Características relacionadas con la condición de persona viviendo con el VIH 27

5. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN A MANOS DE OTRAS PERSONAS 29

6. VIOLENCIA BASADA EN GENERO 35

7. ACCESO AL TRABAJO Y SERVICIOS DE SALUD Y EDUCACIÓN 41

8. ESTIGMA INTERNO Y TEMORES 45

9. DERECHOS LEYES Y POLÍTICAS 49

10. GESTIÓN DEL CAMBIO 53

11. PRUEBAS Y DIAGNÓSTICOS 59

12. SOCIALIZACIÓN DEL ESTATUS DE VIH 62

13. TRATAMIENTO 67

14. REPRODUCCIÓN 70

15. PROBLEMAS Y RETOS 72

15.1 Pruebas y diagnósticos 73
15.2 Compartir el estado de salud y la confidencialidad 75
15.3 Tratamiento antirretroviral 77
15.4 Tener hijos siendo una persona que vive con el VIH 80

CONCLUSIONES 82

ANEXOS

Anexo 1: Formulario de consentimiento informado 88
Anexo 2: Cuestionario 92

1. Contexto general

La investigación cuyo informe se expone en este documento corresponde a la aplicación hecha en la República Dominicana del instrumento desarrollado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), en colaboración con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, la Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+) y la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW). Dado que este procedimiento forma parte de un ejercicio conducido en varios países, es altamente conveniente proporcionar algunas informaciones que posicionen a los lectores de ultramar en el contexto que rodea a las informaciones presentadas en este informe.

Siguiendo esa línea de razonamiento, por un lado se proporciona información básica acerca de la localización geográfica de la República Dominicana, tamaño y composición de su población, mientras que por el otro se abordan algunos antecedentes sobre la epidemia del VIH/SIDA en el país.

1.1 Localización geográfica y dimensiones de la República Dominicana

La República Dominicana comparte con Haití la isla Hispaniola, segunda en tamaño dentro del archipiélago de las Antillas. La Hispaniola, conjuntamente con Cuba, Jamaica y Puerto Rico conforman el área de la región del Caribe denominada ***Antillas Mayores***.

La isla posee una extensión de 77,914 kilómetros cuadrados, de los cuales 48,442 corresponden a la República Dominicana. Este último territorio se encuentra localizado en los 68 grados 30' latitud oeste y en los 18 grados 20' latitud norte y sus dimensiones máximas son 265 kilómetros de norte a sur y 390 kilómetros de este a oeste.

1.2 Composición de la población dominicana

Hacia el año 2002, la población de la República Dominicana ascendía a 8,562,541 personas, de acuerdo al VIII Censo Nacional de Población y Vivienda levantado en ese mismo año. Esa población se dividía casi igualitariamente entre hombres (49.8%) y mujeres (50.2%), al mismo tiempo que el 34% tenía menos de 15 años de edad, mientras el 5.6% de las personas tenía 65 o más años.

El 64% de los habitantes del país residía en la zona urbana y a nivel regional, el 32% vivía en el área metropolitana de Santo Domingo, 21% en el Sureste, 37% en el Cibao y 10% en la región Suroeste. Conforme a las últimas proyecciones de población, para el 30 de junio del 2008 la población de la República Dominicana se estimó en 9,611,787 habitantes, entre quienes 3,096,116 tenían menos de 15 años, lo cual equivale al 32%. En esta ocasión, se esperaría una composición por sexo aún más equitativa (50% hombres y 50% mujeres) y una proporción de personas menores de 15 años del orden de 32.2%, mientras se esperaba que los mayores de 64 años constituyeran el 5.8% de la población.

1.3 Algunos antecedentes sobre el VIH/SIDA en la República Dominicana

Desde poco tiempo después de la aparición del virus en la República Dominicana, en los años 80, ha existido preocupación por conocer algunos aspectos básicos de la población en relación al mismo. Uno de esos atributos es el grado de conocimiento que las personas tienen acerca de este problema de salud, explorado básicamente a través de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), en sus ediciones de 1991, 1996, 2002 y 2007. El otro aspecto se refiere a los niveles de prevalencia del VIH/SIDA en el país.

1.3.1 Conocimientos generales sobre el VIH/SIDA

Hacia 1996, el 99.7% de las mujeres en edad reproductiva (15-49 años de edad) sabía de la existencia del VIH/SIDA y el 81.0% identificaba el uso del condón como una forma de evitar la infección por el VIH; no obstante, el 3.5% desconocía cualquier forma de evitarlo, proporción que llegaba al 12% entre las mujeres analfabetas. Llama poderosamente la atención el hecho de que, para ese año, la proporción de hombres en edad reproductiva (15 a 64 años de edad) que habían oído hablar del VIH/SIDA era solo 89.6%. A su vez, el porcentaje de hombres que identificaba el condón como forma de evitar el contagio (83.9%) era parecido al de las mujeres y lo propio ocurría con la proporción de quienes no conocían cómo evitar la infección por el VIH (2.8%).

Hacia el año 2002 el conocimiento sobre la existencia del VIH/SIDA seguía siendo casi universal entre las mujeres en edad fértil, apenas el 0.7% no había oído mencionarlo, mientras que la proporción de aquellas que identificaban el uso del condón como mecanismo de prevención aumentaba a 86.4%. Mientras tanto, entre los hombres de 15 a 64 casi la totalidad (99.3%) tenía conocimiento de la existencia de ese problema de salud y el 89.7% reconocía que el condón constituye una forma de evitar el contagio con el virus.

Ya entrado el segundo lustro del Siglo XXI (en el 2007), el nivel de conocimiento sobre la existencia del VIH/SIDA se mantenía en el orden del 99% tanto entre las mujeres como en los hombres en edad de procrear. Del mismo modo, la brecha entre hombres y mujeres en cuanto al reconocimiento del condón como forma de evitar el contagio prevalecía sin cambios de consideración, 83.3% en las mujeres y 88.4% en el caso de los hombres[1].

---

1 Informe completo de ENDESA 2007 disponible en http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR205/FR205.pdf

1.3.2 Niveles de prevalencia

La infección con el virus tuvo sus primeros efectos a principios de la década de los 80 y entre los años 1983 y 1986 afectó en forma mayoritaria a los hombres homosexuales, en momentos en que la relación por sexo era de 5.4 hombres por cada mujer. Entre 1987 y 1993 se observó un cambio en cuanto al grupo poblacional más afectado. En este período el patrón se concentró en la transmisión entre las personas heterosexuales, contexto en el cual la relación por sexo había cambiado a 2.2 hombres por cada mujer.

Los estudios de vigilancia centinela de PROCETS de 1996[2] exhibían tasas de prevalencia del VIH muy variadas en función del grupo poblacional que se considerara. Entre las trabajadoras sexuales se observaban niveles oscilantes entre 3.3% para quienes acudían a sus controles rutinarios en el Hospital Moscoso Puello de Santo Domingo, y 12.5% en el caso de un grupo de mujeres de la ciudad de La Romana. Mientras tanto, en el caso de las embarazadas se obtuvieron valores que varían entre 0.3% en embarazadas de la ciudad de San Francisco de Macorís, y 7.9% en un grupo de mujeres de la ciudad de Puerto Plata.

Estudios sobre seroprevalencia proporcionaban niveles de contagio con el virus para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en 1994 del orden 34% entre travestis, 11% entre gays y 8% en trabajadores sexuales. Del mismo modo, para mujeres dominicanas y haitianas en bateyes de San Pedro de Macorís se detectaron niveles de 5.7%, y 8.8% cuando se trataba de las menores de 35 años.[3]

En el año 2002, a partir de la Encuesta Demográfica y Salud (ENDESA) levantada en ese mismo año, por primera vez se pudo obtener una medición de la prevalencia a nivel nacional en la población a partir de los 15 años. En esta ocasión se estableció que el 0.9% de las mujeres en edad reproductiva estaba contagiada con el virus, cifra que entre los hombres de 15 a 59 años en términos prácticos era igual (1.0%).

Entre las mujeres, los más elevados niveles de prevalencia se presentaban en quienes tenían edades entre 45 y 49 años (1.5%), mientras que los más bajos se concentraban en las adolescentes (0.4%) y en aquellas con edades entre 30 y 44 años (alrededor de 0.7%). En el contexto regional, los niveles más altos eran exhibidos por las residentes en la región Este del país (1.8%), seguidos por los del Cibao Norte-Noroeste (1.4%).

A su vez, la prevalencia más elevada en los hombres se presentaba entre quienes tenían edades de 30 a 34 años (2.7%). El perfil regional de la epidemia

---

2 Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD). Análisis de situación y respuesta a la epidemia del VIH/SIDA en la República Dominicana. Santo Domingo, abril de 1998.

3 Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD). Análisis de situación y respuesta… op. cit.

entre los hombres era el mismo de las mujeres. Esto es, los niveles más altos se concentraban en la región Este del país (2.5%), seguidos por los de quienes residían en el Cibao Norte y Noroeste (1.3%).

En la encuesta Demográfica y de Salud (DHS) levantada en el año 2007 se indagó nuevamente acerca de la prevalencia del VIH en la población dominicana. En esta ocasión, a nivel general no se perciben cambios. La proporción de mujeres en edad reproductiva infectadas con el VIH era de 0.8%, mientras en el caso de los hombres de 15 a 59 años ese valor era 0.6%.

En la población femenina, el problema se manifestaba con mayor intensidad en las analfabetas (3.7%), en las más pobres (1.8%), en las residentes en la parte noroeste del Cibao (1.5%) y en las de 30 a 34 años de edad (1.4%). En los hombres, las prevalencias más elevadas se producían en aquellos que tenían menos de cinco años de escolaridad (1.6%), entre los más pobres (1.7%), en los residentes en el Cibao Noroeste (1.7%) y entre quienes tenían entre 35 y 39 años (1.6%), seguidos por los de 25 a 34 años (1.2%).

El número de personas viviendo con VIH en la República Dominicana se estima en unas 62,000 personas. De este grupo poblacional, unas 22,000 necesitan tratamiento antirretroviral, y solo 8,200 lo están recibiendo, lo cual equivale a un 37% (ONUSIDA, 2007)[4].

2. El estudio sobre estigma y discriminación en la República Dominicana

La naturaleza multicéntrica del estudio, y por tanto, la posibilidad de su utilización en otros espacios nacionales, conmina a complementar su contextualización geográfica con algunos aspectos específicos inherentes al mismo. Es el caso de las razones que llevaron a su realización en la República Dominicana y la plataforma institucional sobre la cual se desarrolló la investigación.

4 Información sobre la situación del BIH/SIDA en la República Dominicana en http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/dominican_republic.asp

2.1 Propósitos de la investigación

Este estudio, entre otros objetivos, se propone la obtención de estimadores a nivel nacional de los niveles de estigma y discriminación hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA (PVVS). Adicionalmente, procura un mejor conocimiento sobre el estigma, lo cual requiere de un mayor grado de profundización sobre algunos aspectos relacionados con las experiencias vividas por las personas que viven con el VIH, en especial aquellos aspectos referidos a su relación con los prestadores de servicios, el ámbito laboral, las relaciones interpersonales, el acceso a servicios y su participación en la toma de decisiones tendentes a mejorar sus condiciones de vida.

Para la obtención de los resultados se ha utilizado el instrumento citado en el capítulo 1, el cual fue aplicado en forma experimental en un número limitado de personas en Lesotho, Trinidad y Tobago, India y Kenia. Para su aplicación en la República Dominicana se seleccionó una muestra de 1000 personas viviendo con el VIH (PVVS) a nivel nacional, distribuidas en cuatro dominios geográficos regionales con el propósito de proporcionar resultados con cierto nivel de desagregación. En cada de uno de estos dominios se procuró entrevistar igual número de hombres que de mujeres, para obtener un número de observaciones que permitiera realizar comparaciones en relación al sexo de la persona.

En la búsqueda de formas que garanticen el impacto de los resultados del estudio y su óptima implementación se trabajó en estrecha coordinación con las redes nacionales de personas viviendo con el VIH (PVVS). Técnicos de estas agrupaciones laboraron en: a) el reclutamiento del personal de recolección de los datos, b) en la revisión y adaptación de los instrumentos a ser utilizados en la capacitación y recolección de los datos, c) en la recolección de los datos, d) en el análisis de congruencia de los datos, y e) en la diseminación de los resultados.

Se espera que los resultados de este estudio proporcionen insumos que permitan pautar estrategias de sensibilización y educación a ser implementadas con la población en general, de modo que se adecuen a las necesidades de la población de personas viviendo con el VIH.

2.2 Institución nacional responsable

La Asociación Dominicana Probienestar de la Familia (PROFAMILIA), organización fundada en 1966 y afiliada a la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), es la entidad nacional responsable por la realización del estudio. Para una parte importante de las tareas subyacentes en

el proyecto se ha contado con la colaboración de las dos redes nacionales de personas viviendo con el VIH. Se trata de la Red Dominicana de Personas que viven con el VIH y SIDA (REDOVIH) y la Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH/SIDA (ASOLSIDA).

PROFAMILIA es la institución pionera en servicios y educación en planificación familiar, tanto a nivel clínico como comunitario. Más recientemente se convirtió en una entidad dedicada a la salud sexual y reproductiva, siendo líder en este campo en el país. A través de sus seis centros de salud integral propios, ofrece servicios a alrededor de 1,100 personas diariamente. Los servicios ofrecidos incluyen: consultas ginecológicas, planificación familiar, atención materno-infantil, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), pruebas de VIH incluyendo consejería antes y después de la prueba, apoyo emocional, atención a personas víctimas de violencia, laboratorio clínico y medios diagnósticos.

Otras iniciativas desarrolladas por Profamilia son: a) el Programa Comunitario, constituido por redes comunitarias compuestas por unos 1,200 voluntarios y voluntarias principalmente jóvenes, quienes ofrecen educación e información, entrega de métodos anticonceptivos y referimientos a centros de salud, dentro de este programa también se proporciona financiamiento de servicios de salud a poblaciones en pobreza crítica y b) el Programa de Mercadeo, mediante el cual se distribuyen métodos anticonceptivos a través de unas 2,000 farmacias, 3000 médicos, y 800 establecimientos comerciales localizados en las principales ciudades del país, así como a través de otras instituciones y una red de unos 70 distribuidores mayoristas comunitarios.

Los programas educativos y comunitarios de la institución, en especial los dirigidos a adolescentes y jóvenes, desde el año 1998 trabajan en la educación para la prevención del VIH, habiendo alcanzado a miles de jóvenes con mensajes de prevención sobre este problema de salud y logrando cambios en los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas para la prevención del VIH en este segmento poblacional. En años recientes han incorporado en los contenidos de sus diferentes proyectos juveniles aspectos importantes en relación a discriminación y estigma hacia las personas viviendo con el VIH.

A través de la oferta de servicios clínicos en salud sexual y reproductiva se identificó la necesidad de incorporar servicios de VIH/SIDA al mismo nivel que otros servicios existentes en las clínicas. Como consecuencia de esto, en el año 2004, Profamilia obtuvo apoyo de la Clínica de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Columbia, Nueva York, con el objetivo de capacitar proveedoras y proveedores clínicos del Centro de Salud Integral Dra. Evangelina Rodríguez de Profamilia para ofrecer tratamiento a personas infectadas con el virus del VIH.

En el marco de ese proyecto, y con el apoyo de la IPPF y la Iniciativa BACKUP, en el año 2004 se comenzó la oferta de servicios incluyendo terapia

antirretroviral a personas viviendo con el VIH en la Clínica Dra. Evangelina Rodríguez de la ciudad de Santo Domingo. Actualmente 310 hombres y mujeres se benefician de esta modalidad de servicios. Dentro de este grupo, 116 personas reciben tratamiento antirretroviral, es decir, el 37%.

En el 2005 se organizaron servicios similares en la Clínica Dra. Rosa Cisneros de la ciudad de Santiago de los Caballeros. Al momento actual, 434 personas están recibiendo atención para la conservación de su salud, entre quienes, 170 están siendo tratadas con medicamentos antirretrovirales, lo cual equivale a 39%.

A inicios del segundo trimestre del año 2008 se comenzó a ofrecer este tipo de servicio en la Clínica de Profamilia en San Francisco de Macorís. Durante los primeros 9 meses de trabajo en cuidados a hombres y mujeres que viven con el VIH se han incorporado 53 personas, entre quienes, 13 están recibiendo tratamiento con medicamentos antirretrovirales, lo cual representa un 25%.

La población beneficiada por las acciones de servicios de Profamilia a personas viviendo con el VIH se ha ampliado de manera significativa a partir de la puesta en funcionamiento de una máquina para pruebas CD4 en la clínica Dra. Rosa Cisneros de Santiago de los Caballeros en el año 2007. Esta iniciativa garantiza el acceso a estas pruebas a toda la población de la zona norte del país que reciba tratamiento en las unidades de la Red Nacional de Atención Integral a personas que viven con el virus.

La Red Dominicana de Personas que viven con el VIH y SIDA REDOVIH(+) es una entidad sin fines de lucro creada por personas viviendo con VIH y/o SIDA y asociados para la defensa de los derechos humanos y la lucha por una atención integral a favor de la población afectada e infectada. Su incorporación legal se efectuó en el 1998 mediante el decreto del Poder Ejecutivo 40-98.

La misión de REDOVIH(+) focaliza la defensa de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA en el país y lucha para que esta población tenga una mejor calidad de vida a través del trabajo asociado de personas infectadas y afectadas por esta condición, quienes además de una labor de abogacía, ofrecen servicios legales, psicológicos y educativos a sus miembros(as), familiares y población en general.

A su vez, la Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH/SIDA (ASOLSIDA) es una organización no gubernamental sin fines de lucro fundada el 9 de Octubre del año 2003 y cuya incorporación legal se produjo en el año 2004, mediante el decreto presidencial 294-04.

ASOLSIDA agrupa a organizaciones y a personas afectadas e infectadas por el VIH y/o SIDA de la República Dominicana cuya misión es formar líderes de ambos sexos, sobre la base de los principios de justicia, equidad, solidaridad

y democracia; sin importar edad, sexo, género, preferencia sexual, religión, estatus social; a quienes se les capacita en temas relacionados con el VIH y/o SIDA, de manera que puedan ser capaces de enfrentar la epidemia e impulsar políticas publicas en los ámbitos de la salud, laboral, social y familiar.

3. Aspectos metodológicos del estudio

Los resultados de esta investigación no son estrictamente inferibles a la población que vive con el VIH en la República Dominicana, toda vez que no provienen de una muestra representativa de todos los confines del territorio nacional. Sin embargo, persiguen convertirse en una buena aproximación a las situaciones características del país en relación a los atributos y entorno de las personas que viven con el VIH. En consecuencia, como se esperaría en una investigación que envuelve una serie de procedimientos para la generación de información referida a una determinada población, deben pormenorizarse las diferentes etapas del proceso. Este ejercicio proporciona información tendente a edificar acerca del grado de confiabilidad atribuible a los resultados que se deriven del estudio

3.1 Población objeto de estudio

La investigación estuvo dirigida a la obtención de información en personas que viven con el VIH residentes en el territorio nacional. Dado que se desconoce el número real de personas en este segmento poblacional, a efectos de construir un marco muestral que permitiera la selección de una muestra nacional con el mayor grado de representatividad posible, se consideraron las macrorregiones geográficas del país en función de su tamaño demográfico. Así se dividió el territorio en cuatro regiones a saber: Santo Domingo, Cibao, Sureste y Suroeste.

3.2 Muestra estudiada

Para conducir la investigación se seleccionó una muestra de 1,000 personas viviendo con el VIH, distribuidas en las cuatro grandes regiones geográficas en que se dividió el país para fines de la investigación (ver Mapa 1). En cada región se estableció el número de personas a ser entrevistadas a través de un procedimiento de afijación proporcional al número de habitantes, redondeando las submuestras regionales a múltiplos de 100 para mayor comodidad en la distribución de la carga de trabajo de cada entrevistador(a). De esta forma, en la región metropolitana de Santo Domingo, donde se concentra el 32% de la población nacional, se estudió una submuestra de 300 personas; en el Cibao, región que alberga al 37% de los dominicanos y dominicanas, se incluyeron 400 personas; en el Sureste, donde vive el 21% de los habitantes del país, se seleccionaron 200 personas; mientras que en el Suroeste, donde apenas reside el 10% de la población nacional, se asignó una submuestra de 100 personas.

A fin de reducir el costo y el tiempo de la operación de campo la muestra se distribuyó en aquellas provincias donde se concentraba al menos el 1.5% de la población nacional. De esa forma, la submuestra correspondiente a la región metropolitana de Santo Domingo se repartió proporcionalmente entre el Distrito Nacional y la provincia de Santo Domingo. Sin embargo, en el caso de la región Sureste la submuestra se concentró en seis de las nueve provincias, las cuales representan el 87% de la población de ese contexto geográfico; la

Mapa 1
Distribución la muestra estudia, según región geográfica de residencia

submuestra del Cibao se distribuyó en nueve de las 15 provincias, donde reside el 87% de los habitantes de la región; al mismo tiempo que la submuestra del Suroeste se concentró en tres de las siete provincias, las cuales albergan al 70% de la población regional.

3.3 Reclutamiento y selección del personal de campo

Para definir quiénes serían las personas que harían las entrevistas de la encuesta, así como aquellas que fungirían como supervisores y supervisoras de terreno, se estableció como requisito básico poseer un perfil adecuado para el tipo de trabajo a realizar. El cuestionario diseñado para la obtención de los datos no es complicado, no obstante requiere que quienes lo vayan a aplicar dispongan de cierto nivel de comprensión y dominio de los aspectos conceptuales que subyacen en cada una de las preguntas que lo componen.

Los atributos necesarios eran básicamente dos: Primero, que en cuanto a la escolaridad los candidatos a entrevistadores y supervisores por lo menos hubieran completado los estudios secundarios, preferiblemente con algún grado de educación superior. Y segundo, que estuviesen desempleados al momento de la encuesta. Esto último tenía doble propósito: por un lado, proporcionar una forma de obtener ingresos a personas que viven con el VIH, quienes muchas veces están desempleadas a causa del estigma y la discriminación, y por el otro, asegurarse de que las personas pudieran dedicarse a tiempo completo a las labores de recolección de los datos.

Para el reclutamiento de los candidatos a entrevistadores y entrevistadoras se contó con la valiosa ayuda de la presidenta de la Red Dominicana de Personas que viven con el VIH y SIDA (REDOVIH) y de la directora ejecutiva de la Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH/SIDA (ASOLSIDA). De esta forma se constituyó el grupo de personas que pasó luego a la fase de capacitación para posteriormente seleccionar el equipo de entrevistadores y entrevistadoras, además de las dos supervisoras de campo.

3.4 Instrumentos utilizados

Los instrumentos utilizados al momento de hacer las entrevistas fueron: a) ***Hoja Informativa***, la cual contiene un resumen del proyecto y servía para que los entrevistadores pudieran darles explicaciones sobre el mismo a las personas entrevistadas, en caso que las requirieran; b) ***Formulario de consentimiento informado***, el cual se le proporcionaba a las personas que eventualmente serían entrevistadas para que la leyeran y, en caso de aceptar la

entrevista, luego procedían a firmar (ver Anexo 1); c) ***Cuestionario***, constituido originalmente por 11 módulos de preguntas sobre diversos aspectos relacionados con las personas que viven con el VIH, al cual Profamilia agregó uno adicional contentivo de una serie de preguntas acerca de la violencia basada en género (ver Anexo 2) d) ***Manual o guía del(a) entrevistador(a)***, el cual se utilizó como herramienta auxiliar de las y los entrevistadores(as) al momento de conducir el diálogo con las personas que se traducía en la recolección de los datos; e) ***Glosario de términos***, contentivo de una serie de definiciones y conceptos, estaba destinado a garantizar la estandarización del lenguaje a ser utilizado durante las entrevistas.

Además de esos cinco instrumentos se utilizaron los tres documentos adicionales siguientes: a) ***Lista de contactos de personas entrevistadas,*** en la cual se anotaban los detalles de contacto de cada una de las personas a ser entrevistadas, como el nombre, el número telefónico o cualquier información a través de la cual pudiera ser localizada; b) ***Acuerdo de confidencialidad del(a) entrevistador(a),*** a través de cual cada entrevistador(a) se compromete a tomar todas las medidas para proteger la confidencialidad de la información que reciba durante las entrevistas que realizara; c) ***Acuerdo de confidencialidad del líder del equipo***, mediante el cual cada una de las personas responsables de supervisar y apoyar la realización de las entrevistas se compromete a tomar todas las medidas posibles para proteger la confidencialidad de la información que esté bajo su cuidado.

El cuestionario, como se señaló al inicio del capítulo 1, proviene de una iniciativa encabezada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), conjuntamente con la Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+); la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Estas entidades han dirigido los esfuerzos tendentes al desarrollo de un índice que sirva como herramienta importante en la defensa y promoción de los derechos y formas enfrentar el estigma y la discriminación[5].

La construcción del índice se basa en una encuesta en personas viviendo con el VIH, a través de la cual se obtiene información que permita: a) documentar las diferentes experiencias de las personas viviendo con el VIH, dentro de una comunidad o país en particular, en relación con el estigma y la discriminación relacionados con el VIH; b) comparar la situación de las personas viviendo con el VIH en un país o entre países con respecto a un aspecto en particular; c) medir los cambios a lo largo de un período de tiempo de tal forma

5 Para más información sobre el desarrollo del Índice visitar la página web http://www.stigmaindex.org/

que se pueda evaluar la evolución de la situación con respecto al estigma, discriminación y derechos de las personas viviendo con el VIH en una comunidad durante un período; d) proveer una base de evidencia para el cambio de políticas e intervenciones programáticas. El cuestionario se torna en la herramienta a través de la cual se obtienen estas informaciones.

Las organizaciones previamente citadas iniciaron los trabajos de construcción del índice en el año 2005. En el 2006 se desarrolló un estudio de carácter experimental destinado a probar la versión en borrador del cuestionario que se había elaborado para construir el Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH. Entre octubre y diciembre de ese año, dos representantes de las redes locales de personas viviendo con el VIH en cuatro países (Kenia, Trinidad y Tobago, India y Lesoto) realizaron pruebas con el cuestionario. Este equipo de trabajo entrevistó a un total de 64 personas viviendo con el VIH en esos cuatro países, obteniendo información que permitió introducir mejoras importantes a la primera versión del cuestionario, la cual evolucionó hasta convertirse en el instrumento que ha sido utilizado en la encuesta para medir el estigma y la discriminación en personas viviendo con el VIH en la República Dominicana.

Tanto el cuestionario como los demás instrumentos fueron traducidos del idioma inglés al español, adaptando los contenidos de las preguntas al lenguaje y realidad local, pero al mismo tiempo asegurándose de conservar la integridad de los documentos originales.

3.5 Capacitación del personal de campo

La capacitación del personal de campo se implementó a través de un curso que se efectuó durante los días 9 y 10 de mayo del 2008. Esta jornada fue conducida por la investigadora asistente y la asistente de investigación, quienes capacitaron al personal en relación a los aspectos siguientes: a) logística de campo, en lo concerniente a cómo proceder para llegar a sus respectivos lugares de trabajo, b) formas de abordaje a las personas a ser entrevistadas y cómo conducir la entrevista y controlar el diálogo para evitar, de manera cordial, que el (la) entrevistado(a) pudiese salirse del curso de la entrevista, c) manejo y contenido del cuestionario a ser utilizado en la recolección de los datos, así como sobre el significado conceptual de cada uno de los aspectos contenidos en el mismo, d) formas de manejo de situaciones en que el entrevistado precisare de algún tipo de información o ayuda en relación a episodios que se pusieran de manifiesto durante la entrevista, e) uso del manual de trabajo de campo, el cual sirve de guía ante cualquier duda al momento de hacer las entrevistas y f) aplicación de la hoja de consentimiento informado a las personas entrevistadas.

En esta fase, además se hicieron prácticas de entrevistas de dos formas. Una consistió en que un(a) entrevistador(a) aplicara el cuestionario a otro(a) dentro de la misma sala de capacitación. La otra forma consistió en llevarse el cuestionario a casa y aplicarlo a una persona viviendo con el VIH. En ambos casos, luego se discutían los resultados y las eventualidades confrontadas al momento de aplicar la entrevista, tanto aquellas debidas al instrumento, como las encontradas en relación a los y las entrevistados(as).

Al finalizar la capacitación se seleccionaron las 10 personas que mostraron un mayor grado de aprovechamiento de la misma. Así se constituyó el equipo de campo, constituido por tres hombres y cinco mujeres encargados de recoger la información en terreno, al mismo tiempo que se escogieron dos supervisoras, quienes finalmente fueron los responsables del proceso de recolección de los datos.

3.6 Recolección de la información

El trabajo de campo se inició el 27 de mayo y finalizó el 31 de julio del 2008 y se desarrolló en forma simultánea en las cuatro regiones geográficas consideradas. Las personas a ser entrevistadas en cada una de las provincias con presencia en la muestra eran seleccionadas, básicamente, dentro de la población que asiste a las unidades de atención integral (UAI) de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. El resto de personas entrevistadas fue seleccionado en los grupos de apoyo a personas viviendo con el VIH/SIDA existentes en las provincias.

Con miras a garantizar la calidad de la información, durante toda la fase de recolección de los datos se desarrolló un proceso de supervisión continuo a tres niveles.

En el primer nivel, las dos supervisoras de campo se encargaban de verificar que cada entrevistador(a) cubriera la carga de trabajo asignada, al mismo tiempo que daba seguimiento a las entrevistas realizadas por cada entrevistador(a) bajo su responsabilidad, así como a la calidad y congruencia de la información registrada en los cuestionarios.

Desde un segundo nivel de supervisión, la asistente de investigación del estudio se comunicaba diariamente con las supervisoras para verificar el seguimiento adecuado del proceso y dar instrucciones en relación a las dificultades que pudieren haberse presentado durante la jornada de trabajo. Como parte de las labores de supervisión a este nivel, la asistente de investigación se desplazaba periódicamente a dar seguimiento en terreno al trabajo de supervisoras y entrevistadores(as).

El tercer nivel de supervisión estuvo a cargo del director del proyecto. En esta actividad de control de calidad de procesos y productos se daba se-

guimiento diario a las asignaciones de trabajo de cada equipo, a los niveles de cobertura en cuanto al cumplimiento de la carga diaria de trabajo, así como a la calidad de la información.

A esos cuidados se adicionan las reuniones que cada semana se efectuaban con el equipo directivo de la encuesta y todo el personal de campo, donde se informaban los pormenores del proceso de recolección de datos. Todo esto permitió la detección y corrección oportuna de algunos problemas relacionados con la cobertura de la muestra y la calidad de las informaciones registradas.

3.7 Entrada de datos

En forma paralela al trabajo de campo se desarrolló el programa para la captura de datos y una vez que los cuestionarios iban llegando a la oficina pasaban por una fase de crítica, donde se detectaba cualquier incongruencia de la información que no hubiese sido detectada durante la fase de supervisión.

Para la transferencia de la información desde los cuestionarios hasta una base de datos, la cual se hizo a través de un proceso de doble digitación, se utilizó el software CSpro. Se generó una base de datos revisada, la cual se analizó utilizando el software SPSS.

4. Perfil general de la población estudiada

Los siguientes capítulos de este informe están destinados a hacer la caracterización de la población estudiada, en función de los diferentes aspectos contemplados a lo largo de los 12 módulos incluidos en el cuestionario. Se trata de una descripción de los atributos más importantes de las personas en relación a sus características demográficas y socioeconómicas, así como en lo concerniente al estigma y discriminación, acceso a servicios y beneficios, violencia doméstica, cuestiones relacionada con derechos, actitud y gestiones hacia el cambio y tópicos relacionados con la salud.

4.1 Características geográficas y demográficas

El grupo de personas incluidas en el estudio es fundamentalmente urbano. Alrededor de la mitad (49.8%) identificó su lugar de residencia como una ciudad mediana o grande, el 30% la definió como una ciudad pequeña, mientras que apenas el 16.5% admitió residir en la zona rural (ver Cuadro 1). Esta forma de distribución por zona de residencia no necesariamente refleja la composición de la epidemia en función del número de casos en los contextos urbano y rural, pues si se toma en cuenta la forma como está distribuida la población nacional por zona (64% urbana y 34% rural en el 2002) podría esperarse que la proporción de personas infectadas por el virus en la zona rural sea mayor de 16.5%. Este último valor podría estar afectado por el hecho de que quienes residen en la ciudad tienen mayor probabilidad de procurar servicios. En todo caso, ese porcentaje de personas residentes en la zona rural formando parte de la muestra garantiza la presencia de los campesinos y campesinas viviendo con el VIH en el estudio.

En todo el proceso tendente a la obtención de los datos se enfatizó en que se obtuviera una muestra con representación similar entre hombres y mujeres, lo cual se logró, toda vez que el 48.6% de las personas son hombres, 51.0% mujeres y 0.4% transexuales. Cerca del 10% son jóvenes (15-24 años), entre quienes 29 eran hombres y 66 mujeres. El mayor grupo (38.4%) se concentra entre los adultos jóvenes (30-39 años), distribuidos casi en forma igualitaria entre hombres (194) y mujeres (190). Mientras tanto, entre quienes tienen edades de 40 o más años predominan los hombres (207) frente a las mujeres (160).

Más de la mitad (56.8%) de esas personas tiene pareja actualmente, sea que conviva con ella bajo el mismo techo o que residan en hogares separados. La proporción de quienes ya han enviudado es sustancialmente elevada (9.6%), lo cual puede estar relacionado con su condición de VIH positivo, toda vez que en la población dominicana en esas edades, la categoría de viudos y viudas no llega al 0.5%.

Además de esa condición respecto a la nupcialidad, tres de cada diez personas (28.5%) tiene la pareja actual desde hace menos de cinco años. En contraste, el 17.3% vive con su actual pareja desde hace más de nueve años. Sin embargo, si se restringe a la población que actualmente tiene pareja (se excluye a los que no tienen pareja), el espectro es otro bien diferente. Aquellas personas que tienen compañero(a) desde hace menos de cinco años constituyen un grupo cercano a la mitad (46.6%). Al tomar en cuenta que ocho de cada diez (78.3%) tienen 30 años o más de edad, podría pensarse que la proporción de quienes tienen pareja desde hace menos de cinco años es elevada. Esto, sin embargo, más que un indicador de prolongación de la soltería, podría estar

Cuadro 1
Número de personas entrevistadas, según algunas características geográficas y demográficas

Características	**Número de personas**	
	Absoluto	**Relativo**
Total	**1,000**	**100.0**
Zona de residencia		
Ciudades grandes	498	49.8
Ciudades pequeñas	300	30.0
Rural	165	16.5
Sin información	37	3.7
Sexo		
Hombres	486	48.6
Mujeres	510	51.0
Transgénero	4	0.4
Edad		
Menos de 20	19	1.9
20-24	76	7.6
25-29	152	15.2
30-39	384	38.4
40-49	249	24.9
50 y más	120	12.0
Estado conyugal		
Casado(a) o unido(a) junto(a) a su pareja	432	43.2
Casado(a) o unido(a) con pareja fuera del hogar	44	4.4
Mantiene relación con pareja pero no viven juntos	92	9.2
Soltero(a)	183	18.3
Divorciado (a) o separado (a)	149	14.9
Viudo(a)	96	9.6
Sin información	4	0.4
Tiempo viviendo con la pareja		
Menos de un año	96	9.6
1-4	189	18.9
5-9	153	15.3
10-14	107	10.7
15 y más	66	6.6
No aplica	365	36.5
Sin información	24	2.4
Número de miembros del hogar		
1	81	8.1
2	138	13.8
3	190	19.0
4	195	19.5
5	163	16.3
6	118	11.8
7 y más	114	11.4
Sin información	1	0.1

sugiriendo que una proporción importante de las personas ha estado unida más de una vez.

Tomando en consideración el tamaño promedio de los hogares dominicanos, aquellos de los cuales forman parte las personas entrevistadas, puede considerarse como relativamente elevado. Conforme a los resultados de la ENDESA-2007, el 26% de los hogares del país estaba compuesto por uno o dos miembros, al mismo tiempo que el 37% estaba constituido por seis o más integrantes. Mientras tanto, al tratarse de las personas entrevistadas esas proporciones eran 22% y 40%, respectivamente.

Frecuentemente se asocia el tamaño del hogar con la fecundidad y ésta con la condición económica del grupo. En consecuencia, el hecho de que los hogares de las personas viviendo con el VIH sean de mayor tamaño podría estar sugiriendo para ellas una condición socio-económica inferior a la de la población nacional promedio.

4.2 Características socioeconómicas

A juzgar por los resultados y comparando con la población total del país, se concluye que la población estudiada posee niveles de escolaridad relativamente bajos. Alrededor del 11% de los dominicanos y dominicanas han frecuentado las aulas universitarias, mientras que esa proporción es apenas cercana al 6% (5.7%) en el caso de la población viviendo con el VIH que ha sido estudiada (ver Cuadro 2).

Otro aspecto que impacta de manera más negativa en la población estudiada es el desempleo. Las encuestas nacionales sobre fuerza de trabajo levantadas en el país durante las últimas décadas señalan de manera sistemática que este problema afecta a una proporción que oscila entre el 10 y 20% de la población económicamente activa de la República Dominicana. No obstante, el 43.2% de las personas viviendo con el VIH que forman parte de la muestra estudiada están desempleadas, siendo esa proporción, como se esperaría, mucho mayor entre las mujeres (58.2%) que en los hombres (27.6%) (ver Gráfico 1). Pero el hecho de estar empleado no necesariamente representa una forma segura de generar ingresos, pues apenas el 17.7% labora a tiempo completo, presentándose esta condición en una proporción mucho menor entre las mujeres (12.4%) que en hombres (23.3%).

Sin considerar aún los aspectos derivados del estigma y la discriminación, ya el menor grado de calificación de estas personas como mano de obra debido a un nivel de escolaridad inferior las pone en desventaja en relación a los salarios que podrían devengar, lo cual, de alguna forma impacta el ingreso del hogar. El 71% de los hogares de las personas entrevistadas tiene un ingreso

anual inferior a los 3,000 dólares. Esta situación es aún más dramática en el caso de los hogares donde viven las mujeres entrevistadas, pues la proporción de aquellos grupos familiares que subsisten con menos de 3,000 dólares al año asciende a 74%. Las mujeres predominan frente a los hombres en los hogares con ingreso anual inferior a los 1,500 dólares, por el contrario, los hombres son mayoría en los hogares con ingreso anual igual o mayor a los 3,000 dólares (ver Gráfico 2).

Cuadro 2
Distribución porcentual de las personas entrevistadas, por sexo, según algunas características socioeconómicas

Características	**Porcentaje**		
	Total	**Hombres**	**Mujeres**
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Nivel de escolaridad			
Ninguno	12.6	13.0	12.4
Primario	55.0	58.8	51.4
Secundario	26.5	23.5	29.2
Universitario	5.7	4.7	6.7
Situación laboral			
Empleado a tiempo completo	17.7	23.3	12.4
Empleado a tiempo parcial	13.4	11.9	14.9
Autoempleo a tiempo completo	11.0	17.7	4.7
Autoempleo a tiempo parcial	14.7	19.5	9.8
Desempleado	43.2	27.6	58.2
Ingreso anual del hogar (en dólares)			
Menos de 1,000	13.7	11.1	16.3
1,000 - 1,499	20.7	20.2	21.2
1,500 - 1,999	11.8	11.9	11.8
2,000 - 2,499	15.9	17.3	14.7
2,500 - 2,999	8.8	7.4	10.0
3,000 - 3,499	10.4	10.9	10.0
3,500 - 5,999	9.7	10.7	8.6
6,000 y más	9.0	10.5	7.5
Número de días del mes pasado en que algún miembro de la familia careció de alimentos			
Ninguno	59.2	64.6	53.9
1-2	9.9	9.1	10.8
3-4	14.1	12.8	15.3
5-6	7.9	6.6	9.2
7 y más	8.9	7.0	10.8

Gráfico 1
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo, según situación laboral

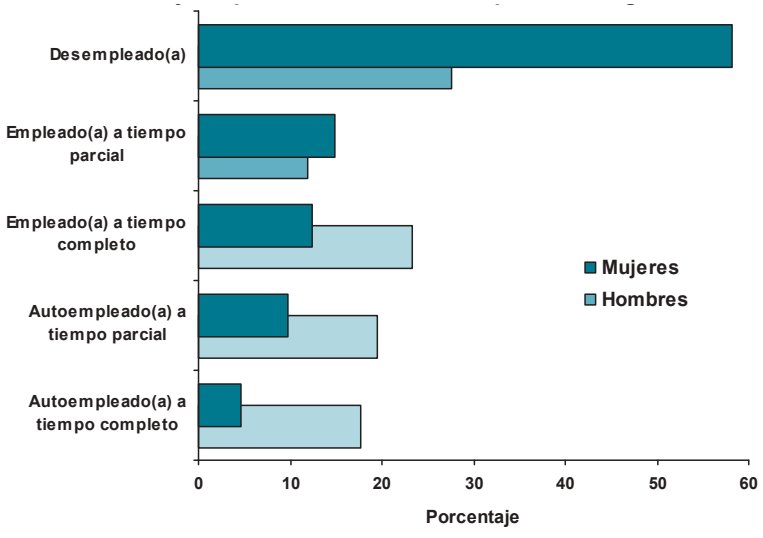
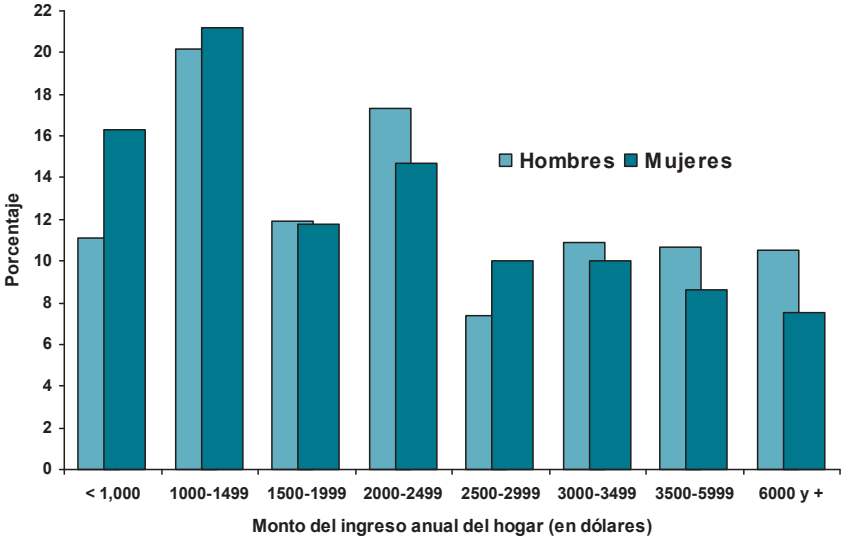


Gráfico 2
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo, según monto del ingreso anual del hogar (en dólares)



Como consecuencia de los niveles de pobreza que subyacen en esas condiciones socioeconómicas, en el 16.8% de los hogares de las personas entrevistadas algún miembro de la familia careció de alimentos en al menos cinco días del mes anterior a la entrevista. Nuevamente se revelan los hogares donde residen las mujeres entrevistadas como aquellos con mayor precariedad económica, pues en este caso, en el 20.0% de los hogares alguien no tuvo alimentos suficientes en por los menos cinco días del mes previo a la entrevista, mientras que esa proporción es de 13.6% en el caso de los hogares donde residen los hombres.

4.3 Características relacionadas con la condición de persona viviendo con el VIH

A partir de los resultados del estudio se pone de manifiesto que una elevada proporción de personas (55.3%) tiene menos de cinco años viviendo con

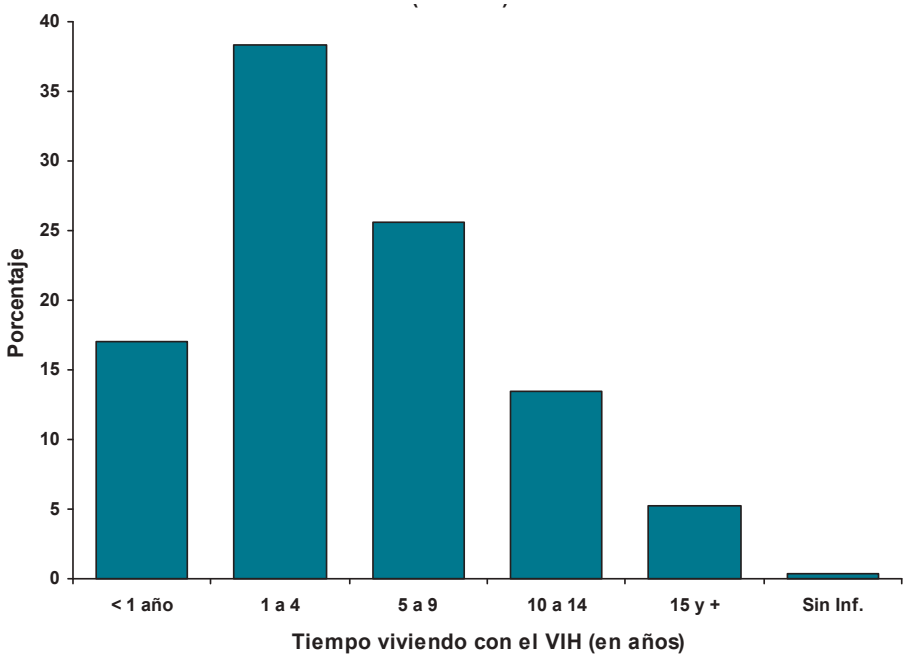
Cuadro 3
Distribución porcentual de las personas entrevistadas, por sexo, según algunas características relacionadas con su condición de persona viviendo con el VIH

Características	Porcentaje		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
Tiempo viviendo con el VIH			
Menos de un año	17.0	18.7	15.3
1-4	38.3	37.9	38.8
5-9	25.6	22.6	28.4
10-14	13.5	15.6	11.4
15 y más	5.2	4.7	5.7
Sin información	0.4	0.4	0.4
Número de niños(as) y jóvenes que viven en el hogar huérfanos del SIDA			
Nínguno	87.6	93.0	82.4
1	4.7	3.9	5.5
2	4.8	2.1	7.5
3 y más	2.6	1.0	4.7
Grupo social al cual pertenece o perteneció			
Hombre que tiene sexo con hombre	5.3	10.3	-
Gay o lesbiana	2.6	4.7	0.6
Transgénero	0.5	0.4	0.0
Trabajador (a) sexual	5.5	1.2	9.2
Usuario de drogas inyectables	4.5	6.8	2.2
Refugiado (a) o solicitante de asilo	0.0	0.0	0.0
Trabajador (a) migrante	4.6	6.0	3.3
Prisionero (a)	5.7	10.3	1.4
No pertenece, ni ha pertenecido a estas categorías	78.7	69.5	88.0

el VIH, siendo esta proporción ligeramente mayor entre los hombres (56.6%) que en las mujeres (54.1%) (ver Cuadro 3 y Gráfico 3).

A no ser porque la proporción de quienes tienen 10 o más años de vivir con el VIH es 20.3% en los hombres y 17.1% al tratarse de las mujeres, podría pensarse que el problema de salud es más reciente entre los hombres. No obstante, lo que parecería estar ocurriendo es que en la submuestra masculina hay mayor representación que en la de mujeres de un grupo al cual se le manifestó el problema en forma más reciente y otro que vive con el problema desde hace un tiempo relativamente prolongado. En cambio, en las mujeres predomina el grupo de quienes tienen un tiempo intermedio (5 a 9 años) en esta condición de salud.

Gráfico 3
Porcentaje de personas entrevistadas, según tiempo viviendo con el VIH (en años)



Dada la edad a la cual tiende a manifestarse el problema de salud, una de las consecuencias es la ocurrencia de decesos en personas que ya tienen hijos, quienes se convierten en los huérfanos de la pandemia. En el 12.4% de los hogares de las personas entrevistadas reside por lo menos un(a) niño(a) o joven huérfano(a) a causa del VIH, llegando a alrededor de 3% (2.6%) aquellos hogares donde hay al menos tres huérfanos. Y de la misma forma que ocurre

con otros factores ya abordados, este problema impacta más en los hogares de los cuales forman parte las mujeres entrevistadas, donde casi el 5% (4.7%) alberga al menos a tres huérfanos del SIDA.

Existen grupos de población en condiciones especiales, tales como: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables, prisioneros, etc. El 21.3% de la población estudiada ha pertenecido en algún momento a alguna de esas categorías sociales. Sin embargo, esta proporción en el caso de los hombres alcanza el valor de 30.5%, lo cual estaría sugiriendo un mayor nivel de riesgo para las personas de sexo masculino en función de su más frecuente exposición a éste.

5. Estigma y discriminación a manos de otras personas

En el estudio se indagó acerca de varias modalidades de discriminación experimentada durante los últimos 12 meses por las personas que viven con el VIH. Algunas de esas formas de exclusión están relacionadas con el impedimento para participar en actividades de carácter social, así como las manifestaciones de amenaza o agresión tanto verbal como física de que han sido objeto.

Dentro de estas modalidades de discriminación, las percibidas con mayor frecuencia por las personas entrevistadas son aquellas referidas a murmuraciones (62.3%), seguidas por las agresiones verbales (29.7%) y el acoso o amenazas verbales (26.8%) (ver Cuadro 4). Sin embargo, cuando se alude a la exclusión de algún tipo de reunión, los familiares aparecen como los que más discriminan a las personas que viven con el VIH.

Al considerar el sexo de la persona, con la excepción de la *exclusión de actividades sociales* y la *discriminación por parte de otras personas viviendo con el VIH*, las mujeres se encuentran en una situación peor que los hombres. Esto sugiere que la discriminación hacia las mujeres es mayor.

Cuando este conjunto de formas de discriminación son analizadas en el contexto regional se observa el mismo patrón observado con relación al sexo en términos de la importancia relativa de cada una. Sin embargo, se perciben

contrastes de mayor nivel de magnitud que con respecto a esa variable demográfica. Cualquiera que sea la forma de manifestación de la discriminación, los mayores niveles se presentan en la región Sureste. Por el contrario, el Suroeste parecería constituir el escenario regional donde esas formas de rechazo a las personas se expresan con menor intensidad.

Si la tolerancia y aceptación de cualquier persona estuviesen determinadas por la exposición de la población a la información, entonces pudo haberse esperado un menor nivel de rechazo en la región metropolitana de Santo Domingo, debido a la concentración de los medios y formas de transmisión de mensajes y mayor dinámica de la interacción social. Por tanto, llama la atención que sea la región con menor nivel de desarrollo del país, donde la tolerancia o aceptación de las personas que viven con el VIH es mayor.

Las informaciones del cuadro 4 no distinguen las razones por las cuales esas personas son discriminadas. Sin embargo, el cuadro 5 muestra que, con la excepción del acoso y la agresión física, la condición de estar viviendo con el VIH es la principal razón para discriminar a las personas, llegando a consti-

Cuadro 4
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según forma de discriminación experimentada al menos una vez durante los últimos 12 meses

Forma de discriminación	Porcentaje						
	Total	Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sureste	Suroeste
Ha sido excluido de actividades sociales	7.4	7.6	7.3	6.3	5.8	11.5	9.0
Ha sido excluido de actividades religiosas	3.1	2.3	3.7	2.7	1.8	6.5	3.0
Ha sido excluido de actividades familiares	11.4	9.7	13.1	9.0	9.5	21.0	7.0
Han murmurado de él o ella	62.3	58.6	65.7	65.7	53.0	77.5	59.0
Ha sido acosado(a) o amenazado(a) verbalmente	26.8	24.3	28.8	29.0	23.0	33.5	22.0
Ha sido acosado(a) o amenazado(a) físicamente	13.8	12.1	15.1	12.7	11.8	19.0	15.0
Ha sido agredido verbalmente	29.7	26.3	32.5	32.3	25.5	36.5	25.0
Ha sido agredido físicamente	10.5	9.1	11.8	8.7	8.8	16.0	12.0
Ha recibido presión psicológica por parte de su pareja	9.9	8.0	11.6	7.3	11.0	14.0	5.0
Ha recibido rechazo sexual	13.5	15.6	11.2	7.7	14.3	23.0	9.0
Ha sido discriminado(a) por otras personas viviendo con el VIH	7.1	7.4	6.5	6.0	5.8	14.0	2.0
Ha sido discriminado(a) por su condición de persona viviendo con el VIH	15.0	12.8	17.1	11.3	12.3	31.0	5.0

Cuadro 5
Porcentaje de personas que han experimentado algún tipo de discriminación al menos una vez durante los últimos 12 meses, por razón de la discriminación, según tipo

Tipo de discriminación	Razón de la discriminación					
	Total	Por su condición de VIH+	Por otra razón	Por su condición de VIH+ y otras	No sabe	No aplica
Ha sido excluido(a) de actividades sociales	7.4	48.6	13.5	17.6	12.2	8.1
Ha sido excluido(a) de actividades religiosas	3.1	61.3	12.9	12.9	3.2	9.7
Ha sido excluido(a) de actividades familiares	11.4	71.1	4.4	17.5	3.5	3.5
Le han murmurado alguna vez	62.3	69.3	7.1	19.1	2.9	1.6
Ha sido insultado(a), acosado(a) o amenazado(a)	29.8	41.9	33.3	21.9	1.5	1.9
Ha sido acosado(a) o amenazado(a) físicamente	13.8	26.1	52.9	15.9	2.9	2.2
Ha sido agredido(a) verbalmente	29.7	41.9	33.3	21.9	1.5	1.5
Ha sido agredido(a) físicamente	10.5	12.4	64.8	18.1	1.9	2.9

tuir alrededor del 70% de los casos cuando se trata la exclusión de actividades familiares (71.1%) y las murmuraciones (69.3%). La condición de VIH positivo también explica un alto porcentaje de los casos de exclusión de actividades religiosas (61.3%), exclusión de actividades sociales (48.6%), insultos o amenazas (41.9%) y agresiones verbales (41.9%).

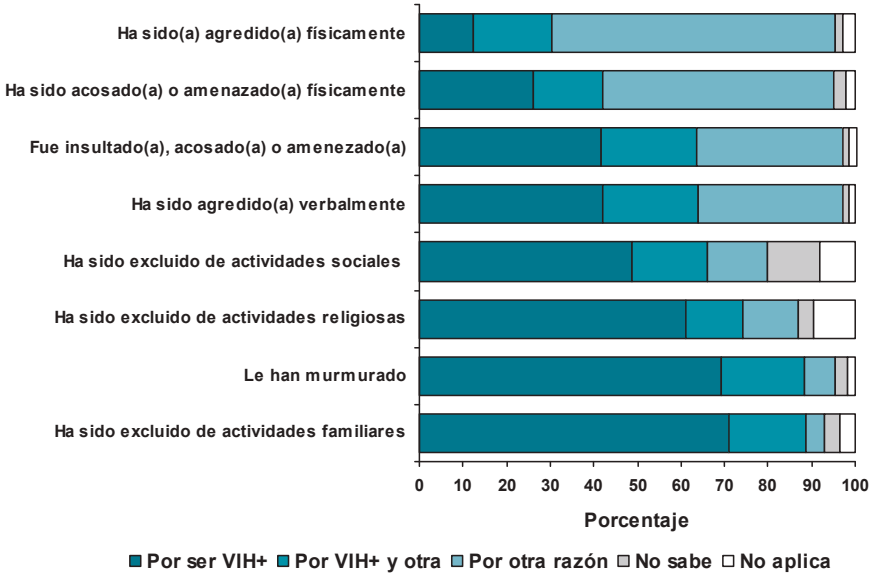
Si se suman aquellas personas que respondieron haber sido discriminadas por su condición de VIH positivo y otras razones, con quienes afirmaron haber sido discriminadas solo por su condición de persona que vive con el VIH, entonces hay que concluir que exceptuando el acoso y la agresión física, más del 60% de todos los casos de discriminación se deben al hecho de que las personas son portadoras del VIH (ver Gráfico 4).

Además de esas formas de discriminación existen otras como es el rechazo o la presión psicológica por parte de la pareja, así como el rechazo experimentado por los familiares por el hecho de que la persona entrevistada es VIH positivo. Estas situaciones se exponen en el cuadro 6, donde se pone de manifiesto que en el 15.0% de los casos los familiares han sufrido algún tipo de discriminación por la condición de salud de la persona entrevistada, lo cual pone de manifiesto cómo una parte del rechazo a la persona que vive con el VIH se extiende a sus familiares. A su vez, el 13.5% de las personas estudiadas han experimentado rechazo sexual de parte de su pareja alguna vez durante el último año. Mientras tanto, uno de cada diez entrevistados (9.9%) ha recibido presión psicológica por parte de su pareja.

Nuevamente, cuando se recurre al sexo de la persona para analizar la situación, se percibe que cuando la persona que vive con el VIH es mujer, el riesgo de que los parientes experimenten algún tipo de rechazo es mayor. De igual

modo, son las mujeres las más proclives a experimentar presión psicológica por parte de la pareja. Sin embargo, los hombres viviendo con el VIH tienen mayor tendencia que las mujeres a ser rechazados sexualmente por su pareja.

Gráfico 4
Composición porcentual de las personas que han experimentado algún tipo de discriminación alguna vez durante los últimos 12 meses por tipo, según razón de discriminación



Cuadro 6
Porcentaje de personas entrevistadas que han experimentado otras formas de discriminación durante los últimos 12 meses, por sexo, según forma de discriminación

Forma de discriminación	Porcentaje		
	Total	Hombres	Mujeres
Presión psicológica por parte de su esposo(a) pareja	9.9	8.0	11.6
Rechazo sexual por su condición de VIH positivo	13.5	15.6	11.2
Su esposo(a) pareja o algún miembro de la familia han experimentado discriminación a causa de su condición de persona viviendo con el VIH	15.0	12.8	17.1

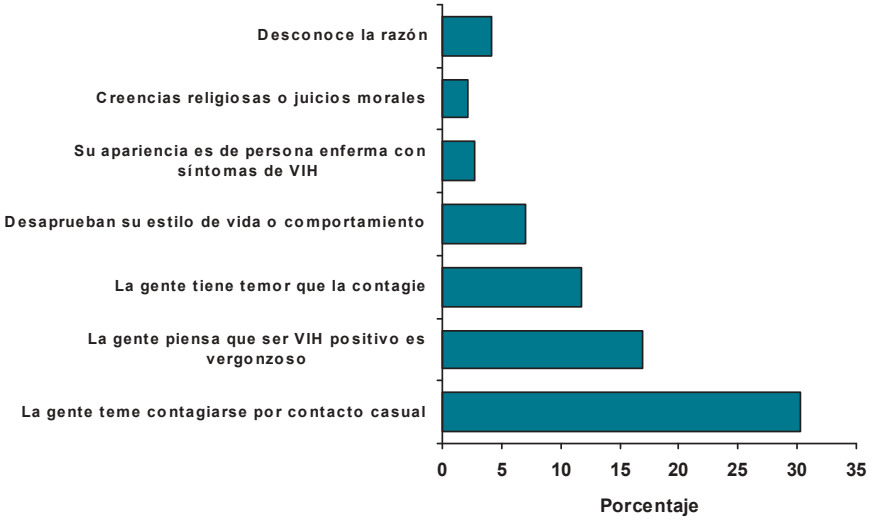
Cuadro 7
Porcentaje de personas entrevistadas que han experimentado algún tipo de discriminación durante los últimos 12 meses, por sexo y región de residencia, según razón por la cual fue rechazado

Razón de rechazo	Porcentaje						
	Total	Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sur-este	Suro-este
La gente tiene temor que la contagie con el VIH	11.8	10.7	12.7	8.0	10.8	19.0	13.0
La gente teme contagiarse por contacto casual	30.3	28.4	32.2	42.3	26.8	29.0	11.0
La gente piensa que ser VIH positivo es vergonzoso y que no deben juntarse con él o ella	16.9	16.9	17.1	29.3	10.8	15.5	7.0
Creencias religiosas o juicios morales	2.1	1.9	2.4	3.0	0.8	3.5	2.0
Desaprueban su estilo de vida o comportamiento	7.1	9.1	4.9	10.7	3.0	11.5	4.0
Su apariencia es de una persona enferma con síntomas asociados al VIH	2.7	2.5	2.9	1.0	2.5	5.5	3.0
Desconoce la razón de haber sido victima de estigma	4.2	3.5	4.9	1.0	3.8	10.5	3.0

Cuando se indaga acerca de las razones por las cuales las personas que viven con el VIH piensan que son rechazadas se encuentra una variada gama. El motivo más importante que tendría la gente para rechazarlo es el temor a contagiarse por el contacto casual (30.3%), seguido en orden de importancia por el hecho de que la gente piensa que ser VIH positivo es vergonzoso y por tanto no deben juntarse con él o ella (16.9%) y el temor per se de las personas a que las contagien con el VIH (11.8%) (ver Cuadro 7 y Gráfico 5).

Cuando las razones para ser rechazado por el hecho de ser persona que vive con el VIH son vistas en función del sexo no se perciben diferencias importantes, sin embargo, pareciera que los prejuicios son mayores contra las mujeres que frente a los hombres. Esta diferencia se hace más evidente en relación al temor al contagio (12.7% en el caso de las mujeres y 10.7% al referirse a los hombres) y el temor al contagio por contacto casual (32.2% y 28.4% en el caso de mujeres y hombres, respectivamente).

Gráfico 5
Porcentaje de personas que han experimentado algún tipo de discriminación durante los últimos 12 meses, según razón por la cual fueron rechazadas



En el contexto regional se presentan contrastes más notorios que entre hombres y mujeres. No obstante, a diferencia de las formas de discriminación analizadas en el cuadro 4, las dos razones más frecuentes de rechazo exhiben sus valores más elevados en Santo Domingo. El rechazo por temor a contagiarse por contacto casual y por pensar que ser VIH positivo es vergonzoso y por tanto no deben juntarse con él o ella, en Santo Domingo presentan valores de 42.3% y 29.3% respectivamente. No obstante, el simple temor a contagiarse presenta el valor más elevado en el Sureste (19.0%).

A partir de los resultados expuestos en el cuadro 4 ya se percibía que, en orden de importancia, Santo Domingo sigue a la Región Sureste en cuanto a las formas más frecuentes de discriminación. Esto está sugiriendo que el mayor peso de la discriminación se concentra en Santo Domingo y su entorno, y en la parte Este del país.

6. Violencia basada en género

Entre los diferentes atributos estudiados en las mujeres que viven con el VIH está el relativo a los controles que sobre ellas ejerce la pareja. El 63.2% ha tenido que convivir con una situación en la cual el marido se ponía celoso o se molestaba por el solo hecho de que ella conversara con un hombre, evento que se produce *frecuentemente* en el 29.2% de los casos (ver Cuadro 8). Del mismo modo, un 64.0% tiene o tuvo un marido que siempre insiste o insistía en querer saber los lugares donde ella iba o va, y casi en dos de cada cinco casos (37.7%) esta situación ocurre frecuentemente.

Otras formas de control, aunque de ocurrencia menos común que las anteriores, presentan un nivel de importancia considerable. Es el caso de las acusaciones de infidelidad y el impedimento de visitar o que la visitaran sus amigas, expresiones de control que han sido experimentadas por alrededor de dos de cada cinco mujeres (35.6% y 36.9% respectivamente).

Cuadro 8
Composición porcentual de las mujeres entrevistadas, por frecuencia con que han recibido algún tipo de control de parte del compañero, según forma de control

Forma de control	Frecuencia de control				
	Total	Frecuentemente	A veces	Nunca	Sin información
El marido se ponía celoso o molesto si ella conversaba con otro hombre	100.0	29.2	34.0	36.6	0.2
La acusaba frecuentemente de ser Infiel	100.0	12.1	23.5	64.2	0.2
Le impedía visitar o que la visitaran sus amigas	100.0	13.0	23.9	62.8	0.3
Trataba de limitar las visitas o contactos con su familia	100.0	7.6	16.5	75.7	0.2
Insistía siempre en saber todos los lugares donde ella iba o va	100.0	37.7	26.3	35.8	0.2
Desconfiaba de ella con relación al dinero	100.0	9.1	15.0	75.7	0.2

Cuando se alude a formas específicas de maltrato, la situación se torna aún más preocupante. En lo concerniente a la violencia emocional, al 30.9% de las mujeres entrevistadas el marido o compañero alguna vez le ha dicho o hecho cosas para humillarla, mientras que el 23.9% ha sido amenazada con hacerle daño a ella o a alguien cercano a ella (ver Cuadro 9 y Gráfico 6). Estos dos tipos de maltrato, durante los últimos 12 meses, le han ocurrido *muy frecuentemente* a alrededor del 17% de las mujeres entrevistadas (17.8% y 16.1%, respectivamente) y *algunas veces* a cerca del 74% de ellas. Esto significa que el 91% de quienes han sufrido este tipo de vejación lo ha experimentado durante el último año.

La violencia física presenta algunas formas que la hacen más presente que el maltrato emocional y que la vejación sexual. A una de cada tres mujeres entrevistadas (34.2%) la han empujado, sacudido o le han lanzado algún objeto, al mismo tiempo que en el 28.4% de los casos han sido abofeteadas o le han retorcido un brazo y en el 24.5% han sido golpeadas con el puño o con algo que pudo hacerle daño. Alrededor del 10% de esos tres tipos de maltrato ocurrió

Cuadro 9
Porcentaje de mujeres entrevistadas que han sido víctimas de alguna forma de maltrato de parte del compañero y frecuencia con que esto ha ocurrido durante los últimos 12 meses, según tipo de maltrato recibido

Tipo de maltrato recibido	Total	Frecuencia con que ha ocurrido durante los últimos 12 meses			
		Muy frecuente	Algunas veces	Nunca	Sin información
Violencia emocional					
Le ha dicho o hecho cosas para humillarla delante de los demás	30.9	17.8	73.0	8.6	0.7
La ha amenazado con hacerle daño a ella o a alguien cercano a ella	23.9	16.1	74.6	6.8	2.5
Violencia sexual					
Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales	20.2	11.2	78.6	7.1	3.1
La obligó a realizar actos sexuales que ella no aprueba	14.4	8.3	77.8	13.9	0.0
Violencia Física					
La empujó, sacudió o le tiró algo	34.2	10.8	71.9	7.2	10.2
La agredió con cuchillo, pistola u otra arma	11.1	9.1	80.0	10.9	0.0
La abofeteó o le retorció un brazo	28.4	10.7	80.0	6.4	2.9
La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño	24.5	8.3	83.5	6.6	0.8
La ha pateado o arrastrado	8.4	14.6	78.0	7.3	0.0
Trató de estrangularla o quemarla	7.0	2.9	94.1	2.9	0.0

con mucha frecuencia durante los últimos 12 meses y alrededor del 80% se produjo algunas veces durante el último año.

Dentro de este espectro de violencia física, llama poderosamente la atención el hecho de que el 11.1% de las mujeres estudiadas haya sido agredido con un arma, ocurriendo el 90% de estos eventos durante los últimos 12 meses. Esto podría estar sugiriendo que cerca del 10% de las mujeres entrevistadas son agredidas con armas anualmente. Si este grupo estudiado constituyese una muestra representativa de las mujeres que viven con el VIH en la República Dominicana, entonces podría suponerse que alrededor de una de cada diez mujeres que viven con el VIH son agredidas con armas cada año.

Gráfico 6
Porcentaje de mujeres entrevistadas que han sido víctimas de alguna forma de maltrato de parte del compañero, según tipo de maltrato experimentado

La violencia conyugal contra las mujeres entrevistadas, por los niveles que presenta puede calificarse como muy elevada. Alrededor de dos de cada cinco han experimentado maltrato físico (41.8%), mientras la violencia emocional se expresa en magnitudes similares (36.9%) y las vejaciones sexuales afectan al 22.4% (ver Cuadro 10).

A pesar de que la región Sureste, como se vio en el capítulo 5, se caracteriza por elevados niveles de discriminación hacia las personas viviendo con el VIH, es en el Cibao donde se presentan los mayores niveles de violencia conyugal contra las mujeres que viven con el VIH (44.3%, 41.9% y 26.1% para la violencia física, emocional y sexual, respectivamente). A su vez, el Suroeste es la región donde este tipo de problema se presenta con menor intensidad (32.1%, 20.8% y 13.2% para la violencia física, emocional y sexual, respectivamente).

Esa situación en el Suroeste era de esperarse, toda vez que es precisamente en esta región donde se presentan los menores niveles de discriminación y los mayores niveles de tolerancia frente a las personas que viven con el VIH.

Cuadro 10
Porcentaje de mujeres entrevistadas que han experimentado algún tipo de maltrato de parte de su marido o compañero, por región de residencia, según tipo de maltrato recibido

Tipo de maltrato recibido	Porcentaje				
	Total	Santo Domingo	Cibao	Sur-este	Suro-este
Violencia física	41.8	44.7	44.3	37.5	32.1
Violencia emocional	36.9	38.6	41.9	33.7	20.8
Violencia sexual	22.4	23.3	26.1	18.3	13.2

Cuando se trata de la violencia histórica se observa que más de la mitad de las mujeres entrevistadas (52.6%) han recibido algún tipo de maltrato después de haber cumplido los 15 años (ver Cuadro 11). Quien aparece como el mayor perpetrador de esa violencia es el ex-esposo o ex-marido (35.1%), seguido en orden de importancia por la madre (29.5%), el padre (21.3%) y hermano (10.1%) (ver Gráfico 7).

Un aspecto que merece ser remarcado alude a los elevados niveles de riesgo de experimentar violencia física a lo largo de la parte del ciclo vital que se inicia en la adolescencia, característico de las mujeres que viven con el VIH. Un estudio sobre violencia conyugal relativamente reciente pone de manifiesto que solo un 24% de las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) del país habían experimentado maltrato físico después haber cumplido los 15 años, es decir, menos de la mitad de la proporción correspondiente a las mujeres que viven con el VIH estudiadas.[6] De igual forma, el maltrato a las mujeres entrevistadas proveniente de otra persona, como la madre

6 Cáceres, Francisco y Estévez, Germania. *Violencia conyugal en la República Dominicana: hurgando tras sus raíces*. Profamilia. Santo Domingo, 2004.

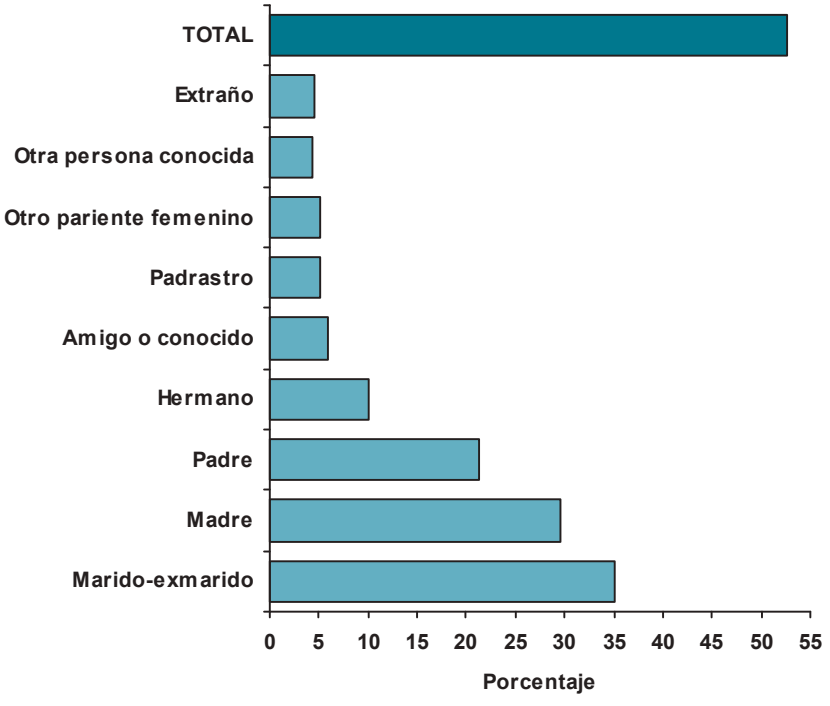
Cuadro 11

Porcentaje de mujeres entrevistadas, según algunos antecedentes de violencia

Antecedentes de violencia	**Porcentaje**
Ha sido maltrada físicamente por alguien desde que tenía 15 años edad	
Sí	52.6
No	47.4
Persona que la maltrató	
Madre	29.5
Padre	21.3
Madrastra	1.9
Padrastro	5.2
Hermana	3.0
Hermano	10.1
Hija	0.4
Hijo	0.7
Ex-esposo o ex-marido	35.1
Suegra	0.4
Suegro	0.0
Otro familiar del esposo de sexo femenino	1.1
Otro familiar del esposo de sexo masculino	1.1
Otro pariente femenino	5.2
Otro pariente masculino	2.6
Amiga o conocida	3.7
Amigo o conocido	6.0
Maestro(a) o profesor(a)	0.4
Extraño	4.5
Otra persona	3.4
Hasta donde sabe, su padre le pegó alguna vez a su madre	
Sí	31.7
No	51.9
No sabe	16.4

(29.5%), el padre (21.3%), otro pariente (14.7%) o un no pariente (9.0%) también es más elevado que cuando se trata de las mujeres dominicanas en edad reproductiva en general, visto a partir de la investigación sobre violencia conyugal mencionada (13.9%, 10.3%, 9.2% y 4.0%, en el caso de la madre, el padre, otro pariente y un no pariente, respectivamente). Esto podría indicar que, en sentido general, la condición de VIH positivo potencia el grado de vulnerabilidad de las mujeres ante el maltrato físico, lo cual podría estar asociado al estigma y a un cierto grado de culpabilización, entre otros factores.

Gráfico 7
Porcentaje de mujeres entrevistadas que han sido maltratadas físicamente después de haber cumplido los 15 años, según persona que la maltrató



Esos elevados niveles de violencia física se producen en mujeres que proceden de hogares con altos niveles de incidencia de violencia conyugal. Casi una de cada tres (31.7%) de las mujeres entrevistadas son hijas de madres maltratadas por el marido o ex-marido. Esta cifra es sensiblemente más elevada que la proporción de mujeres en edad reproductiva del país que hacia el 2002 habían experimentado maltrato físico a partir de la adolescencia (23%)[7]. Estas cifras podrían estar sugiriendo que esas condiciones de elevados niveles de violencia en el hogar están asociadas a factores de exposición a conductas que pudieron haber hecho a estas mujeres más vulnerables al contagio con el virus del VIH, y por tanto, a su actual condición de VIH positivo.

7 Cáceres , Francisco y Estévez, Germania. *Violencia conyugal…* op. cit.

7. Acceso al trabajo y servicios de salud y educación

Dados los problemas derivados del estigma y la discriminación de que son objeto, a las personas que viven con el VIH a menudo se les priva de derechos y se les impide disfrutar de espacios y beneficios a los cuales tienen derecho como todos los ciudadanos. Una expresión de esa negación y violación de derechos la constituye el hecho de que el 20.6% de las personas entrevistadas han sido obligadas a cambiar de residencia o le han negado el alquiler de una casa o apartamento durante el último año, y de esa proporción, el 42% ha estado asociado a la condición de VIH positivo (ver Cuadro 12). En este contexto, las mujeres son más discriminadas que los hombres, pues el 22.5% ha sido forzado a cambiar de lugar de habitación (frente al 18.5% de los hombres), y de éstas, en el 43% de los casos ha estado relacionado con la condición de VIH positivo.

Esta forma de discriminar a las personas presenta algunos contrastes importantes a nivel regional. En forma similar a otros aspectos relacionados con estigma y discriminación, la situación más desventajosa para las personas estudiadas se presenta en el Sureste, donde una de cada tres personas (33.0%) ha tenido que abandonar la vivienda o ha tenido problemas para conseguir alojamiento durante el último año. En cambio los menores problemas de esta naturaleza se presentan en el Suroeste (13.0%), y de las personas incluidas en esa proporción, un 38% tuvo que hacerlo por razones asociadas a su condición de VIH positivo.

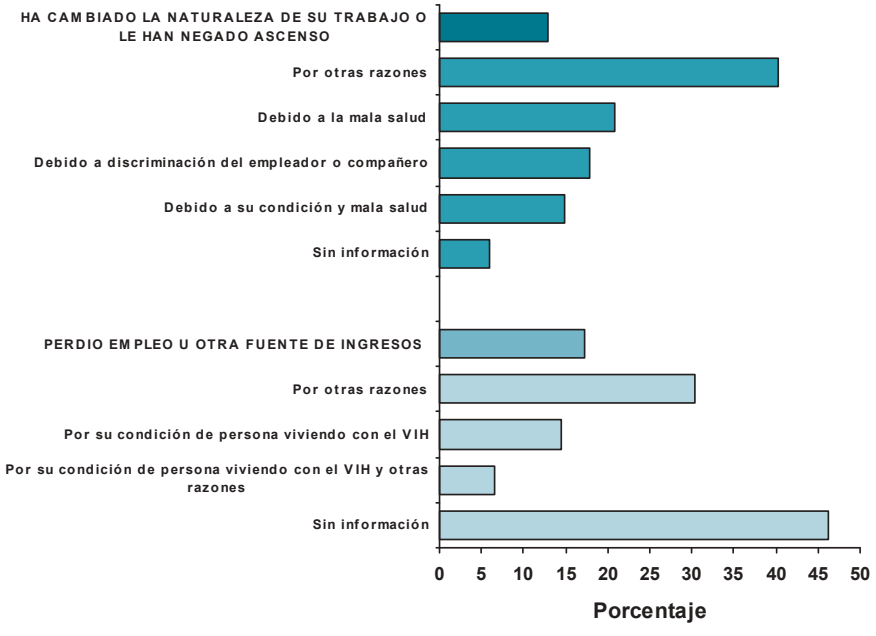
La pérdida del empleo u otra fuente de ingresos constituye un segundo aspecto asociado a la disminución del espacio social de las personas, y muy especialmente de aquellas que viven con el VIH. El 17.2% de las personas entrevistadas experimentaron este tipo de situación durante los últimos 12 meses, y de éstas, más del 20% admite que la pérdida del puesto de trabajo o fuente de ingresos se debió a razones asociadas a su condición de VIH positivo (ver Gráfico 8). Este tipo de pérdida afecta por igual a hombres (17.1%) y mujeres (17.3%), sin embargo, entre quienes quedaron sin empleo, la proporción de

Cuadro 12
Porcentaje de personas entrevistadas a quienes durante los últimos 12 meses se le ha negado algún tipo de beneficio o servicio por su condición de VIH positivo, por sexo y región de residencia, según tipo de beneficio o servicio que se le ha negado

Tipo de beneficio o servicio negado	Porcentaje						
		Sexo		Región de residencia			
	Total	Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sur-este	Suro-este
Obligado a cambiar de residencia o alquilar alojamiento	20.6	18.5	22.5	23.0	14.5	33.0	13.0
Debido a su condición de persona viviendo con el VIH	22.8	17.8	27.0	18.8	32.8	18.2	23.1
Por otra(s) razón(es)	55.3	54.4	55.7	72.5	43.1	48.5	53.8
Por su condición de persona viviendo con el VIH y otras razones	19.4	24.4	15.7	8.7	22.4	28.8	15.4
No sabe	1.9	2.2	1.7	0.0	1.7	4.5	0.0
Sin información	0.5	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7
Perdió el empleo u otra fuente de ingresos	7.2	17.1	17.3	16.7	15.0	24.5	13.0
Debido a su condición de persona viviendo con el VIH	14.4	21.7	9.5	12.2	13.0	18.3	14.3
Por otra(s) razón(es)	30.3	31.8	28.9	42.2	26.0	20.4	57.1
Por su condición persona viviendo con el VIH y otras razones	6.6	8.5	5.3	1.1	6.5	11.8	7.1
No sabe	2.5	2.3	2.6	0.0	2.4	3.2	14.3
Sin información	46.3	35.7	53.7	44.4	52.0	46.2	7.1
Ha cambiado la naturaleza de su trabajo o se le negó un ascenso	12.8	13.4	12.2	8.7	11.8	25.0	5.0
Debido a discriminación del empleador o compañero de trabajo	17.9	19.4	15.2	16.1	14.6	22.0	20.0
Debido a la mala salud que le impidió trabajar	20.9	17.9	24.2	22.6	22.9	18.0	20.0
Debido a discriminación y mala salud	14.9	17.9	12.1	3.2	14.6	22.0	20.0
Por otras razones	40.3	38.8	42.4	54.8	43.8	28.0	40.0
Sin información	6.0	6.1	6.1	3.2	4.2	10.0	0.0
Le han negado trabajo por su condición de persona viviendo con el VIH	9.7	9.5	10.0	6.7	9.5	18.5	2.0
Le han rechazado, expulsado o impedido asistir a institución educativa	2.7	3.1	2.4	2.3	1.3	6.0	3.0
Sus hijos han sido rechazados o expulsados de institución educativa	1.8	1.6	2.2	2.0	1.5	4.0	0.0
Le han negado servicios de salud incluso dentales	8.4	6.8	10.0	10.0	6.3	13.5	2.0
Le han negado servicios de planificación familiar	2.4	2.1	2.7	3.3	1.0	4.5	1.0
Le han negado servicios de salud sexual y reproductiva	1.5	1.2	1.8	1.7	1.5	1.5	1.0

hombres que lo perdió a causa de su condición de VIH positivo (30.2%) es mayor que la de las mujeres (14.8%). Esto no necesariamente tendría que interpretarse como mayor tolerancia hacia las mujeres, pues podría ocurrir que esto se relacione con el tipo de trabajo que realizan las personas. Es posible que los hombres sean más propensos a realizar actividades desarrolladas en entornos donde las manifestaciones de estigma y discriminación hacia las personas viviendo con el VIH se expresan más abiertamente.

Gráfico 8
Porcentaje de personas entrevistadas que durante los últimos 12 meses perdieron el empleo, cambiaron la naturaleza de su trabajo o le negaron un ascenso, según razón por la cual esto ocurrió



Cuando la pérdida del empleo o fuente de ingreso se enfoca desde la perspectiva regional se observan contrastes importantes en la misma dirección que los ya vistos en relación a las distintas formas de discriminación. Esto es, la proporción de quienes quedaron cesantes durante los últimos 12 meses es mayor en el Sureste (24.5%) y menor en el Suroeste (13.0%). Entre quienes experimentaron esa pérdida económica en el Sureste, en el 30.1% de los casos el evento estuvo relacionado directamente con la condición de VIH positivo, mientras que esa proporción fue de solo 21.4% al tratarse de la región Suroeste.

Un tercer aspecto relacionado con la pérdida de espacio en el trabajo se refiere a tener que cambiar la naturaleza del trabajo o la no concesión de ascensos merecidos. Un 12.8% de las personas entrevistadas pasó por esta situación durante los últimos 12 meses, y entre quienes tuvieron esta vivencia, la discriminación del empleador o de compañeros de trabajo se constituyen en la causa de cerca de la quinta parte de los casos (17.9%), lo mismo que la mala salud (20.9%). La discriminación de parte del empleador o de algún compañero de trabajo es más importante entre los hombres (19.4%) que en las mujeres (15.2%), pero la mala salud impacta más a las mujeres (24.2%) que a los hombres (17.9%).

En el contexto regional se observa el mismo patrón ya visto en relación a la pérdida del empleo u otra fuente de ingresos. Esto es, haber cambiado la naturaleza del empleo o no ser ascendido en la escala laboral durante el último año es un evento más frecuente en el Sureste (25.0%), mientras que en el Suroeste es donde se manifiesta con menos intensidad (5%). Además, el Sureste es la única región donde la discriminación (22.0%) constituye la causa más importante para tener que cambiar de trabajo o no ser beneficiado con ascenso.

En ese escenario de privación del disfrute de derechos, a casi el 10% de las personas entrevistadas durante el último año al menos una vez le han negado empleo (9.7%) y se han rehusado a proporcionarle servicios de salud, incluso dentales (8.4%), a causa de su condición de VIH positivo. La negación de este último servicio es más frecuente entre las mujeres (10.0%) que en los hombres (6.8%). En términos regionales, la tendencia es la misma de los otros aspectos relativos a negación de beneficios y servicios. Durante los últimos 12 meses, al 18.5% de las personas entrevistadas que residen en el Sureste se la ha negado empleo por su condición de VIH positivo, mientras que esa proporción es de solo 2.0% en el Suroeste. A su vez, la negación de servicios de salud en el último año afecta al 13.5% de los residentes en el Sureste y a penas al 2.0% de quienes viven en la región Suroeste.

8. Estigma interno y temores

La condición de VIH positivo impacta el estado emocional de la persona por motivos diversos, entre ellos el hecho de estar padeciendo una condición de salud hasta el momento irreversible y por tener que cargar con el peso derivado del estigma y la discriminación proveniente de una parte importante de la población de su entorno. Como consecuencia de esos factores, alrededor de un tercio de las personas entrevistadas, durante los últimos 12 meses se ha sentido avergonzada (31.0%), se siente culpable (30.0%), se culpa a si mismo(a) (34.4%), culpa a otros (35.4%) y tiene baja estima (30.8%) (ver Cuadro 13).

Estos sentimientos se manifiestan con intensidad diferente en función del sexo de la persona (ver Gráfico 9). Así, la autoinculpación es mayor entre los hombres (33.3% se siente culpable y 40.3% se culpa a si mismo) que en las mujeres (26.9% se siente culpable y 28.8% se culpa a si misma). A su vez, sentir vergüenza (38.8%), culpar a otros (48.2%) y tener baja autoestima (3.1%) se presenta con mayor énfasis en las mujeres que en los hombres (23.0%, 21.8% y 25.5%, respectivamente).

A nivel regional, los sentimientos de culpa (17.0% se siente culpable y 23.0% se culpa a si mismo) y la baja autoestima (15.0%) son menores en el Suroeste que en las demás regiones, donde estos sentimientos se presentan en alrededor del 32%, 36% y 33%, respectivamente.

Decisiones como la de no asistir a reuniones sociales o aislarse de familiares o amistades (24.7% y 18.2%, respectivamente) son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (17.1% y 15.4%, respectivamente) (ver Gráfico 10). También se presentan con mayor intensidad entre las mujeres otras decisiones como: no solicitar empleo o ascenso laboral (19.6%), no contraer matrimonio (27.8%), no tener relaciones sexuales (27.5%) y no tener hijos o más hijos (64.1%). Entre los hombres, esas opciones han sido adoptadas por el 12.1%, 17.7%, 11.1% y 51.4%, respectivamente. Mientras tanto, en el contexto regional, todas esas decisiones se presentan en el Suroeste con mucha menor intensidad que en los demás contextos geográficos.

Cuadro 13
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según sentimientos experimentados, acciones tomadas debido a su condición y temores experimentados ante alguna situación, durante los últimos 12 meses

Sentimientos, acciones tomadas y temores	Porcentaje						
	Total	Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sur-este	Suro-este
Sentimientos experimentados debido a su condición de persona viviendo con el VIH							
Se siente avergonzado(a)	31.0	23.0	38.8	30.7	31.3	30.0	33.0
Se siente culpable	30.0	33.3	26.9	32.7	30.5	31.5	17.0
Se culpa a si mismo (a)	34.4	40.3	28.8	36.3	35.8	34.5	23.0
Culpa a otros	35.4	21.8	48.2	30.0	36.5	38.5	41.0
Tiene una baja autoestima	30.8	25.5	36.1	36.3	28.8	34.5	15.0
Siente que debería ser castigado(a)	6.0	5.8	6.1	4.0	7.8	7.5	2.0
Tiene sentimientos suicidas	8.2	6.2	10.0	8.3	7.5	11.5	4.0
Ha hecho algo de lo siguiente por ser persona viviendo con el VIH							
Ha preferido no asistir a reuniones sociales	21.0	17.1	24.7	22.0	17.3	33.5	8.0
Se ha aislado de familias y /o amistades	17.0	15.4	18.2	17.7	13.3	27.5	9.0
Tomó la decisión de dejar de trabajar	10.1	8.0	12.2	5.3	10.3	19.0	6.0
Decidió no solicitar empleo o ascenso laboral	15.9	12.1	19.6	19.7	14.8	18.0	5.0
Abandonó educación o capacitación o no aprovechó oportunidad de educación o capacitación	14.8	13.6	15.7	8.3	12.5	32.5	8.0
Decidió no contraer matrimonio	22.9	17.7	27.8	26.7	22.3	24.0	12.0
Decidió no tener relaciones sexuales	19.4	11.1	27.5	23.7	21.0	12.5	14.0
Decidió no tener (más) hijos	57.9	51.4	64.1	60.7	58.0	64.0	37.0
Evitó ir a clínica local cuando lo necesitó	13.4	11.9	14.9	18.3	8.8	17.0	10.0
Evitó ir a hospital local cuando lo necesitó	9.8	8.4	11.2	16.0	6.5	8.0	8.0
Temores experimentados ante situaciones hayan o no sucedido							
A ser blanco de murmuraciones	54.2	48.1	60.2	58.3	50.5	61.5	42.0
A ser insultado(a) o amenazado(a) verbalmente	29.8	24.3	35.1	37.0	26.0	38.0	7.0
A ser acosado(a) o amenazado(a) fisicamente	16.6	12.3	20.6	21.3	11.3	27.5	2.0
A ser agredido(a) fisicamente	14.2	9.3	18.8	15.7	9.0	27.5	4.0

Gráfico 9
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo, según sentimiento experimentado durante los últimos 12 meses debido a su condición de persona viviendo con el VIH

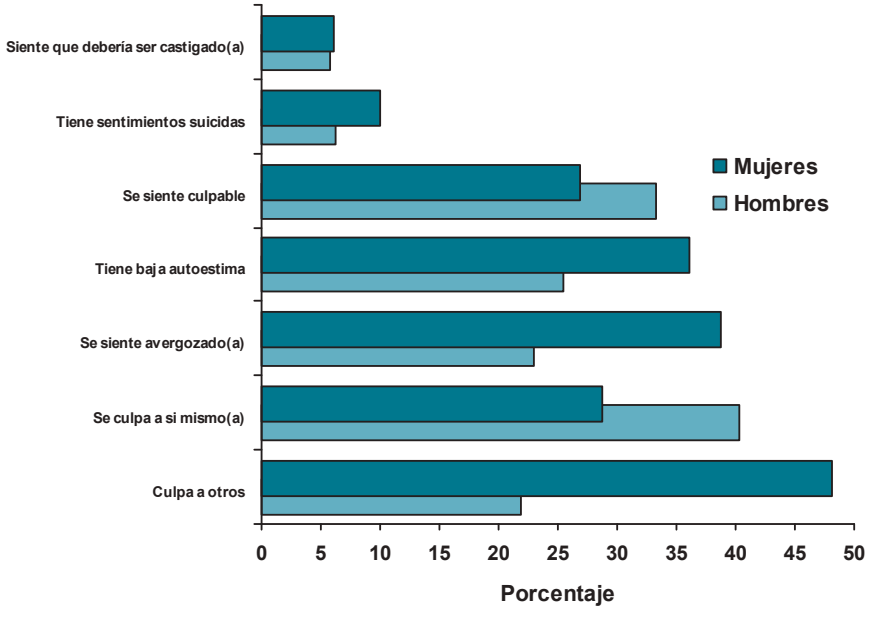
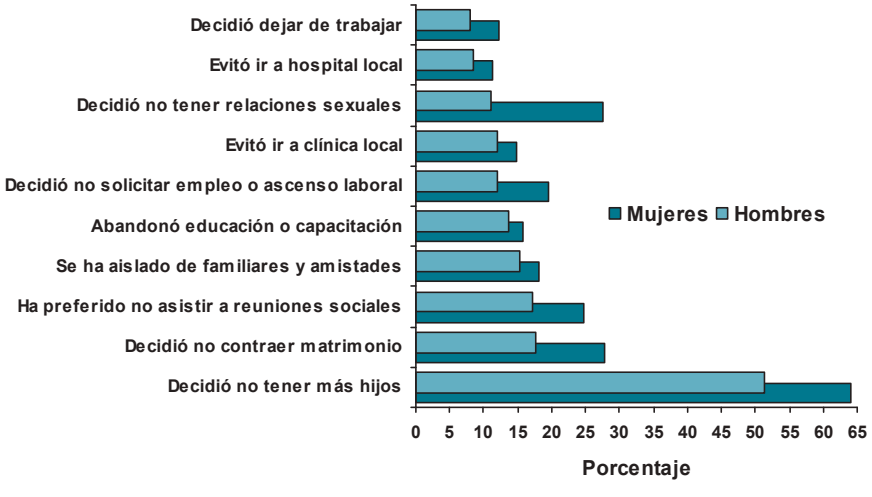
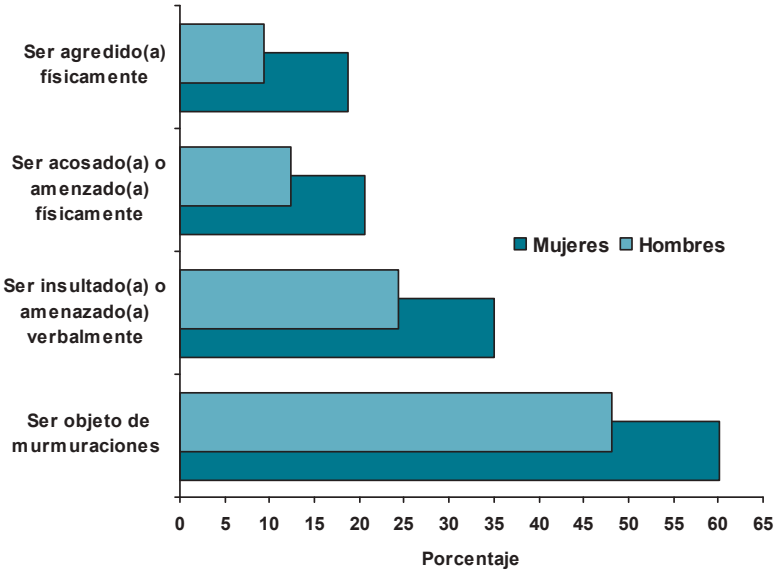


Gráfico 10
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo, según acciones tomadas durante los últimos 12 meses debido a su condición de persona viviendo con el VIH



Las mujeres son más propensas a sentir temores. Temer a las murmuraciones, a ser insultado(a) o amenazado(a) verbalmente, a ser acosado(a) o amenazado(a) físicamente, y a ser agredido(a) físicamente afecta al 60.2%, 35.1%, 20.6% y 18.8% de las mujeres respectivamente (ver Gráfico 11). A su vez, esos temores solo se presentan en el 48.1%, 24.3%, 12.3% y 9.3% de los hombres respectivamente.

Gráfico 11
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo, según tipo de temor experimentado durante los últimos 12 meses ante situaciones que hayan o no sucedido



En cuanto a lo geográfico, el comportamiento de los temores sigue el mismo patrón del estigma y la discriminación y del escamoteo de los servicios y beneficios a quienes viven con el VIH. Las personas que en mayor proporción sienten temores son aquellas que residen en la región Sureste, mientras que las residentes en el Suroeste son las que con menor frecuencia albergan ese tipo de sentimiento. En la región Sureste, el temor a las murmuraciones, a ser insultado(a) o amenazado(a) verbalmente, a ser acosado(a) o amenazado(a) físicamente, y a ser agredido(a) físicamente constituye un problema para el 61.5%, 38.0%, 27.5% y 18.8% respectivamente. Mientras tanto, esos sentimientos solo afectan al 42.0%, 7.0%, 2.0% y 4.0% de los residentes en el Suroeste respectivamente.

9. Derechos leyes y políticas

Entre los elementos que contribuyen a contrarrestar los efectos de la forma negativa como frecuentemente son tratadas las personas que viven con el VIH en la República Dominicana, puede considerarse el conocimiento del marco jurídico que enuncia y garantiza sus derechos. Dos instrumentos importantes en ese sentido son: la Declaración Universal sobre VIH/SIDA y la Ley 55-93 sobre VIH/SIDA en la República Dominicana.

Menos de la mitad (45.8%) de las personas entrevistadas ha leído u oído hablar del primero de esos dos documentos y entre quienes lo conocen solo el 59.3% ha leído alguna vez el contenido del mismo (ver Cuadro 14). Aún en el caso de la Ley 55-93, que es local, solo el 69.2% la ha oído mencionar. Esto indica que casi el 31% de las personas estudiadas desconocen la existencia de un documento que además de ser de gran importancia para ellas, ha sido objeto de debate y menciones en los medios de comunicación con mucha frecuencia durante varios años.

Existen algunas diferencias importantes entre el grado de desconocimiento de esos dos documentos, las cuales desfavorecen a los hombres. El 48.2% de las mujeres sabe acerca de la existencia de la Declaración Universal sobre VIH/SIDA, frente al 43.2% de los hombres. A su vez, el 73.3% de las mujeres ha oído hablar de la Ley 55-93, al mismo tiempo que un 64.8% de los hombres tiene ese tipo de información.

En el contexto regional, el mayor grado de conocimiento acerca de los dos documentos en cuestión se produce en el Suroeste del país, donde el 65.0% de las personas entrevistadas sabe de la existencia de la Declaración Universal sobre VIH/SIDA y el 89.0% ha oído hablar de la Ley 55-93. En contrate, el mayor grado de desconocimiento está en la región Sureste, donde solo el 36.5% de los y las entrevistados(as) han leído u oído hablar del primero de esos documentos y el 59.0% conoce acerca de la existencia del segundo. Cuando se trata de la lectura de los documentos, el Suroeste también presenta un mejor posicionamiento, pues el 78.0% de las personas estudiadas han leído o discutido el contenido de la Ley 55-93, al mismo tiempo que solo el 34.0% de los(as) entrevistados(as) que residen en el Sureste han hecho este tipo de ejer-

cicio. Dado el grado de desconocimiento sobre derechos derivado de la falta de información sobre el marco jurídico donde se consigna esta materia, podría esperarse que una parte importante de la población que vive con el VIH se encuentre más vulnerable y tenga que aceptar situaciones que eventualmente pudieran implicar la violación de sus perrogativas.

Cuadro 14
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según conocimiento acerca de derechos, leyes y políticas sobre VIH/SIDA

	Porcentaje						
		Sexo		Región de residencia			
Conocimientos sobre leyes y políticas	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**	**Santo Domingo**	**Cibao**	**Sureste**	**Suroeste**
Ha leído u oído hablar de la Declaración Universal sobre VIH y SIDA	45.8	43.2	48.2	47.3	44.5	36.5	65.0
Ha leído alguna vez el contenido de esa Declaración	59.3	58.6	59.5	67.6	53.1	52.1	66.2
Ha oído hablar de la Ley 55-93 sobre SIDA	69.2	64.8	73.3	75.0	65.0	59.0	89.0
Ha leído o discutido el contenido de la Ley 55-93 sobre SIDA	48.6	46.7	50.4	54.0	44.5	34.0	78.0

El 6.7% de las personas entrevistadas fue forzado a someterse a algún procedimiento médico, incluyendo la prueba de VIH. Mientras tanto, al 1.3% se le negó un seguro de vida o de salud y el 23.1% admite que durante los últimos 12 meses se le violó alguno de sus derechos como persona viviendo con el VIH (ver Cuadro 15). Este último porcentaje podría ser mayor, pues el hecho de que una proporción importante de personas no conozca los documentos que constituyen la base legal de sus derechos podría ser razón para que acontecimientos que sean violatorios de sus prerrogativas no sean reconocidos como tales.

Casi a una de cada cuatro personas entrevistadas (23.1%) se le violaron sus derechos como persona viviendo con el VIH al menos una vez durante los últimos 12 meses. De ese grupo, apenas el 10% buscó reparación legal ante tal agravio (ver Cuadro 16). El hecho de ser mujer hace que la búsqueda de resarcimiento a los daños provocados por la violación de los derechos sea aún menor. Solo el 8.0% de las mujeres procuró reparación legal, mientras que entre los hombres esa proporción es de 13.3% (ver Gráfico 12).

Cuadro 15
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo, según tipo de situación vivida durante los últimos 12 meses debido a su condición de persona viviendo con el VIH

Situación vivida debido a su condición de Persona viviendo con VIH	**Porcentaje**		
	Total	**Hombres**	**Mujeres**
Forzado a someterse a algún procedimiento médico incluyendo prueba de VIH	6.7	7.2	6.3
Se le negó seguro de salud o vida	1.3	2.1	0.6
Ha sido arrestado o se le llevó a los tribunales	0.2	0.4	0.0
Debió revelar condición de persona viviendo con el VIH para entrar a otro país	0.9	0.8	1.0
Debió revelar condición de persona viviendo con el VIH por solicitud de residencia o nacionalidad	0.8	1.4	0.2
Fue detenido o puesto en cuarentena o aislado	0.6	1.0	0.2
No les sucedió ninguna de las situaciones anteriores	90.9	89.3	92.4
Se le violaron algunos de sus derechos como persona viviendo con el VIH	23.1	21.6	24.5

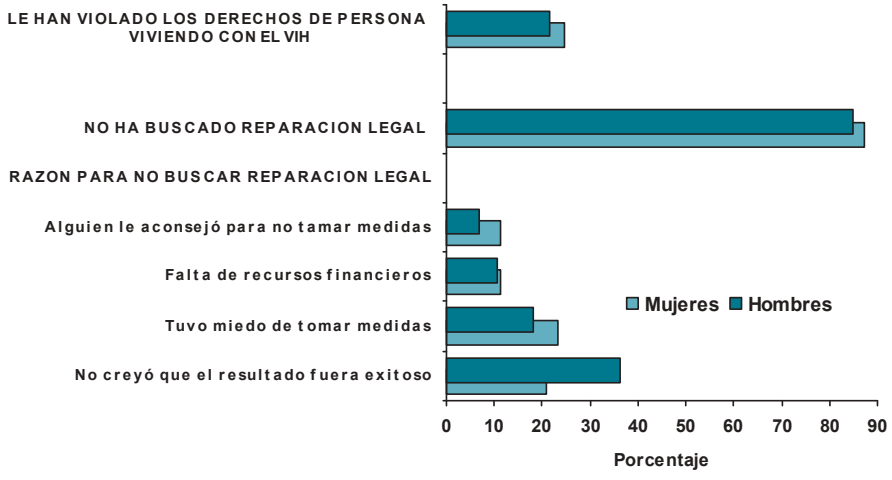
Cuadro 16
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo, según estatus con relación al respeto de sus derechos como persona viviendo con el VIH durante los últimos 12 meses, búsqueda de reparación legal, razón para no buscar reparación legal y búsqueda de ayuda

Características	**Porcentaje**		
	Total	**Hombres**	**Mujeres**
Estatus de respeto a sus derechos como persona Viviendo con el VIH			
Han sido violados	23.1	21.6	24.5
No han sido violados	76.1	77.4	74.9
No está seguro(a)	0.8	1.0	0.6
Búsqueda de reparación legal			
Sí	10.4	13.3	8.0
No	86.1	84.8	87.2
No está seguro(a)	3.5	1.9	4.8
Razón para no buscar tener reparación legal			
Falta de recursos financieros	10.8	10.5	11.2
El proceso es muy burocrático	5.2	5.7	4.8
Tuvo miedo de tomar medidas	20.8	18.1	23.2
Alguien lo aconsejó para no tomar medidas	9.1	6.7	11.2
No creyó que el resultado fuera exitoso	28.1	36.2	20.8
Ninguna de las razones anteriores	26.0	22.9	28.8
Búsqueda de ayuda en empleado gubernamental o político local			
Ha tratado de que algún empleado del gobierno tome medidas	12.1	14.3	10.4
Ha tratado de que algún político local tome medidas	10.0	9.5	10.4

El 84.5% de los hombres no procuró reparación legal ante la violación reciente de sus derechos y no lo hizo, principalmente por que no creyó que el resultado de la gestión fuera exitoso (36.2%), además del miedo a tomar medidas (18.1%) y por falta de recursos financieros para hacerlo (10.5%) (ver Gráfico 12). A su vez, entre las mujeres el 87.2% no buscó reparación legal

frente a la violación de sus derechos ocurrida durante los últimos 12 meses, y la causa principal de esta inacción fue el miedo a tomar medidas (23.2%), seguido por la falta de confianza en que el resultado de la acción legal fuera exitoso (20.8%), la falta de recursos financieros (11.2%) y por el consejo de alguien en relación a no tomar medidas (11.2%).

Gráfico 12
Porcentaje de personas entrevistadas cuyos derechos como persona viviendo con el VIH les han sido violados durante los últimos 12 meses y porcentaje de quienes no buscaron reparación legal, por sexo, según razones para no buscar reparación



Si se suman los porcentajes correspondientes a las categorías: *'El proceso es muy burocrático* y *No creyó que el resultado fuera exitoso* se crearía el grupo de los que desconfían en el Sistema Judicial. Desde esta perspectiva podría afirmarse que el 42% de los hombres a quienes se les violó alguno de sus derechos en forma reciente, no buscó la protección del sistema de administración de justicia por falta de confianza en el mismo, y lo propio hizo el 26% de las mujeres que se encontraban en condiciones similares.

Como resultado de esos elevados niveles de desconfianza ante el sistema judicial es esperable que algunas personas recurran a otro tipo de ayuda cuando entiende que sus derechos son vulnerados. De esta forma, el 12.1% de aquellas que viven con el VIH cuyos derechos fueron violados durante los últimos 12 meses recurrió a algún empleado del gobierno para que le ayudara tomando algún tipo de medida en su favor y el 10.0% hizo lo mismo frente a algún político local.

10. Gestión del cambio

Frente a este espectro, en que las personas que viven con el VIH, en gran medida se perciben discriminadas y estigmatizadas, existen dos formas contrapuestas de reaccionar. Una de ellas es adoptar una posición pasiva y dejar que la falta de tolerancia, el rechazo y el irrespeto a sus derechos los despoje de su espacio social y de sus posibilidades de vivir con un nivel mínimo de decoro. La otra posibilidad es enfrentar esas barreras y actuar, en forma individual y colectiva, para producir los cambios necesarios en la actitud de las personas hacia quienes viven con el VIH.

Una parte de las personas entrevistadas participa de manera activa en acciones tendentes a producir los cambios. Un 35.3% ha confrontado, cuestionado o educado durante los últimos 12 meses a quienes les han discriminado o estigmatizado (ver Cuadro 17). Esa forma de producir cambios es más frecuente entre las mujeres (38.6%) que en los hombres (31.5%) (ver Gráfico 13). En el contexto regional, las personas viviendo con el VIH en el Sureste (47.5%) son las más activas en ese aspecto, mientras que el menor activismo se verifica en el Suroeste (14.0%).

La magnitud de los porcentajes de personas involucradas con el cambio en esas dos regiones concuerda, como respuesta, a lo observado en relación al estigma y la discriminación. El mayor nivel de activismo en el Sureste es compatible con el hecho de que, como se ha debatido reiteradamente en forma previa, es en esa región donde las personas se sienten más discriminadas y estigmatizadas por su condición de VIH positivo. Por el contrario, el menor grado de involucramiento en el cambio observado en el Suroeste puede estar relacionado con que es en ese contexto donde las personas perciben un menor grado de rechazo.

La gestión para el cambio puede tener mayor impacto en la medida que las personas aunen esfuerzos, lo cual supone organizarse o sumarse a las entidades de ayuda a personas viviendo con el VIH ya existentes. No obstante, más de un tercio (34.2%) de la muestra estudiada desconoce la existencia de organizaciones o grupos de ayuda contra el estigma y la discriminación y ese grado de desconocimiento es aún mayor cuando se trata de los hombres (37.4%, frente a 31.4% en el caso de las mujeres). A nivel regional, el mayor grado de desconocimiento se presenta en el Sureste (40.0%) y el menor en el

Cuadro 17
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según acciones de gestión para el cambio desarrolladas durante los últimos 12 meses

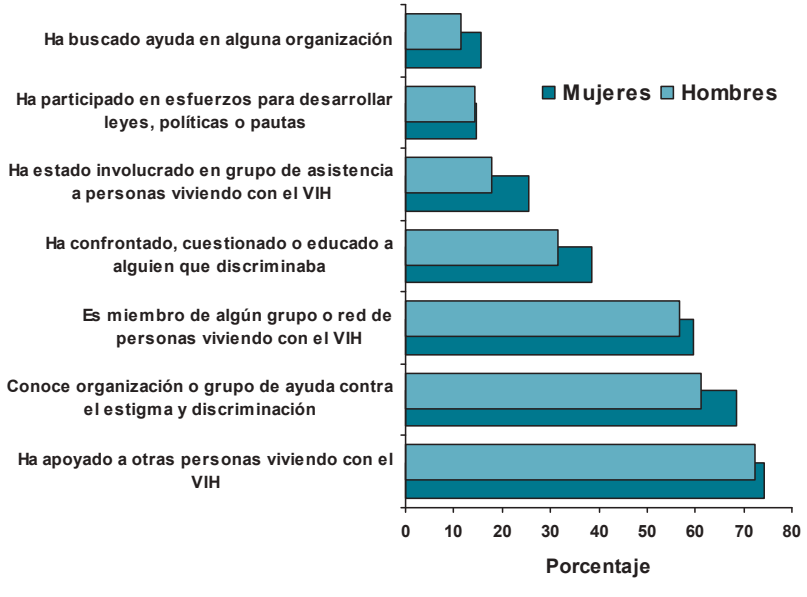
Acciones de gestión para el cambio	Porcentaje						
		Sexo		Región de residencia			
	Total	Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sur-este	Sur-oeste
Ha confrontado, cuestionado o educado a quien le estuviera estigmatizando o discriminando							
Sí	35.3	31.5	38.6	44.7	27.5	47.5	14.0
No	64.6	68.3	61.4	55.0	72.5	52.5	86.0
Sin información	0.1	0.2	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0
Conoce organización o grupo de ayuda contra estigma y discriminación							
Sí	65.1	61.3	68.4	66.0	64.0	59.5	78.0
No	34.2	37.4	31.4	33.3	35.5	40.0	20.0
Sin información	0.7	0.3	0.2	0.7	0.5	0.5	2.0
Clase de organización conocida							
Grupo de apoyo a personas que vive con VIH	91.6	91.8	91.7	97.5	93.4	77.5	92.5
Red de personas que viven con VIH	63.7	65.5	62.0	72.5	46.1	66.7	93.8
Organización gubernamental local	9.0	7.6	10.0	16.5	4.3	11.7	1.3
Organización basada en la fe	7.1	6.3	8.0	16.0	3.5	3.3	2.5
Bufete jurídico	3.3	3.3	3.4	6.0	2.7	2.5	0.0
Organización de derechos humanos	9.1	7.9	10.3	12.5	3.5	13.3	12.5
Organización no gubernamental local	13.2	13.5	12.9	33.0	3.1	10.0	1.3
Consejo o comité nacional de SIDA	21.1	18.8	23.1	41.0	9.3	11.7	23.8
Organización no gubernamental Internacional	5.9	5.3	6.6	14.0	1.6	4.2	2.5
Organización perteneciente a las Naciones Unidas	7.3	4.9	9.4	18.0	2.7	2.5	2.5
Otra	2.4	2.0	2.9	2.0	1.2	0.8	10.0
Ha buscado ayuda de alguna de esas organizaciones							
Sí	13.8	11.5	15.7	17.0	9.3	20.8	10.0
No	85.7	87.8	84.0	82.0	90.7	78.3	90.0
Sin información	0.5	0.7	0.3	1.0	0.0	0.8	0.0
Ha apoyado a otras personas que viven con VIH							
Sí	73.6	72.2	74.7	74.7	71.3	78.5	70.0
No	26.3	27.8	25.1	25.0	28.8	21.5	30.0
Sin información	0.1	0.0	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0
Es miembro de algún grupo o red de personas que viven con VIH							
Sí	58.2	56.8	59.6	51.3	57.8	62.5	72.0
No	40.8	42.2	39.4	47.3	41.3	37.5	26.0
Sin información	1.0	1.0	1.0	1.3	1.0	0.0	2.0
Ha estado involucrado en algún grupo de asistencia a personas que viven con VIH							
Sí	21.8	17.9	25.5	23.7	10.3	25.5	55.0
No	77.9	81.7	74.3	75.7	89.5	74.5	45.0
Sin información	0.3	0.4	0.2	0.7	0.3	0.0	0.0
Ha participado en esfuerzos para desarrollar leyes, políticas o pautas relacionadas con el VIH							
Sí	14.4	14.2	14.7	24.3	4.8	14.5	23.0
No	85.5	85.8	85.1	75.7	95.3	85.0	77.0
Sin información	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.5	0.0

Suroeste (20.0%). Estos niveles de presencia de las organizaciones en el conocimiento de las personas podrían estar asociados con la intensidad con que se manifiesta el estigma y la discriminación en esos dos espacios geográficos.

Las organizaciones más conocidas por las personas entrevistadas son los grupos de apoyo a personas que viven con el VIH (91.6%) y las redes de personas que viven con el VIH (63.7%). En el contexto regional, el conocimiento de los grupos de apoyo llega a más del 90% de las personas entrevistadas con la excepción del Sureste donde es de solo 77.5%. A su vez, el conocimiento acerca de la existencia de las redes de personas que viven con el VIH presenta su máxima expresión en el Suroeste (93.8%), mientras que el Cibao posee el menor porcentaje de aquellos(as) que tienen conocimiento sobre la existencia de esas agrupaciones (46.1%).

Entre quienes saben acerca de esas entidades de apoyo a las personas que viven con el VIH, apenas el 13.8% procuró ayuda de alguna de éstas durante los últimos 12 meses, siendo el porcentaje aún menor cuando se trata de los hombres (11.5%). En el contexto área geográfica, a pesar de que el Sureste es un área geográfica donde el conocimiento acerca de la existencia de las organizaciones de apoyo es relativamente bajo, es precisamente donde la búsqueda de ayuda de esas entidades es mayor (20.8%). Esto, sin embargo, podría deberse a la supremacía de esta región en cuanto al estigma y la discriminación.

Gráfico 13
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo, según acciones de gestión para el cambio desarrolladas durante los últimos 12 meses



El apoyo a otras personas que viven con el VIH constituye un elemento de la gestión por el cambio donde se percibe un elevado nivel de involucramiento por parte de las personas entrevistadas. El 73.6% ha apoyado a otras personas en su misma condición de salud durante el último año. Llama la atención el hecho de que esa proporción se mantiene sin variaciones de consideración en función del sexo de la persona (72.2% en los hombres y 74.7% las mujeres) y de la región donde resida (74.7% en Santo Domingo, 71.3% en el Cibao, 78.5% en el Sureste y 70% en el Suroeste).

Además de la ayuda que de manera individual proporcionan las personas entrevistadas a otras en su misma condición, una proporción relativamente elevada (58.2%) pertenece a algún grupo o red de personas que viven con el VIH. El grado de pertenencia a ese tipo de agrupación no presenta diferencias importantes por sexo (56.8% en los hombres y 59.6% en las mujeres), pero sí muestra algunos contrastes bastante notorios entre regiones. El mayor grado de adhesión a grupos o redes se presenta entre las personas entrevistadas residentes en el Suroeste (72.0%), mientras que la participación es más escasa en Santo Domingo (51.3%) y el Cibao (57.8%).

Si se compara con los niveles de pertenencia a grupos o redes de personas que viven con el VIH, el involucramiento en grupos de asistencia a personas con esta condición de salud puede considerarse reducido. Solo el 21.1% de las personas entrevistadas ha estado involucrada durante el último año en algún grupo de asistencia a personas que viven con el VIH.

El grado de participación en este tipo de grupo es mayor entre las mujeres (25.5%) que en los hombres (17.9%) y presenta contrastes importantes en función de la región de residencia de las personas. El mayor grado de involucramiento se produce en el Suroeste (55.0%), al mismo tiempo que la menor expresión se presenta en el Cibao (10.3%).

Otro componente de la gestión para el cambio es la participación en esfuerzos para desarrollar leyes, políticas o pautas relacionadas con el VIH. El 14.4% de las personas entrevistadas tuvo algún tipo de participación en este tipo de iniciativa durante los últimos 12 meses. Esta modalidad de participación no presenta diferencias por sexo (14.2% en los hombres y 14.7% en las mujeres), no obstante, sí exhibe contrastes regionales importantes. Los mayores niveles de participación se producen en Santo Domingo (24.3%) y el Suroeste (23.0%), mientras que los menores se concentran en el Cibao (4.8%).

Además de la participación activa en acciones, existe un componente adicional que también forma parte de la gestión para el cambio. Se trata de la percepción de las personas en cuanto a sus posibilidades de influir en las decisiones que se toman en relación a las personas que viven con el VIH, así como sobre las acciones más importantes que cree deberían estar haciendo las

Cuadro 18
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según tipo de decisión en las cuales piensa que puede influir y acciones más importantes que cree deberían estar haciendo las organizaciones de personas que viven con el VIH para hacer frente al estigma y la discriminación

Tipo de decisión y acciones más importantes	Total	Porcentaje					
		Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sureste	Suroeste
Tipo de decisión en la cual cree puede influir							
Asuntos legales que afectan a personas viviendo con VIH	15.5	15.8	15.3	20.3	9.0	19.5	19.0
Políticas gubernamentales locales que afectan a personas viviendo con VIH	9.4	9.7	9.0	16.0	4.8	10.0	7.0
Proyectos locales orientados al beneficio de personas viviendo con VIH	25.6	24.7	26.3	39.7	11.5	22.0	47.0
Políticas gubernamentales nacionales que afectan a las personas viviendo con VIH	7.4	6.6	8.2	13.3	4.5	5.5	5.0
Programas y proyectos nacionales orientados a beneficiar a personas viviendo con VIH	20.4	17.7	22.9	29.3	14.3	19.5	20.0
Acuerdos y tratados internacionales	4.9	5.3	4.5	7.7	2.3	6.0	5.0
Ninguno de estos aspectos	57.7	58.6	56.9	50.7	71.5	55.0	29.0
Acciones más importantes que cree deberían estar haciendo las organizaciones de personas con VIH/SIDA para hacer frente al estigma y la discriminación							
Defender y promover los derechos de las personas que viven con el VIH	37.9	38.3	37.8	30.0	53.5	24.0	27.0
Dar asistencia a personas que viven con VIH	16.4	17.9	14.9	17.7	13.3	16.5	25.0
Defender/promover derechos y proporcionar apoyo a personas que viven con el VIH	6.3	6.8	5.1	4.7	4.8	11.5	7.0
Educar a las personas que viven con el VIH sobre como vivir con el virus	19.5	18.1	20.8	22.3	14.0	22.5	27.0
Aumentar conciencia y conocimiento del público acerca del VIH	19.7	18.9	20.6	25.3	14.5	25.5	12.0

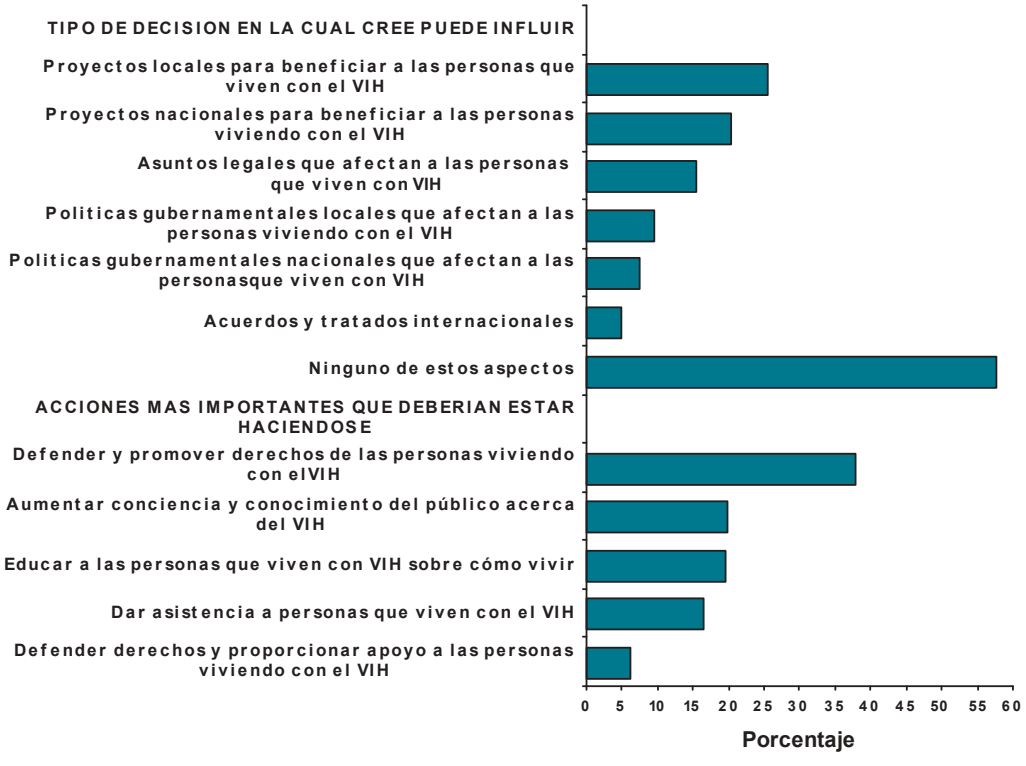
organizaciones de personas que viven con el VIH para hacer frente al estigma y la discriminación.

Los proyectos locales orientados al beneficio de personas viviendo con el VIH son las acciones en las cuales las personas ven más posibilidades de influir (25.6%), seguidas en orden de importancia por los programas y proyectos nacionales orientados a beneficiar a personas viviendo con el VIH (20.4%) y asuntos legales que afectan a las personas viviendo con el virus (15.5%) (ver Cuadro 18 y Gráfico 14).

Estas formas de manifestación de la gestión del cambio no presentan diferencias importantes por sexo, sin embargo sí muestran algunos contrastes importantes entre regiones. Las personas residentes en el Suroeste son quienes en mayor proporción (47.0%) piensan que pueden influir en los proyectos locales orientados al beneficio de personas viviendo con el VIH, mientras los

residentes en el Cibao son quienes creen tener menor capacidad para influir (11.5%). A su vez, la mayor capacidad para influir en los programas y proyectos nacionales orientados a beneficiar a personas viviendo con el VIH se la atribuyen a los residentes en Santo Domingo (29.3%) y quienes piensan que pueden influir menos son aquellas personas que residen en el Cibao (14.3%). Los cibaeños también se creen con menores posibilidades de influir en asuntos legales que afectan a las personas que viven con el VIH (9.0%, mientras en las demás regiones es alrededor de 20%).

Gráfico 14
Porcentaje de personas entrevistadas, según tipo de decisiones en las cuales cree que puede influir y acciones más importantes que cree deberían estar haciendo las organizaciones para hacer frente al estigma y la discriminación



Las acciones más importantes que las personas entrevistadas piensan que deberían estar haciendo las organizaciones de personas con el VIH para hacer frente al estigma y discriminación son: la defensa y promoción de los derechos de las personas que viven con el VIH (37.9%), aumentar la conciencia y cono-

cimiento del público acerca del VIH (19.7%), educar a las personas que viven con el VIH sobre como vivir con el virus (19.5%) y dar asistencia a las personas viviendo con el VIH (16.4%).

La percepción sobre qué deberían estar haciendo las organizaciones para hacer frente al estigma y la discriminación no presenta diferencias de consideración en función del sexo de la persona, pero sí exhibe contrastes importantes a nivel regional. Las personas residentes en el Cibao son quienes en mayor proporción piensan que las organizaciones deberían defender y promover los derechos de quienes viven con el VIH (53.5%). En cambio, son precisamente los residentes en esa región quienes tienen la menor percepción de que ese tipo de entidad debería estar educando a las personas que viven con el VIH sobre cómo vivir con el virus (14.0%, frente a 27.0% en el Suroeste, 22.5% en el Sureste y 22.3% en Santo Domingo) y dando asistencia a personas que viven con el VIH (13.3%, en relación a 25.0% en el Suroeste, 17.7% en Santo Domingo y 16.5% en el Sureste). Quienes viven en el Cibao (14.5%), conjuntamente con los residentes en el Suroeste (12.0%) son quienes tienen la percepción más baja de que las organizaciones, entre sus actividades más importantes deberían aumentar la conciencia y el conocimiento del público acerca del VIH.

11. Pruebas y diagnósticos

Existen varios aspectos relacionados con la prueba del VIH que suelen ser de interés en el estudio de esa condición de salud en las personas. Entre esos elementos se destacan: a) las razones que motivaron ese examen de laboratorio, las cuales van desde un simple requerimiento para un trámite, hasta un ejercicio confirmatorio; b) quién tomó la decisión para hacer tal examen, que puede devenir de una libre elección o de un mandato conminatorio; y c) tipo de consejería recibida tanto antes como después de que le hicieran el examen de laboratorio.

Las razones básicas para hacerse la prueba son: el haber sido referido por síntomas sospechosos relacionados con el VIH (28.8%), el hecho de que la pareja haya dado positivo al examen del VIH (17.4%) y la decisión voluntaria de hacerse ese examen de laboratorio (12.8%) (ver Cuadro 19). Esas tres razones,

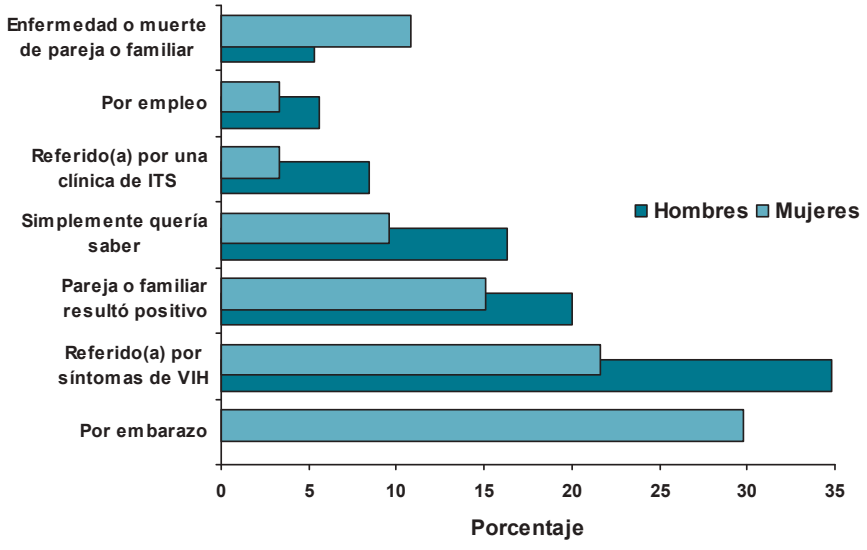
Cuadro 19
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según algunos aspectos relacionados con la prueba del VIH

Aspectos relacionados con la prueba	Total	Porcentaje					
		Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sur-este	Suro-este
Razón por la cual se hizo la prueba del VIH							
Por empleo	4.4	5.6	3.3	4.0	4.3	5.0	5.0
Por embarazo	-	-	29.8	13.7	13.0	15.5	25.0
Por preparación para el matrimonio	0.9	0.6	1.2	0.7	1.0	1.5	0.0
Referido(a) por una clínica de ITS	6.0	8.6	3.3	2.7	4.5	11.0	12.0
Referido(a) por síntomas sospechosos relacionados con el VIH	28.0	34.8	21.6	30.7	24.5	28.5	33.0
Esposo (a) /pareja o familiar resultó positivo	17.4	20.0	15.1	18.0	19.5	14.5	13.0
Enfermedad o muerte de esposo (a)/pareja o algún miembro de la familia	8.1	5.3	10.8	9.3	7.3	8.5	7.0
Simplemente quería saber	12.8	16.3	9.6	9.7	19.3	6.0	10.0
Quién tomó la decisión para hacerse la prueba							
Fue voluntario(a), él o ella mismo(a) tomó la decisión	74.9	74.3	75.7	69.0	81.8	62.5	90.0
Tomó decisión bajo presión de otras personas	12.5	13.2	11.8	14.3	11.0	16.0	6.0
Bajo coerción, se le forzó a hacerse la prueba	4.8	6.0	3.7	5.3	2.5	10.0	2.0
Se le hizo la prueba sin su consentimiento	7.5	6.2	8.6	11.0	4.8	11.0	1.0
Sin información	0.3	0.4	0.2	0.3	0.0	0.5	1.0
Tipo de consejería recibida cuando se hizo la prueba del VIH							
Recibió consejería antes y después de la prueba	42.9	42.0	43.7	29.0	42.8	55.0	61.0
Sólo recibió consejería antes de la prueba	1.4	1.4	1.4	1.0	1.0	1.0	5.0
Sólo recibió consejería después de la prueba	28.7	32.7	24.9	35.7	33.0	19.5	9.0
No recibió consejería cuando se hizo la prueba	27.0	23.9	30.0	34.3	23.3	24.5	25.0

en el mismo orden de importancia son las que llevaron a los hombres a hacerse la prueba (34.8%, 20.0% y 16.3% respectivamente). En cambio, en las mujeres la principal razón que la llevó a hacerse la prueba fue la recomendación de un facultativo médico por estar embarazada (29.8%), seguida por el aquella que se hizo por un referimiento debido a síntomas sospechosos relacionados con el VIH (21.6%), el hecho de que su compañero resultó positivo (15.1%), la enfermedad o muerte del compañero o muerte de algún miembro de la familia (10.8%), y aquella situación en que simplemente quería saber su condición en relación al VIH (9.6%) (ver Gráfico 15).

El peso relativo de algunas de las razones más importantes para hacerse la prueba del VIH también presenta algunas diferencias en función de la región de residencia. En el Cibao, el 19.5% de las personas entrevistadas se hizo ese tipo de examen debido a que la pareja resultó VIH positivo, en cambio esa proporción es de 13.0% en el Suroeste. Esta relación puede estar influenciada por el hecho de que el riesgo de tener una pareja con el virus es mayor en el

Gráfico 15
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo, según razón por la cual se hizo la prueba del VIH



Cibao, donde, conforme a la ENDESA-2007[8], la prevalencia entre las personas de 15 a 49 años era de 0.9%, frente a 0.7% en el Suroeste.

La razón para hacerse la prueba simplemente porque quería saber su estado con relación al VIH es más frecuente en el Cibao (19.3%), mientras que su menor peso relativo se presenta en el Sureste (6.0%). Esta proporción podría estar influenciada por el hecho que al ser esta la región donde los aspectos relacionados con el estigma y la discriminación se presentan con mayor énfasis, las personas podrían no sentirse estimuladas a hacerse la prueba a menos que sea por una razón que haga que ésta sea necesaria.

En tres de cada cuatro casos (74.9%), la decisión para hacerse la prueba fue tomada por la persona en forma voluntaria, no obstante, no deja de ser importante el hecho de que el 17.3% haya actuado bajo algún tipo de presión o coerción y que al 7.5% se le haya efectuado la prueba sin su consentimiento. El grado de libertad para hacerse ese examen de laboratorio varía de región a región. Mientras el 90.0% de los residentes en el Suroeste lo hicieron en forma voluntaria, solo el 62.5% de quienes viven en el Sureste y el 69.0% de quienes tienen residencia en Santo Domingo tuvieron esa prerrogativa. En contraste,

8 Macro Internacional Inc. y Centro de Estudios Sociales y Demográficos: Encuesta Demográfica y de Salud, 2007. Santo Domingo, 2008.

mientras en el Sureste el 26.0% fue forzado de alguna forma a hacerse este procedimiento, en el Suroeste solo el 8.0% corrió esta suerte.

Un aspecto importante en relación a la forma como la persona reaccionará ante el diagnóstico, y al modo de encaminar su vida en su nueva condición de VIH positivo, es la consejería. Este servicio que debería ser universal, en el sentido de que es necesario para todas las personas antes y después de efectuarse la prueba, realmente no llega a todos quienes lo requieren. En sentido general, dos de cada cinco personas (42.9%) que se hicieron la prueba recibieron este tipo de servicio tanto en forma previa como al momento de la entrega de los resultados, y uno de cada cuatro (27.0%) no recibió consejería en ningún momento, situación que se presenta en una mayor proporción de mujeres (30.0%) que de hombres (23.9%).

En el contexto regional también se observan diferencias importantes en cuanto a la proporción de personas que fueron atendidas por un(a) consejero(a) especializado para manejar este tipo de situación. En la región Suroeste, el 61.0% de quienes se hicieron la prueba recibieron consejería antes y después del procedimiento, mientras que solo el 29.0% de quienes viven en Santo Domingo recibieron este tipo de servicio. Mientras tanto, el 34.3% de las personas entrevistadas en este último contexto geográfico no recibieron consejería en ningún momento, al mismo tiempo que lo mismo ocurría con alrededor del 24% de los residentes en las otras tres regiones.

12. Socialización del estatus de VIH

Ante un contexto como el que rodea a la población viviendo con el VIH en la República Dominicana, caracterizado por elevados niveles de intolerancia, estigma y discriminación, puede esperarse que, una vez enteradas de su condición de VIH positivo las personas tengan dificultades de comunicarlo por temor a la reacción de los demás o por vergüenza. De hecho, como ya se vio en el capítulo 8, sobre estigma interno y temores, la vergüenza y los temores aparecen como sentimientos experimentados por elevadas proporciones entre las personas entrevistadas.

En relación a la forma como la pareja se enteró de la condición de salud, no llama la atención el hecho de que en la mayoría de los casos (65.8%) sea la

propia persona que le haya informado, sino que el 12.6% aún no lo sepa y que el 12.2% se enteró en contra de la voluntad del(a) compañero(a) infectado(a) (ver Cuadro 20). Esto supone que, si dependiera de la persona que vive con el VIH, uno(a) de cada cuatro (24.8%) esposos(as) o compañeros(as) no estaría enterado(a) de la condición de salud de su contraparte afectiva y/o sexual.

Existe una tendencia muy marcada a no enfrentar a los parientes para informarles de su condición de salud. En más de la cuarta parte (26.3%) de los casos, los familiares adultos se han enterado a través de otras personas y casi tres de cada cuatro niños y niñas de la familia (71.8%) desconocen la situación.

La mayor apertura a informar acerca de su condición de salud se produce precisamente cuando el(la) interlocutor(a) es un(a) trabajador(a) social

Cuadro 20
Porcentaje de personas entrevistadas incluidas en cada categoría (porcentaje de casos con información válida) y composición porcentual de los casos con información válida, por fuente de información de su condición de VIH positivo a las personas, según tipo de persona informada al respecto

Tipo de persona informada acerca de su condición de persona VIH positivo	Porcentaje de personas incluidas en la categoría*	Fuente de información de su condición de persona viviendo con el VIH a las demás personas					
		Total	El o ella mismo(a) le informó	Alguien le(s) dijo con su consentimiento	Alguien le(s) dijo sin su consentimiento	No conoce(n) su condición de VIH+	Sin información
Su esposo(a) o pareja	79.6	100.0	65.8	9.3	12.2	12.6	0.1
Otros familiares adultos	98.8	100.0	64.2	11.7	14.6	9.4	0.1
Niños y niños en su familia	80.5	100.0	19.9	3.6	4.5	71.8	0.2
Sus amistades y vecinos	91.4	100.0	24.5	5.6	27.4	41.8	0.8
Otras personas que viven con el VIH (colegas)	96.0	100.0	84.5	4.5	3.3	7.6	0.1
Personas con quienes trabaja	48.8	100.0	29.7	3.3	9.0	57.2	0.8
Su(s) empleador(es) o jefe(s)	40.0	100.0	31.3	4.8	7.0	56.8	0.3
Su clientela	38.7	100.0	12.9	1.0	6.2	79.6	0.3
Compañero(a) de drogas inyectables	5.2	100.0	28.8	3.8	9.6	50.0	7.7
Líderes religiosos	64.2	100.0	33.2	4.2	8.3	54.0	0.3
Líderes de la comunidad	61.8	100.0	16.9	4.4	18.0	59.9	0.8
Trabajadoras(es) de la salud	95.9	100.0	75.7	17.6	3.6	2.7	0.3
Trabajadoras(es) sociales y consejeras(os)	95.5	100.0	84.9	12.9	0.8	1.2	0.2
Maestras y maestros	24.7	100.0	13.0	2.4	4.5	79.4	0.8
Funcionarios(as) gubernamentales	24.2	100.0	19.0	1.7	4.1	74.4	0.8
Los medios de comunicación	23.4	100.0	11.5	0.0	1.7	85.9	0.9

*. Se refiere al número de personas que entran en la categoría, esto es, las que respondieron a cada una de las opciones a la pregunta acerca de la forma cómo se enteró cada uno de esos(as) familiares, allegados o relacionados de su condición de persona viviendo con el VIH. Por tanto, se excluyen los casos correspondientes a la categoría " no aplica", debido a que en ese caso la pregunta no procede.

o consejero(a) (84.9%), o un(a) trabajador(a) de salud. Estos(as) últimos(as) fueron informados de manera directa por el 75.7% de los(as) entrevistados(as) y un 17.6% adicional autorizó a otra persona para que se lo comunicara. En contraste, los mayores niveles de ocultamiento se producen frente a los medios de comunicación (85.9%), los maestros y maestras (79.4%), su clientela (79.0%) y los(as) funcionarios(as) gubernamentales (74.4%). En estos porcentajes subyace el temor a que la condición de salud de la persona pudiese tornarse de dominio público, a ser estigmatizada y hasta expulsada del centro educativo al cual frecuenta, y a perder a la clientela y en consecuencia, su fuente de ingresos.

El ocultamiento de la condición de persona VIH positivo también es elevado cuando se trata del entorno laboral y el contexto comunitario. El 57.2% de los(as) compañeros(as) de trabajo desconocen su condición de salud y lo mismo ocurre con el 56.8% de los empleadores. Los líderes comunitarios desconocen la existencia del 59.9% de los casos, mientras que los líderes religiosos no saben acerca de la condición de persona viviendo con el VIH en el 54.0% de los integrantes del grupo entrevistado.

La proporción de personas entrevistadas que usa drogas inyectables es pequeña, apenas 5.2%. Sin embargo constituye grupo al cual debe dedicarse atención especial, pues la mitad (50.0%) no ha informado a la persona con quien comparte jeringuilla en el uso de drogas inyectables acerca de su condición de persona viviendo con el VIH.

La resistencia de las personas a informar acerca de su condición de salud, básicamente debido al estigma y la discriminación, hace que algunas personas de su entorno se enteren e inconsultamente divulguen la información a terceros. Esta situación es más frecuente cuando alguien trata de enterar a las amistades y vecinos de la persona que vive con el VIH (27.4%), a los líderes de la comunidad (18.0%) y a otros familiares adultos (14.6%).

Algunas personas reciben presión para que divulguen su condición de VIH positivo. Esa presión puede provenir tanto de quienes tienen su misma condición de salud como de aquellos que no padecen de ese tipo de problema.

El 6.2% de las(os) entrevistadas(os) al menos una vez han sentido presión de parte de otras personas viviendo con el VIH o de redes de personas viviendo con el VIH para que divulguen su condición de salud (ver Cuadro 21). Este tipo de insistencia es un poco mayor hacia las mujeres (7.2%) que a los hombres (4.9%).

La presión que proviene de las personas que no tienen el VIH es aún mayor. Casi el 11% (10.6%) de los(as) entrevistados(as) han sido presionados(as) para revelar su estatus de salud. Bajo esta modalidad de presión son también las mujeres quienes llevan la peor parte (11.9%, frente a 9.4% en el caso de los hombres).

En el cuadro 20 se ponía de manifiesto que en una proporción relativamente importante, la condición de VIH positivo es divulgada sin el consen-

timiento de la persona. Esto sin duda hace que quienes viven con el virus no sientan seguridad en cuanto al sigilo de su condición de VIH positivo de parte de quienes les prestan los servicios de salud. De hecho, el 18.8% de las personas entrevistadas afirma que algún profesional de salud ha revelado su estatus VIH positivo a otras personas sin su consentimiento. Nuevamente son las mujeres las más vulnerables (20.6%, frente a 16.7% en el caso de los hombres).

Como consecuencia de situaciones como esas, el 26.9% de los(as) entrevistados(as) está convencido(a) de que sus registros médicos no se mantienen en forma confidencial o al menos no sabe si son confidenciales. Dados los antecedentes de indiscreción por parte del personal de salud en relación a quienes viven con el VIH, más marcada cuando la persona es de sexo femenino, su percepción negativa con respecto a la confidencialidad de sus registros clínicos (29.0%) es mayor que cuando se alude a los hombres (24.5%).

Cuadro 21
Distribución porcentual de las personas entrevistadas, por sexo, según aspectos relacionados con presión recibida por su condición de VIH positivo y cuestiones de confidencialidad relativas a su condición de persona viviendo con el VIH

Aspectos sobre presión y confidencialidad	**Porcentaje**		
	Total	**Hombres**	**Mujeres**
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Frecuencia con que sintió presión de otras personas viviendo con el VIH o redes de personas que viven con VIH para divulgar su condición de persona viviendo con el VIH			
Frecuentemente	1.3	1.4	1.2
Unas cuantas veces	2.5	1.6	3.1
Una vez	2.4	1.9	2.9
Nunca	93.7	95.1	92.5
Sin información	0.1	0.0	0.2
Frecuencia con que sintió presión de personas NO VIH positivo para divulgar su condición de persona viviendo con el VIH			
Frecuentemente	1.4	1.9	1.0
Unas cuantas veces	4.6	2.9	6.3
Una vez	4.9	4.6	4.6
Nunca	89.0	90.3	87.6
Sin información	0.1	0.0	0.2
Algún profesional de la salud ha revelado su condición de persona viviendo con el VIH a otras personas sin su consentimiento			
Sí	18.8	16.7	20.6
No	63.4	64.2	62.7
No está seguro(a)	17.8	19.1	16.7
Grado de confidencialidad atribuido a los registros médicos relacionados con su condición de persona viviendo con el VIH			
Está muy seguro(a) que sus registros se mantendrán completamente confidenciales	73.0	75.5	70.8
No sabe si sus registros médicos son confidenciales	19.6	18.3	20.8
Está convencido(a) que sus registros médicos no se mantienen en forma confidencial	7.3	6.2	8.2
Sin información	0.1	0.0	0.2

La reacción al enterarse de la condición de VIH positivo del (la) entrevistado(a), varía en función de la persona informada. Aquellas con mayor proximidad en relación al riesgo de contagio fueron las que en proporción más elevada reaccionaron en forma negativa. Un tercio de las parejas (33.3%) y el 23.0% de los compañeros en el uso de drogas inyectables reaccionaron en forma negativa o muy negativa (ver Cuadro 22). En cambio, la reacción de los familiares es predominantemente de solidaridad. En el 70.0% de los casos los familiares adultos actuaron en forma solidaria o muy solidaria al enterarse de que el(la) entrevistado(a) era VIH positivo y lo mismo ocurrió con el 59.9% de los niños y niñas de la familia.

Cuadro 22
Composición porcentual de las personas entrevistadas, por forma como, a su juicio, reaccionaron los demás al enterarse de su condición de persona que vive con el VIH, según persona informada

Persona informada	Porcentaje de personas incluidas en la categoría*	Reacción de las personas al enterarse de la condición de VIH+						
		Total	Muy negativa	Negativa	Bien o neutral	Solidaria	Muy solidaria	Sin información
Su esposo(a) o pareja	69.4	100.0	21.8	11.4	15.7	29.8	21.0	0.3
Otros familiares adultos	89.6	100.0	9.9	7.0	12.6	36.6	33.8	0.0
Niños y niñas en su familia	23.7	100.0	5.5	6.8	24.9	34.2	28.7	0.0
Sus amistades y vecinos	52.6	100.0	9.9	9.7	35.4	34.2	9.3	1.5
Otras personas que viven con VIH (colegas)	87.6	100.0	0.7	0.0	16.2	37.3	45.7	0.1
Personas con quienes trabaja	21.1	100.0	5.2	6.2	19.9	39.8	28.0	0.9
Su(s) empleador(es) o jefe(s)	16.9	100.0	5.9	5.3	14.2	36.1	35.5	3.0
Su clientela	7.9	100.0	1.3	7.6	30.4	38.0	20.3	2.5
Compañero(a) de drogas inyectables	2.6	100.0	3.8	19.2	7.7	38.5	26.9	3.8
Líderes religiosos	29.9	100.0	1.3	5.4	20.7	45.8	25.1	1.7
Líderes de la comunidad	27.0	100.0	1.1	7.0	36.3	43.0	10.4	2.2
Trabajadoras(es) de la salud	93.6	100.0	3.6	0.6	22.4	40.0	32.9	0.4
Trabajadoras(es) sociales y consejeras(os)	94.2	100.0	1.4	0.1	15.2	32.0	51.3	0.1
Maestras y maestros	5.3	100.0	5.7	1.9	30.2	39.6	18.9	3.8
Funcionarios(as) gubernamentales	5.7	100.0	0.0	5.3	42.1	26.3	24.6	1.8
Los medios de comunicación	3.0	100.0	3.3	0.0	33.3	40.0	20.0	3.3

*. Se refiere al número de personas que entran en la categoría, esto es, las que respondieron a cada una de las opciones a la pregunta acerca de la forma como reaccionó cada uno de esos(as) familiares, allegados o relacionados al enterarse de la condición de persona viviendo con el VIH del(a) personas entrevista. Por tanto, se excluyen los casos correspondientes a la categoría "no aplica". Además se excluye a las personas entrevistadas a quienes no les corresponde la categoría, además de aquellos(as) cuyos familiares, allegados o relacionados que no saben que el(la) entrevistado(a) está infectada por el VIH.

En más de la mitad de los casos, los miembros del entorno, no parientes, reaccionaron de manera solidaria o muy solidaria al recibir la información de que la persona entrevistada estaba infectada por el virus. Entre estas personas, quienes con más frecuencia son mencionadas como solidarias o muy solidarias son: los(as) trabajadores(as) sociales y consejeros(as) (83.3%), las otras personas que viven con el VIH (83.0%), los(a) trabajadores(as) de la salud (72.9%), los empleadores o jefes (71.6%) y los lideres religiosos (70.9%).

13. Tratamiento

La autopercepción acerca del estado de salud de las personas entrevistadas en general es positiva. Un poco más del 70% opina que su condición actual de salud es como mínimo buena, con valores similares entre hombres y mujeres (ver Cuadro 23). En el contexto regional, esta percepción no muestra diferencias de consideración cuando se trata de las personas residentes en Santo Domingo (73.4%), el Cibao (72.8%) y el Suroeste (75.0%). Pero si el Sureste se compara con estos tres contextos, sí se perciben diferencias. Solo el 65.0% de las personas entrevistadas cuya residencia está en el Sureste de la República Dominicana cree que su actual estado de salud es bueno, muy bueno o excelente. En contraste, el 5.0% piensa que su salud actual es mala, mientras que un 30.0% la califica de regular.

Dada la relativa homogeneidad existente en Santo Domingo, el Cibao y el Suroeste en cuanto al porcentaje de personas que tildan su condición de salud en forma más positiva, podrían levantarse tres hipótesis relativas a la autopercepción más negativa en el Sureste. La primera sería, que las personas de las otras tres regiones son más optimistas en cuanto a su condición actual de salud; la segunda aludiría al hecho de que quienes viven con el VIH en el Sureste son más pesimistas en cuanto a su situación de salud; mientras que a través de la tercera conjetura podría postularse que simplemente las personas viviendo con el VIH, por algunas razones inherentes a ese contexto geográfico (por ejemplo, calidad de los servicios u otros factores u otras condiciones del entorno), realmente tienen peores condiciones actuales de salud.

En principio podría pensarse que la dilucidación de la situación subyacente en las diferencias observadas en el Sureste con respecto al resto del país,

Cuadro 23
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según algunos aspectos relacionados con tratamiento de salud por su condición de persona viviendo con el VIH

Aspectos relacionados con tratamiento	Porcentaje						
	Total	Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sur-este	Sur-oeste
Como describiría su salud en este momento							
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Excelente	21.4	23.9	18.8	26.7	17.0	20.5	25.0
Muy buena	16.4	16.7	16.3	18.7	16.3	13.0	17.0
Buena	33.8	30.0	37.5	28.0	39.5	31.5	33.0
Regular	25.3	25.9	24.7	24.0	24.3	30.0	24.0
Mala	3.1	3.5	2.7	2.7	3.0	5.0	1.0
Está tomado antirretrovirales actualmente							
Sí	69.4	71.2	67.6	77.7	67.0	60.0	73.0
No	30.3	28.8	31.8	22.0	32.8	39.5	27.0
Sin información	0.3	0.0	0.6	0.3	0.3	0.5	0.0
Tiene acceso a medicamentos antirretrovirales							
Si	89.4	90.5	88.4	82.3	93.5	91.5	90.0
No	7.0	6.0	7.8	15.3	2.5	2.5	9.0
Sin información	3.6	3.5	3.8	2.3	4.0	6.0	0.0
Toma actualmente medicamentos para prevenir enfermedades oportunistas							
Sí	56.4	57.8	53.3	52.7	63.0	56.5	41.0
No	43.4	42.2	44.3	47.3	36.8	43.5	58.0
Sin información	0.2	0.0	0.4	0.0	0.3	0.0	1.0
Tiene acceso a medicamentos para combatir enfermedades oportunistas							
Sí	83.9	86.6	81.8	79.0	89.3	80.5	84.0
No	8.6	6.8	10.0	17.3	3.8	6.5	6.0
Sin información	7.5	6.6	8.2	3.7	7.0	13.0	10.0
Durante los últimos 12 meses ha tenido discusiones constructivas con profesionales de la salud sobre opciones de tratamiento para su caso de VIH							
Sí	41.9	43.2	40.8	46.7	50.0	35.5	8.0
No	58.0	56.8	59.0	53.3	49.8	64.5	92.0
Sin información	0.1	0.0	0.2	0.0	0.3	0.0	0.0
Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna discusión constructiva con profesionales de la salud sobre su salud sexual reproductiva, bienestar emocional, uso de drogas, etc.							
Sí	39.6	39.3	40.0	45.3	46.5	34.0	6.0
No	60.4	60.7	60.0	54.7	53.5	66.0	94.0

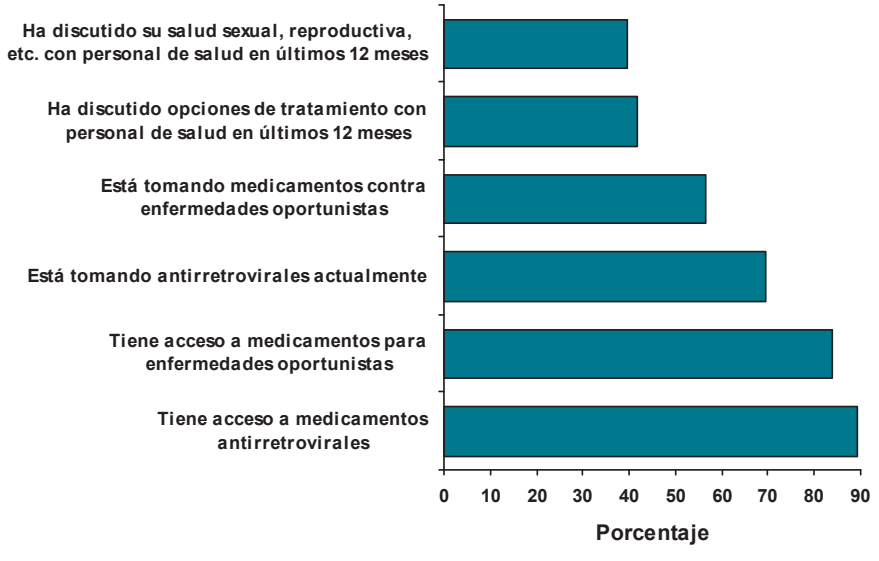
rebasan las potencialidades de esta investigación, y que por tanto se requeriría de más investigación al respecto, sobre todo de tipo cualitativo, que permita profundizar acerca de este aspecto. Sin embargo, el hecho de que sean precisamente los(as) residentes en el Sureste quienes en menor proporción están tomando antirretrovirales, hace pensar que la respuesta podría estar en la ter-

cera de las hipótesis planteadas. Estos es, en promedio, quienes residen en esa región tienen condiciones de salud menos favorables que los que viven en otros lugares del país.

A pesar de que los residentes en Santo Domingo son quienes en mayor proporción usan medicamentos antirretrovirales, son los que presentan el menor grado de acceso a los mismos (82.3%, frente a 93.5%, 91.5% y 90.0% en los casos del Cibao, el Sureste y el Suroeste respectivamente). Esto parecería estar sugiriendo que el uso no está enteramente determinado por el acceso y que por tanto, podrían estar influyendo otros factores como la asequibilidad de los mismos. No bastaría con que los medicamentos estén disponibles si existiese algún tipo de barrera económica, social o cultural que pudiese dificultar el que éstos puedan ser adquiridos y utilizados por las personas que los requieren. Por el contrario, siempre que existan las condiciones para demandarlos se harán los esfuerzos necesarios para obtenerlos.

La interacción de las personas con los especialistas en salud es importante en la medida que representa la posibilidad de conocer mejor sus condiciones de salud, así como las formas de tener un mejor manejo de las mismas. Este tipo de dinámica, específicamente referida a las discusiones constructivas con profesionales de la salud durante los últimos 12 meses sobre opciones de tratamiento para su caso de VIH es relativamente frecuente, pues dos de cada

Gráfico 16
Porcentaje de personas entrevistadas, según algunos aspectos relacionados con tratamiento de salud por su condición de persona viviendo con el VIH



cinco personas entrevistadas (41.9%) tuvieron este tipo de intercambio (ver Gráfico 16). Las personas que viven con el VIH en el Cibao (50.0%) y en Santo Domingo (46.7%) son las más dadas a este tipo de práctica. En contraste, quienes residen en el Suroeste rara vez abordaron asuntos relacionados con el tratamiento a su condición de salud en forma reciente; apenas el 8.0% lo hizo.

Una proporción de personas similar a la que discutió opciones sobre tratamiento con especialistas en salud (41.9%), también lo hizo en relación a tópicos asociados a su salud sexual, reproductiva, bienestar emocional y uso de drogas, entre otros, durante el último año (39.6%). Nuevamente son las personas viviendo con el VIH residentes en el Cibao (46.5%) y Santo Domingo (45.3%) quienes recurren a este tipo de práctica en forma más frecuente; al mismo tiempo que quienes viven en el Suroeste son quienes menos practican este tipo de interrelación (6.0%).

14. Reproducción

La condición de VIH positivo de una persona se relaciona con la reproducción, tanto por el impacto de ese estado de salud sobre la conducta reproductiva como por la asociación entre la condición de salud de los padres y la de sus hijos e hijas, básicamente por efectos de la transmisión vertical.

Cuatro de cada cinco (79.3%) personas entrevistadas tiene hijos y tres de cada cinco (57.4%) saben que alguno de sus hijos es VIH positivo (ver Cuadro 24). Este último fenómeno es más frecuente en Santo Domingo, donde el 75.2% de las personas entrevistadas sabe de esa situación. En contraste, en el Suroeste es donde una menor proporción de personas (9.7%) informa acerca del conocimiento de que alguno de sus vástagos es VIH positivo. Esto no necesariamente constituye un indicador de que el impacto de la epidemia es mayor entre los hijos e hijas de las personas entrevistadas residentes en Santo Domingo y que es menor al tratarse del Suroeste. Podría ocurrir que en el primero de esos contextos geográficos a los hijos e hijas de las personas que viven con el virus se les hace la prueba en una mayor proporción de casos que en la región Suroeste.

Más de la mitad (52.6%) de las personas estudiadas ha recibido consejería sobre sus opciones reproductivas; evento más frecuente en las mujeres

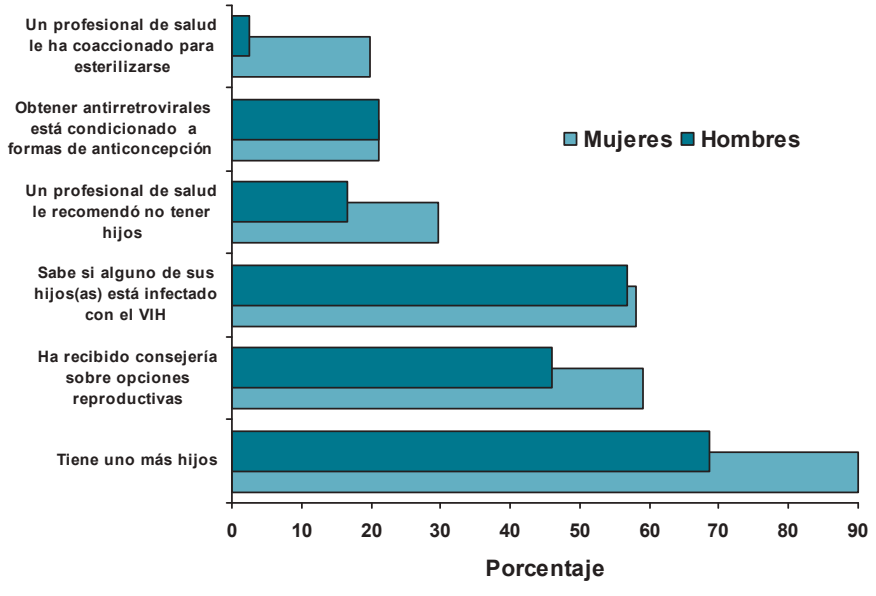
Cuadro 24

Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según algunos aspectos relacionados con la reproducción

Aspectos relacionados con la reproducción	Total	Porcentaje					
		Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sur-este	Sur-oeste
Tienen uno o más hijos	79.3	68.7	90.0	79.3	82.8	76.0	72.0
Sabe si alguno de sus hijos está infectado con el VIH	57.4	56.7	58.0	75.2	63.3	39.5	9.7
Ha recibido consejería sobre opciones reproductivas desde que le diagnosticaron el VIH	52.6	46.1	59.0	55.3	57.5	42.5	45.0
Alguna vez un profesional de la salud le recomendó no tener hijos a partir del diagnostico de VIH positivo	23.2	16.7	29.6	25.0	21.0	28.0	17.0
Alguna vez un profesional de la salud le ha coaccionado para esterilizarse después de saber que está infectado con el VIH	11.3	2.5	19.8	10.7	10.5	12.0	15.0
Su capacidad para obtener tratamiento antirretroviral está condicionada a ciertas formas de anticoncepción	21.0	21.2	21.0	13.3	16.8	24.0	55.0

Gráfico 17

Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo, según algunos aspectos relacionados con la reproducción



(59.0%) que en los hombres (46.1%). Mientras que en el contexto regional, este tipo de servicio se recibe en mayor proporción en el Cibao (57.5%) y Santo Domingo (55.3%), mientras que en el Sureste (42.5%) y el Suroeste (45.0%) este evento se presenta en un porcentaje menor de casos.

Alrededor de uno de cada cuatro personas entrevistadas (23.2%) ha sido aconsejada por un profesional de la salud en relación a no tener más hijos. Como podría esperarse, ese tipo de recomendación es más frecuente cuando se trata de las mujeres (29.6%, frente a 16.7% en el caso de los hombres) (ver Gráfico 17). En el escenario regional, esa práctica de los profesionales de salud es más común en el Sureste (28.0%) y Santo Domingo (25.0%) y menos frecuente en el Suroeste (17.0%).

Como parte de las estrategias para incidir sobre la conducta reproductiva de las personas que viven con el VIH, el 11.3% informó haber sido coaccionado por un(a) profesional de salud para que se esterilizara después de enterarse de su condición de salud. Esta proporción es de alrededor de 20% (19.8%) cuando se trata de las mujeres. A su vez, a una de cada cinco (21.0%) personas entrevistadas se le condiciona su capacidad para obtener tratamiento antirretroviral a ciertas formas de anticoncepción, llegando esta proporción a 55.0% cuando se trata de las personas viviendo con el VIH entrevistadas que residen en el Suroeste, y en contraste, a solo el 13.3% de quienes viven en Santo Domingo.

15. Problemas y retos

En los capítulos precedentes se hace una caracterización de las personas viviendo con el VIH entrevistadas, desde la perspectiva geográfica, demográfica y socio-económica. Al mismo tiempo se configura tanto la situación que caracteriza a esas personas en lo individual, como el espectro que las rodea en función de su condición de salud. En esta ocasión se aborda su percepción en relación a los principales problemas y retos con respecto a los aspectos siguientes: a) Pruebas y diagnósticos, b) Compartir el estado VIH positivo, y la confidencialidad respecto al hecho de ser una persona viviendo con el VIH, c) Tratamiento antirretroviral y, d) Tener hijos cuando se es una persona VIH positivo.

La pregunta sobre cada uno de esos tópicos generó una diversidad de respuestas, las cuales, en función de la similitud fueron agrupadas en un reducido número de categorías. Este agrupamiento está orientado a generar una clasificación que, al mismo tiempo que conserve las diferencias entre los diferentes grupos creados, sea susceptible de análisis, evitando la presencia de categorías con un número de casos muy reducido.

15.1 Pruebas y diagnósticos

Por las respuestas proporcionadas por las personas entrevistadas a la pregunta relativa a las pruebas y diagnósticos se infiere que la asociaban más a la prueba de diagnóstico del VIH. En consecuencia, las categorías de respuesta frecuentemente aluden a ese evento del ciclo de vida con el virus. Así se pone de manifiesto en una parte importante de los 10 grupos resultantes de la reclasificación de las respuestas a la pregunta, los cuales se exponen en el cuadro 25.

El mayor problema percibido por las personas entrevistadas en relación a las pruebas y diagnósticos es la falta de consejería antes y después de la prueba (17.6%) (ver Cuadro 25 y Gráfico 18). Estas percepciones no presentan diferen-

Cuadro 25

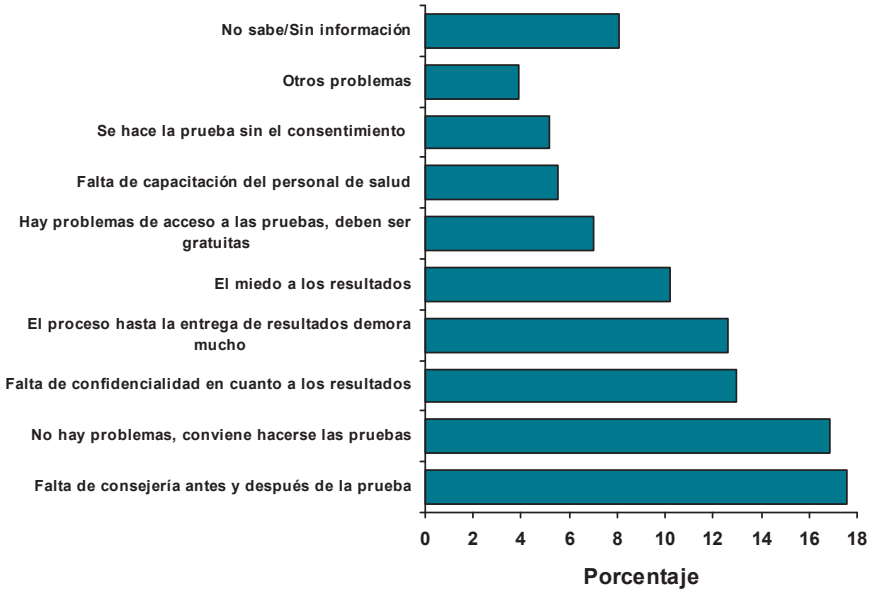
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según principales problemas y retos en relación a las pruebas y diagnósticos

Problemas y retos en relación a las pruebas y diagnósticos	Total	Porcentaje					
		Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sureste	Suroeste
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No hay problemas, conviene hacerse las pruebas	16.9	18.7	14.7	7.0	20.0	29.0	10.0
Falta de confidencialidad en cuanto a los resultados	13.0	13.6	12.5	11.7	17.3	8.5	9.0
El proceso hasta la entrega de resultados se demora mucho	12.6	13.6	11.6	29.7	4.8	8.0	2.0
Falta de consejería antes y después de la prueba	17.6	17.1	18.2	20.7	19.8	12.5	10.0
Falta de capacitación del personal de salud	5.5	4.5	6.5	10.0	4.8	2.0	2.0
Hay problemas de acceso a las pruebas, deben ser gratuitas	7.0	6.8	7.3	2.3	10.0	6.5	10.0
Se hace la prueba sin el consentimiento de las personas	5.2	5.6	4.9	10.3	4.0	2.0	1.0
El miedo a los resultados	10.2	9.3	11.2	0.3	4.8	15.0	52.0
Otros problemas	3.9	3.1	4.7	2.0	6.5	3.5	0.0
No sabe/Sin información	8.1	7.8	8.4	6.0	8.3	13.0	4.0

cias entre hombres (17.1%) y mujeres (18.2%); no obstante, en el contexto regional sí se perciben algunos contrastes. En Santo Domingo (20.7%) y el Cibao (19.8%) es donde este problema se siente con mayor intensidad, en cambio, en el Suroeste se percibe como tal con menor frecuencia (10.0%).

La falta de confidencialidad (13.0%) también constituye un problema de relativa importancia para las personas, sobre todo en el Cibao (17.3%), puesto que en el Sureste (8.5%) y en el Suroeste (9.0%) no se percibe con tanta frecuencia como una dificultad. A su vez, la percepción de tardanza del proceso hasta la entrega de los resultados también se ve como un problema importante con relación a las pruebas y diagnósticos (12.6%). No obstante, en Santo Domingo, este inconveniente es visto como tal por cerca del 30% (29.7%) de las personas, mientras que en el resto del país es percibido como un problema menor (2.0% en el Suroeste, 4.8% en el Cibao y 8.0% en el Sureste)

Gráfico 18
Porcentaje de personas entrevistadas, según principales problemas y retos en relación a las pruebas y diagnósticos



Además de los inconvenientes antes aludidos, las personas perciben el miedo a los resultados como un problema importante asociado a las pruebas y diagnósticos. Una de cada 10 personas entrevistadas (10.2%) se inscribe en este grupo, solo que, de forma totalmente opuesta a lo que ocurre con la tardanza del proceso hasta la entrega de resultados, los mayores temores se producen entre los residentes en el Suroeste (52.0%), mientras que en Santo

Domingo (0.3%) esto no se señala como un problema. A su vez, en el Cibao (4.8%) es señalado como un problema de escasa relevancia.

A pesar de que proporciones importantes de personas perciben los problemas antes citados, el segundo grupo más importante es aquel que no ve ningún inconveniente en relación a las pruebas y diagnósticos. Se refiere a las personas que creen que no hay problemas con las pruebas, pues conviene hacérselas (16.9%). Esta percepción es ligeramente diferente entre hombres (18.7%) y mujeres (14.7%), pero sí presenta importantes contrastes a nivel regional. Mientras el 29.0% de las personas residentes en el Sureste y el 20.0% de las del Cibao no ve problemas en las pruebas y diagnósticos, esa proporción es de apenas 7.0% en Santo Domingo y 10.0% en el Suroeste.

Esos valores no necesariamente deben interpretarse como indicadores de que en Santo Domingo hay más problemas con las pruebas y diagnósticos que en el resto del país. Pues al mismo tiempo, las personas residentes en esa región geográfica son quienes con más frecuencia señalan problemas como la falta de consejería antes y después de la prueba, falta de capacitación del personal de salud y la realización de las pruebas sin el consentimiento de las personas. Por tanto, podría considerase que existen argumentos como para plantear la hipótesis de que las personas que viven con el VIH en Santo Domingo tienen mayor capacidad reinvindicativa de sus derechos que las del resto del país.

15.2 Compartir el estado de salud y la confidencialidad

En este caso se alude a la percepción de problema en el hecho de compartir la condición de ser una persona con diagnóstico VIH positivo en el contexto de la confidencialidad de las personas al respecto. Las diversas opiniones individuales surgidas de la pregunta formulada para conocer esta opción fueron agrupadas en nueve categorías conforme se expone en el cuadro 26.

Como habría de esperarse, el mayor temor de las personas al comunicarle a alguien su estado de salud es el rechazo, el estigma y la discriminación (30.2%) (ver Cuadro 26 y Gráfico 19). Este fenómeno, al igual que otros ya abordados, no presenta diferencias de consideración entre hombres (27.8%) y mujeres (32.2%), pero sí en el contexto regional, sobre todo en el Suroeste (14.0%) con respecto al resto del país (34.0% en el Cibao, 30.7% en Santo Domingo y 30.0% en el Sureste).

La falta de discreción o falta de confidencialidad (14.2%) es señalado como el segundo problema en orden de importancia, cuando se trata de compartir la información acerca de la condición de VIH positivo con otra persona. Este tipo de temor se presenta en hombres (13.6%) y mujeres (14.9%), pero a nivel regional exhibe algunos contrastes importantes. En Santo Domingo, una de cada cuatro

personas entrevistadas (26.0%) está en esta situación, mientras que en el resto del país esta proporción varía entre 6.0% en el Suroeste y 10.8% en el Cibao.

Cuadro 26
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según principales problemas y retos en relación a compartir la condición de salud y confidencialidad respecto al hecho de ser una persona viviendo con el VIH

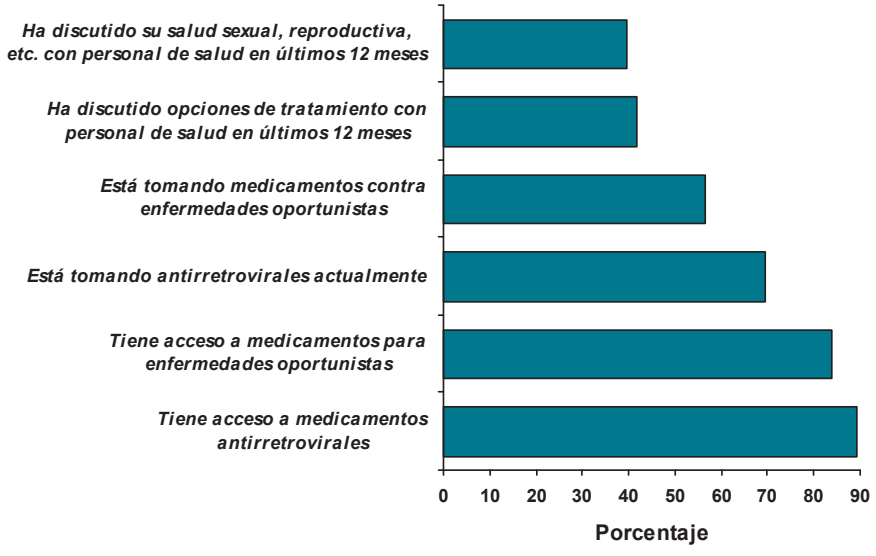
Problemas y retos en relación a compartir la condición de salud y confidencialidad	Total	Porcentaje					
		Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sureste	Suroeste
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No hay problemas, puede compartirlo con otras personas	8.3	9.7	7.1	3.3	10.5	13.0	5.0
Informar, educar más a la población para que respeten a las personas viviendo con el VIH, la sociedad no está preparada	8.6	10.3	7.1	17.3	5.5	5.0	2.0
El rechazo, el estigma y la discriminación	30.2	27.8	32.2	30.7	34.0	30.0	14.0
Falta de discreción de las personas, falta de confidencialidad	14.2	13.6	14.9	26.0	10.8	7.5	6.0
Falta de capacitación del personal de salud	13.6	13.8	13.3	10.7	16.0	17.5	5.0
Compartir la condición de persona viviendo con el VIH con otras personas, es bueno, alivia, ayuda	11.0	9.7	12.4	3.3	8.0	12.5	43.0
Solo ha compartido con personas allegadas: esposo(a), familiares y/o amigos	5.7	5.8	5.7	2.0	6.0	4.0	19.0
No quiere que sus hijos se enteren	2.0	2.1	2.0	0.0	4.8	0.0	1.0
Sin información	6.4	7.4	5.5	6.7	4.5	10.5	5.0

Precariedades en cuanto a la capacitación del personal de salud son señaladas como el tercer problema en relación a la confidencialidad que debería haber en torno a la condición de VIH positivo. Esta percepción es más importante en el Cibao (16.0%) y el Sureste (17.5%), mientras que las personas residentes en el Suroeste (5.0%) son quienes le confieren menos importancia a este aspecto.

En contraste con los tres problemas abordados en forma previa, considerar el compartir la condición de VIH positivo con otras personas como algo bueno que alivia y ayuda es más frecuente entre las personas entrevistadas residentes en el Suroeste. En este contexto geográfico, dos de cada cinco personas (43.0%) así lo ven, mientras que esto ocurre con apenas el 3.3% de quienes viven en Santo Domingo. Estas evidencias parecen sugerir que las personas residentes en el Suroeste y que viven con el VIH asumen una actitud más positiva frente a la vida dentro de su condición de salud.

Otro aspecto señalado como problema o reto relativamente importante en relación a la confidencialidad es la necesidad de informar y educar más a la población para que respete más a las personas que viven con el VIH (8.6%).

Gráfico 19
Porcentaje de personas entrevistadas, según principales problemas y retos en relación a compartir la condición de salud y confidencialidad respecto al hecho de ser una persona viviendo con el VIH



Esta percepción es más frecuente en el Sureste (13.0%) y en el Cibao (10.5%) y menos importante en Santo Domingo (3.3%) y en el Suroeste (5.0%).

Además de que el 11.0% de las personas que viven con el VIH entrevistadas piensa que es bueno compartir la información acerca de su condición de salud, un 8.3% simplemente piensa que no hay problemas en este aspecto. Nuevamente son los residentes en Santo Domingo (3.3%) quienes en menor proporción piensan de forma positiva en cuanto al hecho de que se conozca su condición de salud. Esto estaría poniendo de manifiesto que quienes viven en este contexto geográfico, al mismo tiempo que son los que con mayor intensidad manifiestan aprehensiones relacionadas con estigma y discriminación, son las más reservadas en cuanto a su condición de salud.

15.3 Tratamiento antirretroviral

El agrupamiento de la amplia gama de respuestas a la pregunta relativa a la percepción acerca de los problemas y retos subyacentes en el tratamiento antirretroviral generó una clasificación en 10 grupos, los cuales se exponen en el cuadro 27.

A juzgar por la magnitud de los porcentajes, la principal dificultad percibida por las personas que forman parte del estudio se relaciona con el *acceso y disponibilidad de los medicamentos, una mejor distribución de los mismos en el país*; así lo cree un 18.8%. Esta percepción es más frecuente en Santo Domingo (26.3%) y en el Cibao (20.8%), mientras que apenas el 8.0% de los residentes en el Sureste y el 10% de quienes viven en el Suroeste se manifestó en ese sentido (ver Cuadro 27 y Gráfico 20).

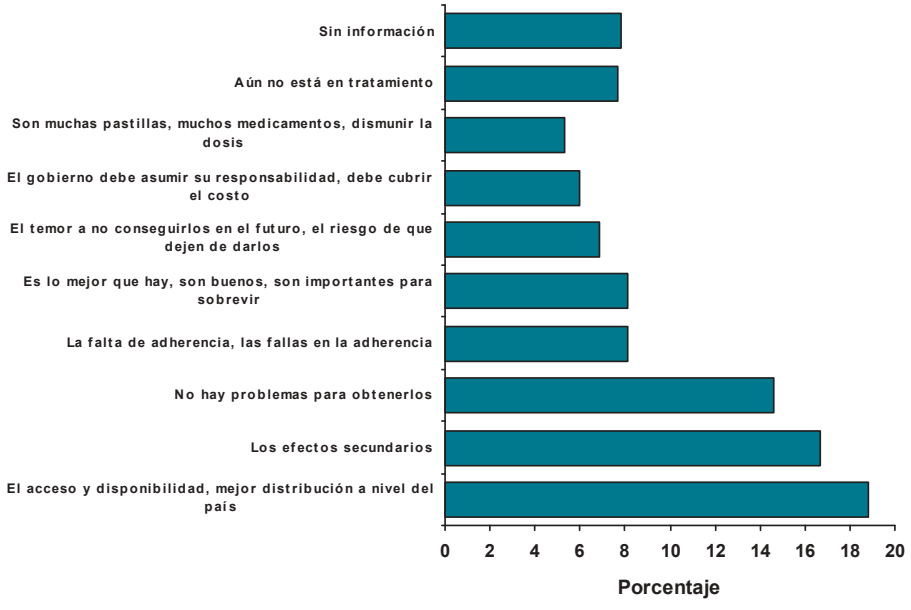
Los efectos secundarios son señalados como la segunda mayor dificultad en relación a los medicamentos. Este tipo de problema, al igual que los relacionados con acceso y disponibilidad, no implican niveles diferenciados de percepción en función del sexo de la persona. En cambio, sí muestra algunos contrastes de consideración de acuerdo a la región de residencia, siendo mucho más importante en el Suroeste (36.0%) que en el resto del país (18.0% en el Sureste, 14.3% en Santo Domingo y 13.0% en el Cibao).

El 8.1% de las personas entrevistadas concibe las fallas en la adherencia como un problema asociado a los medicamentos antirretrovirales. No obstante, esta proporción es de apenas 3.0% entre quienes residen en el Suroeste, mientras alcanza a una de cada diez personas que viven con el VIH en el Sureste (10.5%) y en Santo Domingo (10.3%).

Cuadro 27
Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según principales problemas y retos en relación al tratamiento antirretroviral

Problemas y retos en relación al tratamiento antirretroviral	Total	Porcentaje					
		Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sureste	Suroeste
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No hay problemas para obtenerlos	14.6	15.0	14.3	9.0	24.5	7.0	7.0
Son muchas pastillas, muchos medicamentos, disminuir las dosis	5.3	3.9	6.5	4.0	6.5	7.5	0.0
Los efectos secundarios	16.7	17.9	15.5	14.3	13.0	18.0	36.0
El acceso y la disponibilidad, mejor distribución a nivel del país	18.8	20.2	17.5	26.3	20.8	8.0	10.0
La falta de adherencia, las fallas en la adherencia	8.1	7.4	8.8	10.3	6.5	10.5	3.0
El gobierno debe asumir su responsabilidad, debe cubrir el costo	6.0	5.8	6.3	13.7	3.8	2.0	0.0
El temor a no conseguirlos en el futuro, el riesgo de que dejen de darlos	6.9	7.2	6.7	10.7	6.5	3.5	4.0
Es lo mejor que existe, son buenos, son importantes para sobrevivir	8.1	8.0	8.0	1.7	2.0	25.0	18.0
Aún no está en tratamiento	7.7	6.8	8.6	5.0	8.0	6.5	17.0
Sin información	7.8	7.8	7.8	5.0	8.5	12.0	5.0

Gráfico 20
Porcentaje de personas entrevistadas, según principales problemas y retos en relación al tratamiento antirretroviral



Casi una de cada diez personas entrevistadas (8.1%), lejos de señalar problemas destaca los aspectos positivos que le atribuye a los medicamentos antirretrovirales. Estas personas que viven con el VIH piensan que *es lo mejor que existe, son buenos, importantes para sobrevivir*. Esta percepción es sostenida por una de cada cuatro personas viviendo con el VIH en la región Sureste (25.0%) y por una de cada cinco (18.0%) residentes en el Suroeste. No obstante, apenas dos de cada cien piensan así en Santo Domingo (1.7%) y el Cibao (2.0%).

Alrededor del 15% (14.6%) de las personas viviendo con el VIH que constituyen el grupo estudiado opina que no hay problemas para obtener los medicamentos. Sin embargo, en este caso hay dos situaciones contrapuestas que llaman la atención. Primero, quienes residen en el Cibao son los que en mayor proporción manifestaron no tener problemas para obtener los medicamentos (24.5%), al mismo tiempo son quienes, después de los residentes en Santo Domingo, señalaron con más frecuencia los problemas de acceso y disponibilidad de los mismos (20.8%). Y segundo, las personas que viven en el Sureste (7.0%) y en el Suroeste (7.0%) son los menos propensos a señalar no tener problemas para obtener los medicamentos, no obstante haber sido quienes con menor

frecuencia apuntaron hacia el acceso y disponibilidad de los mismos como un reto. Parecería como si estos últimos estuviesen más resignados a no obtenerlos, mientras los residentes en el Cibao, a pesar de ser los que tienen menos problemas en conseguirlos, parecieran más insatisfechos con la oferta actual de los antirretrovirales.

15.4 Tener hijos siendo una persona que vive con el VIH

Si el grupo de personas entrevistadas representase a la población que vive con el VIH en la República Dominicana podría postularse la existencia de consenso entre estas en relación a la inconveniencia de tener hijos en estas condiciones de salud. Apenas el 8.2% piensa que no hay problemas en tener sus hijos siempre que las personas tengan información acerca del programa de tratamiento con antirretrovirales, mientras un 7.1% adicional cree que el problema realmente es que las personas no tengan información sobre la existencia de tratamientos para evitar la transmisión vertical (ver Cuadro 28 y Gráfico 21). Esto hace suponer que solo un 15.3% de las personas viviendo con el VIH tiene alguna actitud positiva hacia el ejercicio de la fecundidad en esas condiciones de salud.

En contraste con la forma de pensar de ese segmento poblacional, tres de cada diez personas entrevistadas (28.6%) señala el riesgo de que el (la) niño(a) salga positivo como problema de tener hijos, opinión que es compartida por hombres (28.0%) y mujeres (29.2%) casi en forma igualitaria. No obstante, a nivel regional ese nivel de razonamiento no es uniforme, pues entre las personas residentes en el Suroeste apenas un 12.0% tiene esa percepción, al mismo tiempo que esa proporción es del orden de 30% en el resto del país.

Un segundo aspecto contrario a la reproducción es el relativo a que simplemente las personas viviendo con el VIH no deben tener hijos. Esta percepción es sostenida por el 12.2% de las personas entrevistadas y alcanza su máxima expresión entre los residentes en el Sureste (18.5%), mientras que en Santo Domingo (9.0%) y el Cibao (10.5%) se manifiesta con menor frecuencia.

La idea de que con el embarazo se arriesga la salud de la mujer se torna en otro problema derivado del hecho de tener hijos, de acuerdo al 11.4% de las personas que forman parte de la muestra estudiada. Esta percepción no difiere mucho entre hombres (9.7%) y mujeres (13.1%), pero sí presenta algunas diferencias a nivel regional, sobre todo por el hecho de que apenas un 5.0% piensa de esa forma en el Suroeste y 8.0% en el Sureste, mientras que esa proporción es 13.7% en Santo Domingo y 13.0% en el Cibao.

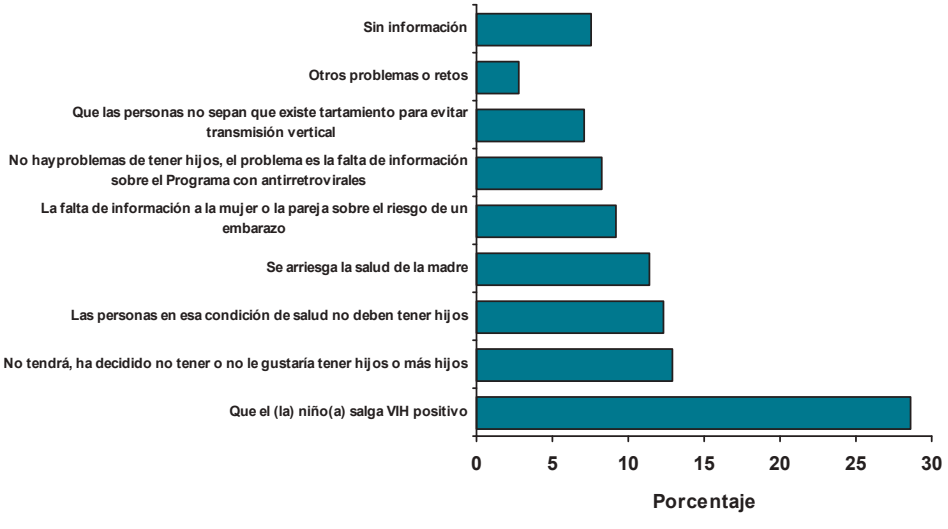
Cuadro 28

Porcentaje de personas entrevistadas, por sexo y región de residencia, según principales problemas y retos en relación a tener hijos siendo una persona que vive con el VIH

Problemas y retos en relación a tener hijos siendo persona que vive con VIH	Total	Porcentaje					
		Sexo		Región de residencia			
		Hombres	Mujeres	Santo Domingo	Cibao	Sur-este	Sur-oeste
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No hay problemas en tener hijos, el problema es que las personas no tengan información sobre el programa de tratamiento con ARTV, dar más información	8.2	7.8	8.6	3.3	5.3	15.5	20.0
Se arriesga la salud de la madre	11.4	9.7	13.1	13.7	13.0	8.0	5.0
No tendrá, ha decidido no tener o no le gustaría tener hijos o más hijos	12.9	12.3	13.5	1.0	19.8	5.5	36.0
La falta de información a la mujer o la pareja acerca de los riesgos de un embarazo	9.2	9.7	8.8	24.3	0.3	1.5	4.0
Que las personas no tengan información sobre la existencia de tratamientos para evitar la transmisión vertical	7.1	8.0	6.3	9.3	7.3	6.0	2.0
Que el (la) niño(a) salga VIH positivo	28.6	28.0	29.2	28.0	32.0	31.0	12.0
Las personas con esa condición de salud no deben tener hijos	12.2	13.4	11.0	9.0	10.5	18.5	16.0
Otros problemas o retos	2.8	2.3	3.3	5.7	2.5	0.5	0.0
No sabe/Sin información	7.6	8.8	6.1	5.7	6.8	13.5	5.0

Gráfico 21

Porcentaje de personas entrevistadas, según principales problemas y retos en relación a tener hijos cuando se es una persona que vive con el VIH



Finalmente, en forma adicional a esos señalamientos sobre la inconveniencia de tener hijos cuando se vive con el VIH hay un aspecto que, aunque menos expresivo que los anteriores en términos cuantitativos, es señalado como importante por las personas entrevistadas. Se trata de la falta de información a la mujer y/o la pareja acerca de los riesgos subyacentes en un embarazo. El 9.2% de las personas que constituyen la muestra investigada tiene esta percepción, la cual no varía sustancialmente entre hombres (9.7%) y mujeres (8.8%), pero sí a nivel geográfico. Mientras una de cuatro personas residentes en Santo Domingo (24.3%) piensa de esta forma, la proporción de quienes tienen esa percepción en el resto del país no sobrepasa el 4.0% (0.3% en el Cibao, 1.5% en el Sureste y 4.0% en el Suroeste.

Conclusiones

Los resultados de la investigación ponen de manifiesto dos elementos básicos que sugieren que la población estudiada posee condiciones socioeconómicas inferiores a las de la población nacional promedio. Por un lado, solo el 6% había cursado estudios universitarios, mientras que esa proporción es de 11% en la población adulta nacional. Por el otro, el desempleo afecta al 43% de las personas incluidas en la investigación, mientras los estudios nacionales sobre fuerza de trabajo, de manera sistemática han estimado el desempleo como problema que impacta a una proporción que oscila entre el 10 y 20% de la población económicamente activa de la República Dominicana. Estos mayores niveles de desempleo entre las personas viviendo con VIH podrían estar asociados a su condición serológica. En este desfavorable contexto socioeconómico, el 71% de los hogares de las personas entrevistadas tiene un ingreso anual inferior a los 3,000 dólares, siendo esta proporción aún mayor (74%) cuando se trata de los hogares donde residen las mujeres.

A las privaciones derivadas de las condiciones materiales de vida se agregan otros problemas como la discriminación de que estas personas son objeto. Entre otras modalidades de discriminación, proporciones importantes han sido objeto de murmuraciones (62.3%), agredidas en forma verbal (29.7%) y acosadas o amenazadas verbalmente (26.8%), amenazado físicamente (13.8%) y excluido e actividades familiares (11.4%).

La razón básica para la discriminación es la condición de persona VIH positivo, y en la mayoría de situaciones, las mayores expresiones se presentan en las mujeres y en la población residente en la región Sureste del país, seguida por Santo Domingo, siendo menor en el Suroeste. De estos resultados se deduce que el mayor peso de la discriminación se concentra en Santo Domingo y su entorno.

Además de esas manifestaciones de discriminación en relación a las personas que viven con el VIH, las mujeres son víctimas de elevados niveles de maltrato de parte de su pareja o ex-pareja. Alrededor de dos de cada cinco han experimentado maltrato físico (41.8%) y la violencia emocional se expresa en magnitudes similares (36.9%), mientras las vejaciones sexuales afectan al 22.4%. Estas formas de agresión son más frecuentes en el Cibao, mientras que en el Suroeste se presentan en forma menos común.

En ese escenario de maltrato llama poderosamente la atención el hecho de que el 11.1% de estas mujeres han sido agredidas con un arma, ocurriendo el 90% de estos eventos durante los últimos 12 meses. Estas proporciones permiten formular la conjetura de que, alrededor de una de cada diez mujeres que viven con el VIH podrían estar siendo agredidas con armas cada año.

En adición a la exclusión producto de la discriminación, las personas que viven con el VIH se enfrentan a otros problemas como la pérdida de espacio social. En este orden, una de cada cinco (20.6%) se ha visto obligada a cambiar de residencia o le han negado el alquiler de una vivienda, y una proporción de orden de magnitud parecido (17.2%) ha perdido el empleo. En otras manifestaciones de pérdida de espacio social, durante los últimos 12 meses, un 12.8% ha tenido que cambiar la naturaleza del trabajo o no le han otorgado un ascenso merecido; le han negado empleo (9.7%), se han rehusado a proporcionarle servicios de salud, incluso dentales (8.4%). Estas manifestaciones de discriminación son mayores entre las mujeres y, a nivel regional son más expresivas en el Sureste, mientras que en el Suroeste se producen en menor grado.

Como reacción al rechazo experimentado de parte del entorno, se producen las manifestaciones del estigma interno. En este aspecto, durante los últimos 12 meses una de cada tres personas se ha sentido avergonzada (31.0%), se siente culpable (30.0%), se culpa a si mismo(a) (34.4%), culpa a otros (35.4%), tiene baja estima (30.8%), mientras que un (21.0%) no asiste a reuniones sociales y un 17.0% se ha aislado de familiares o amistades. Importante también es el grupo de quienes decidieron no solicitar empleo o ascenso laboral (15.9%), no contraer matrimonio (22.9%), no tener relaciones sexuales (19.4%) y no tener hijos o más hijos (57.9%). Esta forma de reaccionar de las personas es más frecuente entre las mujeres, y geográficamente se presenta en el Suroeste con mucha menor intensidad que en las demás regiones.

Un aspecto negativo frente al estigma y la discriminación es el escaso conocimiento de las personas que viven con el VIH acerca de los dos instrumentos que enuncian y garantizan sus derechos. Menos de la mitad (45.8%) de las personas entrevistadas ha leído u oído hablar de la Declaración Universal sobre VIH y SIDA, y entre quienes la conocen solo el 59.3% ha leído alguna vez el contenido de la misma. Mientras tanto, el 69.2% ha leído u oído hablar de la Ley General de SIDA de la República Dominica, entre quienes, menos de la mitad ha leído o discutido su contenido. Este desconocimiento es mayor entre los hombres y en quienes residen en la región Suroeste.

En un clima como este, caracterizado por elevados niveles de estima y discriminación por un lado, y de desconocimiento de los documentos marco de los derechos por el otro, aumenta el nivel de vulnerabilidad en relación a la violación de éstos últimos. Casi a una de cada cuatro personas entrevistadas (23.1%) se le violaron sus derechos como persona viviendo con el VIH al menos una vez durante los últimos 12 meses y de ese grupo, apenas el 10% buscó reparación legal ante tal agravio.

La falta de estímulo para procurar reparación legal deviene de no creer que el resultado de la gestión fuera exitoso (28.1%), porque tuvo miedo de tomar medidas (20.8%), por falta de recursos financieros (10.8%), porque alguien le aconsejó no tomar medidas (9.1%), o porque el proceso es muy burocrático (5.2%). De estas cifras previas se infiere que una de cada tres personas cuyos derechos fueron violados durante los últimos 12 meses no procuró reparación legal por desconfianza en el Sistema de Justicia.

Una forma de contrarrestar el estigma y la discriminación es el involucramiento en acciones tendentes a producir el cambio de actitud de la población frente a quienes viven con el VIH. No obstante, a juzgar por los resultados, algunos esfuerzos necesarios para contribuir con el cambio de actitud de la población frente a las personas que viven con el VIH no parecieran suficientes. Casi tres de cada cuatro personas entrevistadas (73.6%) ha apoyado a otras personas que viven con el VIH y cerca de tres de cada cinco (58.2%) pertenece a algún grupo o red de personas viviendo con el VIH. Sin embargo, solo una de cada tres personas estudiadas (35.3%) ha confrontado, cuestionado o educado durante los últimos 12 meses a quienes les han discriminado o estigmatizado, al mismo tiempo que una proporción similar (34.2%) desconoce la existencia de organizaciones o grupos de ayuda contra el estigma y la discriminación, solo uno de cada cinco (21.8%) ha estado involucrada en algún grupo de asistencia a personas que viven con el VIH, y apenas un 14.4% ha tenido la oportunidad de participar en esfuerzos para desarrollar leyes, políticas o pautas relacionadas con el VIH.

En términos geográficos, haber confrontado, cuestionado o educado a quienes les han discriminado o estigmatizado y haber buscado ayuda en alguna organización son acciones más frecuentes en el Sureste, lo cual podría estar

relacionado con los altos niveles de estigma y discriminación prevalecientes en esa región. Sin embargo, en términos generales, el mayor nivel de activismo para el cambio se produce en el Suroeste. Estos niveles de participación de las personas podrían estar influenciando el hecho de que sea la región donde el estigma y la discriminación se presentan con menor fuerza.

Al momento de hacerse la prueba del VIH los hombres recurren básicamente por haber sido referidos por síntomas sospechosos relacionados con el VIH (34.8%), por el hecho de que la pareja haya dado positivo en la prueba del VIH (20.0%) y por decisión voluntaria de hacerse ese examen de laboratorio (16.3%). Las mujeres se hacen la prueba por las primeras dos razones señaladas para los hombres (21.6% y 15.1% respectivamente), además, por la recomendación de un médico por estar embarazadas (29.8%) y por la enfermedad o muerte del compañero o muerte de algún miembro de la familia (10.8%). Apenas dos de cada cinco personas entrevistadas (42.9%) recibieron consejería antes y después de la prueba, mientras que una de cada cuatro (27.0%) no recibió ese tipo de servicio.

El estado de salud del 12.6% de las personas entrevistadas es aún desconocido por la pareja y una proporción similar (12.2%) se enteró en contra de la voluntad del(a) compañero(a) infectado(a). Por tanto, si dependiera de la persona estudiada, uno(a) de cada cuatro (24.8%) esposos(as) o compañeros(as) no estaría enterado(a) de la condición de salud de su contraparte afectiva y/o sexual. La mayor apertura a informar acerca de su condición de salud se produce cuando el (la) interlocutor(a) es un(a) trabajador(a) social o consejero(a) (84.9%), o un(a) trabajador(a) de salud (75.7%).

A pesar de existir una marcada tendencia a no enfrentar a los familiares, la reacción de éstos al enterarse es predominantemente de solidaridad. Así se infiere del hecho de que en el 70.0% de los casos los familiares adultos actuaron en forma solidaria o muy solidaria al enterarse de que el(la) entrevistado(a) era VIH positivo y lo mismo ocurrió con el 59.9% de los niños y niñas de la familia. Pero a quienes se define como más solidarios es a: los(as) trabajadores(as) sociales y consejeros(as) (83.3%), las otras personas que viven con el VIH (83.0%), los(a) trabajadores(as) de la salud (72.9%), los empleadores o jefes (71.6%) y los lideres religiosos (70.9%).

Los medicamentos antirretrovirales son usados en mayor proporción por los residentes en Santo Domingo (77.7%, en relación a 67.0%, 60.0% y 73.0% en el Cibao, el Sureste y el Suroeste respectivamente), no obstante presentarse en esta región el menor grado de acceso a los mismos (82.3%, frente a 93.5%, 91.5% y 90.0% en los casos del Cibao, el Sureste y el Suroeste respectivamente). Esto sugiere que el uso no está enteramente determinado por el acceso, y que por tanto podrían estar influyendo otros factores, de modo que siempre que existan las condiciones para demandarlos, se harán los esfuerzos necesarios para obtenerlos.

Más de la mitad (52.6%) de las personas estudiadas ha recibido consejería sobre sus opciones reproductivas, al mismo tiempo que alrededor de una de cada cuatro (23.2%) ha sido aconsejada por un profesional de la salud en relación a no tener más hijos. Como habría de esperarse, ambos tipos de recomendación son más frecuentes cuando se trata de las mujeres.

Además de la serie de características previamente discutidas, las personas viviendo con el VIH entrevistadas tienen una variada serie de percepciones sobre los problemas y retos frente a cuatro aspectos básicos relacionados con las *pruebas y diagnósticos, compartir el estado de salud en el contexto de la confidencialidad, tratamiento antirretroviral y tener hijos siendo una persona que vive con el VIH*.

Los principales problemas percibidos con respecto a las pruebas y diagnósticos son: la falta de consejería antes y después de la prueba (17.6%), la falta de confidencialidad (13.0%), la tardanza del proceso hasta la entrega de los resultados (12.6%) y el miedo a los resultados (10.2%). Mientras tanto, cuando se trata de compartir el estado de salud en el contexto de la confidencialidad, las principales aprehensiones son: el rechazo, el estigma y la discriminación (30.2%), la falta de discreción o falta de confidencialidad (14.2%) y la falta de capacitación del personal de salud (13.6%). En cambio, el 8.3% piensa que no hay problemas en compartir su estado de salud con otra personas, mientras que 11.0% considera el compartir la condición de VIH positivo con otras personas como algo bueno que alivia y ayuda.

Los principales problemas y retos percibidos en relación al tratamiento antirretroviral son: aquellos relacionados con el acceso y disponibilidad de los medicamentos, una mejor distribución de los mismos en el país (18.8%), los efectos secundarios (16.7%) y las fallas en la adherencia (8.1%).

Cuando se alude al hecho de tener hijos, entre las personas entrevistadas pareciera haber un relativo consenso en relación a la inconveniencia de tener hijos cuando se vive con el VIH. Apenas el 15.3% de las personas vive con el VIH tiene alguna actitud positiva hacia el ejercicio de la fecundidad en esas condiciones de salud. Las razones básicamente argumentadas por la mayoría contraria a la procreación en ese estado de salud son: el riesgo de que el (la) niño(a) salga positivo (28.6%), que las personas que viven con el VIH no deben tener hijos (12.2%), con el embarazo se arriesga la salud de la madre (11.4%), y falta de información a la mujer y/o la pareja acerca de los riesgos subyacentes en un embarazo (9.2%).

El diagnóstico derivado de esta investigación pone de manifiesto que las personas viviendo con el VIH en la República Dominicana no solo cargan con el peso propio de la condición de salud, sino que además enfrentan una serie de adversidades, unas derivadas de sus propios atributos socio-económicos y relacionados con conocimientos, y otras provenientes de su interacción con el entorno.

Revertir esta situación implica cambios a nivel de las personas que viven con el VIH con miras a procurar una inserción más activa en las iniciativas que permiten incidir en los asuntos relacionados con la vigencia de sus derechos; cambios en la sociedad para que exista un mayor grado de respecto y aceptación hacia este grupo poblacional, de modo que puedan disfrutar de un mejor entorno y espacio social; y cambios en la forma como el Estado dominicano interactúa con este segmento de la población, a fin de que asuma sus responsabilidades tendentes a garantizar los derechos fundamentales de esos hombres y mujeres en su condición de ciudadanos y ciudadanas del país.

Anexo 1:

Formulario de consentimiento informado

Formulario de consentimiento informado

Deberá completarlo la persona entrevistada, guiada por el(la) entrevistador(a)

Mi nombre es_____
_____*[INSERTE el nombre de la/el entrevistador].*

Estoy aplicando un cuestionario acerca de la experiencia de las personas viviendo con VIH, en especial las experiencias de estigma y discriminación que hayan tenido.

Le he proporcionado una hoja informativa que describe el propósito de este cuestionario y la manera en que la información derivada de él, formará parte de una encuesta más amplia que se está llevando a cabo en este país para documentar algunas de las experiencias de personas viviendo con VIH. La hoja informativa también da una idea general del tipo de información que se le pedirá, la forma en que mantendremos la confidencialidad y los riesgos potenciales involucrados con su participación en esta encuesta.

Antes de comenzar el cuestionario, quisiera asegurarme de que usted está dispuesto/a voluntariamente a participar en la encuesta y que ha obtenido toda la información necesaria con el objeto de que la decisión respecto a su participación esté bien fundada.

Este formulario de consentimiento puede contener palabras que no comprenda del todo. Por favor pídame que me detenga a medida que vayamos revisando la información y me tomaré el tiempo necesario para explicarle. Usted no tiene que decidir hoy si responderá o no a este cuestionario. Antes de que tome una decisión, puede hablar con alguien de su confianza acerca del cuestionario y/o la encuesta.

Por favor, también sienta la libertad de comunicarse con la/el líder del equipo del proyecto si tiene alguna pregunta o preocupación con respecto al cuestionario o la encuesta. Estos son los detalles de contacto de la/el líder del equipo:

_____*[INSERTE el nombre de la/el líder del equipo]*

_____

_____

_____

[INSERTE los datos de contacto, tales como: número telefónico, correo electrónico y la dirección física]

Si, por otro lado usted decide responder al cuestionario y de esta manera

participar en la encuesta, le haré algunas preguntas acerca de sus experiencias como persona viviendo con VIH; en particular, aquellas experiencias relacionadas con el estigma o discriminación que haya enfrentado. Estimo que la entrevista durará de dos a tres horas.

Antes de preguntarle si le gustaría participar o no, me gustaría que usted se enterara de lo siguiente:

1. Su participación en la encuesta es completamente voluntaria. Es su decisión participar o no.
2. Usted tiene la libertad de no contestar algunas de las preguntas del cuestionario.
3. Puede interrumpir su participación en la entrevista en el momento que lo desee.

La información recopilada durante la entrevista será estrictamente confidencial. Para asegurar la confidencialidad, no escribiré su nombre en el cuestionario ni en este formulario, y no anotaré detalle alguno en particular que permitiera identificarle.

Si deseara conocer más acerca de las medidas que estamos tomando para proteger la confidencialidad, por favor pídame que le proporcione esos detalles.

Su participación incluirá que yo le proporcione una lista de los servicios que tenemos disponibles en nuestra comunidad, incluyendo atención a la salud, apoyo social y servicios legales.

¿Acepta usted participar en esta entrevista? **Sí** ❐1 **No** ❐2

En caso **NEGATIVO**: Gracias por su tiempo.

En caso **AFIRMATIVO**: Gracias por estar de acuerdo en participar en este proyecto.

El aceptar participar, significa que ha leído la información contenida en la hoja informativa, o que se le ha leído. Usted ha tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con el cuestionario y la encuesta del Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH y cualquier otra pregunta que hubiera planteado se le ha respondido satisfactoriamente. Usted accedió voluntariamente a participar en este proyecto y comprende que tiene todo el derecho de interrumpir la entrevista en cualquier momento.

Si está de acuerdo, ahora firmaré este formulario confirmando que se ha obtenido su consentimiento.

Firma de la/el entrevistador _____

Fecha de la entrevista _____

Su consentimiento verbal es todo lo que se necesita para proceder con la entrevista. Sin embargo, si se siente cómodo firmando también este formulario, usted puede firmar o escribir sus iniciales enseguida, para indicar que ha dado su consentimiento de participar en esta entrevista.

No obstante, recuerde que su consentimiento verbal es todo lo que se necesita. Usted no tiene que proporcionarnos su consentimiento por escrito, pero puedes hacerlo si así lo desea.

He leído la información en la hoja informativa, o se me ha leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con el cuestionario o con la encuesta del Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH, y cualquier otra pregunta que he planteado se me ha respondido satisfactoriamente. Accedo voluntariamente a participar en este proyecto y comprendo que tengo el derecho de interrumpir la entrevista en cualquier momento.

Firma/Iniciales de la persona entrevistada_____

Fecha de la entrevista _____

Anexo 2:

Cuestionario

Personas que viven con el VIH
Indice de Estigma
Un índice para medir el estigma y la discriminación que experimentan las personas que viven con el VIH

CUESTIONARIO

THE PEOPLE LIVING WITH HIV STIGMA INDEX

PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE CALIDAD

Panel de control - deberá llenarse **sólo** después de completar su tarea*

	Nombre	Firma	Fecha
Entrevistador/a			
Líder de equipo			
Capturista de datos 1			
Capturista de datos 2			

*Tareas:

- La/el **entrevistador** debe asegurarse de que todas las secciones del cuestionario sean apropiadas y completamente llenadas, a menos que la persona entrevistada no desee hacerlo - en cuyo caso esto debe ser anotado a un lado de la(s) pregunta(s) correspondiente(s).
- La/el **líder del equipo** deberá verificar el cuestionario cuidadosamente y aclarar cualquier discrepancia aparente con la/el entrevistador. La sección de **chequeos de calidad** al final de este cuestionario ayudará tanto al la/el entrevistador(a) como la/el líder del equipo con estas tareas.
- El personal encargado de la **captura de datos 1 y 2,** debe capturar todos los datos del cuestionario en forma correcta. Estas personas deben capturar los datos de cada cuestionario de manera independiente, siguiendo los procedimientos descritos en la **guía del usuario.**

2 INDICE DE ESTIGMA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH • CUESTIONARIO

ANTES DE COMENZAR la entrevista usted debe:

1. **Proporcionar la hoja informativa a la persona entrevistada y darle tiempo para leerla. Si ella/él no puede o no sabe leer, usted debe leérsela en voz alta.**
2. **Lea el formulario de consentimiento informando a la persona entrevistada. Si ella está de acuerdo en participar en el estudio complete el llenado de dos copias del formulario. Después de que ambos formularios hayan sido firmados, entregue uno a la la persona entrevistada para sus archivos y usted conserve el otro.**

AL FINALIZAR la entrevista, por favor complete lo siguiente:

REFERENCIAS Y SEGUIMIENTO

1. ¿Necesitaba la persona entrevistada un servicio de referencia?
   - Sí ☐ 1
   - No ☐ 2

2. En caso **afirmativo,** ¿qué clase de referencia(s)?
   - Legal ☐ 1
   - Consejería ☐ 2
   - Grupo de apoyo ☐ 3
   - Otro ☐ 4

   En caso de **Otro,** ¿a dónde la refirió? ☐

3. **¿Qué medidas ha tomado para ayudar con la(s) referencia(s) a la persona entrevistada?** (MARQUE MÁS DE UNA CASILLA SI ES APROPIADO).
   - Ya le he dado suficiente información sobre los servicios de refetencia ☐ 1
   - Enviaré la infromación requerida a la persona entrevistada ☐ 2
   - Se necesita seguimiento posterior ☐ 3

Por favor proporcione detalles sobre lo que usted prometió hacer respecto a la(s) referencia(s) después de la entrevista, si ese fuera el caso:

☐

4. ¿Es la persona entrevistada candidata potencial para un estudio de casos?
   - Sí ☐ 1
   - No ☐ 2

5. **En caso afirmativo, registre la hora y fecha de reunión para el estudio de casos:**

   Hora: ☐ Fecha: ☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 3

ÍNDICE DE ESTIGMA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH: CUESTIONARIO CONFIDENCIAL Y ANÓNIMO

SECCIÓN 1 INFORMACIÓN SOBRE USTED

101. Sexo

Masculino ☐ 1
Femenino ☐ 2
Transgénero ☐ 3

102. Edad

Joven de 15 a 19 años ☐ 1
Persona adulta entre 20–24 años ☐ 2
Persona adulta entre 25–29 años ☐ 3
Persona adulta entre 30–39 años ☐ 4
Persona adulta entre 40–49 años ☐ 5
Persona adulta de 50 años o más ☐ 6

103. Cuánto tiempo lleva usted viviendo con el VIH? (MARQUE **SÓLO UNA** CASILLA).

0–1 año ☐ 1
1–4 años ☐ 2
5–9 años ☐ 3
10–14 años ☐ 4
15 años o más ☐ 5

104. Estado marital actual (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

Casado(a), Unión libre o vive con su pareja. (actualmente vive en la misma vivienda) ☐ 1
Casado/a,Unión libre o vive con su pareja. (temporalmente vive/trabaja fuera de su vivienda) ☐ 2
Mantiene una relación de pareja pero no viven juntos ☐ 3
Soltera / Soltero ☐ 4
Divorciada / Separada ☐ 5
Viuda/Viudo ☐ 6

105. Si usted forma actualmente parte de una relación, ¿por cuánto tiempo ha estado usted involucrado(a) con su esposo(a)/pareja

0–1 año ☐ 1
1–4 años ☐ 2
5–9 años ☐ 3
10–14 años ☐ 4
15 años o más ☐ 5

106. En este momento ¿está usted sexualmente activo(a)?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

107. ¿Pertenece usted, o ha pertenecido en el pasado, a alguna de las siguientes categorías?
(MARQUE AL MENOS UNA CASILLA. PUEDE MARCAR MÁS DE UNA SI ES APROPIADO).

- Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres ☐ 1
- Gay o lesbiana ☐ 2
- Transgenénero ☐ 3
- Trabajador(a) sexual ☐ 4
- Usuario(a) de drogas inyectables ☐ 5
- Refugiado(a) o solicitante de asilo ☐ 6
- Persona desplazada internamente ☐ 7
- Miembro de un grupo indígena ☐ 8
- Trabajador/a migrante ☐ 9
- Prisionero(a) ☐ 10
- No pertenezco, ni he pertenecido a ninguna de esas categorías ☐ 11

108. ¿Tiene usted alguna discapacidad física de cualquier tipo (esto no incluye tener mala salud en general relacionada con el VIH)?

- Sí ☐ 1 **(Específique)**
- No ☐ 2 **(Pase a 109)**

En caso **afirmativo**, por favor describa enseguida cuál es su discapacidad física:

109. ¿Cuál es el más alto nivel de educación formal que usted ha completado? (MARQUE SOLO UNA CASILLA).

- Ninguna educación formal ☐ 1
- Escuela primaria ☐ 2
- Escuela secundaria ☐ 3
- Instituto de formación profesional / Universidad ☐ 4

110. ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor su situación laboral actual?
(MARQUE AL MENOS UNA CASILLA. USTED PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN SI ES APROPIADO).

- Empleo de tiempo completo (como empleado) ☐ 1
- Empleo de tiempo parcial (como empleado) ☐ 2
- Trabajo de tiempo completo pero no como empleado (autoempleo) ☐ 3
- Trabajo casual o a tiempo parcial (autoempleo) ☐ 4
- Desempleado(a) y no tiene trabajo ☐ 5

5

111. ¿Cuántas personas habitan en su vivienda y pertenecen a cada una de estas categorías de edad?

	NÚMERO DE PERSONAS
Niñas o niños de 0 a 14 años	
Jóvenes de 15 a 19 años	
Adultos de 20 a 24 años	
Adultos de 25 a 29 años	
Adulto de 30 a 39 años	
Adultos de 40 a 49 años	
Adultos de 50 años y más	

112. ¿Cuántas niñas, niños y jóvenes en su vivienda son huérfanos debido al SIDA?

Número de huérfanos

113. Su vivienda está en: (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA)

- Un área rural ☐ 1
- Un pequeño poblado o villa ☐ 2
- Un poblado grande o ciudad ☐ 3

114. ¿Cuál fue el ingreso mensual promedio de su familia durante los últimos 12 meses?
(ESCRIBA EL MONTO EN PESOS).

Ingreso Familiar Promedio

Para el/la digitador solamente:

Ingreso anual en moneda local:

Tasa de cambio actual de moneda local a dólares estadounidenses:

Ingreso anual en dólares estadounidenses:

115. ¿En el mes pasado,dígame cuántos días algún miembro de su familia ha carecido de suficientes alimentos para comer?

Número de días

SECCIÓN 2 SU EXPERIENCIA DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN A MANOS DE OTRAS PERSONAS

201.a En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido usted excluido(a) de reuniones o actvidades sociales (ej. bodas, funerales, fiestas, clubes)? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1 **(PASE A LA 202.A)**
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

201.b **Si esto sucedió fue...** (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- ¿Debido a su condición de VIH? ☐ 1
- ¿Por otra(s) razón(es)? ☐ 2
- ¿Tanto por su condición de VIH como por otra(s) razón(es)? ☐ 3
- No está seguro(a) por qué ☐ 4

202.a En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido usted excluido(a) de actividades religiosas o de lugares de culto? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1 **(PASE A LA 203.A)**
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

202.b. **Si esto sucedió fue...** (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- ¿Debido a su condición de VIH? ☐ 1
- ¿Por otra(s) razón(es)? ☐ 2
- ¿Tanto por su condición de VIH como por otra(s) razón(es)? ☐ 3
- No está seguro(a) por qué ☐ 4

203.a En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido usted excluido(a) de actividades familiares; ej. cocinar, comer juntos, dormir en la misma habitación? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

203.b **Si esto sucedió fue...** (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- ¿Debido a su condición de VIH? ☐ 1
- ¿Por otra(s) razón(es)? ☐ 2
- ¿Tanto por su condición de VIH como por otra(s) razón(es)? ☐ 3
- No está seguro(a) del por qué ☐ 4

7

204.a En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha dado cuenta de que algunas personas han murmurado sobre usted? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

Nunca ☐ 1 **(PASE A LA 205.A)**
Una vez ☐ 2
Unas cuantas veces ☐ 3
Frecuentemente ☐ 4

204.b **Si esto sucedió fue...** (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

¿Debido a su condición de VIH? ☐ 1
¿Por otra(s) razón(es)? ☐ 2
¿Tanto por su condición de VIH como por otra(s) razón(es)? ☐ 3
No está seguro(a) del por qué ☐ 4

205.a En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido usted insultadO(a) verbalmente, acosado(a) y/o amenazado(a)? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

Nunca ☐ 1 **(PASE A LA 206.A)**
Una vez ☐ 2
Unas cuantas veces ☐ 3
Frecuentemente ☐ 4

205.b. Si esto sucedió fue... (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

¿Debido a su condición de VIH? ☐ 1
¿Por otra(s) razón(es)? ☐ 2
¿Tanto por su condición de VIH como por otra(s) razón(es)? ☐ 3
No está seguro(a) del por qué ☐ 4

206.a En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido usted acosado/a o amenazado/a físicamente? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

Nunca ☐ 1 **(PASE A LA 207.A)**
Una vez ☐ 2
Unas cuantas veces ☐ 3
Frecuentemente ☐ 4

206.b Si esto sucedió fue... (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

¿Debido a su condición de VIH? ☐ 1
¿Por otra(s) razón(es)? ☐ 2
¿Tanto por su condición de VIH como por otra(s) razón(es)? ☐ 3
No está seguro(a) del por qué ☐ 4

207.a En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido usted agredido/a físicamente? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1 **(PASE A LA 208.A)**
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

207.b Si esto sucedió fue... (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- ¿Debido a su condición de VIH? ☐ 1
- ¿Por otra(s) razón(es)? ☐ 2
- ¿Tanto por su condición de VIH como por otra(s) razón(es)? ☐ 3
- No está seguro(a) del por qué ☐ 4

207.c. Si esto le sucedió, ¿quién le agredió? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Mi esposo(a)/pareja ☐ 1
- Otro miembro de mi hogar ☐ 2
- Persona(s) fuera de mi hogar que me es(son) conocida(s) ☐ 3
- Persona(s) desconocida(s) ☐ 4

208.a Si en las preguntas 201a hasta 207.c, contestó haber experimentado estigma y/o discriminación por razones diferentes a su condición de VIH, por favor seleccione la categoría que explique mejor por qué usted considera que fue estigmatizado(a) y/o discriminado(a). (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Orientación sexual (hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres,gay o lesbiana, transgenero ☐ 1
- Trabajado(a) sexual ☐ 2
- Usuario/a de drogas inyectables ☐ 3
- Refugiado(a) o solicitante de asilo ☐ 4
- Trabajador(a) migrante ☐ 7
- Prisionero(a) ☐ 8
- Ninguna de las anteriores - fue debido a otra(s) razón(es) ☐ 9

Si usted seleccionó **Ninguna de las anteriores**, por favor describa enseguida la(s) otra(s) razón(es) que usted considera fueron la causa en cada una de estas situaciones.

9

209. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha estado usted sujeto(a) a presión psicológica o manipulación por parte de su esposo(a) o pareja sexual, en la que su condición de VIH positivo haya sido usada en su contra? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

210. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha experimentado usted rechazo sexual como resultado de su condición de VIH positivo? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

211. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido usted discriminado(a) por otras personas que viven con VIH/SIDA? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

212. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su esposo(a)/pareja, o alguno de los miembros de su hogar ha experimentado discriminación como resultado de la condición de VIH positivo que usted tiene? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

213. Si usted ha experimentado alguna forma de estigma y/o discriminación relacionados con el VIH en los últimos 12 meses, ¿por qué piensa usted que esto sucedió? (MARQUE MÁS DE UNA CASILLA SI ES APROPIADO).

- La gente tiene temor de que yo la contagie con el VIH ☐ 1
- La gente no comprende cómo se transmite el VIH y tiene temor de que yo pueda infectarles con el VIH a través de contacto casual ☐ 2
- La gente piensa que tener el VIH es algo vergonzoso y que, por lo mismo, no deben asociarse conmigo ☐ 3
- Creencias religiosas o juicios “morales” ☐ 4
- La gente desaprueba mi estilo de vida o comportamiento ☐ 5
- Mi apariencia es la de una persona enferma con síntomas asociados al VIH ☐ 6
- No lo sé (no estoy seguro(a) de la(s) razón(es) ☐ 7

ENTREVISTADOR: VERIFIQUE EN LA SECCIÓN 1 LA PREGUNTA 101. SI ANOTO CÓDIGO 2 (FEMENINO) CONTINUE EN LA SECCIÓN 3. SI LA RESPUESTA CORRESPONDIÓ A LOS CÓDIGOS 1 Ó 3, PASE A LA SECCIÓN 4.

10 INDICE DE ESTIGMA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH • CUESTIONARIO

SECCIÓN 3 VIOLENCIA DOMESTICA

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la relacion de pareja. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personasles. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permitame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.

301. VERIFIQUE : ESTADO CONYUGAL EN PREGUNTA 104.

Actualmente casada/unida ☐ 1
Separada/Divorciada/Viuda(Leer en pasado) ☐ 2
Nunca casada/Nunca unida ☐ 3 (PASE A LA 305)

Continue en la pregunta 302 solo con mujeres que tienen o han tenido pareja.

302. Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último) esposo (marido):

	Frecuentemente	A veces	Nunca
¿Su esposo(marido) se ponía celoso o molesto si usted conversa(ba) con otro hombre?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿El la acusaba frecuentemente de ser infiel?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿El le impedía que visite o la visiten sus amigas?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿El trataba de limitar las visitas /contactos a su familia?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿El insistía siempre en saber todos los lugares donde usted va?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿El desconfiaba de usted con el dinero?	☐ 1	☐ 2	☐ 3

303.a ¿ Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 304.A)

303.b ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

304.a ¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 305.A)

304.b ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

305.a ¿La empujó, sacudió o le tiró algo?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 306.A)

305.b. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

11

306.a ¿Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 307.A)

306.b. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

307.a ¿La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 308.A)

307.b. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

308.a ¿La atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 309.A)

308.b. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

309.a ¿La abofeteó o le retorció el brazo?

☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 310.A)

309.b. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

310.a ¿La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 311.A)

310.b. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

311. a ¿La ha pateado o arrastrado?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 312.A)

311.b. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

312.a ¿Trató de estrangularla o quemarla?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 313.A)

312.b. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

313. ¿Su esposo/marido toma bebidas alcohólicas?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

314. ¿Su esposo/marido se emborracha con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?

Mucha frecuencia ☐ 1
Algúnas veces ☐ 2
Nunca ☐ 3

13

Verifique: ESTADO CONYUGAL. SOLO PARA MUJERES NUNCA CASADAS O UNIDAS.

315. Desde cuando usted tenía 15 años de edad . ¿Alguna vez otra persona, aparte de su actual (último) esposo/marido le pegó, abofeteó, pateó o maltrató fisicamente?

- Mucha frecuencia ☐ 1
- Algúnas veces ☐ 2
- Nunca ☐ 3

316. ¿Quién la ha maltratado de esa manera(físicamente)?

- Madre ☐ 1
- Padre ☐ 2
- Madrastra ☐ 3
- Padrastro ☐ 4
- Hermana ☐ 5
- Hermano ☐ 6
- Hija ☐ 7
- Hijo ☐ 8
- Ex-Esposo/Ex-Marido ☐ 9
- Suegra ☐ 10
- Suegro ☐ 11
- Otro familiar femenino del esposo ☐ 12
- Otro familiar masculino del esposo ☐ 13
- Otro pariente femenino ☐ 14
- Otro pariente masculino ☐ 15
- Amiga/conocida ☐ 16
- Amigo/conocido ☐ 17
- Maestro(a)/Profesor(a) ☐ 18
- Empleador(a) ☐ 19
- Extraño(a) ☐ 20
- Otra ☐ 21

317. Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2
- No sabe ☐ 3

SECCIÓN 4 SU ACCESO AL TRABAJO Y SERVICIOS DE SALUD Y EDUCACIÓN

401.a En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido usted forzado(a) a cambiar su lugar de residencia o ha sido incapaz de rentar un alojamiento? (MARQUE SÓLO UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1 (PASE A LA 402.A)
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

401.b Si esto sucedió fue... (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- ¿Debido a su condición de VIH? ☐ 1
- ¿Por otra(s) razón(es)? ☐ 2
- ¿Tanto por su condición de VIH como por otra(s) razón(es)? ☐ 3
- No está seguro(a) de por qué ☐ 4

VERIFIQUE SI LA PERSONA ENTREVISTADA **NO** HA ESTADO PERCIBIENDO UN INGRESO (YA SEA A TRAVÉS DE UNA FORMA DE EMPLEO FORMAL O CASUAL, O DE TIEMPO PARCIAL) O NO HA ESTADO AUTOEMPLEADA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, VAYA A LA PREGUNTA **110**

402.a En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha perdido usted su empleo (si estaba empleado) u otra fuente de ingreso (si estaba autoempleado o era trabajador/a informal o casual)? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1 (PASE A LA 403)
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

402.b Si esto sucedió fue... (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- ¿Debido a su condición de VIH? ☐ 1
- ¿Por otra(s) razón(es)? ☐ 2
- ¿Tanto por su condición de VIH como por otra(s) razón(es)? ☐ 3
- No está seguro(a) por qué ☐ 4
- No aplica ☐ 5

403. ¿Perdió usted su trabajo o fuente de ingreso debido (fundamentalmente o en parte) a su condición de VIH... (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Debido a discriminación de su empleador o compañero de trabajo ☐ 1
- Debido a que se vio obligado(a) a dejar su trabajo por mala salud ☐ 2
- Debido a una combinación de discriminación y mala salud ☐ 3
- Debido a otra razón ☐ 4

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

- SÍ ☐ 1
- No ☐ 2

15

405.a En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha cambiado la descripción o naturaleza de su trabajo, o se le ha negado un ascenso laboral como resultado de su condición de VIH? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1 (PASE A LA 406)
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4

405.b. Si esto sucedió fue... (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Debido a la díscriminación de su empleador o compañeros de trabajo ☐ 1
- Debido a que la mala salud le impidió hacer ciertas actividades ☐ 2
- Debido a una combinación de discriminación y mala salud ☐ 3
- Otra razón ☐ 4

406. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido rechazado(a), expulsado(a) o se le ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a la condición de VIH de usted?

- Nunca ☐ 1
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4
- No aplica ☐ 5

407. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su(s) hijo(s) ha(n) sido rechazado(s), expulsado(s) o se les ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a la condición de VIH de usted? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA)

- Nunca ☐ 1
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4
- No aplica ☐ 5

408. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se le ha negado algún servicio de salud, incluyendo la atención dental debido a a su condición de VIH? (MARQUE SÓLO UNA CASILLA).

- Nunca ☐ 1
- Una vez ☐ 2
- Unas cuantas veces ☐ 3
- Frecuentemente ☐ 4
- No aplica ☐ 5

409. En los últimos 12 meses, ¿se le ha negado servicios de planificación familiar debido a su condición de VIH? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2
- No aplica ☐ 3

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

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2

SECCIÓN 5 ESTIGMA INTERNO (LA FORMA COMO SE SIENTE RESPECTO DE SÍ MISMO/A) Y TEMORES

501. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado usted alguno de los siguientes sentimientos debido a su condición de VIH? (MARQUE UNA CASILLA PARA CADA CATEGORÍA).

Me siento avergonzado(a)	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Me siento culpable	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Me culpo a mi mismo(a)	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Culpo a otros	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Tengo una baja autoestima	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Siento que debería ser castigado(a)	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Tengo sentimientos suicidas	Sí ☐ 1	No ☐ 2

502. En los últimos 12 meses, ¿ha hecho usted algo de lo siguiente debido a su condición de VIH? (MARQUE UNA CASILLA PARA CADA CATEGORÍA).

He preferido no asistir a reuniones sociales	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Me he aislado de mi familia y/o amistades	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Tomé la decisión de dejar de trabajar	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Decidí no solicitar un empleo/trabajo o un ascenso laboral	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Abandoné mi educación/capacitación o no aproveché una oportunidad de educación/capacitación	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Decidí no contraer matrimonio	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Decidí no tener relaciones sexuales	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Decidí no tener (más) hijos	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Evité ir a una clínica local cuando lo necesitaba	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Evité ir a un hospital local cuando lo necesitaba	Sí ☐ 1	No ☐ 2

503. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado usted temor de alguna de las siguientes situaciones, le hayan o no sucedido realmente?

Ser blanco de murmuraciones	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Ser insultado(a) y/o amenazad(a) verbalmente	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Ser acosado(a) y/o amenazado(a) físicamente	Sí ☐ 1	No ☐ 2
Ser agredido(a)físicamente	Sí ☐ 1	No ☐ 2

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

Sí ☐ 1
No ☐ 2

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 17

SECCIÓN 6 DERECHOS, LEYES Y POLÍTICAS

601.a ¿Ha oído usted hablar de la *Declaración sobre VIH/SIDA,* la cual protege los derechos de las personas que viven con VIH?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

601. b En caso afirmativo, ¿ha leído o discutido alguna vez el contenido de esa Declaración?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

602.a ¿Ha oído usted hablar de la Ley 55-93 sobre el SIDA?
La cual protege los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA en este país?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

602.b. En caso afirmativo, ¿ha leído o discutido el contenido de la Ley 55-93 sobre el SIDA?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

603. En los últimos 12 meses ¿le ha sucedido alguna de las siguientes situaciones debido a su condición de VIH?
(MARQUE MÁS DE UNA CASILLA SI ES APROPIADO).

Fui forzado(a) a someterme a un procedimiento médico o de salud (incluyendo pruebas de VIH) ☐ 1
Se me negó un seguro de salud o de vida debido a mi condición de VIH ☐ 2
Fui arrestado(a) o llevado(a)a la corte por cargos relacionados con mi condición de VIH ☐ 3
Tuve que revelar mi condición de VIH para poder ingresar a otro país ☐ 4
Tuve que revelar mi condición de VIH para solicitar residencia o nacionalidad ☐ 5
Fui detenido(a) o puesto(a) en cuarentena, aislado(a) o segregado(a) ☐ 6
Ninguna de estas situaciones me sucedió ☐ 7

604.a En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus derechos como persona viviendo con VIH ha sido violado?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA SECCION 7)
No está seguro(a) ☐ 3

604.b. En caso afirmativo, ¿ha tratado usted de obtener una reparación legal de daños por la violación de sus derechos como persona viviendo con VIH?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 605)
No está seguro(a) ☐ 3

604.c. ¿Ha comenzado este proceso en los últimos 12 meses?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

604.d. ¿Cuál es el resultado?

- El asunto ha sido resuelto ☐ 1
- El asunto está todavía en proceso de ser resuelto ☐ 2
- Nada sucedió/el asunto no fue resuelto ☐ 3

POR FAVOR VAYA AHORA A LA PREGUNTA 606.A

605. Si la respuesta fue NEGATIVA, ¿cuál fue la razón de no tratar de obtener una reparación legal de daños?

- Mis recursos financieros fueron insuficientes para tomar medidas ☐ 1
- El proceso para atender el problema me pareció demaciado burocrático ☐ 2
- Me sentí intimidado(a) o con miedo de tomar medidas ☐ 3
- Alguien me aconsejó que no tomara medidas ☐ 4
- Tuve poca/ ninguna confianza en que el resultado sería exitoso ☐ 5
- Ninguna de las razones anteriores ☐ 6

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

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2 (PASE A LA 607.A)

606.b. ¿Ocurrió esto en los últimos 12 meses?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2

606.*c*. ¿Cuál fue resultado?

- El asunto ha sido resuelto ☐ 1
- El asunto está todavía en proceso de ser resuelto ☐ 2
- Nada sucedió/el asunto no fue resuelto ☐ 3

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

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2 (PASE A LA SECCIÓN 7)

607.b. ¿Ocurrió esto en los últimos 12 meses?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2

607.*c*. ¿Cuál fue resultado?

- El asunto ha sido resuelto ☐ 1
- El asunto está todavía en proceso de ser resuelto ☐ 2
- Nada sucedió/el asunto no fue resuelto ☐ 3

19

SECCIÓN 7 GESTIÓN DEL CAMBIO

701. En los últimos 12 meses, ¿ha confrontado, cuestionado o educado usted a alguien que le estuviera estigmatizando y/o discriminando?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

702.a ¿Conoce usted alguna organización o grupo al que pueda recurrir para obtener ayuda si experimenta estigma o discriminación?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 704.A)

703.b. En caso afirmativo, ¿qué clase de organizaciones o grupos conoce?
(Marque más de una casilla si es apropiado).

Grupo de apoyo a personas que viven con VIH ☐ 1
Red de personas que viven con VIH ☐ 2
Organización gubernamental local ☐ 3
Organización basada en la fe ☐ 4
Bufete jurídico ☐ 5
Organización de derechos humanos ☐ 6
Organización no gubernamental nacional ☐ 7
Consejo o comité nacional de SIDA ☐ 8
Organización no gubernamental internacional ☐ 9
Organización perteneciente a las Naciones Unidas ☐ 10
Otra ☐ 11

702.c. Si usted marcó OTRA, por favor describa la clase de organización o grupo a la que se esta refiriendo:

703. ¿Ha buscado ayuda de alguna de las organizaciones o grupos citados arriba para resolver algún asunto relacionado con el estigma o la discriminación?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

Si usted ha tratado de resolver algún asunto relacionado con el estigma o la discriminación ya sea por sus propios medios o con la ayuda de otros, por favor describa brevemente de qué se trató el asunto; quién - si alguien lo hizo - le ayudó a resolverlo; y cómo usted y/u otras personas trataron de resolverlo.

¿De QUÉ se trato el asunto relacionado con el estigma o la discriminación?

704.b Si otras personas le ayudaron a resolver el asunto - ¿QUIÉN le ayudó?

704.c ¿CÓMO usted (y otros si es apropiado) trataron de resolver el asunto (y ¿específicamente, qué fue lo que usted y/u otras personas hicieron?

705.a En los últimos 12 meses, ¿ha apoyado usted a otras personas que viven con VIH?

Sí ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 706)

705.b. En caso afirmativo, ¿qué tipos de apoyo proporcionó?
(PUEDE MARCAR MÁS DE UNA CASILLA).

Apoyo emocional (ej. Consejería, compartiendo historias y experiencias personales) ☐ 1
Apoyo físico (ej. Proporcionando dinero o alimentos, ayudándole con algún encargo) ☐ 2
Referencia a otros servicios ☐ 3

706. ¿En la actualidad es usted miembro de algún grupo y/o red de personas que viven VIH?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

707. En los últimos 12 meses, ¿ha estado usted involucrado(a), ya sea como voluntario(a)o como emplead(a), en algún programa o proyecto (ya sea de gobierno o de organización no gubernamental) que proporcione asistencia a personas que viven con VIH?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

22

708. ¿En los últimos 12 meses ha participado usted en algún esfuerzo para desarrollar leyes, políticas o pautas relacionadas con VIH?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

709. ¿Considera usted poder influir en las decisiones que se toman en relación con alguno de los siguientes aspectos...?
(MARQUE AL MENOS UNA CASILLA. PUEDE MARCAR MÁS DE UNA CASILLA SI ES APROPIADO).

Asuntos legales/de derechos que afectan a las personas que viven con VIH ☐ 1
Políticas gubernamentales locales que afectan a las personas que viven con VIH ☐ 2
Proyectos locales orientados a beneficiar a las personas que viven con VIH ☐ 3
Políticas gubernamentales nacionales que afectan a las personas que viven con VIH ☐ 4
Programas/proyectos nacionales orientados a beneficiar a las personas que viven con VIH ☐ 5
Acuerdos/tratados internacionales ☐ 6
Ninguno de estos aspectos ☐ 7

710. Hay numerosas organizaciones de personas con VIH que trabajan contra el estigma y la discriminación. Si alguna de ellas le preguntara "¿Cuál es las acción más importante que deberíamos estar realizando como organización para hacer frente al estigma y la discriminación?", ¿Qué recomendaría usted?
(Marque **sólo** una casilla).

Defender y promover los derechos de todas las personas que viven con VIH ☐ 1
Dar asistencia a las personas que viven con VIH, proporcionándoles apoyo emocional, físico y referencias ☐ 2
Defender y promover los derechos y/o proporcionar apoyo a grupos especialmente marginados (Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, usuarios(as)de drogas inyectables, trabajadores(as) sexuales) ☐ 3
Educar a las personas que viven con el VIH sobre cómo vivir con el VIH (incluyendo la compresión del tratamiento) ☐ 4
Aumentar la conciencia y conocimiento del público acerca del VIH ☐ 5

SECCIÓN 8 PRUEBAS/DIAGNÓSTICO

801. ¿Por qué se le hizo la prueba de VIH?(Marque una o más casillas según sea apropiado)

- Por razones de empleo ☐ 1
- Por embarazo ☐ 2
- En preparación para el matrimonio/relación sexual ☐ 3
- Fui referido/a por una clínica de infecciones de trasmisión sexual ☐ 4
- Fui referido/a debido a síntomas sospechosos relacionados con el VIH (Ej.tuberculosis) ☐ 5
- Mi esposo(a)pareja o un miembro de mi familia resultó positivo ☐ 6
- Enfermedad o muerte de mi esposo(a)/pareja o miembro de mi familia ☐ 7
- Simplemente quería saber ☐ 8
- Otro ☐ 9

Si usted marcó **OTRO,** por favor describa enseguida cuál fue esta razón:

☐

802. ¿La decisión de hacerse una prueba de VIH fue suya? (MARQUE **SOLO** UNA CASILLA).

- Sí, yo mismo(a) toméla decisión de hacerme la prueba (ej. Fue voluntaria) ☐ 1
- Yo tomé la decisión de hacerme la prueba, pero fue bajo presión de otras personas ☐ 2
- Se me forzó a hacerme la prueba de VIH (coerción) ☐ 3
- Se me hizo la prueba sin mi conocimiento/Me di cuenta después de que la prueba había sido hecha ☐ 4

803. ¿Recibió usted consejería cuando se hizo la prueba de VIH? (MARQUE **SÓLO** UNA CASILLA).

- Recibí consejería tanto pre y post prueba de VIH ☐ 1
- Solamente recibí consejería pre prueba de VIH ☐ 2
- Solamente recibí consejería post prueba de VIH ☐ 3
- No recibí consejería cuando me hice la prueba de VIH ☐ 4

23 INDICE DE ESTIGMA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH • CUESTIONARIO

SECCIÓN 9 COMPARTIR EL ESTADO VIH Y CONFIDENCIALIDAD

901. Para cada una de las siguientes personas o grupos de personas, por favor describa cómo fue que, por primera vez, se enteraron de la condición de VIH de usted, si es que se han enterado.

POR FAVOR MARQUE SUS RESPUESTAS. SOLAMENTE MARQUE MÁS DE UNA CASILLA EN CADA LÍNEA SI LA RESPUESTA (EN I COLUMNA) ES DIFERENTE PARA DIFERENTES INDIVIDUOS.

	Yo le(s) dije	Alguien le(s) dijo CON mi consentimiento	Alguien le(s) dijo SIN mi consentimiento	No conoce(n) mi condición de VIH	No aplica
Su esposo(a)/pareja	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Otros familiares adultos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Niñas/niños en su familia	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Sus amistades/vecinos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Otras personas que viven con VIH	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Personas con quienes trabaja (colegas)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Su(s) empleador(es)/jefe(s)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Su clientela	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Compañero(a) de drogas inyectables	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Líderes religiosos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Líderes de la comudidad	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Trabajadoras(es) de la salud	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Trabajadoras/es sociales Consejeras(os)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Maestras y Maestros	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Funcionarios(as) gubernamentales	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Los medios de comunicación	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

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

Frecuentemente ☐ 1
Unas cuantas veces ☐ 2
Una vez ☐ 3
Nunca ☐ 4

903. ¿Con qué frecuencia sintió presión de otras personas que no viven con VIH (ej.familiares, trabajadores sociales, empleados de organizaciones no gubernamentales)para decir a otros que usted vive con VIH?

Frecuentemente ☐ 1
Unas cuantas veces ☐ 2
Una vez ☐ 3
Nunca ☐ 4

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 24

904. ¿Algún profesional de salud(ej.Médico,enfermera,consejera,técnico de laboratorio) alguna vez le ha dicho a otras personas que usted vive con VIH, sin su consentimiento?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No estoy seguro(a) ☐ 3

905. ¿Qué tan confidenciales considera usted que sean los registros médicos relacionados con su condición de VIH?
(MARQUE SÓLO UNA CASILLA).

Estoy seguro/a que mis registros médicos se mantendrán completamente confidenciales ☐ 1
No sé si mis registros médicos son confidenciales ☐ 2
Estoy convencido/a de que mis registros médicos no se mantienen en forma confidencial ☐ 3

906. ¿Cómo describiría las reacciones de esas personas (en general) cuando se enteraron por primera vez sobre su condición de VIH?
(MARQUE SOLAMENTE UNA COLUMNA PARA CADA CATEGORÍA DE PERSONAS).(MARQUE LA COLUMNA NO APLICA SI ESAS PERSONAS NO CONOCEN SU CONDICIÓN DE VIH O SI USTED NO CONOCE SU REACCIÓN).

	Muy negativa	Negativa	Bien/ neutral	Solidaria	Muy solidaria	No aplica
Su esposo(a)/pareja	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Otros familiares adultos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Niñas/niños en su familia	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Sus amistades/vecinos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Otras personas que viven con VIH	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Personas con quienes trabaja (colegas)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Su(s) empleador(es)/jefe(s)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Su clientela	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Compañero(a) de drogas inyectables	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Líderes religiosos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Líderes de la comudidad	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Trabajadoras/es de la salud	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Trabajadoras(es) sociales Consejeras(os)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Maestras y Maestros	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Funcionarios(as) gubernamentales	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Los medios de comunicación	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

906. ¿Encontró usted que compartir con otras personas su condición VIH fue una experiencia empoderadora?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No aplica ☐ 3

25 INDICE DE ESTIGMA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH • CUESTIONARIO

SECCIÓN 10 TRATAMIENTO

1001. ¿En términos generales cómo describiría usted su salud en este momento?(MARQUE SÓLO UNA CASILLA).

- Excelente ☐ 1
- Muy buena ☐ 2
- Buena ☐ 3
- Regular ☐ 4
- Mala ☐ 5

1002.a ¿Esta usted tomando actualmente medicamentos antirretrovirales?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2

1003. ¿Tiene usted acceso* a medicamentos antirretrovirales para combatir la infección por VIH, aún si actualmente no los esta tomando?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2
- No lo sé ☐ 3

* EN ESTE CONTEXTO, **ACCESO** SIGNIFICA QUE LOS MEDICAMENTOS ESTÁN **DISPONIBLES** Y SON GRATUITOS O QUE **USTED TIENE FORMA DE PAGARLOS.**

1004. ¿Está tomando actualmente algún medicamento para prevenir o tratar infecciones oportunistas? (Marque **sólo** una casilla)

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2

1005. ¿Tiene usted acceso* a medicamentos para combatir las infecciones oportunistas, aún si actualmente no los está tomando?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2
- No lo sé ☐ 3

* EN ESTE CONTEXTO, **ACCESO** SIGNIFICA QUE LOS MEDICAMENTOS ESTÁN **DISPONIBLES** Y SON GRATUITOS O QUE **USTED TIENE FORMA DE PAGARLOS.**

1006. En los últimos 12 meses.¿ha tenido usted una discusión constructiva con algún(os) profesional(es) de la salud sobre el tema de las opciones de tratamiento relacionadas con el VIH que usted tiene?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2

1007. En los últimos 12 meses.¿ha tenido usted una discusión constructiva con algún(os) profesional(es) de la salud sobre otros temas como su salud sexual y reproductiva, relación(es) sexual(es), bienestar emocional, uso de drogas, etc.?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2

26

SECCIÓN 11 TENER HIJOS

LAS PREGUNTAS DE LA 1101.A HASTA LA 1105 A 5 PUEDEN SER CONTESTADAS TANTO POR HOMBRES COMO MUJERES .

1101.a ¿Tiene usted uno o más hijos?

Si ☐ 1
No ☐ 2 (PASE A LA 1102)

1101.b. ¿En caso afirmativo, ¿se sabe si alguno de esos hijos es VIH positivo?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

1102. ¿Ha recibido usted consejería sobre sus opciones reproductivas, a partir de que se le diagnosticó que era VIH positivo(a)?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No aplica ☐ 3

1103. ¿Alguna vez una/un profesional de la salud le ha aconsejado no tener hijos, a partir de que se le diagnosticó que era VIH positivo(a)?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No aplica ☐ 3

1104. ¿Alguna vez una/un profesional de la salud le ha coaccionado para esterilizarse dado que se le diagnosticó que era VIH positivo(a)?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No aplica ☐ 3

1105. ¿Está condicionada su capacidad de obtener tratamiento antirretroviral al uso de ciertas formas de anticoncepción?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No aplica ☐ 3
No lo sé ☐ 4

LAS PREGUNTAS 1106 A 1107.B DEBEN SER CONTESTADAS SOLAMENTE POR MUJERES.

1106. En los últimos 12 meses,¿ha sido usted forzada por una/un profesional de la salud en relación con alguna de las siguientes prácticas debido a su condición de VIH?

	Sí	No	No aplica
Terminacíon del embarazo (aborto)	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Métodos de dar a luz	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Prácticas para alimentar infantes	☐ 1	☐ 2	☐ 3

1107.a ¿Se le ha administrado alguna vez tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisíon de VIH de madre a hijo durante el embarazo? (MARQUE SÓLO UNA CASILLA).

Sí - yo he recibido ese tratamiento ☐ 1
No - no sabía que ese tratamiento existiera ☐ 2
No - no se me negó ese tratamiento ☐ 3
No- no tuve acceso a ese tipo de tratamiento ☐ 4
No- yo no era VIH positiva cuando estaba embarazada ☐ 5
(Pase a la Sección 12)

1107.b. En caso afirmativo, ¿se le dio también información sobre embarazo y maternidad saludables como parte del programa para prevenir la trasmisión del VIH de madre a hijo?

Sí ☐ 1
No ☐ 2

SECCIÓN 12 PROBLEMAS Y RETOS

QUÉ ES LO QUE USTED PERCIBE COMO PRINCIPALES PROBLEMAS Y RETOS EN RELACION CON :

1201. Pruebas y diagnóstico:

1202. Compartir el estado VIH y confidencialidad respecto al hecho de ser una persona VIH-positiva:

1203. Tratamiento antirretroviral:

1204. Tener hijos cuando se es una persona VIH positiva:

Fin de la entrevista. Antes de continuar con el entrevistado completando la sección de chequeo de calidad, agradesca al entrevistado el tiempo que nos ha brindado.
Una vez que haya completado el chequeo de calidad, pase a completar la sección de referencia y seguimiento que se encuentra al inicio del cuestionario y confirma si hubo algún acuerdo al que debe darle seguimiento.
Proceda a entregarle el incentivo al entrevistado y agradescale de nuevo por su tiempo.
Luego de terminar con la entrevista, tómese algún tiempo de reflexión a solas con respecto a la entrevista que acaba de conducir; revise las notas que tomó durante la entrevista, asegurese de haber anotado todos los detalles que captó y complete sus notas de ser necesario.
Anote cualquier aspecto que entienda deba informar, discutir o sugerir con el equipo de dirección del estudio.

28

CHEQUEO DE CALIDAD

Esta sección está diseñada para ayudar a la persona que realiza la entrevista y a la/el líder del equipo, para verificar que el cuestionario ha sido llenado apropiada y completamente. Sin embargo, usted deberá usar su propio criterio para asegurarse de que ¡se ha hecho un buen trabajo!

La o el entrevistador debe dar respuesta a los siguientes puntos antes de dar por terminada la entrevista, de tal forma que la persona entrevistada pueda ayudarle a completar las respuestas a estas preguntas.

1. **¿La persona entrevistada contestó cada una de las preguntas en las Secciones 1-3 del cuestionario?** Sí ☐ No ☐

   Si la respuesta es **NEGATIVA**, por favor especifique cuáles preguntas quedaron sin responder y explique por qué:

2. **¿La respuesta a las pregunta 107 en la Sección 1 y la pregunta 703.a en la Sección 7 (grupos a los que la persona entrevistada ha pertenecido o pertenece) parecen consistentes?** Sí ☐ No ☐

   En caso **NEGATIVO**, por favor explique:

3. **¿Parece creíble la información proporcionada en la Sección 1 (preguntas 114 y 115)? (ej. ¿el nivel de pobreza del hogar es consistente en términos generales con su situación de carecer de dinero suficiente para comprar alimentos para la familia? – esto, tomando en cuenta que algunas familias de bajos ingresos pueden cultivar sus propios alimentos.** Sí ☐ No ☐

   En el caso de que existan **diferencias**, ¿ha verificado usted las razones de ello con la persona entrevistada y registrado enseguida por qué hay diferencias? Sí ☐

4. **¿Se han completado la página frontal, caratula y la página 2 del cuestionario?** Sí ☐

El último chequeo de calidad puede ser completado por la/el entrevistador después de que la persona entrevistada se haya retirado, pero **antes** de que la/el entrevistador abandone el lugar de la entrevista:

5. **¿El código del cuestionario ha sido escrito en la esquina superior derecha de cada página?** Sí ☐

Este libro consta de una tirada de 1,000 ejemplares se terminó de imprimir en los talleres gráficos de Editora Mediabyte, S.A. en el mes de Abril 2009

IPPF
4 Newhams Row
London Se1 3UZ
United Kindom
Tel: • 44 20 7939 8200
www.ippf.org

GNP+
PO BOX 11726
1001 GS Amsterdam
The Nelherlands
Tel: +31 20 423 4114
www.gnpplus.org

ICW
Unit 6, Building 1
Canonbury Yard
190a New North Road
London N17BJ
United Kindom
Tel: +44 20 7704 0606
www.icw.org

UNAIDS
20 avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Tel: +41 22 791 3666
www.unaids.org

Published in Febrary 2008 by International Plannet Parenthood Federation
UK Registered Charity
No. 229476

Photo by IPPF/Chloe Hall
Inside page designed by Portfolio, www.portfoliopublishing.com