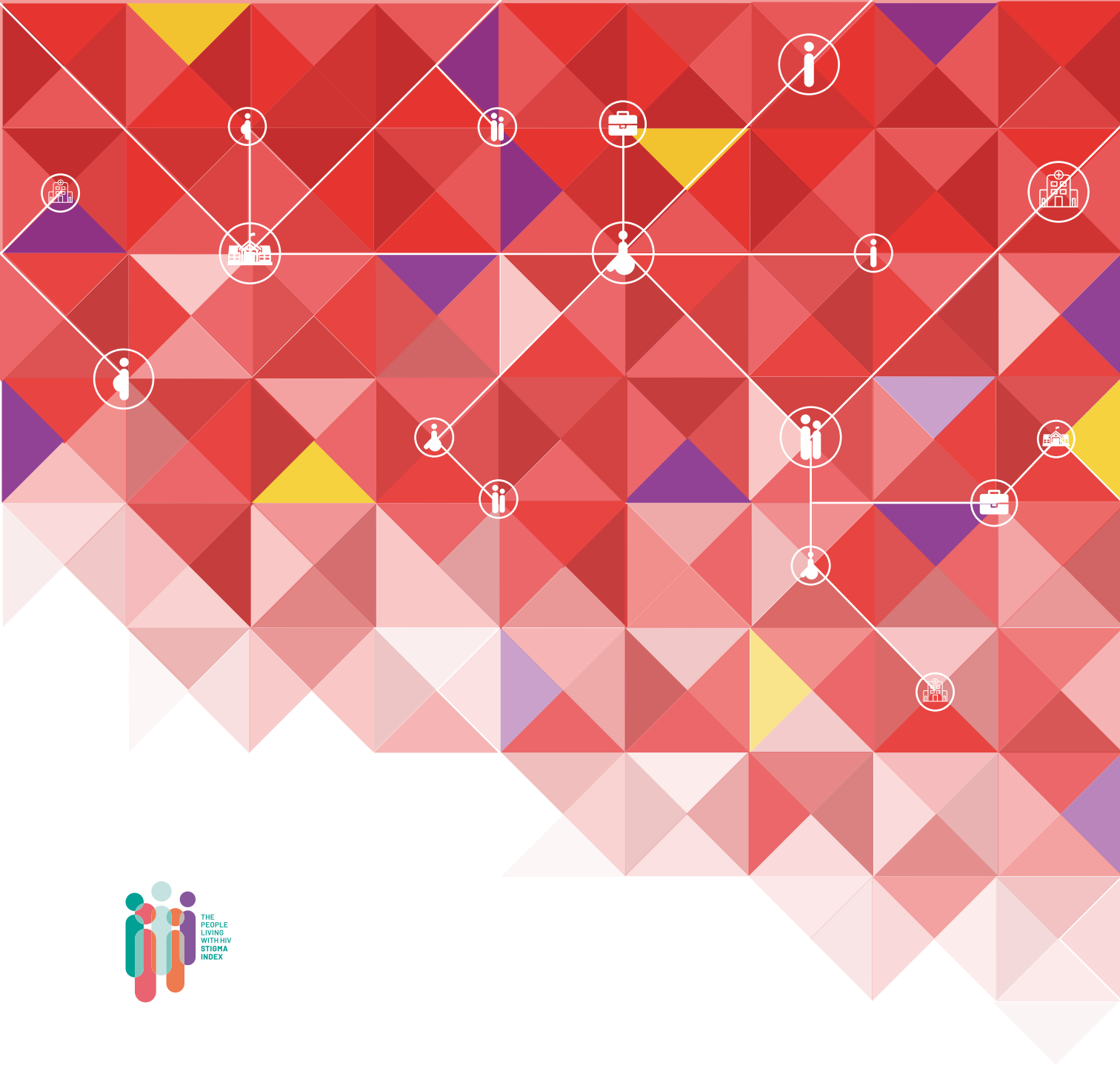


THE PEOPLE LIVING WITH HIV STIGMA INDEX

ÍNDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

2021

hacia las personas con VIH en Argentina 2.0

Ministerio de Salud
Argentina

FICHA TÉCNICA
DEL ESTUDIO

- Coordinación general del proyecto: Marisel Zas.
- Coordinación técnica estadística: Dan Adaszko, Ariel Adaszko, Marysol Orlando.
- Coordinador de trabajo de campo: Federico Villalba.
- Elaboración del informe final: Marisel Zas.
- Elaboración de la sección sobre mujeres: Lucía Macoc.
- Equipo técnico de seguimiento y acompañamiento: Manuel da Quinta (ONUSIDA); Diego Borisonik (PNUD); María Sol González Sañudo (SUMANDO Argentina); Fabio Núñez, Soledad Sequeira, Marysol Orlando, Ariel Adaszko (Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis); Federico Villalba, Maximiliano Sandoval, Emir Franco (RAJAP); Agustin Analian (INADI).
- Organización implementadora del estudio: Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos.
- Apoyo financiero del proyecto: PNUD y ONUSIDA.
- Corrección de texto: Virginia Cinquegrani y María Laura Carones.
- Diseño y diagramación: Lucía Medina y Stefani Vicente.
- Supervisión de trabajo de campo:
    - — Federico Villalba (AMBA)
    - — Sergio Ramírez (Cuyo)
    - — Cinthia Gerez (Región NOA)
    - — Mauricio Gutiérrez (Región NEA)

- Equipo de encuestas, por región:
  - — AMBA: Ivo Antao, Leonardo Rivadaneira, Florencia Mazzurana, Sergio Ramírez, Sergio Orellana.
  - — NOA: Agustina Guanuco, Gabriel Jurado.
  - — NEA: Mauricio Gutiérrez.
  - — Cuyo: Martín Fernández, Sergio Ramírez.

- Organizaciones e instituciones involucradas en el estudio:
  - — Programas provinciales de VIH
  - — Comité de Ética del Ministerio de Salud de la Nación
  - — Comunidad Internacional de Mujeres con VIH y SIDA - ICW Argentina
  - — Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía
  - — Fundación Helios Salud
  - — Hospital Dr. Arturo Oñativia
  - — Hospital General de Agudos Carlos G. Durand
  - — Hospital Luisa C. de Gandulfo
  - — Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo
  - — Hospital Donación Francisco Santojanni
  - — Hospital Municipal Dr. Bernardo Houssay
  - — Hospital de Agudos Paroissien

Las opiniones, análisis y recomendaciones de política no reflejan necesariamente el punto de vista del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (ONUSIDA) como tampoco el de sus Juntas Ejecutivas ni de sus Estados miembros.

ÍNDICE

PRÓLOGOS 08

ONUSIDA PNUD 08
Ministerio de Salud 10
Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos 12

ACRÓNIMOS Y DEFINICIONES 14

GLOSARIO 15

LISTADO DE GRÁFICOS 20

AGRADECIMIENTOS 30

RESÚMEN EJECUTIVO 32

RESULTADOS 35

Comunidad 35
Mujeres y Comunidad 37
Poblaciones claves. Doble estigma 38
Derechos Humanos 39
Mujeres y Derechos Humanos 39
Salud 41
Mujeres y Salud 41
Adherencia al TARV 42

CONCLUSIONES 43

Mujeres 44
Recomendaciones generales 45

INFORME DEL ESTUDIO 46

INTRODUCCIÓN 47
ANTECEDENTES 50
MARCO TEÓRICO 54
OBJETIVOS 56

Objetivo general 56
Objetivos específicos 56

ASPECTOS METODOLÓGICOS 58

RESULTADOS 68

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA 69

COMUNIDAD 83

POBLACIONES CLAVE. DOBLE ESTIGMA 104

DERECHOS HUMANOS 112

LA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE LOS DERECHOS HUMANOS Y EL VIH 113

SALUD 127

ADHERENCIA AL TARV 141

MUJERES 151

Avances normativos y reconocimiento de derechos de las mujeres con VIH y con sida 154

Internacionales 155

Análisis de la situación de las mujeres con VIH en la Argentina 161

Las desigualdades de género y su impacto en las mujeres con VIH 163

La diversidad integral de las mujeres y el enfoque de la interseccionalidad 167

Resultados del estudio IED 2.0 en mujeres 173
Comunidad 178
Salud 187
Derechos Humanos 195

CONCLUSIONES **206**

CONCLUSIONES SECCIÓN MUJERES 211

RECOMENDACIONES **215**

Principios y criterios 216
Recomendaciones 217

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 224

Otra bibliografía consultada 229

PRÓLOGOS

ONUSIDA PNUD

En la década de los ochenta, hace casi 40 años, tenía inicio la epidemia del sida que, además de agudizar el estigma y la discriminación en grupos de población ya socialmente excluidos, se convertiría en un indicador incuestionable de los determinantes sociales, culturales y comportamentales de vulnerabilidad, exponiendo con evidencia incontestable los enormes desafíos que la sociedad tenía, y aún hoy sigue teniendo, en materia de derechos humanos.

Pero fueron precisamente estos procesos sociales que motivaron la movilización de las comunidades y una mayor articulación de la militancia política de sociedad civil para que la respuesta a la epidemia se convirtiera en una plataforma para la promoción, defensa y reivindicación del ejercicio pleno de los Derechos Humanos.

Los procesos reivindicativos, tal como sucediera en la historia con el movimiento feminista, dieron visibilidad y protagonismo a las poblaciones más excluidas, que timonearon importantes procesos de cambio, justamente aprovechados por algunos gobiernos progresistas para modificar sus estamentos jurídicos en una perspectiva de derechos.

El camino por recorrer para alcanzar un cambio sociocultural que, amparado en leyes y políticas públicas, privilegie la cultura de derecho, todavía es largo y no pocos son los escollos que quedan por sortear, pero no hay marcha atrás, este proceso es imparable porque los derechos humanos –universales, indivisibles e inalienables por definición– son conditio sine cuanon para la paz y el desarrollo sostenible.

El fin de la epidemia del sida, entendido como el control de la transmisión del VIH y de la carga de enfermedad y muerte, así como los elevados costos y en términos de dolor, sufrimiento y recursos de los estados es un compromiso mundial ineludible,

pero su alcance depende del compromiso y de la acción decidida de los gobiernos, y de la sociedad en general, para resolver los determinantes de vulnerabilidad en una perspectiva de derechos e inclusión.

El Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH (ONUSIDA) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se honraron de apoyar y acompañar este estudio, que permite un análisis riguroso y desprejuiciado de las circunstancias que atraviesan en la actualidad las personas que viven con VIH en la Argentina con relación al estigma y discriminación, un trabajo innovador por tres aspectos fundamentales: 1) por la metodología utilizada –el Índice de Estigma 2,0– incluyendo una sección que analiza los determinantes y barreras para la adherencia al tratamiento antiretroviral, elemento fundamental de la salud de la persona con VIH y del control de la epidemia; 2) por asegurar una perspectiva de género amplia e inclusiva que, más allá de la tradicional división binaria, considera todo el universo femenino con todas las posibles identidades, orientaciones y prácticas sexuales, orígenes sociales y procedencias; y 3) por haber sido conducido –hecho inédito– por la una red de jóvenes, la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RAJAP) que, acompañados por los líderes históricos de la respuesta al sida, se proponen como la nueva generación de liderazgo que dará seguimiento al proceso de construcción de una sociedad democrática, y pluralista que avanza decidida hacia la pretendida universalidad de los derechos humanos.

Alberto A Stella
Director de ONUSIDA
Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay

Rene Mauricio Valdez
Representante Residente
PNUD Argentina

MINISTERIO DE SALUD

Este año se cumplen cuatro décadas de la aparición de los primeros casos de una afección de salud —mortal en aquel entonces— a la que se denominó sida. El mundo, nuestro país y la forma en que entendemos los procesos de salud-enfermedad-cuidado han cambiado mucho desde entonces, en parte, gracias a los aprendizajes que hicimos en este tiempo. Ya no hablamos del sida como una enfermedad mortal, sino de VIH como una infección crónica e, incluso, el máximo organismo en la Argentina a cargo de la respuesta a este problema de salud pública ha cambiado su nombre recientemente, reemplazando el término sida, palabra cargada de significación e historia, por el de VIH.

La ampliación del universo de actores que participamos en la respuesta a la pandemia, trascendiendo el sector salud y con un protagonismo central de la sociedad civil, es evidencia de que se ha comprendido que los problemas de salud no son solo problemas biomédicos. La posibilidad de que una persona esté expuesta a una infección, que pueda hacer algo para cuidarse, que tenga acceso oportuno a un diagnóstico, a una atención de calidad y a los tratamientos más eficaces está fuertemente condicionada por su trayectoria social y pertenencia a determinados colectivos. Para explicar la evolución de la infección es tan importante el acceso oportuno a la atención como que la persona tenga un empleo, condiciones de vida dignas e integre un entramado vincular que la acompañe en el afrontamiento de su situación.

Hablamos de cambio en los actores y, en este sentido, no podemos soslayar que también hubo un cambio generacional. Hace algún tiempo decíamos que estábamos trabajando en la prevención con personas que no conocieron un mundo sin sida, pero ahora podemos decir que hay una generación a la que le estamos hablando de cuidados que no conoció un mundo en el que la infección por VIH no fuera tratable.

A la par, al menos en la Argentina, la sociedad se ha tornado más tolerante y democrática, y estos avances históricos fueron de la mano de enormes cambios normativos que han consolidado un espacio social más inclusivo de la diversidad en sus distintas manifestaciones. La ampliación de derechos se consagró en leyes tales como las de matrimonio igualitario, identidad de género, educación sexual integral, derechos de los pacientes, entre otras, y es una clara evidencia de que vivimos en una sociedad que busca ser diferente.

Sin embargo, la situación de muchas personas que padecen VIH o que forman parte de grupos socialmente vulnerabilizados nos muestra que falta mucho

camino por recorrer y que resta todavía derribar muchas barreras. Aún mueren por sida en el país alrededor de 1300 personas y se reportan casi 5000 nuevas infecciones cada año, aproximadamente un tercio de ellas en estadios avanzados de la infección.

Cuando usamos el término padecimiento, nos estamos refiriendo también al sufrimiento que causa la mirada estigmatizante de los otros, un hecho con consecuencias palpables en la subjetividad y en las condiciones de salud de las personas. Ser excluido de reuniones sociales, no conseguir empleo y ser maltratado en un servicio de salud son solo algunas formas en que se manifiesta la discriminación que aún hoy sufren muchas personas con VIH.

En este sentido, uno de los ejes centrales del trabajo de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, es la lucha contra el estigma y la discriminación, tanto de las personas con VIH como de todos los colectivos más afectados por la pandemia. Para poder hacerlo, la disponibilidad de información es crucial, ya que permite un diagnóstico más preciso de qué está ocurriendo, reconociendo los logros, pero sin caer en una mirada autocomplaciente.

Por eso fue tan importante para nosotros tener la oportunidad de participar junto con las organizaciones de la sociedad civil y las agencias multilaterales de cooperación en este proceso de construcción colectiva. Además de formar parte del comité técnico de seguimiento, discutiendo los instrumentos, apoyando la capacitación y el trabajo de campo, participando del análisis estadístico y de la consolidación y validación del informe final, hemos sugerido y colaborado en la inclusión de un módulo específico sobre obstáculos en la adherencia, eje central para fortalecer nuestra política de mejora en el acceso a los tratamientos.

Desde la Dirección, utilizaremos esta información para el desarrollo de estrategias, de modo tal que los resultados de esta indagación trasciendan el mero diagnóstico de situación y desencadenen procesos que nos ayuden a transformar la realidad de las personas afectadas.

Ariel Adaszko y Marysol Orlando
Área de Información Estratégica
Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis
Ministerio de Salud

RED ARGENTINA DE JÓVENES Y ADOLESCENTES POSITIVOS

El segundo Índice de estigma y discriminación hacia personas con VIH en la Argentina se llevó a cabo durante el período 2018-2020, con una muestra aleatoria de más de 900 personas con VIH en el país, usuarias del sistema de salud y que, voluntariamente, accedieron a responder la encuesta. El trabajo de campo, a cargo de jóvenes con VIH, se realizó con personas de distintas edades y niveles socioeconómicos y culturales de cuatro regiones del país (AMBA, NEA, NOA y Cuyo), en entrevistas presenciales, personales, con encuestas de más de una hora, en ámbitos seguros y confiables, a fin de evitar sesgos de información y asegurar la confidencialidad de quienes integraron la muestra.

Es de señalar que por primera vez en el mundo, en los más de treinta países donde ya se ha realizado este estudio, es una red de jóvenes y adolescentes con VIH la que lleva a cabo el desarrollo y la coordinación del trabajo de campo. Para RAJAP, fue un enorme desafío, ya que fue nuestro primer proyecto nacional de tal envergadura e importancia, del que obtuvimos claros indicadores sobre el estigma y la discriminación que vivimos las personas con VIH. También pudimos relevar los determinantes sociales, culturales y económicos que dejan en evidencia la falta de políticas públicas que contemplen a los sectores más vulnerables y atravesados por el VIH.

Como conclusión, podemos destacar que los resultados alcanzados por el IED nos demuestran que es fundamental que, para poner fin a esta pandemia, las personas con VIH seamos una parte importante de consulta, diagramación, implementación y evaluación de las acciones que dan respuesta a las personas afectadas por el VIH. Es importante desarrollar políticas públicas que contemplen a cada grupo social con un eje principal en las personas jóvenes y en las mujeres. Se debe subrayar que, por primera vez, el informe cuenta con una sección especial sobre las mujeres, algo que nunca se ha incluido en los más de treinta países donde ya se ha relevado este índice. Esto no solo nos pone como ejemplo de la región, sino que nos brinda un panorama con datos confiables sobre el estigma y la discriminación que sufren las mujeres con VIH en la Argentina, víctimas del patriarcado y del machismo de esta sociedad.

Queremos agradecer a las personas de RAJAP que trabajaron en la producción de este índice por su compromiso, profesionalismo y responsabilidad; son jóvenes con VIH con quienes logramos obtener resultados que nos ayudarán a dar una respuesta a la pandemia del VIH en la Argentina y que, además, potencian el acercamiento a más pares, brindando información y contención.

También queremos agradecer el apoyo y la paciencia por parte del personal del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Respuesta al VIH, ONUSIDA, INADI, PNUD y de cada persona que colaboró en las distintas etapas del proceso. Agradecemos especialmente a quienes coordinaron el estudio, a Marisel Zas y, en particular, a Federico Villalba, que fue quien se puso al hombro, por parte de RAJAP, este enorme desafío y, a pesar de las dificultades y de los obstáculos que se atravesaron, demostró que se puede confiar en la juventud y que RAJAP estaba a la altura de este proyecto. Finalmente, agradecemos el enorme compromiso y apoyo de Manuel Da Quinta, asesor de Movilización Comunitaria de ONUSIDA, quien confió en RAJAP y apostó a las personas jóvenes con VIH. Sin su confianza y apoyo en cada momento, no hubiéramos podido implementar ni desarrollar el IED. Por último, agradecemos a todas las personas que, voluntariamente, aceptaron participar del estudio y compartir sus realidades. Su forma de vivir nos da un panorama real sobre el estigma y la discriminación que vivimos las personas con VIH en Argentina.

Es nuestro desafío ahora, como organización de la sociedad civil por los derechos de las personas con VIH, seguir trabajando y que estos resultados nos ayuden y nos sirvan de complemento para mejorar nuestra calidad de vida, dar una respuesta efectiva al compromiso argentino de llegar en 2030 a las metas 95-95-95 y Cero Discriminación.

Emir Franco
Presidente

Red Argentina de Jóvenes y
Adolescentes Positivos Asociación Civil

ACRÓNIMOS Y DEFINICIONES

- **AMBA:** Área Metropolitana de Buenos Aires.
- **CABA:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- **Cis:** apócope de cisgénero, neologismo que refiere a individuos cuya identidad de género coincide con su fenotipo sexual.
- **DRVIHVyT:** Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
- **IED:** Índice de estigma y discriminación hacia personas con VIH 2.0.
- **INADI:** Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo.
- **INDEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- **ITS:** Infecciones de transmisión sexual.
- **LGTBIQ+:** Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales, queers y otros.
- **NEA:** Noreste argentino.
- **NOA:** Noroeste argentino.
- **ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.
- **PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- **P.O.:** Pueblos originarios.
- **RAJAP:** Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos.
- **SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- **TARV:** Tratamiento antirretroviral.
- **T.S.:** Trabajo Sexual
- **VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana.

GLOSARIO

Autoestigma: Los procesos de estigmatización hacia una persona pueden generar en esta una anticipación al rechazo proveniente del entorno familiar, barrial, comunitario o de las instituciones por donde transita o se desenvuelve (efectores de salud, trabajo, escuela, etcétera) aun cuando este no se ha producido. Este fenómeno se denomina autoestigma y está relacionado con ciertas creencias instaladas y con el temor a sufrir situaciones de discriminación, de destrato (devaluación o no reconocimiento) o de violencia por el hecho de poseer cierto atributo.

Autoestigma internalizado: Autoestigma aceptado de manera voluntaria por quien o quienes lo padecen e, incluso, considerado correcto.

Bisexual: Persona que tiene la capacidad de sentir atracción sentimental, emocional o física por personas de su mismo sexo o género, así como también por personas de distinto sexo o género.

Changas: Trabajo ocasional, generalmente en tareas menores, que permite la subsistencia pero que no implica un ingreso fijo.

Cisnormatividad: Sistema que excluye a todas las identidades de género que no sean cisgénero (cuya identidad de género autopercibida se condice con el sexo asignado al nacer), lo que deja por fuera a otras identidades de género (transgénero, el género fluido, no binaria, etcétera).

Comunidad: Conjunto de personas que viven juntas bajo ciertas reglas o que tienen los mismos intereses.

Discriminación: Acto de hacer distinciones injustificadas entre las personas en función de los grupos, clases u otras categorías a las que se percibe que pertenecen. Las personas pueden ser discriminadas por motivos de raza, género, edad, orientación y prácticas sexuales, así como por otras categorías.

Doble estigma: Situación por la cual una persona es discriminada socialmente por su estado serológico, pero también por ser parte de alguna de las poblaciones clave.

Estigma: Según la Real Academia Española, es una marca o señal en el cuerpo. El estigma tiene su origen en Grecia, ya que así eran llamadas las marcas en el cuerpo realizadas con hierro candente a los esclavos que intentaban huir. Este es la identificación que un grupo social crea sobre una persona o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente. Esta identificación supone una descalificación del grupo entero o de la persona por el hecho de ser miembro de este. Por tanto, el estigma es un atributo —visible o invisible— que devalúa, degrada o rebaja a la persona o al grupo de personas que lo poseen en un contexto determinado y en un momento social determinado.

Gay: Hombre que siente atracción sentimental, emocional o física por otros hombres.

Género: Papeles, conductas, actividades y atributos que una sociedad considera adecuados para los hombres, las mujeres, las personas no binarias o de género fluido, y que se aprenden a través de los procesos de socialización.

Género fluido: La identidad de género de una persona que puede fluir entre varios géneros o aunar a más de uno en un mismo momento.

Género no binario: Identidad de género que no se identifica con el binarismo masculino/femenino.

Heteronormatividad: Régimen que establece la heterosexualidad (atracción sexual y afectiva por personas de un género distinto al propio) como esperable y obligatoria, excluyendo e, incluso, patologizando o criminalizando al resto de las orientaciones sexuales. Se destaca que existen diversas orientaciones sexuales, entre las que se pueden mencionar las siguientes: la homosexualidad (atracción

sexual y afectiva por personas del mismo género), la bisexualidad (atracción sexual y afectiva por personas del mismo y de otro género), la pan- sexualidad (atracción sexual y emocional hacia personas independientemente de su sexo o identidad de género); la demisexualidad (atracción sexual únicamente hacia personas con las cuales se ha forjado un vínculo emocional o romántico), entre otras.

Heterosexual: Persona que siente predominante o exclusivamente atracción sentimental, emocional o física por personas de un género distinto al propio (y que culturalmente se lo considera género "opuesto").

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres. Categoría epidemiológica que agrupa a hombres homosexuales, bisexuales y hombres autodefinidos como heterosexuales que tienen prácticas sexuales con otros hombres.

Identidad de género: La profunda vivencia interna e individual del género de una persona, que puede corresponder con el sexo asignado al nacer o no.

Intersexual: Es un término paraguas que describe los cuerpos que quedan afuera de la categoría estricta binaria masculino/femenino. Las formas en las que alguien puede ser intersexual son variadas.

Lesbiana: Persona de género femenino que siente predominante o exclusivamente atracción sentimental, emocional o física por otra persona de género femenino.

MSM: Mujeres que tienen sexo con mujeres. Categoría epidemiológica que agrupa a las mujeres lesbianas, bisexuales y mujeres autodefinidas como heterosexuales que tienen prácticas sexuales con otras mujeres.

Mujer trans: Persona con identidad de género femenina a la que se le ha asignado al nacer el sexo masculino.

Mujer cis: Persona con identidad de género femenina a la que se le ha asignado al nacer el sexo femenino.

Varón cis: Persona con identidad de género masculina a la que se le ha asignado al nacer el sexo masculino.

Varón trans: Persona con identidad de género masculina a la que se le ha asignado al nacer sexo femenino.

Orientación sexual: La capacidad perdurable de cada persona de tener sentimientos profundos de carácter afectivo, emocional o físico, o de sentir atracción por personas de un sexo-género distinto al propio, de uno igual o de diferentes al propio.

Persona desempleada: Persona sin trabajo y sin ingreso fijo para su supervivencia.

Personas gestantes: Toda persona con capacidad de gestar, entre las que, por ejemplo, se pueden mencionar a las mujeres cis, los varones trans, las personas no binarias y de género fluido (con dicha capacidad).

Personas migrantes: Término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones.

Personas que ejercen trabajo sexual: Persona adulta que, sin coacción alguna por parte de terceras personas para ejercer esta actividad, gana dinero u otra forma de retribución mediante el ofrecimiento de un servicio sexual.

Personas trans: La palabra trans significa 'a través de los géneros'. Es un término originado en la comunidad trans y se puede utilizar como una categoría amplia para describir a personas cuya identidad de género no coincide con las categorías de género culturalmente atribuidas al sexo asignado al nacer.

Población clave o de mayor riesgo de exposición al VIH: Aquellos grupos en los cuales la prevalencia de VIH es mayor, por lo que su participación es fundamental para obtener una respuesta de éxito frente al VIH; es decir, es clave en la epidemia y en la búsqueda de una respuesta para esta.

Preocupacional: La Superintendencia de Riesgos del Trabajo, en su resolución 37/2010, establece que los exámenes médicos preocupacionales o de ingreso a un trabajo tienen como propósito determinar la aptitud de la persona postulada conforme sus condiciones psicofísicas para el desempeño de las actividades que se le requerirán. Además, sirven para detectar patologías preexistentes y,

en su caso, para evaluar la adecuación de esta persona —en función de sus características y antecedentes individuales— a aquellos trabajos en los que, eventualmente, podrían estar presentes los agentes de riesgo determinados por el Decreto N.o 658/96.

Pueblos originarios: Denominación colectiva aplicada a las comunidades originarias de América. Corresponde a los grupos humanos descendientes de las culturas precolombinas que han mantenido sus características culturales y sociales, e, incluso, su propia lengua.

Régimen sexo/genérico binario: Este régimen contempla a las personas en solo dos categorías binarias excluyentes y rígidas referidas al sexo y al género, en las que, a partir de rasgos biológicos/anatómicos, solo se contemplan dos únicas posibilidades: varón/mujer o masculino/femenino. A partir de estas, se establecen papeles, comportamientos y expectativas para cada persona. Se asume una supuesta correspondencia entre sexo y género basada en la corporalidad, lo que les da legitimidad únicamente a las mujeres y a los varones cisgénero. Este régimen deja por fuera (no reconoce) una variedad de cuerpos (como, por ejemplo, el de las personas intersex) y de identidades de género y sexuales que existen en el continuo de realidades.

Salud: El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Salud mental: Estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

Transgénero: Término general empleado por personas cuya identidad o expresión de género difiere de las asociadas por la sociedad, en general, con el sexo asignado al nacer.

Transexual: Personas que alteran o desean alterar sus cuerpos a través de intervenciones invasivas o no invasivas y otros medios para que estos afirmen, en el mayor grado posible, sus identidades de género.

Verticales: Las personas con VIH infectadas al nacer.

LISTADO DE GRÁFICOS

FIGURA 1. MUESTRA PLANIFICADA PARA EL ESTUDIO IED 60

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR REGIÓN GEOGRÁFICA 70

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD AGRUPADA 71

FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO AL NACER 72

FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA ORIENTACIÓN Y PRÁCTICA SEXUAL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS 73

FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA IDENTIDAD DE GÉNERO AUTOPERCIBIDA POR LAS PERSONAS ENCUESTADAS 75

FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SU CONDICIÓN DE MIGRANTES (INTERNOS Y EXTERNOS) O NO MIGRANTES 76

FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS 78

FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES BÁSICAS 79

FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN FUNCIÓN DE LA CANTIDAD DE PERSONAS QUE REALIZABAN EL TARV 80

FIGURA 11. PERSONAS QUE EJERCEN TRABAJO SEXUAL DISTRIBUIDAS POR IDENTIDAD DE GÉNERO 81

FIGURA 12. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS SEGÚN SU PARTICIPACIÓN EN REDES DE PERSONAS CON VIH 82

FIGURA 13. PROPORCIÓN DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN LA DIVULGACIÓN DEL DIAGNÓSTICO A PERSONAS CERCANAS (FAMILIA, PAREJA Y AMISTADES) SEGÚN LAS REGIONES ESTUDIADAS 85

FIGURA 14. PROPORCIÓN DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS ANTE LA DIVULGACIÓN DEL ESTADO SEROLÓGICO A PERSONAS CERCANAS (FAMILIA, PAREJA Y AMISTADES), SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 87

FIGURA 15. PROPORCIÓN DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS ANTE LA DIVULGACIÓN DEL ESTADO SEROLÓGICO A PERSONAS NO CERCANAS, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 87

FIGURA 16. PROPORCIÓN DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS ANTE LA DIVULGACIÓN DEL ESTADO SEROLÓGICO A PERSONAS NO CERCANAS, SEGÚN REGIÓN ESTUDIADA 88

FIGURA 17. PROPORCIÓN DE EXCLUSIÓN DE REUNIONES O ACTIVIDADES SOCIALES DEBIDO AL ESTADO SEROLÓGICO, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 89

FIGURA 18. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LA PREGUNTA: “¿ALGUNA VEZ HA SABIDO QUÉ OTRAS PERSONAS (APARTE DE SUS FAMILIARES) HAYAN HECHO COMENTARIO DISCRIMINATORIOS O HAYAN MURMURADO SOBRE USTED DEBIDO A SU ESTADO SEROLÓGICO?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 90

FIGURA 19. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LA PREGUNTA: “¿ALGUNA VEZ LO O LA HAN AGREDIDO VERBALMENTE POR SU ESTADO SEROLÓGICO?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 91

FIGURA 20. RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO Y NEGACIÓN DE FUENTE DE EMPLEO O PÉRDIDA DE ESTE SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 92

FIGURA 21. RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO Y NEGACIÓN DE FUENTE 93

FIGURA 22. PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE DECIDIERON NO ASISTIR A REUNIONES SOCIALES POR SU ESTADO SEROLÓGICO, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS DE EMPLEO O PÉRDIDA DE ESTE SEGÚN LAS REGIONES ESTUDIADAS 94

FIGURA 23. PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE MANIFESTARON ALGUNA DIFICULTAD PARA CONTARLE A LA GENTE SOBRE EL ESTADO SEROLÓGICO, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 95

FIGURA 24. PROPORCIÓN DE ACUERDO CON LA AFIRMACIÓN: "YO ESCONDO MI ESTADO SEROLÓGICO A LOS DEMÁS", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 96

FIGURA 25. PROPORCIÓN DE ACUERDO CON LA AFIRMACIÓN: "YO ESCONDO MI ESTADO SEROLÓGICO A LOS DEMÁS", SEGÚN LAS REGIONES ESTUDIADAS 97

FIGURA 26. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LA PREGUNTA: "EL TEMOR A LO QUE DIRÍAN LOS DEMÁS SI USTED RESULTABA SEROPOSITIVO ¿LE HIZO DUDAR DE HACERSE LA PRUEBA DEL VIH?", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 98

FIGURA 27. PROPORCIÓN DE ACUERDO CON LA AFIRMACIÓN: "DUDÉ O RETRASÉ MI TRATAMIENTO PORQUE ME PREOCUPABA QUE MI PAREJA, FAMILIA O AMIGOS SUPIERAN MI ESTADO SEROLÓGICO", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 99

FIGURA 28. PROPORCIÓN DE ACUERDO CON LA AFIRMACIÓN: "DUDÉ O RETRASÉ MI TRATAMIENTO PORQUE ME PREOCUPABA QUE MI PAREJA, FAMILIA O AMIGOS SUPIERAN MI ESTADO SEROLÓGICO", SEGÚN LAS REGIONES ESTUDIADAS 100

FIGURA 29. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y NEGATVAS A LA PREGUNTA "DUDÓ O RETRASÓ EL TRATAMIENTO PARA VIH PORQUE LE PREOCUPABA QUE OTRAS PERSONAS (NO FAMILIARES O AMIGOS) SE ENTERARAN DE SU ESTADO", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 101

FIGURA 30. PROPORCIÓN DE ACUERDO CON LA AFIRMACIÓN: “DUDÓ DE HACERSE LA PRUEBA DE VIH POR EL TEMOR DE LO QUE PODRÍAN DECIR LOS DEMÁS EN GENERAL SI USTED TENÍA UN RESULTADO POSITIVO”, SEGÚN LAS REGIONES ESTUDIADAS 102

FIGURA 31. PROPORCIÓN DE ACUERDO CON LA AFIRMACIÓN: “EL TEMOR DE QUE ALGUIEN SUPIERA SOBRE SU ESTADO SEROLÓGICO HA PROVOCADO QUE USTED DEJARA DE TOMAR UNA DOSIS DE SU TRATA MIENTO”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 103

FIGURA 32. COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS DEL DOBLE ESTIGMA EN LAS MUJERES TRANS 106

FIGURA 33. COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS DEL DOBLE ESTIGMA EN VARONES GAYS Y HSH 107

FIGURA 34. COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS DEL DOBLE ESTIGMA EN PERSONAS QUE EJERCEN TRABAJO SEXUAL 109

FIGURA 35. COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS DEL DOBLE ESTIGMA EN PERSONAS USUARIAS DE SUSTANCIAS 110

FIGURA 36. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LA PREGUNTA: “¿FUE OBLIGADO/A A HACERSE LA PRUEBA DEL VIH O A DIVULGAR SU ESTADO SEROLÓGICO PARA OBTENER UNA VISA O RESIDENCIA/APLICAR PARA UN EMPLEO/ ASISTIR A UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA/CONSEGUIR ATENCIÓN MÉDICA/OBTENER UN SEGURO?” 116

FIGURA 37. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LA PREGUNTA: “¿FUE OBLIGADO/A A HACERSE LA PRUEBA DEL VIH O A DIVULGAR SU ESTADO SEROLÓGICO PARA OBTENER UNA VISA O RESIDENCIA/APLICAR PARA UN EMPLEO/ASISTIR A UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA/CONSEGUIR ATENCIÓN MÉDICA U OBTENER UN SEGURO?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 117

FIGURA 38. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LA PREGUNTA: “¿FUE OBLIGADO/A A DIVULGAR SU ESTADO SEROLÓGICO O ESTE FUE DIVULGADO PÚBLICAMENTE SIN SU CONSENTIMIENTO?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 118

FIGURA 39. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS A LA PREGUNTA: "EN SU PAÍS, ¿EXISTEN LEYES QUE PROTEJAN A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH CONTRA LA DISCRIMINACIÓN?", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 120

FIGURA 40. PROPORCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA CONSIDERACIÓN DEL ESTADO DE CONFIDENCIALIDAD DE SU HISTORIA CLÍNICA, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 121

FIGURA 41. PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE MARCARON LA OPCIÓN "LE HA EXPLICADO A UNA PERSONA QUE LO/A ESTABA DISCRIMINANDO QUÉ SIGNIFICA EL VIH/QUÉ SIGNIFICA EL ESTIGMA", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 122

FIGURA 42. PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE MARCARON LA OPCIÓN "LE HA EXPLICADO A UNA PERSONA QUE LO/A ESTABA DISCRIMINANDO QUÉ SIGNIFICA EL VIH/QUÉ SIGNIFICA EL ESTIGMA", SEGÚN LAS REGIONES ESTUDIADAS 123

FIGURA 43. PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE BRINDARON APOYO EMOCIONAL, ECONÓMICO O DE OTRO TIPO PARA AYUDAR A ALGUIEN CON VIH A ENFRENTAR EL ESTIGMA O LA DISCRIMINACIÓN, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 124

FIGURA 44. PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE BRINDARON APOYO EMOCIONAL, ECONÓMICO O DE OTRO TIPO PARA AYUDAR A ALGUIEN CON VIH A ENFRENTAR EL ESTIGMA O LA DISCRIMINACIÓN, SEGÚN LAS REGIONES ESTUDIADAS 125

FIGURA 45. PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE PARTICIPARON EN UNA ORGANIZACIÓN O CAMPAÑA EDUCATIVA DESTINADA A ENFRENTAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON VIH, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 126

FIGURA 46. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE EL ESTADO DE SALUD GENERAL AUTODEFINIDO, DISTRIBUIDA POR EDAD, IDENTIDAD DE GÉNERO, ORIENTACIÓN Y PRÁCTICA SEXUAL, TRABAJO SEXUAL, MIGRANTES, SITUACIÓN EDUCACIONAL, Y NECESIDADES BÁSICAS 129

FIGURA 47. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y NEGATIVAS A LA PREGUNTA: "¿DA CUENTA DE SU ESTADO SEROLÓGICO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR CONSULTAS NO RELACIONADAS CON EL VIH?", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 131

FIGURA 48. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y NEGATIVAS A LA PREGUNTA: "¿DA CUENTA DE SU ESTADO SEROLÓGICO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR CONSULTAS NO RELACIONADAS CON EL VIH?", DISTRIBUIDA SEGÚN LAS REGIONES ESTUDIADAS 132

FIGURA 49. PROPORCIÓN GENERAL DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LA SIGUIENTE PREGUNTA: "EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, AL BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA NO RELACIONADA CON EL VIH, ¿RECIBIÓ USTED ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES TRATOS?" 133

FIGURA 50. PROPORCIÓN GENERAL DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LA SIGUIENTE PREGUNTA: "EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ALGUIEN DEL EQUIPO DE SALUD HA TOMADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACCIONES?" 135

FIGURA 51. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y NEGATIVAS A LA SIGUIENTE PREGUNTA: "¿FUE DECISIÓN SUYA HACERSE LA PRUEBA DEL VIH?", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 137

FIGURA 52. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS A LA SIGUIENTE PREGUNTA: "¿FUE DECISIÓNSUYA HACERSE LA PRUEBA DEL VIH?", SEGÚN LAS REGIONES ESTUDIADAS 138

FIGURA 53. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS A LA SIGUIENTE PREGUNTA: "¿MÁS O MENOS CUÁNTO TIEMPO PASÓ DESDE EL MOMENTO EN QUE USTED PENSÓ POR PRIMERA VEZ EN HA- CERSE LA PRUEBA DEL VIH Y CUANDO SE HIZO LA PRUEBA DEL VIH?", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 139

FIGURA 54. PROPORCIÓN GENERAL DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE ITS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y PADECIMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL TAMBIÉN EN ESTE PERÍODO 140

FIGURA 55. PROPORCIÓN DE PERSONAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTRAN EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 143

FIGURA 56. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA CONSTANCIA EN LA TOMA DIARIA DEL TARV, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 144

FIGURA 57. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y NEGATIVAS A LA SIGUIENTE PREGUNTA: "EN EL ÚLTIMO MES ¿SE OLVIDÓ DE TOMAR O DECIDIÓ NO TOMAR SU MEDICACIÓN POR 2 O MÁS DÍAS?" SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 145

FIGURA 58. PROPORCIÓN DE RAZONES POR LAS CUALES LAS PERSONAS DEJARON DE TOMAR LA MEDICACIÓN, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 146

FIGURA 59. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS EN EL SERVICIO DE SALUD DONDE SE ATENDÍAN POR VIH (INCONVENIENTES PARA CONSEGUIR TURNOS, HORARIOS DE ATENCIÓN REDUCIDOS, ETCÉTERA), SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 147

FIGURA 60. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS A LA PREGUNTA: "CUANDO USTED SE SIENTE MAL, ¿DEJA DE TOMAR LA MEDICACIÓN PARA VIH?", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 148

FIGURA 61. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS A LA PREGUNTA: "EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿TUVO QUE SUSPENDER SU TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, AUNQUE SEA UN DÍA, POR FALTA DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD?" 149

FIGURA 62. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE MUJERES SEGÚN EL RANGO ETARIO 174

FIGURA 63. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE MUJERES POR ORIENTACIÓN Y PRÁCTICA SEXUAL 175

FIGURA 64. DISTRIBUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS ENTRE LAS MUJERES ENCUESTADAS, SEGÚN GÉNERO, ORIENTA- CIÓN Y PRÁCTICAS SEXUALES, PERTENENCIA A GRUPOS O COLECTIVOS SELECCIONADOS Y EDAD 177

FIGURA 65. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE ACORDARON CON LA AFIRMACIÓN: "DIVULGAR SU ESTADO SEROLÓGICO A LAS PERSONAS CERCANAS A USTED (PAREJA, FAMILIA, AMIGOS, AMIGAS) HA SIDO UNA EXPERIENCIA NEGATIVA", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 179

FIGURA 66. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE ACORDARON CON LA AFIRMACIÓN: “DIVULGAR SU ESTADO SEROLÓGICO A LAS PERSONAS NO CERCANAS A USTED HA SIDO UNA EXPERIENCIA NEGATIVA”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 180

FIGURA 67. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA: “¿ALGUNA VEZ HA SIDO EXCLUIDA DE REUNIONES O ACTIVIDADES SOCIALES DEBIDO A SU ESTADO SEROLÓGICO?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 181

FIGURA 68. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA: “¿ALGUNA VEZ HA SIDO AGREDIDA VERBALMENTE POR SU ESTADO SEROLÓGICO?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 182

FIGURA 69. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE ACORDARON CON LA AFIRMACIÓN: “ES DIFÍCIL CONTARLE A LA GENTE SOBRE MI INFECCIÓN DEL VIH”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 183

FIGURA 70. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE ACORDARON CON LA AFIRMACIÓN: “ESCONDO MI ESTADO SEROLÓGICO A LAS DEMÁS PERSONAS”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 184

FIGURA 71. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE ACORDARON CON LA AFIRMACIÓN: “HE DECIDIDO NO ASISTIR A REUNIONES SOCIALES”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 185

FIGURA 72. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA: “¿EL TEMOR DE LO QUE DIRÍAN LOS DEMÁS (AMISTADES, FAMILIARES, JEFE O COMUNIDAD) SI USTED RESULTABA SEROPOSITIVO LE HIZO DUDAR DE HACERSE LA PRUEBA DEL VIH?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 186

FIGURA 73. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS A LA PREGUNTA: “¿FUE DECISIÓN SUYA HACERSE LA PRUEBA DEL VIH?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 188

FIGURA 74. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS A LA PREGUNTA: “¿CUÁL ES EL TIEMPO ESTIMADO QUE PASÓ DESDE EL MOMENTO QUE PENSÓ EN HACERSE LA PRUEBA DEL VIH POR PRIMERA VEZ HASTA QUE SE HIZO LA PRUEBA DEL VIH?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 190

FIGURA 75. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS A LA PREGUNTA POR SU CONDICIÓN GENERAL DE SALUD, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 191

FIGURA 76. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA: "¿DUDÓ O RETRASÓ LA ATENCIÓN O EL TRATAMIENTO PARA VIH PORQUE LE PREOCUPABA QUE SU PAREJA, FAMILIA O AMISTADES SUPIERAN SU ESTADO SEROLÓGICO?", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 192

FIGURA 77. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA: "EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA SIDO DIAGNOSTICADA CON ALGUNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL?", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 193

FIGURA 78. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA: "EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA PADECIDO ALGÚN PROBLEMA PSICOLÓGICO (ANSIEDAD, DEPRESIÓN, INSOMNIO, ESTRÉS, ETCÉTERA)?", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 194

FIGURA 79. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE AFIRMARON QUE HABÍAN SIDO OBLIGADAS A REVELAR SU ESTADO SEROLÓGICO O ESTE HABÍA SIDO DIVULGADO SIN SU CONSENTIMIENTO, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 196

FIGURA 80. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS A LA PREGUNTA: "¿CREE USTED QUE SU HISTORIAL MÉDICO RELACIONADO CON SU ESTADO SEROLÓGICO ES MANTENIDO DE FORMA CONFIDENCIAL?", SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 197

FIGURA 81. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE MANIFESTARON QUE EL PERSONAL DE SALUD HABÍA EVITADO EL CONTACTO FÍSICO CON ELLAS O HABÍAN TOMADO PRECAUCIONES ADICIONALES (COMO USAR DOBLE GUANTE) DEBIDO A SU ESTADO SEROLÓGICO, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 198

FIGURA 82. PROPORCIÓN DE MUJERES A QUIENES LES ACONSEJARON NO TENER HIJOS EN SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 199

FIGURA 83. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LA SIGUIENTE PREGUNTA: “EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ALGUIEN DEL EQUIPO DE SALUD HA TOMADO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ACCIONES ÚNICAMENTE DEBIDO A SU ESTADO SEROLÓGICO?”, EN MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE RESPONDIERON A LA ENCUESTA 201

FIGURA 84. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE LA PREGUNTA: “¿HA SUFRIDO ABUSOS TALES COMO SER OBLIGADA A HACERSE LA PRUEBA DEL VIH O A DIVULGAR SU ESTADO SEROLÓGICO PARA APLICAR A UN TRABAJO O ADQUIRIR UN PLAN DE PENSIÓN?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 202

FIGURA 85. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA: “¿LE HA EXPLICADO A UNA PERSONA QUE LA ESTABA DISCRIMINANDO QUÉ SIGNIFICA EL VIH/QUÉ SIGNIFICA EL ESTIGMA?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 203

FIGURA 86. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA: “¿LE HA BRINDADO APOYO EMOCIONAL, ECONÓMICO O DE OTRO TIPO PARA AYUDAR A ALGUIEN CON VIH A ENFRENTAR EL ESTIGMA O LA DISCRIMINACIÓN?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 204

FIGURA 87. PROPORCIÓN DE MUJERES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA: “¿HA PARTICIPADO EN UNA ORGANIZACIÓN O CAMPAÑA EDUCATIVA DESTINADA A ENFRENTAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON VIH?”, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS 205

AGRADECIMIENTOS

• Se agradece de modo vehemente a todas las personas con VIH que fueron encuestadas. Gracias a su compromiso, hay una mirada de las vivencias de las personas con VIH en Argentina y se puede trabajar conjuntamente para mejorar la calidad de vida de la población. Sin su interés y su enfrentamiento al estigma social que cotidianamente padecen, no se habría podido llevar a cabo el presente estudio ni las recomendaciones que de este se desprenden. Gracias a quienes participaron en este estudio es posible la lucha por mejores condiciones de vida para las personas con VIH.

• Se agradece a quienes supervisaron y realizaron las encuestas en las cuatro regiones del país donde se llevó a cabo el estudio por su trabajo, su predisposición y su compromiso.

• Se agradece al personal de salud de los servicios de Infectología de los hospitales de las cuatro regiones que recibieron al equipo de esta investigación y que realizaron el primer acercamiento a los usuarios del sistema, por lo que fueron un nexo invaluable para la confianza.

• Se agradece a los programas provinciales de VIH, que acompañaron al equipo en el acercamiento a los servicios de Infectología de los hospitales, sobre todo, en las regiones de NEA, NOA y Cuyo.

• Se agradece al equipo técnico de seguimiento y acompañamiento, por disponer siempre su opinión y su sapiencia para desarrollar un estudio serio y de calidad. El trabajo en equipo en cada una de las acciones desarrolladas, desde el diseño del estudio hasta el informe final, fue un pilar para que la misión resultara exitosa.

• Se agradece a las organizaciones de la sociedad civil, a los organismos de gobierno nacionales, a las organizaciones internacionales y a las organizaciones no gubernamentales que trabajaron para que el presente estudio reflejara la realidad de las personas con VIH en Argentina y sirviera de herramienta para seguir trabajando por una mejor calidad de vida para todas las personas.

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio **Índice de Estigma y discriminación hacia las personas con VIH 2.0** realizado en Argentina es un estudio cuantitativo no representativo de tipo transversal realizado en las regiones de NEA, NOA, Cuyo y AMBA. Su objetivo principal fue conocer el grado/nivel y las formas de estigma y discriminación que enfrentan las personas con VIH y las poblaciones clave en Argentina en los diversos ámbitos de la sociedad (social, comunitario, educacional, de salud, trabajo y legal).

El estudio se desarrolló en tres etapas: el trabajo de campo, que se dividió en una primera fase en la región AMBA y una segunda fase en las regiones NEA, NOA y CUYO; una segunda etapa de carga de datos, y una tercera etapa de análisis de datos, redacción de conclusiones, recomendaciones y validación del estudio.

Además de arrojar datos sobre el estado de situación del estigma y de la discriminación hacia personas con VIH en Argentina, y enfocarse específicamente en la situación de las denominadas poblaciones clave, el estudio es una herramienta de empoderamiento para las personas con VIH y las poblaciones clave, sus redes y comunidades locales, lo que constituye un ingrediente crítico para que se renueve el principio de mayor involucramiento de las personas con VIH/sida o afectadas por este (MIPA, 1994).

La población de estudio fueron personas con VIH, particularmente de las poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas migrantes, personas de pueblos originarios (PO), personas que ejercen trabajo sexual y mujeres trans. Los criterios de inclusión fueron tener más de 16 años y firmar un consentimiento informado, ser una persona VIH positiva con más de 12 meses de conocimiento del diagnóstico y residir en Argentina. El estudio se llevó a cabo utilizando y adaptando las herramientas globales, incluidos el cuestionario y la guía del usuario del estudio, para su implementación a nivel nacional. Las encuestas fueron llevadas a cabo por personas formadas a través de talleres presenciales, para quienes era condición el diagnóstico de VIH positivo.

El tamaño inicial de la muestra fue de 1.200 casos y esto se acordó por conveniencia no probabilística, al igual que su división por regiones priorizadas: 600 casos en AMBA, 200 en NEA, 200 en Cuyo y 200 en NOA. Finalmente, debido a la pandemia de COVID-19 y el aislamiento social preventivo y obligatorio determinado por el Gobierno nacional a partir de marzo de 2020, la muestra quedó conformada por 948 casos distribuidos del siguiente modo: 122 en NEA, 77 en Cuyo, 150 en NOA y 599 en AMBA. La muestra está compuesta por 13% de personas jóvenes menores de 24 años, 47% de personas adultas de entre 25 y 39 años

y 40% de personas mayores de 40 años. En cuanto al género, se compone por 30% de mujeres cis, 5% de mujeres trans y 63% de varones cis, un 2% no dio cuenta de su género. El 19% de la muestra está compuesta por población migrante (interna y externa). El 49% de las personas encuestadas dijo estar desocupada o haciendo changas y el 44% dijo tener sus necesidades básicas insatisfechas. Es importante destacar que, en cuanto a la salud, el 95% de las personas encuestadas dijo cumplir con el TARV.

Los resultados de la muestra se dividieron en cuatro secciones, las tres primeras referidas a la muestra total encuestada, en las que se analizó el estigma y la discriminación en el marco de la comunidad, particularmente en lo que refiere a la divulgación del diagnóstico y a las poblaciones clave. La segunda sección desarrolló los derechos humanos y la tercera sección hizo referencia a la salud, donde se destacó un apartado sobre adherencia al TARV, lo cual derivó de un agregado de nueve preguntas adicionales al cuestionario original del IED. Por último y derivada de las importantes conclusiones surgidas en referencia al colectivo de mujeres, se desarrolló una sección donde se articularon las principales legislaciones en términos de género e igualdad de oportunidades en Argentina y el análisis exclusivo del colectivo de mujeres en toda su diversidad.

A fin de realizar un estudio en concordancia con la realidad de las personas con VIH y las poblaciones clave estudiadas, se atravesaron dos procesos de socialización con organizaciones de la sociedad civil, las agencias del Estado y los organismos internacionales. El primero fue un taller, donde se presentaron los primeros avances del análisis de datos derivados del trabajo de campo, con la participación principal de organizaciones de la sociedad civil y agencias del Estado. A partir de este taller, se redactaron las primeras conclusiones y una serie de recomendaciones para la incidencia política incorporadas al informe final. El segundo proceso se realizó a través de una consulta de validación de los datos obtenidos. Para ello, se envió el documento preliminar a las distintas agencias del Estado y se les solicitó la lectura y presentación de comentarios y observaciones, a fin de incorporarlos en el informe final.

RESULTADOS

COMUNIDAD

Un 16% del total de la muestra percibió negativamente la revelación de su estado serológico a personas cercanas (familiares, amistades y parejas). Esta experiencia se vio intensificada en las regiones de NEA, con un 27%, y NOA, con un 28% de los casos. Esta experiencia negativa fue más identificada por las mujeres cis (22%) y por las personas heterosexuales (22%). La problemática de la divulgación del estado serológico se acrecentó al indagar por la divulgación a personas no cercanas. Un 39% de las personas encuestadas refirió experiencias negativas al momento de divulgar su estado serológico a personas no cercanas. Aquí aparecieron los jóvenes menores de 24 años con una importante presencia: el 47% afirmó que la divulgación a personas no cercanas fue una experiencia negativa. Del mismo modo lo refirieron un 50% de las mujeres trans y un 47% de las mujeres cis. La divulgación a personas no cercanas analizada por regiones muestra que en todas ellas hubo un incremento de los porcentajes respecto de la revelación a personas cercanas, que superaron el 30% de los casos en todas las regiones y muestran un importante aumento de las respuestas afirmativas en NEA y Cuyo, con un 56% y un 52%, respectivamente. Por último, un 78% de las personas encuestadas manifestó tener dificultades para hacer público su diagnóstico. Las poblaciones más afectadas fueron las MSM, con un 86% de respuestas afirmativas, seguidas por las personas migrantes internas, con un 84% de casos afirmativos.

Un 10% de las personas encuestadas dio cuenta de haber sido excluida de reuniones sociales por su estado serológico. La proporción es mayor cuando se considera a determinados colectivos de personas; por ejemplo, el 18% de las

mujeres trans que participaron de la encuesta dijeron haber sido excluidas de alguna reunión social por su estado serológico, seguidas por las MSM, con un 16% de los casos.

Un 17% de las personas encuestadas declaró haber tenido que realizarse el examen de VIH para el ingreso a un empleo. Las poblaciones más afectadas fueron las personas con necesidades básicas insatisfechas, con un 25% de los casos; las personas de más de 40 años, con un 24% de los casos; y las personas con secundario incompleto, con un 21% de los casos.

Las personas menores de 24 años fueron quienes más afirmaron, con un 26% de los casos, haber decidido no asistir a una reunión social por su estado serológico. Las mujeres cis, nuevamente, mostraron porcentajes altos y reconocieron su autoestigma en un 23% de los casos.

El 66% del total de la muestra refirió no revelar su estado serológico a los demás. Las poblaciones más afectadas, en este caso, fueron las personas migrantes externas, con un 82%, y las mujeres trans, con un 76% de respuestas afirmativas. Dentro de este mismo análisis, cuando se analizaron los resultados por regiones, las más afectadas por no revelar el diagnóstico a terceros fueron el NEA y el NOA, con 79% y 77% de casos afirmativos, respectivamente.

El 30% de las personas encuestadas dijo haber dudado de hacerse la prueba de VIH por miedo a que otras personas lo supieran. Las personas menores de 24 años y las mujeres trans fueron quienes más contestaron afirmativamente, con un 43 y 40% en cada caso. Siguiendo el mismo criterio, pero con la pregunta sobre el miedo a que las personas cercanas lo supieran, se observa que esta variable ascendió a 62% de las personas encuestadas en general. Las poblaciones más afectadas fueron las MSM, con un 76% de respuestas afirmativas, y las personas migrantes internas, con un 72% de los casos. Las regiones de NEA y NOA, presentaron los mayores porcentajes, con 52 y 57%, respectivamente. Por su parte un 42% de las personas encuestadas dudó o retrasó el inicio del tratamiento por miedo a lo que pudieran pensar los demás. Las personas con secundario incompleto y aquellas con necesidades básicas insatisfechas, con un 49% de los casos en cada una de estas poblaciones, fueron las que más refirieron esta duda o el retraso en el inicio del TARV.

MUJERES Y COMUNIDAD

El 14% de las mujeres afirmó haber sufrido discriminación y ser excluidas de reuniones o actividades sociales debido a su estado serológico; entre ellas, presentaron un mayor porcentaje las mujeres trans (18%) y las mujeres que tienen sexo con mujeres y mujeres lesbianas (16%).

El 31% de la muestra de mujeres respondió haber sido agredida verbalmente por su estado serológico; este tipo de violencia dirigida hacia la diversidad de las mujeres se manifiestan en mayor porcentaje entre las mujeres que tienen sexo con otras mujeres y las mujeres lesbianas (47%), las mujeres migrantes internas (48%) y las mujeres pertenecientes a pueblos originarios (54%). Al analizar esta variable por edad, las mujeres jóvenes refirieron haber recibido agresiones verbales en mayor proporción (35%) que otros grupos etarios de mujeres.

En términos generales, el 82% de las mujeres en toda su diversidad respondieron que les resultaba difícil revelar su estado seropositivo. Los porcentajes más altos se encontraron entre las mujeres pertenecientes a pueblos originarios (92%) y las mujeres migrantes internas (90%).

Las mujeres jóvenes, además, presentaron mayores porcentajes de autoestigma, lo que las constituyó en el grupo etario que en mayor porcentaje no revelaba su estado serológico (84%); asimismo, una proporción de ellas (32%) prefería no asistir a reuniones o actividades sociales. Las mujeres migrantes externas refirieron una tendencia a no revelar su estado serológico en un alto porcentaje (77%). Las mujeres trans también afirmaron que no revelaban su estado serológico frente a otras personas (72%).

Las mujeres jóvenes fueron el grupo etario que mostró mayor duda al momento de realizarse la prueba de VIH por temor a lo que dijeran las otras personas en caso de resultado positivo (55%).

POBLACIONES CLAVES. DOBLE ESTIGMA

Las mujeres trans declararon que el estigma más presente era el de haber recibido comentarios discriminatorios por parte de personas cercanas (familia) debido a su identidad de género autopercibida, con un 64% de respuestas afirmativas. Cuando este tipo de acto discriminatorio se produjo con motivo de su situación serológica positiva, el porcentaje de respuestas afirmativas disminuyó al 35%. Algo similar ocurrió con la exclusión de actividades familiares: el estigma por ser mujer trans se ubicó 44 puntos por encima del motivado por ser seropositiva, que fue de un 16%. En igual sentido, los porcentajes de agresión por su identidad de género (47%) casi triplican lo ocurridos por su condición serológica (16%). Se observó que el 36% de las mujeres trans declararon haber sido chantajeadas por su identidad de género.

Un 47% de los HSH encuestados dijo haber recibido comentarios discriminatorios por parte de su familia debido su práctica u orientación sexual, mientras que un 25% dijo haberlos recibido por ser seropositivo. La exclusión de actividades familiares también mostró indicadores importantes, sobre todo en lo que respecta a prácticas o a la orientación sexual: mientras que un 11% de ellos dijo haber sido excluido por ser seropositivo, el 27% de los HSH encuestados declaró que la exclusión de actividades familiares se debían a sus prácticas u orientación sexual.

El 44% de las personas encuestadas que ejercían trabajo sexual dijeron haber sufrido comentarios discriminatorios por parte de su familia por esta práctica. Una variable similar fue haber recibido alguna agresión, en la que un 40% dijo haberla sufrido por ejercer trabajo sexual. El 30% de las personas encuestadas que ejercían trabajo sexual dijeron también haber sido chantajeadas por ello, mientras que el 25% dijeron haber sido excluidas de actividades familiares, también, por ejercerlo. En todos los indicadores relevados en esta población, el estigma por ejercer el trabajo sexual fue mayor que el vivido por su condición serológica.

El 30% de las personas usuarias de sustancias encuestadas dijo haber sido excluido de actividades familiares debido a esa práctica, mientras que la exclusión por ser seropositivas fue del 14%, lo que muestra una duplicación del estigma en el primero de los casos. Por un lado, el 43% de quienes dieron cuenta de ser

personas usuarias de sustancias dijo haber recibido comentarios discriminatorios de su familia debido a esa práctica, mientras que un 32% dijo, además, haber padecido esta discriminación por su condición seropositiva. El 11% de las personas encuestadas que declararon ser usuarias de sustancias dijo haber recibido agresiones por ello, indicador que se mantuvo en la variable de haber sido agredidas por ser seropositivas. Un caso similar ocurre en la variable de haber vivido una situación de chantaje: el 11% declaró haber sido chantajeado por ser una persona usuaria de sustancias y el 9%, por su condición seropositiva.

DERECHOS HUMANOS

Un 29% de las personas encuestadas desconocían si existía legislación sobre VIH en Argentina y un 6% declaró que no existía dicha legislación. Las mujeres cis y las personas heterosexuales mostraron un alto porcentaje de desconocimiento de las leyes sobre VIH. Un 34% de ambas poblaciones desconocía la existencia de la legislación al respecto, mientras que un 9% y un 8%, respectivamente, declararon la inexistencia de leyes al respecto.

Un 48% de las personas encuestadas en el presente estudio declaró que consideraba que su historia clínica no se mantenía en confidencialidad, lo que mostró que casi la mitad de la muestra dudaba de los métodos que deben resguardarla.

MUJERES Y DERECHOS HUMANOS

El 12% de las mujeres de la muestra respondió que había sido obligada a divulgar su estado serológico o que este había sido revelado públicamente sin su consentimiento. El 40% de las mujeres encuestadas no sabía si sus registros médicos eran confidenciales. Entre los grupos o identidades de mujeres en los que se dio esto, en mayor medida, se encontraban las mujeres que ejercen trabajo sexual y las mujeres trans.

El 14% de las mujeres encuestadas respondió haber sufrido situaciones de discriminación en efectores de salud; nuevamente, aquí aparecieron las mujeres jóvenes como grupalidad y rango etario con mayores porcentajes.

El 13% de las mujeres encuestadas afirmó que, en los servicios de salud, le habían aconsejado no gestar. Los mayores porcentajes de este tipo de violencia fueron referidos por las mujeres de los pueblos originarios (23% de ellas lo mencionaron) y, si se considera la edad de quienes la refirieron, la mayor proporción se dio en las mujeres jóvenes (22%).

El 15,6% de las personas gestantes afirmó que había sido obligada a tomar medicamentos antirretrovirales durante el embarazo para reducir el riesgo de transmisión del VIH, en lugar de recibir asesoramiento sobre esto como una opción más. Asimismo, un 13,2% de las mujeres y personas gestantes afirmaron haber sido "presionadas a utilizar un método particular para dar a luz", y un elevado porcentaje de mujeres y personas gestantes (19,8%) declararon haber sido "presionadas para utilizar una forma de lactancia específica".

Un 36% de mujeres encuestadas afirmaron encontrarse empoderadas y contar con capacidad de agencia frente a una situación de discriminación y estigmatización por VIH, que les permite explicarles a las personas el significado e impacto de su acción o práctica discriminatoria. Las mujeres jóvenes presentaron mayores porcentajes de agencia.

Fueron los grupos o colectivos de mujeres más estigmatizadas y discriminadas en la sociedad en general quienes mayormente afirmaron haber brindado apoyo emocional, económico u otro tipo de ayuda a otras personas con VIH: las mujeres migrantes externas (67%), las mujeres que ejercen trabajo sexual (64%), las mujeres de pueblos originarios (62%), las mujeres que tienen sexo con mujeres y las mujeres lesbianas (63%), y las mujeres trans (61%).

Las mujeres que tienen sexo con mujeres y las mujeres lesbianas (31%), así como las mujeres trans (32%) presentaron mayores porcentajes de participación en organizaciones de la sociedad civil en el marco del VIH.

SALUD

El 44% de las personas encuestadas dieron cuenta de no informar su diagnóstico en los centros de salud a los que acudían por cuestiones no relacionados con VIH y con su estado serológico. En las regiones NEA y NOA, fue donde se detectaron los menores porcentajes de respuestas afirmativas sobre este punto, con un 26% y 34%, respectivamente. Un 11% de la muestra dio cuenta de situaciones en las que el personal de salud evitó tener contacto físico y esta fue la situación de estigma más declarada por las personas encuestadas.

Un 76% de las personas encuestadas declararon haber dado su consentimiento para la realización de la prueba de VIH. Del mismo modo, en la totalidad de la muestra, se observó que los porcentajes de consentimiento siempre superaron el 60% de los casos. El colectivo que en mayor medida declaró haber sido presionado para realizarse la prueba de VIH fue el de mujeres trans, con un 18% de los casos. Un 76% del total de la muestra dio cuenta de que decidió iniciar el TARV a los seis meses o menos de haber recibido el diagnóstico (todas las poblaciones clave mostraron porcentajes sobre el 60% de los casos).

MUJERES Y SALUD

Un 16% de las mujeres encuestadas respondieron que habían sido presionadas por otras personas para realizarse la prueba del VIH. Esta situación se refirió en mayor medida entre las mujeres pertenecientes a pueblos originarios (23%) y entre las migrantes externas (19%).

El 11% de las mujeres de la muestra dijo que se les había hecho la prueba de VIH sin su consentimiento y que lo supieron cuando se les comunicó el resultado; entre los grupos y colectivos de mujeres, las migrantes internas (19%), las bisexuales (17%) y las mujeres de pueblos originarios (15%) fueron las que presentaron mayores porcentajes.

Se destaca un 15% de mujeres jóvenes que declararon haber tardado entre seis meses y dos años en realizarse la prueba de VIH, luego de haber pasado por alguna situación de riesgo o percibido que acaso estuvieran infectadas. Sin embargo, fue en las categorías etarias de mujeres de 25 a 39 años y mayores de 40 que se evidenciaron porcentajes elevados de mujeres que afirmaron haber

tardado más de dos años: el 11% de las mujeres de 25 a 39 años y el 15% de las de 40 años o más así lo refirieron, lo que implica una considerable cantidad de tiempo que pudo llegar a comprometer gravemente su salud. El 13% de las mujeres trans afirmó haber tardado entre seis meses y dos años en realizarse la prueba del VIH, y un porcentaje más bajo (8%) afirmó haber tardado más de dos años, lo que fue semejante al porcentaje de mujeres que ejercen trabajo sexual (6%) que también tardaron más de dos años en la realización de la prueba de VIH.

Un 40% de las mujeres cis y un 41% de las mujeres heterosexuales retrasaron la atención o el tratamiento para VIH por temor a que su entorno (pareja, familia, amistades) conociera su estado serológico.

El 29% de las mujeres trans y el 26% de las mujeres que ejercen trabajo sexual afirmaron que fueron diagnosticadas con alguna infección de transmisión sexual (ITS) en el último año.

El 50% de las mujeres pertenecientes a pueblos originarios encuestadas sufrieron algún padecimiento psicológico (ansiedad, depresión, insomnio, estrés, etcétera) a raíz de su estado serológico en el último año.

ADHERENCIA AL TARV

Un 76% del total de la muestra dio cuenta de que decidió iniciar el TARV a los seis meses o menos de haber recibido el diagnóstico (todas las poblaciones clave mostraron porcentajes superiores al 60%).

Un 75% de las personas encuestadas en general dio cuenta de no haber tenido dificultades en la atención en los servicios de salud de VIH; sin embargo, las mujeres trans declararon, con un 39% de respuestas afirmativas, que tuvieron dificultades en los servicios de salud de VIH y las personas que ejercen trabajo sexual presentaron un 33% de respuestas afirmativas.

CONCLUSIONES

La primera conclusión general del IED es que el estigma y la discriminación por el estado serológico positivo sigue siendo un hecho considerable en Argentina. Las poblaciones clave siguen siendo las más estigmatizadas y el estigma se duplica por la doble situación de ser seropositivo y miembro de dichas poblaciones.

La divulgación del estado serológico es el ítem en que se observan mayores indicios de estigma y discriminación social y, como consecuencia de ello, de autoestigma y de autoestigma internalizado. El valor más destacado se registró en la divulgación a personas no cercanas, momento sobre el que parte de la muestra dijo haber tenido una experiencia negativa. Las mujeres trans fueron las más afectadas por ello (50%). A las personas con VIH les sigue resultando difícil hacer público su estado serológico.

Se registra un retraso en el inicio del tratamiento (TARV) como consecuencia del estigma. Esto se extiende a todos los ámbitos, e incluso lleva a las personas a evitar dar cuenta de su estado serológico al momento de hacerse atender en centros de salud por cuestiones no relacionadas con el VIH.

Las relaciones laborales siguen siendo una instancia de estigma para las personas con VIH. Un 35% de la muestra declaró no conocer las leyes que refieren al VIH o directamente consideraban que no existían.

MUJERES

Uno de los hallazgos más significativos de la sección “Mujeres” del estudio IED 2021 es el nivel de estigma y de autoestigma que presentan las mujeres jóvenes con VIH. Desde el entorno social y comunitario, en diferentes ámbitos (sistema de salud, laboral, entre otros), se continúa estigmatizando y discriminando a las mujeres con VIH, en especial, a las jóvenes. El estigma, el autoestigma y la discriminación se constituyen en barreras simbólicas para las mujeres jóvenes (y a las mujeres en general) en el acceso a las pruebas del VIH; esto condiciona la posibilidad de obtener un diagnóstico oportuno y de acceder a tratamiento del VIH, lo que impacta de manera directa en su estado de salud, calidad de vida y bienestar general.

En relación con los diversos grupos y colectivos de mujeres, las mujeres trans son una de las poblaciones clave que presentan mayores niveles de estigma y discriminación por VIH en el sistema de salud y en la sociedad en general. Para estas mujeres, el estigma del VIH se refuerza con otro, derivado de una identidad de género que rompe con el régimen binario sexo/genérico, y las deja más expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social.

Se destaca una proporción de mujeres cis y mujeres heterosexuales cuyas malas condiciones de salud se derivan de haber retrasado la atención o el tratamiento del VIH por temor a que su entorno (pareja, familia, amistades) conozca su estado serológico.

Otro dato significativo está relacionado con la persistencia, en el sistema de salud, de prácticas institucionales y profesionales que incumplen con las normativas vigentes mencionadas en el apartado “Avances normativos y reconocimiento de derechos de las mujeres con VIH y con sida” y que son, además, violatorias de los derechos de las mujeres con VIH o generan algún tipo de violencia de género enunciadas en los tratados internacionales y la Ley Nacional N.o 26.485 de Protección Integral de las Mujeres.

RECOMENDACIONES GENERALES

A. Desarrollar, aumentar y promover políticas y programas públicos de información, comunicación, formación, educación y empoderamiento de las personas con VIH y la población en general presupuestados, a fin de reducir y eliminar el estigma y discriminación en relación con el VIH en todos los niveles y sectores de la sociedad.

B. Recuperar, potenciar y aumentar el trabajo entre pares, de modo que se favorezca el intercambio de experiencias y que esto ayude al abordaje de la temática del VIH y, en consecuencia, se reduzca el estigma en todos los servicios públicos para mejorar y fortalecer la llegada a toda la población.

C. Desarrollar, implementar y fomentar la creación de observatorios comunitarios de monitoreo e implementación de políticas públicas, de protección de los derechos humanos, de documentación de violaciones de derechos y de todas las formas de violencia, con mecanismos y sistemas rápidos y eficaces de acceso a la Justicia a través del contrato social Gobierno-sociedad civil.

D. Elaborar una guía sobre violencia institucional con enfoque en derechos humanos, género y diversidades sexuales, en el marco de los tratados internacionales y de la normativa nacional vigente mencionada anteriormente, destinada a todos los organismos y agencias públicas de todos los poderes, sectores y niveles del Estado (nacional, provinciales y locales), e incluir en esta la definición y tipificación de los hechos de violencia por razones de género, discriminación y violaciones de derechos humanos a mujeres con VIH, a los fines de erradicar prácticas institucionales y profesionales discriminatorias, y que atentan contra los derechos de las mujeres en todas sus diversidades.

E. Fomentar, aumentar e implementar una mayor participación e involucramiento significativo de los actores sociales en el diseño, desarrollo, implementación y monitoreo de políticas públicas en todos los niveles.

F. Desarrollar, fomentar e implementar mecanismos de monitoreo, evaluación y medición del estigma y discriminación en todos los servicios y en todos los niveles, de forma rutinaria a fin de desarrollar, crear y ajustar programas de reducción y eliminación del estigma y discriminación en los servicios públicos.

INFORME DEL ESTUDIO

Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH en Argentina 2.0 | 2021

INTRODUCCIÓN

Durante 2018, 2019 y 2020, en Argentina se llevó adelante el estudio Índice de estigma y discriminación hacia personas con VIH 2.0 (IED). Este estudio cuantitativo de recolección de datos refleja las vivencias personales cotidianas de las personas con VIH referidas, puntualmente, al estigma social y al autoestigma internalizado. La medición de estas percepciones se organizó a partir de la subjetividad de las personas encuestadas, pero refleja las incidencias sociales a las que estaban sujetas al momento de dar a conocer su diagnóstico y los hechos posteriores. Con el término social, se hace referencia a lo más cercano e íntimo, como la familia y los amigos, pero también a los ámbitos de acción, como los espacios laborales, de atención médica, de educación y de ocio en general. Establecer relaciones entre las percepciones de las personas con VIH y su entorno permite detectar las principales situaciones de estigma social que repercuten negativamente en el acceso a los servicios públicos de salud de VIH, en la adherencia a tratamientos antirretrovirales (TARV) y, consecuentemente, en situaciones de autoestigma.

En Argentina —sobre todo, en algunas comunidades y colectivos particulares—, el estigma asociado al VIH y, por consecuencia, la discriminación aún resultan ser devastadores como no lo es el virus mismo. Los actos de discriminación suelen incluir el abandono del cónyuge/pareja o de la familia, la discriminación relacionada con el trabajo y su pérdida, la negación de servicios médicos y la violencia. El miedo que genera este estigma y la discriminación consecuente limitan las probabilidades de que las personas se sometan voluntariamente a la prueba del VIH, revelen su diagnóstico a otras personas, adopten conductas preventivas y accedan al tratamiento o a la atención y el apoyo relacionados con

el VIH. El estigma social tiene como resultado la autocensura y la sensación de culpabilidad, que se reflejan en el autoestigma y en el autoestigma internalizado. Situaciones como el ostracismo social y comunitario, el aislamiento de la familia, la soledad y el autoaislamiento se transforman en modos de combatir la mirada discriminatoria de una sociedad que aún no logra derrotar definitivamente los prejuicios y la falta de información.

Los contextos legales y sociales que no ofrecen protección frente esta situación de discriminación, o que no facilitan el acceso a los programas relacionados con el VIH, siguen dificultando el acceso universal. En 2016, los Estados miembros de Naciones Unidas se comprometieron —a través de la Declaración Política de Alto Nivel sobre el VIH y SIDA, y de la agenda de acción acelerada de ONUSIDA 2016-2021— a lograr los siguientes objetivos en apoyo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a través de la intensificación de esfuerzos para poner fin a la epidemia de VIH y de sida:

• fomentar los derechos humanos para reducir el estigma, la discriminación y la violencia relacionados con el VIH;

• intensificar los esfuerzos nacionales encaminados a crear marcos jurídicos, sociales y normativos en cada contexto nacional, a fin de eliminar el estigma, la discriminación y la violencia relacionados con el VIH;

• promover el acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, y el acceso no discriminatorio a servicios de educación, atención de la salud, empleo y servicios sociales.

Hay numerosas organizaciones de la sociedad civil que luchan contra el estigma y la discriminación, y por los derechos de las personas con VIH. Estas han tomado las banderas de la defensa de los derechos de las personas con VIH y han desarrollado numerosas estrategias de acción e intervención, a fin de derrotar y eliminar, definitivamente, la mirada y las acciones discriminatorias de la sociedad. Con esto, se lograría un avance en la promoción de los derechos humanos, aspirando a la equidad social y al justo trato para todas las personas. Por ello, resulta trascendental difundir los datos recolectados por el presente estudio con el fin de que estos sean una herramienta de incidencia política y de acciones concretas para las organizaciones civiles, los sectores del Gobierno y las organizaciones internacionales. La información aportada en el presente estudio

es un primer paso para erradicar toda forma de estigma y de discriminación hacia las personas con VIH en Argentina.

Además de esto, en su versión 2.0, el presente estudio buscó recoger información sobre el estigma social y el autoestigma en poblaciones clave, considerando dentro de estos grupos a aquellas poblaciones más vulneradas socialmente por el VIH. En este marco, se trabajó el doble estigma sobre las mujeres trans, los hombres que tienen sexo con hombres y hombres gays (HSH), las personas que ejercen trabajo sexual y las personas usuarias de sustancias.

Por último, la implementación del índice tiene también la intención de ser un proceso de empoderamiento para las personas con VIH, las poblaciones clave antes nombradas y sus redes y comunidades locales, lo que constituye un ingrediente crítico para que se renueve el principio de mayor involucramiento de las personas con VIH/sida o afectadas por este (MIPA, 1994). Se espera que el índice fomente un cambio dentro de las comunidades conforme sea utilizado y que sea una herramienta para defender y promover los cambios necesarios más profundos, según sus datos. En este sentido, particularmente en Argentina, el estudio toma una dimensión triplemente interesante. Ello se debe a que, en primer lugar, fue desarrollado por una organización de jóvenes con VIH —Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RAJAP)—, cuestión que es única y primera en el mundo y que da cuenta de que las personas jóvenes están en condiciones de desarrollar estudios de calidad. Segundo, a que cuenta con una sección exclusiva sobre la temática de la mujer, donde se destacan sus problemáticas particulares en relación con el VIH y se suman estos datos a aquellos trascendentes que hacen a la conformación de políticas efectivas en la lucha contra la desigualdad de género en todos sus sentidos. Tercero, se debe destacar que, por primera vez, se ha desarrollado una sección exclusiva para recolectar datos a fin de analizar el estigma y la discriminación como barrera en el acceso y en la adherencia al TARV.

Estos tres aspectos buscan que el presente estudio siente un precedente para otros países al dar cuenta de que la población joven está en condiciones de trabajar activa y responsablemente en investigaciones y acciones de esta naturaleza, demostrando liderazgo, además de considerar que es necesario incorporar, de modo preciso, estudios relacionados con las problemáticas particulares que afectan a las mujeres, considerándolas sujeto de vulnerabilidad doble permanente por su condición de género en una sociedad machista y patriarcal.

ANTECEDENTES

El **Índice de estigma y discriminación hacia personas con VIH 2.0** es una versión actualizada del índice de estigma original, del año 2005. Amplía el estudio del estigma y de la discriminación experimentada por las personas con VIH a otros motivos más allá de su estado serológico, como, por ejemplo, debido a su orientación y prácticas sexuales, a su identidad de género o al hecho de realizar trabajo sexual o de ser una persona usuaria de sustancias. Como instrumento de medición, establece un conjunto de evidencias y apreciaciones sobre la situación inicial de las comunidades con VIH, así como de la dinámica del contexto en que este interviene. Por eso, es muy importante hacer comparaciones con mediciones anteriores y posteriores para poder evaluar las intervenciones que se planifiquen en función de los cambios que se quieran lograr. El fin último del IED es señalar la efectividad de los programas y de las políticas públicas, a fin de alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, los cuidados y el apoyo psicológico a través del uso de estos datos, y alcanzar en 2030 las metas 90-90-90 y Cero Discriminación, ratificadas por Argentina.

El IED es una iniciativa desarrollada y apoyada a nivel global en la que colaboran las siguientes organizaciones: la Red Global de Personas que Viven con VIH/SIDA (GNP+, por su sigla en inglés), la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW, por su sigla en inglés) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Estos colaboradores han realizado un amplio proceso de consulta y de desarrollo de las herramientas globales finales (el cuestionario, la guía del usuario y la guía de incidencia política) para que fueran utilizadas y adaptadas a los estudios nacionales. Asimismo, el equipo técnico del presente estudio —que se desarrolló en Argentina— utilizó el cuestionario estándar mundial y añadió nueve indicadores complementarios espe-

cíficos para este país sobre el acceso y la adherencia al TARV, los cuales resultaron de la decisión del equipo técnico —a través de talleres de consulta con las personas que lo utilizarían en el trabajo de campo (quienes luego realizaron las encuestas)—, además de incluir pequeñas modificaciones y adaptaciones al cuestionario para que este se acercara lo más posible a la realidad, la cultura, las costumbres y las leyes vigentes en Argentina.

En Argentina, el primer estudio IED se realizó el primer estudio en 2011 y se reconoció la necesidad de llevar a cabo un segundo estudio, a fin de comparar los datos y también de beneficiarse de esta nueva versión revisada, que incluyó a las poblaciones clave con VIH. En el presente informe se da cuenta de los resultados del estudio vigente, dejando abierto a próximos informes la comparación entre ambos (2011/2021).

Según el **Boletín N.o 37 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina**, publicado por la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIH-VyT) (1), entre 2018 y 2019, se notificaron 8518 nuevos casos de VIH en todo el territorio nacional y se estimó un total de 136.000 personas con VIH en 2019, 17% de las cuales desconocía su diagnóstico. La persistencia de la epidemia da cuenta de la necesidad de seguir trabajando en acciones que logren que las personas accedan a la prueba de VIH. En el mismo sentido, el hecho de que un 30% de los diagnósticos se realicen tardíamente (en etapas avanzadas de la infección por VIH) es otro dato que da cuenta de la necesidad de trabajar en la administración de pruebas diagnósticas tempranas, a fin de evitar situaciones de riesgo para la salud.

Respecto a las poblaciones clave determinadas para el presente informe, según el mencionado boletín de VIH, entre las mujeres trans, la prevalencia de VIH era del 34%; en los HSH, era de entre 12 y 15%; en las personas usuarias de sustancias, se encontró una prevalencia de entre 4 y 7%, y, en las personas que ejercen trabajo sexual, la prevalencia era de entre el 2 al 5%.[1] Estos datos marcan la necesidad de trabajar particularmente con estas poblaciones más vulnerabilizadas, expuestas a un mayor riesgo de contraer el virus y que, además de un estigma asociado con el VIH, padecen un doble o triple estigma por su orientación y

1. La información sobre las prevalencias en estos dos últimos colectivos se obtuvo del Boletín sobre el VIH, Sida e ITS en la Argentina N.o 36.

prácticas sexuales, su identidad de género, su actividad laboral o sus acciones particulares. La elección de estas poblaciones clave le brindó a la investigación un corte transversal y permitió observar este doble o triple estigma que sufren. En este marco y con este proceso, es interesante hacer un acercamiento a estos colectivos, porque se considera imprescindible generar estrategias y políticas públicas de contención y acompañamiento, además de brindar herramientas de defensa de sus derechos.

Asimismo, y más allá de los datos recolectados, este proceso de investigación supone la posibilidad de crear políticas y programas basados en evidencia para garantizar los recursos con el fin de sostener los tratamientos y servicios de salud de calidad, libres de estigma y de discriminación que acompañen a las personas con VIH, así como la posibilidad de trabajar sobre los obstáculos que tienen efectos negativos en los procesos de acceso y adherencia al tratamiento. En estos desafíos se plantea la necesidad de reexaminar lo que se está haciendo, identificar nudos críticos y poner en marcha nuevas estrategias que modifiquen realmente el escenario epidemiológico para un mayor bienestar de las personas con VIH.

En el estudio IED de 2011, se informó que el 22,9% de las personas encuestadas se había sentido, alguna vez, rechazada o discriminada en los centros de salud a causa de su diagnóstico de VIH, con mayores porcentajes en las regiones del Noroeste Argentino (NOA) y de Cuyo-Patagonia (35% en ambas regiones). En la conclusión del estudio cualitativo de la Fundación Huésped (2014) con personas trans (36% de la muestra), se informó que, para mejorar la calidad de vida de las personas trans y lograr el cuidado y la atención de la salud desde una perspectiva de derechos, se requería que el Estado garantizará las condiciones necesarias para vivir y desarrollarse con dignidad, y que cumpliera la función de coordinación en el involucramiento de organizaciones sociales y grupos comunitarios, y de articulación con los niveles de decisión municipales, provinciales y nacionales.

Como resultado de los datos recolectados en los diferentes estudios, se concluyó que se debía impulsar más investigaciones sobre el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en la comunidad LGTBIQ+, las personas que ejercen trabajo sexual y otras poblaciones clave. Estos estudios permiten, por un lado, darle visibilidad a la problemática del estigma y la discriminación que padecen las personas con VIH y sus graves repercusiones ante los ojos de la

sociedad en general, además de visibilizar quiénes son las personas responsables de tomar las decisiones y de delinear políticas de Estado. Por otro lado, haber estudiado el estigma y la discriminación hacia personas con VIH en profundidad brinda la posibilidad de conocer mejor sus características y sus raíces, lo que facilita el diseño de intervenciones y acciones programáticas más efectivas frente a los determinantes sociales y económicos que afectan a las personas con VIH y a las poblaciones clave.

MARCO TEÓRICO

El punto de partida para comprender este estudio es definir el estigma y la discriminación social, y determinar por qué afectan directamente a las personas con VIH. El estigma y la discriminación son dos fases de un proceso social que da forma a una de las tantas desigualdades con las que la sociedad convive. Por eso, para trabajar en su erradicación, es necesario entender qué son y cómo llevan a situaciones de desigualdad con privación de derechos para aquellas personas que los padecen. Este proceso requiere de un trabajo colectivo que lo desactive y, por tanto, logre neutralizar la desigualdad que conlleva.

El estigma social se relaciona con una marca negativa que provoca la mirada prejuiciosa de las personas ante una situación de desinformación y desconocimiento. Según el sociólogo Erving Goffman (2), las enfermedades mentales, las discapacidades físicas, la obesidad, la orientación y las prácticas sexuales, la identidad de género, el color y tono de la piel, y la nacionalidad, entre otras, son objeto de estigma social en muchas partes del mundo. La consideración y atribución de un valor negativo a uno de estos elementos —y, por ende, criminalizable— trae consigo un fuerte estigma social. En esta línea, cuando el VIH se vincula con las conjeturas y la mala información con las que se ha asociado y especulado históricamente, trae aparejado un estigma social similar al de las situaciones enumeradas. Se debe enfatizar que este proceso es producto de una sumatoria de conjeturas y de falsa información, como también de una sociedad que no logra romper con la mirada normalizadora y que no puede incluir de manera efectiva a todas las personas más allá de sus condiciones particulares.

La discriminación social es el acto de apartar de la sociedad a quien sea distinto o diferente. En este acto de apartamiento de aquellas personas que son marcadas por la sociedad con un estigma social por alguna condición considerada como distinta, se produce el acto de discriminación social. Sin dudas, este es el primer elemento para generar situaciones de desigualdad social y para restar y quitar derechos a quienes son estigmatizados. Esto los transforma en seres vulnerables y propensos a ser juzgados permanentemente. En este marco, la autopercepción del estigma es parte de este mismo proceso, lo que genera que las personas señaladas y discriminadas por la sociedad se autoestigmaticen, incluso atentando contra su propia vida.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer el grado/nivel y las formas de estigma y de discriminación que enfrentan las personas con VIH y las poblaciones clave en Argentina en los diversos ámbitos de la sociedad (social, comunitario, educacional, de salud, trabajo y legal).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 Documentar las diferentes experiencias de las personas con VIH y de las poblaciones clave en Argentina con relación al estigma y a la discriminación vinculados con este diagnóstico.

2 Comparar la situación de las personas con VIH en las cuatro regiones estudiadas: NEA, NOA, Cuyo y AMBA.

3 Brindar información cuantitativa sobre el estigma y la discriminación que afecta a las mujeres, varones, HSH, mujeres trans, personas que ejercen trabajo sexual, personas de los pueblos originarios y personas migrantes con VIH en Argentina.

4 Dar cuenta de las especificidades que sufren las mujeres con VIH en Argentina, en toda su heterogeneidad y con sus particularidades.

5 Proveer una base de datos sobre el estigma y la discriminación en el país, que permita comparar este estudio con investigaciones anteriores y, a futuro, medir los cambios a lo largo de un período de tiempo.

6 Suministrar una base de evidencia para incidir y promocionar cambios en las políticas públicas y en las intervenciones programáticas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El presente estudio es de carácter cuantitativo y no representativo. Se buscó estimar, a través de valores porcentuales, los niveles de estigma y de discriminación hacia personas con VIH en Argentina. El estudio se desarrolló entre 2018 y 2020 en las regiones de NOA, NEA, Cuyo y AMBA, con un total de 948 encuestas recolectadas a partir de la siguiente metodología de trabajo:

1 Criterios de selección de la muestra

• Diseño: estudio transversal.

• Población de estudio: personas con VIH, particularmente poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas migrantes (externas), personas de pueblos originarios (PO), personas que ejercen trabajo sexual y mujeres trans.

• Criterios de inclusión: tener más de 16 años, firmar un consentimiento informado, ser una persona VIH-positiva con más de 12 meses de conocimiento del diagnóstico y residir en Argentina.

• Criterios de exclusión: tener menos de 16 años, no estar capacitado para dar su consentimiento o responder al cuestionario, y tener menos de 12 meses de conocimiento del diagnóstico positivo.

2 Tamaño de la muestra

El estudio se inició con un n = 1.200 casos. Esto se acordó por conveniencia, al igual que su división por regiones priorizadas: 600 casos en AMBA, 200 en NEA, 200 en Cuyo y 200 en NOA. Se estableció una muestra por conveniencia no probabilística dada la imposibilidad de realizar un muestreo representativo, ya que no existían datos lo suficientemente robustos de las prevalencias de VIH en algunos de los subgrupos que conformaban la muestra total (en especial, integrantes o provenientes de pueblos originarios y migrantes) o no se disponía de información precisa sobre los tamaños de los subgrupos, como, por ejemplo, las personas que ejercen trabajo sexual o los HSH.

3 Distribución de la muestra total

El estudio IED desarrollado en Argentina se centró en cuatro regiones definidas por el equipo técnico en la muestra, de acuerdo con los índices de prevalencia del país. En la región AMBA, se trabajó en cinco municipios y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que, en cada una de las regiones del interior del país, se definió un total de tres provincias siguiendo los mismos criterios.

• NOA (Noroeste Argentino): Salta, Jujuy y Santiago del Estero (200 participantes).

• NEA (Noreste Argentino): Chaco, Corrientes y Misiones (200 participantes).

• AMBA (Área metropolitana de Buenos Aires): Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Lomas de Zamora, Florencio Varela, Almirante Brown, Vicente López y La Matanza (600 participantes).

• Cuyo: Mendoza, San Luis y San Juan (200 participantes).

Siguiendo este criterio por regiones, se realizó la siguiente distribución inicial de los casos en el marco de las poblaciones clave determinadas:

Figura 1.

Muestra planificada para el estudio IED

REGIÓN	EDAD	VARONES				MUJERES				MUJERES TRANS	TOTAL
		HÉTERO	HSH	MIGRANTES	P.O.	HÉTERO	MIGRANTES	P.O.	T.S.		
AMBA	16 - 29	44	87	4	0	80	4	0	7	10	236
	30 - más	112	120	11	0	95	4	0	8	14	364
NEA	16 - 29	19	21	0	4	27	0	2	2	4	79
	30 - más	48	30	0	4	31	0	2	2	4	121
NOA	16 - 29	18	22	0	3	26	0	2	2	4	77
	30 - más	46	30	0	7	31	0	3	2	4	123
CUYO	16 - 29	18	26	0	0	29	0	0	2	4	79
	30 - más	45	37	0	0	33	0	0	2	4	121
TOTAL		350	373	15	18	352	8	9	27	48	1200

Fuente: Base de carga de la DRVIHVyT, estimaciones realizadas con el software Spectrum 5.63 de ONUSIDA, estudios previos efectuados desde la DRVIHVyT y datos del INDEC.

4 Conformación de la muestra

Para la conformación de la muestra, se utilizaron diferentes fuentes: la base de datos de la DRVIHVyT, donde se registra ls información de las fichas de notificación de los nuevos diagnósticos recibidas del sistema de salud; estimaciones realizadas con el software Spectrum 5.63 de ONUSIDA y estudios previos efectuados desde la DRVIHVyT y otros organismos. Finalmente, se tomó también información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Previo a la elaboración de la muestra, se estableció una primera división según el género, utilizando las mismas proporciones que las prevalencias del VIH obtenidas en el estudio de cascada de la atención en Argentina (2017). Estas eran las siguientes: 63% varones cis, 33% mujeres cis y 4% mujeres trans. Quedaron excluidos los varones trans por su bajo porcentaje. Dentro del porcentaje de mujeres cis, se incluyó a las personas que ejercen trabajo sexual, mujeres integrantes o provenientes de pueblos originarios y mujeres migrantes. Entre los varones cis, se hizo una división de acuerdo con el tipo de orientación sexual (varón heterosexual, varón que tiene sexo con otros varones). Las proporciones por región se establecieron en función de su distribución de acuerdo a los casos presentados en el Boletín N.o 34 de la DRVIHVyT (37), último disponible al momento de la confección de la muestra. También el porcentaje total de varones cis incluyó una proporción para personas integrantes o provenientes de pueblos originarios y migrantes.

5 Definición y determinación de las poblaciones clave

• **Personas que ejercen trabajo sexual:** La determinación de esta población fue parte de una estimación, ya que no se conocía de forma certera el tamaño de este grupo. No había registros de varones que ejercieran trabajo sexual, pero sí se contaba con cálculos de la población de mujeres que ejercían trabajo sexual. Se calculó, solo para mujeres, que había entre 80 000 y 90 000 mujeres que ejercían trabajo sexual en el país, de acuerdo con la última estimación realizada por la DRVIHVyT (2010). Según los últimos estudios disponibles (3), el porcentaje estimado de diagnóstico de VIH en este grupo era de entre el 2 y el 5%. Tomando los valores máximos, se estipuló que había 2700 personas que ejercían trabajo sexual con VIH. Por otro lado, para este estudio, se consideraron 1200 casos, es decir, el 1% de la población estimada que vivía con VIH en 2017 (ya fuera que conocieran su estado serológico positivo o no). En función de esto, se decidió considerar un 1% de estas 2700 personas, por lo que se alcanzó el n de 27 mujeres que ejercían trabajo sexual. Finalmente, se estableció una distribución ad hoc por conveniencia en el país y por proporciones de acuerdo con los n de los distintos puntos muestrales: 15 mujeres que ejercían trabajo sexual en AMBA y 4 en cada una de las regiones restantes (NEA, NOA y Cuyo).

• **Personas migrantes:** Dado que no había datos sobre la prevalencia de VIH en este colectivo, para la estimación se tomaron las proporciones de migrantes

residentes en Argentina de acuerdo con los datos provenientes del último censo del INDEC (2010) (4). En 2010, se registró que el 4% de la población residente en el país era migrante. Por eso, se tomó esa proporción en la muestra. Se optó por encuestar a personas migrantes solo en AMBA, donde la muestra era más numerosa, para lograr una aproximación a este colectivo. El 4% eran 23 personas.

• **Población originaria:** Para la estimación de este colectivo, se consideraron también los datos del último censo nacional de población de 2010, donde se indicaba la proporción de habitantes integrantes o provenientes de pueblos originarios según cada provincia. En el NEA, la composición en cuanto personas miembros o provenientes de pueblos originarios en las provincias oscilaba entre el 6,1% (en Formosa) y el 0,5% (en Corrientes). Con un n total de la región de 200 encuestados, el 6,1% representaba 12 personas, con una distribución de 8 varones y 4 mujeres. En el NOA, la población originaria representaba entre el 7,8% (en Jujuy) y el 1,2% (en La Rioja). Reiterando la estimación hecha para el NEA, se tomó el 7,8% de las 200 personas que se encuestaron, lo que dio un total de 15 personas, que se distribuyeron en 10 varones y en 5 mujeres.

6 Cálculo de la distribución por edad

Se realizó una división por edad y se formaron dos grandes grupos: de 16 a 29 años y de 30 años en adelante. La distribución se realizó nuevamente con los datos de la base de la DRVIHVyT teniendo en cuenta el género. En el caso de varones cis, se logró también una distinción en la distribución según el tipo de orientación y práctica sexual. En el caso de las mujeres trans, se optó por tomar también la distribución de varones HSH, al no contar con datos más específicos.

Edad de los varones (heterosexuales, varones migrantes, varones de pueblos originarios):

16-29 años: 28%
30 y +: 72%

Edad de los HSH y de las mujeres trans:

16-29 años: 42%
30 y +: 58%

Edad de las mujeres (heterosexuales, personas que ejercen trabajo sexual, migrante y pueblos originarios):

16-29: 46%

30 +: 54%

7 Plan de análisis de datos

Los datos son los resultados obtenidos en el trabajo de campo. El análisis de datos implica su sistematización, el cruce de las variables en función de los resultados obtenidos y la redacción de un informe final que dé cuenta de los hallazgos, a fin de publicarlos y brindarlos como herramienta y evidencia para planes de incidencia política y ajuste de programas de eliminación del estigma y de la discriminación, y para la implementación de políticas públicas. Además, esto es material de empoderamiento para la organización civil y su lucha por el reconocimiento de los derechos de las personas con VIH. En este marco, se reconocieron cuatro instancias en el plan de análisis:

• Una vez terminado el trabajo de campo, los cuestionarios fueron revisados por la coordinadora general y el coordinador del trabajo de campo, quienes observaron que se hubieran completado correctamente y que respetaran los cánones de calidad. Aquellos cuestionarios en los que estos requisitos no se habían cumplido fueron devueltos a quienes habían realizado las encuestas, a fin de que completaran los datos faltantes o se rehicieran de ser necesario.

• A medida que los cuestionarios fueron aprobados, se sistematizaron en un software de datos (SPSS) por una data entry especializada. En este se cargaron los cuestionarios para proceder al desglose de los datos recolectados y al cruce de variables.

• Se archivaron los cuestionarios en un lugar seguro —una vez cargados en una base de datos SPSS—, donde se resguarda la información y se mantiene como muestra del trabajo de campo realizado.

• Una vez cargados los datos, se procedió al desarrollo del plan de análisis, en el que se decidieron también los cruces de la información. A partir de ello, se realizó un taller de socialización de los datos, de desarrollo de conclusiones y de elaboración de recomendaciones de la mano de organizaciones de la sociedad

civil; organismos del Estado nacional, provincial y municipal, y organismos internacionales. Luego, se procedió a la redacción del informe final.

8 Herramienta de recolección de datos

Para su implementación a nivel nacional, se utilizarón y adaptaron las herramientas globales del IED, incluidos el cuestionario y la guía del usuario del estudio. Las encuestas fueron llevadas a cabo por personas capacitadas en talleres presenciales, para quienes era condición de selección el diagnóstico positivo de VIH. El estudio se realizó en función de un cuestionario cerrado a modo de encuesta, que compendiaba 90 preguntas, todas con opciones de respuestas dadas. Solo en la pregunta número 80 las personas encuestadas podían desarrollar sus comentarios abiertamente. El instrumento de recolección de datos (el formulario de la encuesta) fue el que se utiliza de manera estandarizada en todos los países donde se realiza el IED, con las adaptaciones mínimas pertinentes que hacen a la cultura y a las normas vigentes del país. El tiempo de realización de esta encuesta se estimó en 2 horas, aproximadamente. Se completaba de manera anónima y en un lugar que garantizó la intimidad y confidencialidad de las respuestas.

9 Desarrollo del trabajo de campo

La organización de la sociedad civil seleccionada para implementar y desarrollar el proyecto en Argentina fue la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RAJAP), por ser la más representativa a nivel nacional, y contar con seccionales e integrantes en todos los lugares donde se desarrollaron las acciones de campo. Así se garantizó la participación efectiva de personas seropositivas con alcance a pares en cada lugar. Para la coordinación general del trabajo de campo, se eligió a una persona miembro de RAJAP, luego de una selección exhaustiva donde se consideraron las capacidades técnicas a través de una postulación abierta. Además, se contó con una persona encargada de la supervisión por región, quien trabajó en el armado concreto de las redes de contacto para las encuestas, y una persona encargada de realizar las encuestas por provincia. El trabajo de campo se organizó en función de los vínculos con los programas de VIH de las provincias, que facilitaron los primeros contactos

con hospitales y servicios de infectología. Es importante destacar que, en las regiones del NOA, NEA y Cuyo, esta dinámica fue la definitiva, ya que, en un mayor porcentaje de la muestra, los programas dinamizaron la llegada a los hospitales o a las personas con VIH directamente. En el caso del AMBA, los contactos surgieron de los accesos logrados desde RAJAP al personal de salud de las áreas de Infectología, de los centros de salud, etcétera. Además, se buscó seleccionar aleatoriamente a las personas que integraron la muestra, a fin de contar con testimonios nuevos respecto de los discursos o relatos que pueden ser preponderantes en la militancia de las organizaciones de la sociedad civil en materia de VIH.

10 Taller de formación de las personas encuestadoras

Las personas responsables de la realización de las encuestas tuvieron un papel protagónico en el desarrollo del trabajo de campo. Por ello, para el mejor desempeño de la tarea —y considerándolas clave para la calidad del estudio—, se realizaron talleres de formación presenciales de dos jornadas de duración con las personas encuestadoras. En estos talleres, se presentaron el IED y la metodología general del estudio, y se trabajó en el entrenamiento para el completado del cuestionario. En total, se realizaron dos talleres de formación: uno para AMBA y uno para las regiones del NEA, NOA y Cuyo, que estuvieron a cargo del equipo técnico.

11 Coordinación del equipo técnico

Garantizar los cánones de transparencia y de calidad requeridos a nivel nacional, y considerados como esenciales para las organizaciones participantes, fue uno de los principales ejes para la realización de la presente investigación. Para ello, se conformó un equipo de seguimiento y apoyo técnico, respetando la pluralidad de las voces que integraban el proyecto y garantizando un trabajo colectivo de aporte conjunto. Este equipo fue el responsable del monitoreo de un proyecto transparente e inclusivo, a través de la revisión de documentos y procesos, y garantizó un efectivo ida y vuelta de la información, donde el intercambio de opiniones permitió ampliar la mirada y dar como resultado un producto de calidad.

12 Aspectos éticos

El protocolo de investigación, así como las herramientas de recolección de datos (cuestionarios), metodologías, protección de datos y los contratos de confidencialidad, fueron expuestos ante un consejo ético propuesto por el Ministerio de Salud de la Nación, a fin de garantizar la calidad y el profesionalismo. El Consejo Ético revisó en detalle el protocolo de investigación y lo aprobó para realizar el estudio en Argentina.

13 Limitaciones del estudio

El presente es un estudio de tipo no representativo que busca reflejar la realidad de las personas con VIH en Argentina a partir de un recorte de casos basado en estudios previos sobre esta temática en el país. Esta limitación, como ya se indicó, se relaciona con la dificultad de determinar el número total de casos. Además, esta investigación hizo un recorte de ciertas regiones geográfica de Argentina, lo que deja abierta la posibilidad de trabajar en las regiones faltantes en futuros procesos de recolección de datos.

Por último, el estudio debió ser suspendido en marzo de 2020 debido a la pandemia de la COVID-19 y a la disposición del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) decretado por el Gobierno nacional, que se extendió por más de siete meses en todo el país. En este marco y teniendo en cuenta la importancia en la prevención y cuidado de las personas con VIH responsables del trabajo de campo, se determinó la finalización del mismo cuando contaba con 948 encuestas realizadas (600 en AMBA y 348 en las regiones de NEA, NOA y Cuyo).

14 Confidencialidad de datos

Como ocurre en todos los trabajos de investigación donde se recopila información sensible, se definió una política de manejo de datos que garantizó la seguridad en su exposición y la confidencialidad conforme a la legislación vigente sobre VIH en Argentina. Para ello, se previó que toda persona involucrada en el estudio firmase un certificado, cláusula o contrato de confidencialidad.

En los talleres de formación, se resaltó enfáticamente la importancia de garantizar a las personas encuestadas un espacio de intimidad que permitiera que sus declaraciones no fueran públicas. Las encuestas tenían un carácter anónimo y se planificó, con el personal de salud de las áreas de Infectología y de los programas de VIH, el modo de convocar a las personas sin hacer pública su identidad. Las encuestas fueron voluntarias y quienes no quisieron proporcionar algún dato no fueron presionadas para hacerlo.

En este marco, todo el equipo técnico y el personal contratado se comprometió, a través de un contrato escrito de confidencialidad, a garantizar la total discreción de los datos recolectados, así como de los procesos internos de selección de personal o decisiones metodológicas.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

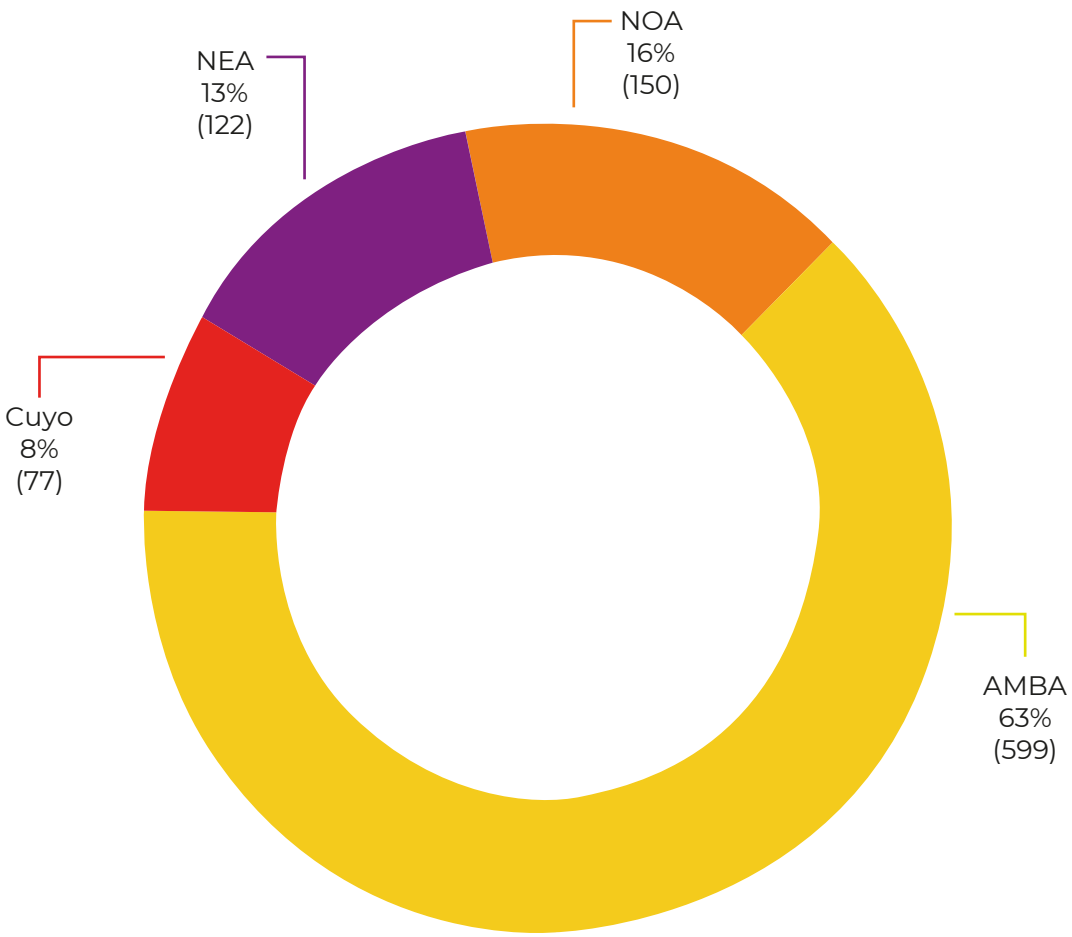
En este capítulo se presenta la muestra alcanzada en el IED 2021. Como se detalló en el apartado sobre su conformación, esta era de carácter no representativo y se conformó con un total de 948 encuestas realizadas a personas con VIH en las cuatro regiones seleccionadas: NEA, NOA, Cuyo y AMBA.

En la figura 2, se presenta la distribución de la muestra de acuerdo a las regiones en las que se llevó adelante el estudio (no necesariamente se trataba del lugar de residencia de las personas encuestadas, sino de su lugar de atención médica).

La región AMBA, con 599 casos, se distribuyó de manera aleatoria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (370 casos) y en cuatro municipios del Gran Buenos Aires (229 casos): 80 en La Matanza, 50 en Vicente López, 67 en Almirante Brown y 32 en Lomas de Zamora. En el NEA, los 122 casos se distribuyeron en tres provincias: 20 casos en Corrientes, 50 en Chaco, y 52 en Misiones. En el NOA, el alcance fue de 150 casos: 67 en Santiago del Estero, 37 en Jujuy y 46 en Salta. Por último, los 77 casos de la región de Cuyose distribuyeron así: 47 en Mendoza, 25 en San Juan y 5 en San Luis.

Figura 2.

Distribución de la muestra por región geográfica (n=948)

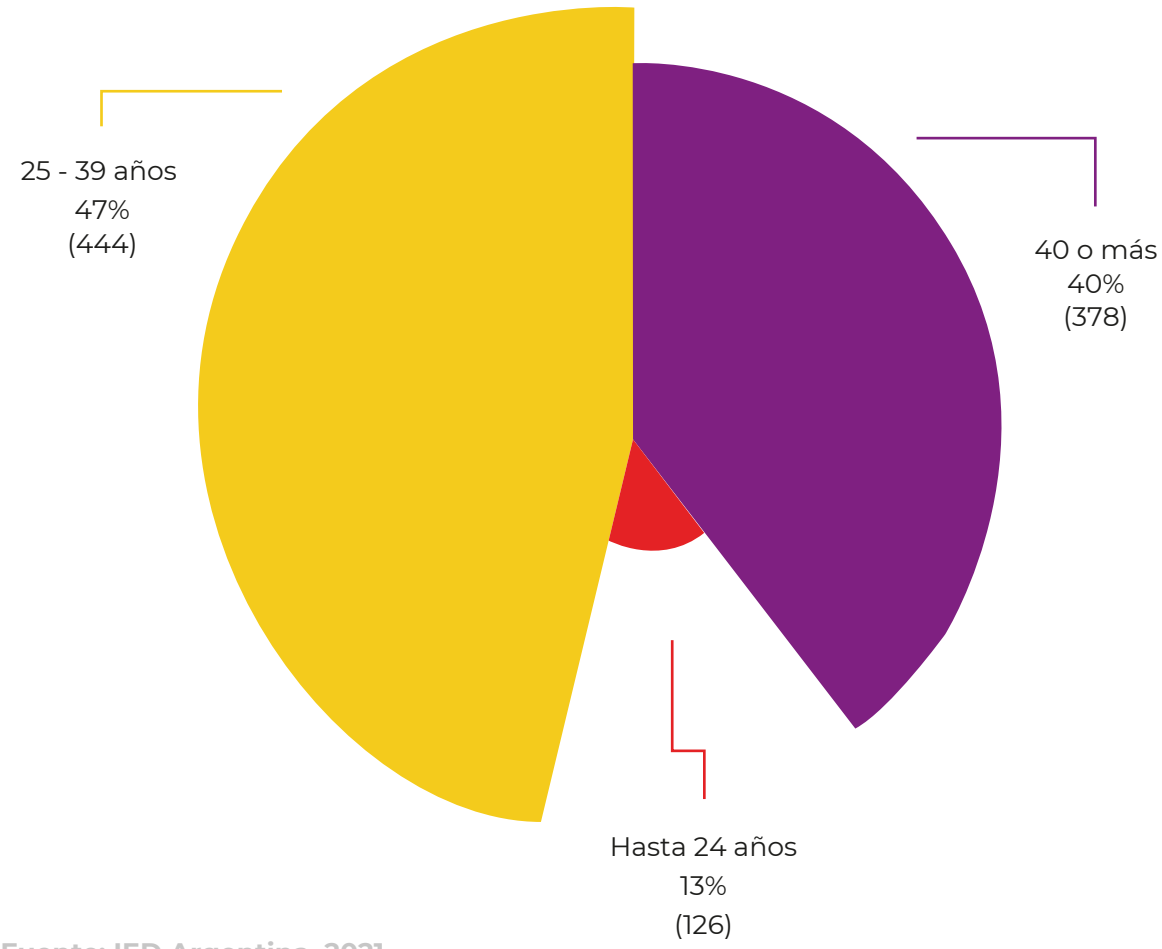


Fuente: IED Argentina, 2021

En la figura 3 se puede observar la distribución de la muestra por grupos de edad. Se destaca el mayor porcentaje de la población de 25 a 39 años, con un 47% del total, seguido del 40% de personas de más de 40 años. Las personas jóvenes, por su lado, si bien no integran los mayores porcentajes, tuvieron una representación amplia, con el 13%.

Figura 3.

Distribución de la muestra por edad agrupada (n=948)

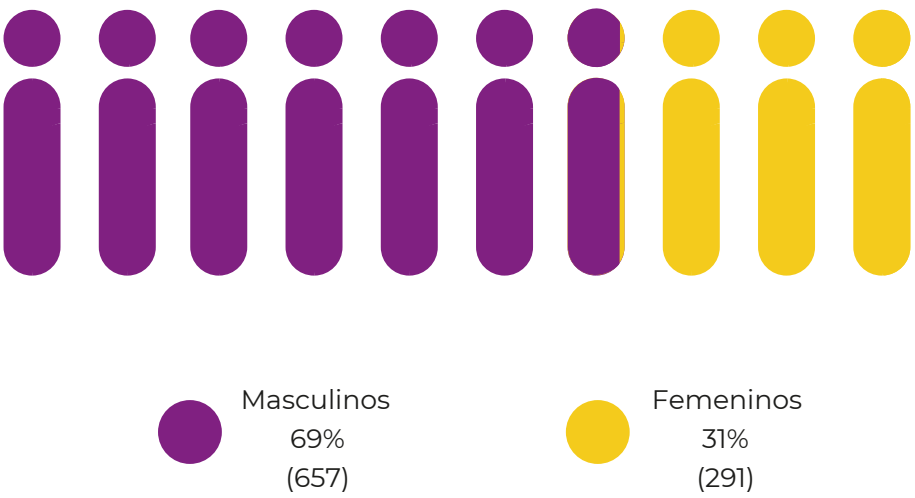


Fuente: IED Argentina, 2021

La distribución de la muestra según el sexo al nacer (figura 4) presentó un 69% de casos masculinos y un 31% de casos femeninos. Se debe recordar que esta variable fue solo un indicador de cruce para este análisis, dado que la identidad autopercibida por las personas encuestadas fue una de las variables que se buscó investigar.

Figura 4.

Distribución de la muestra según sexo al nacer (n=948)

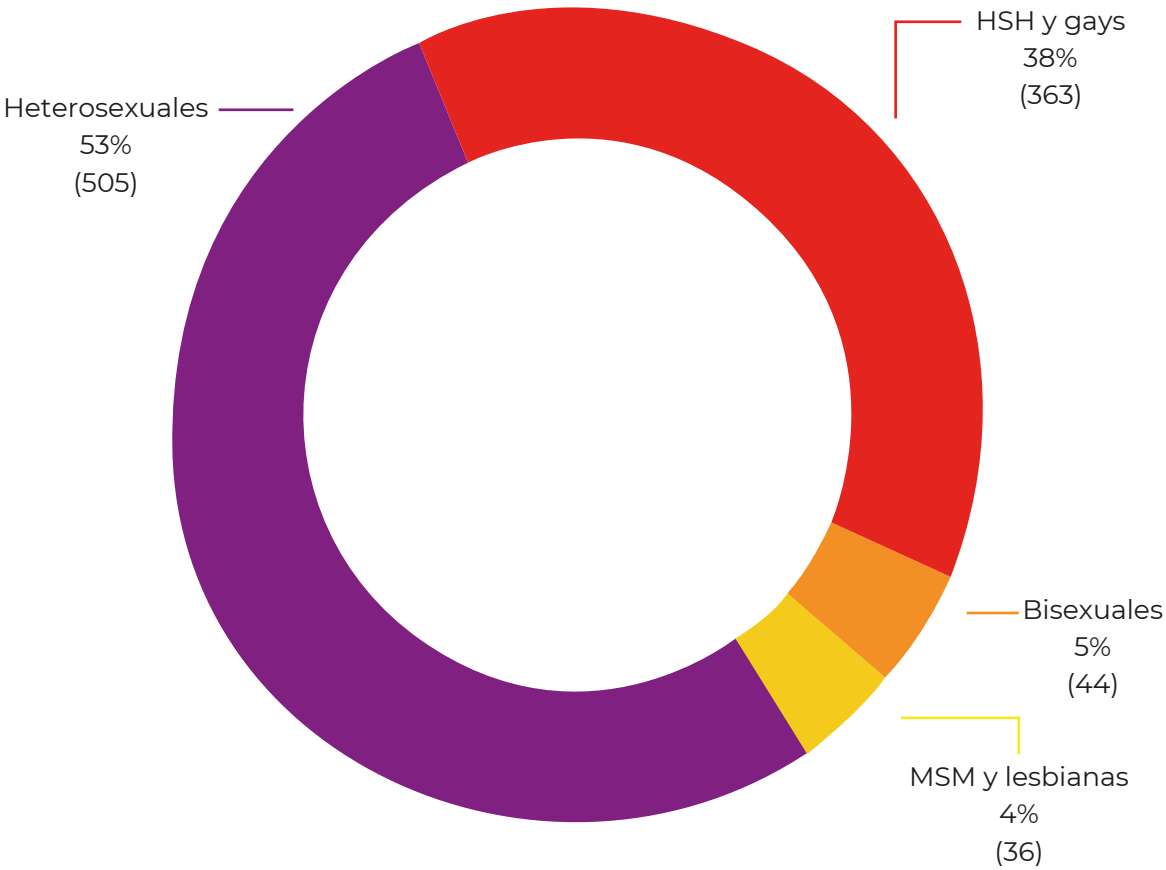


Fuente: IED Argentina, 2021

En la figura 5 se puede observar que el 53% de la muestra se reconoció como heterosexual; sin embargo, se encontró un alto porcentaje de hombres que tenían sexo con hombres (38%), mientras que la presencia de mujeres que tenían sexo con mujeres fue mucho menor (4% de la muestra) y los bisexuales representaron un 5%.

Figura 5.

Distribución de la muestra según la orientación y práctica sexual de las personas encuestadas (n=948)



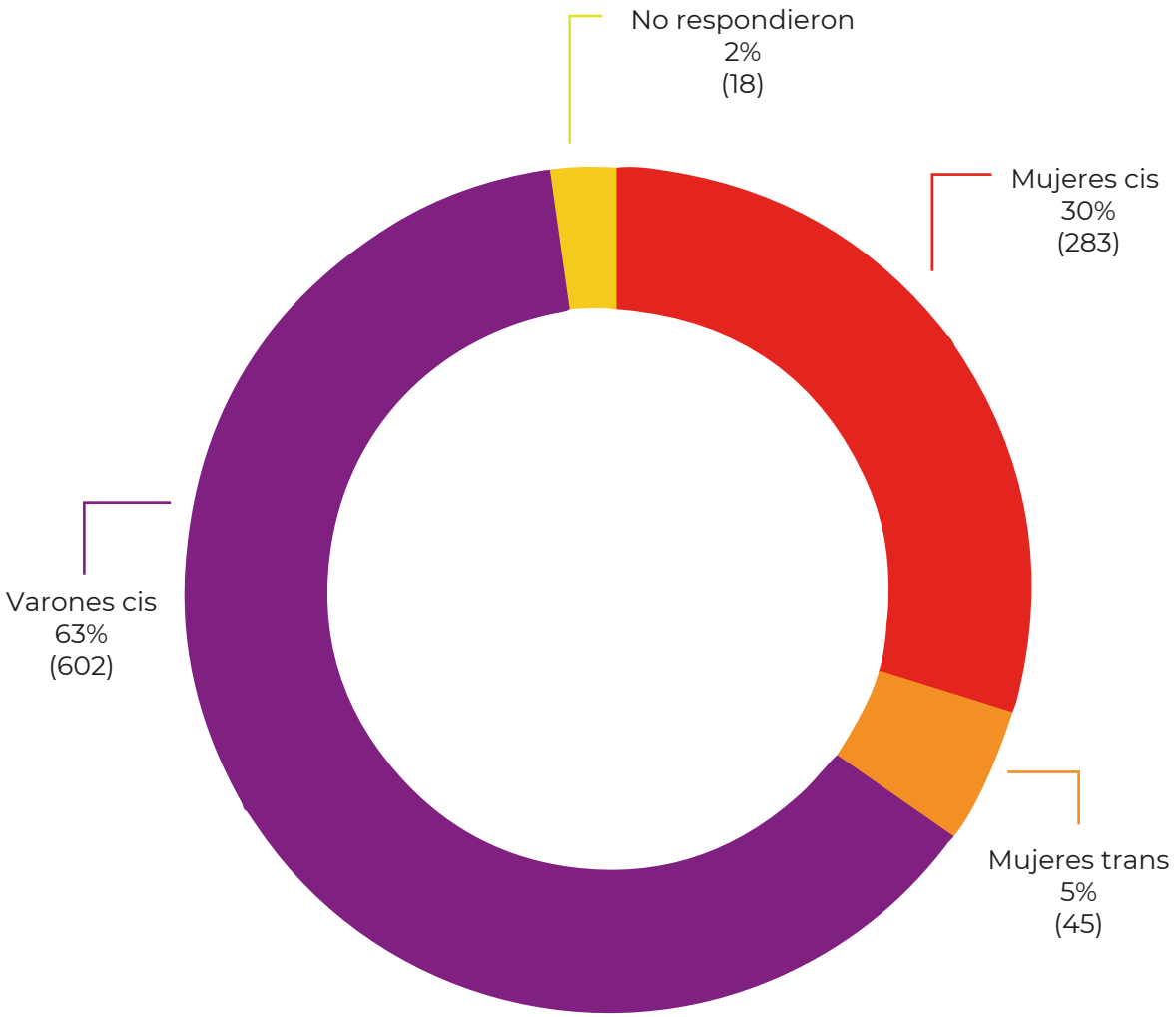
Fuente: IED Argentina, 2021

La identidad de género refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, y puede corresponderse con el sexo asignado al momento de nacer o no (5). Dicha identidad no implica binarismo alguno. En ese sentido, hay que tener en cuenta la existencia de diversas identidades de género, como la cis, trans, no binarias y de género fluido, y se debe respetar siempre la autopercepción. En el presente estudio, las personas trans encuestadas, aquellas cuyo sexo asignado al momento de nacer no se correspondía con el género autopercibido, fueron femeninas. Dentro de este grupo, algunas manifestaron ser mujeres y otras, mujeres trans. A los efectos metodológicos y representativos del informe, se incluyó a ambas dentro de la categoría mujeres trans para diferenciarlas de las mujeres cis. Se destaca que ninguna de las personas encuestadas se autodefinió como varón trans, persona no binaria o de género fluido. Se encontrará información más detallada al respecto en el informe de la sección “Mujeres”, donde se podrán observar ciertos datos particulares y la interseccionalidad presente en esta población.

La identidad de género autopercibida por las personas encuestadas se presenta en la figura 6. La mayor proporción es la de las personas autopercibidas como varones cis, con un 63% de la muestra, seguida por quienes se percibían como mujeres cis, con un 30%, y por un 5% que se percibía como mujeres trans. Una pequeña proporción de personas no respondió sobre este ítem.

Figura 6.

Distribución de la muestra según la identidad de género autopercibida por las personas encuestadas (n=948)

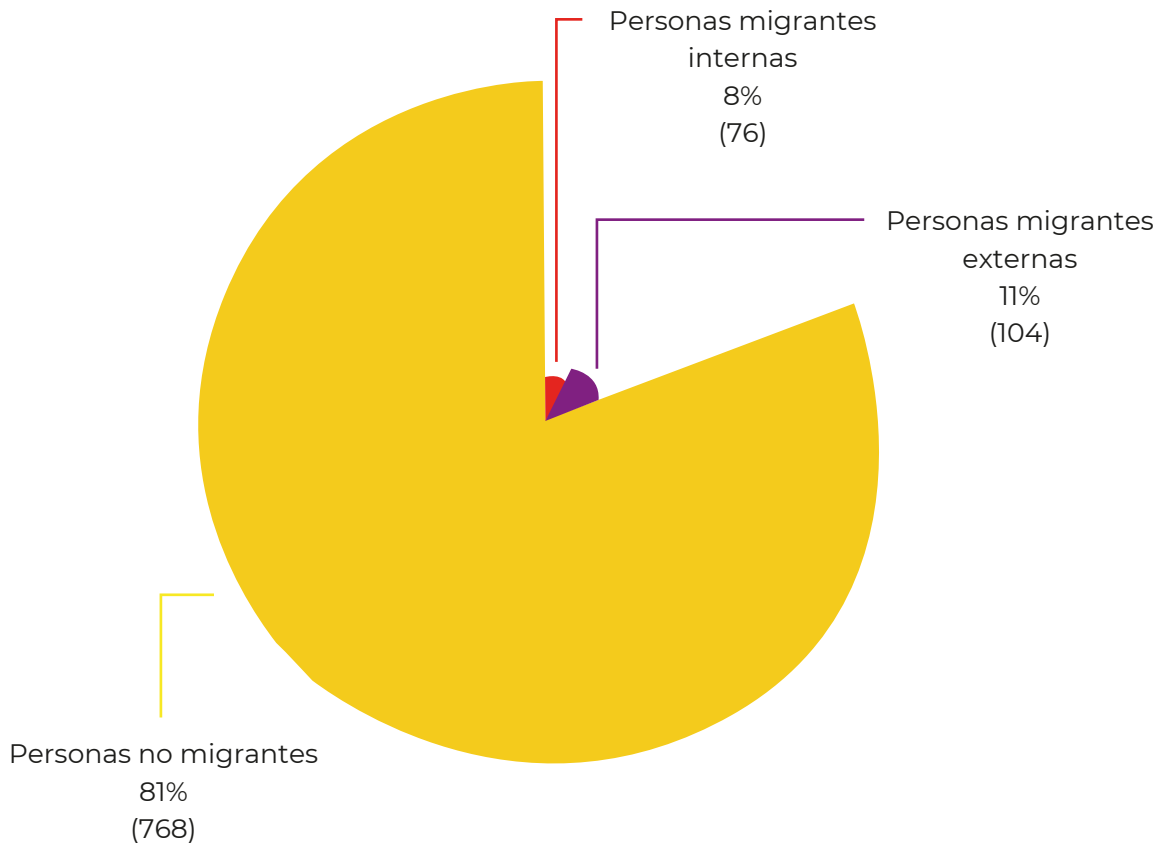


Fuente: IED Argentina, 2021

Se consideró que la muestra incluyera personas migrantes, tanto internas como externas. En la figura 7 se muestra un volumen relativamente parejo de los migrantes externos e internos, que integran el 19% de personas migrantes en general.

Figura 7.

Distribución de la muestra según su condición de migrantes (internos y externos) o no migrantes (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Además de las personas migrantes, dentro de las características particulares de quienes fueron encuestados, se puede destacar la presencia de 94 personas que declararon pertenecer a una minoría racial, étnica o religiosa (10% de la muestra), 29 personas declararon ser miembros de pueblos originarios (3% de la muestra), 63 personas declararon ejercer trabajo sexual, mientras que 200 personas declararon haber tenido, en alguna ocasión, sexo a cambio de bienes materiales ejerciendo trabajo sexual. Estas dos últimas poblaciones (pueblos originarios y personas que ejercen trabajo sexual) fueron destacadas en la muestra como poblaciones clave para investigar. Sin embargo, se debe señalar el difícil acceso de quienes llevaron adelante las encuestas a estos colectivos, sobre todo en relación con el conocimiento del diagnóstico positivo de VIH, debido al fuerte estigma y a la discriminación que sufren.

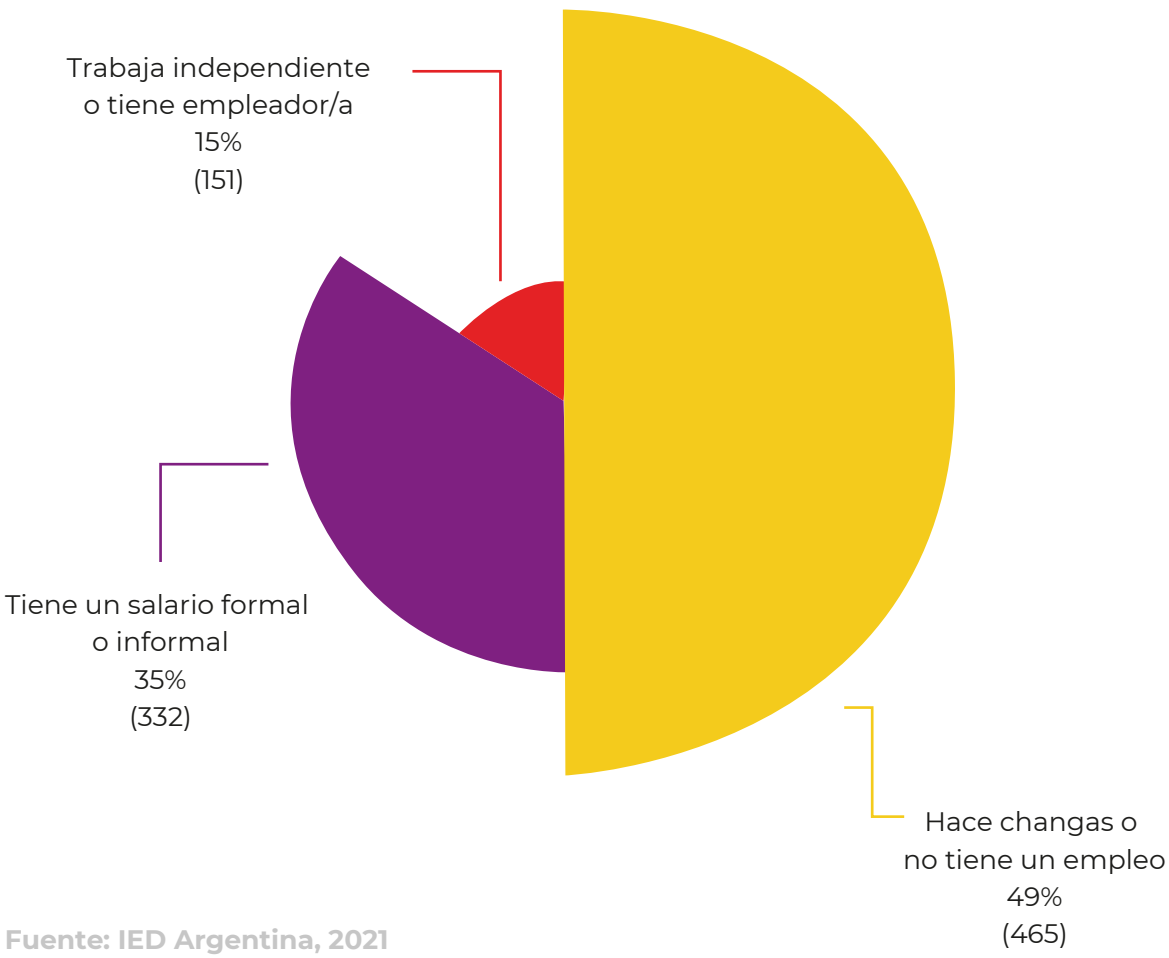
La variable situación laboral implica el desarrollo de una actividad remunerada, es decir, por la cual se recibe un pago para la subsistencia. En Argentina, se pueden considerar distintos modos de desarrollarla y fue esta una de las preguntas reformuladas del cuestionario internacional, a fin de dar cuenta de la realidad particular de este país. En la figura 8 se puede observar que el 49% de las personas encuestadas se encontraban sin empleo o realizando changas. La persona sin empleo es aquella que no recibe ningún ingreso para vivir, mientras que realizar changas, en Argentina, significa tener un trabajo ocasional, generalmente en tareas menores, que permite la subsistencia pero que no implica un ingreso fijo. La agrupación de las categorías desocupado/a y realizando changas radica en la imposibilidad de estas personas de contar con una estabilidad económica que les garantice una vida digna. Con la muestra se expuso que en Argentina existe un número considerable de personas en esta condición; en el caso de este estudio, fue la mitad de la muestra, lo que da cuenta de que las personas con VIH no son ajenas a esto.

Por su lado, el/la trabajador/a asalariado es quien percibe un ingreso fijo por la tarea que desarrolla y, además, cuenta con alguien que lo emplea y le asigna esa remuneración. En este caso, también se pueden encontrar dos categorías internas: el/la asalariado/a formal e informal. Como trabajador/a formal, se entiende a aquellas personas empleadas en una relación de dependencia que respeta las leyes laborales y cumplie con sus derechos. Esto implica el pago de la seguridad social (jubilación, vacaciones, obra social, aguinaldo). Por trabajador/a informal, se entiende a aquellas personas que, si bien trabajaban para un tercero que les pagaba un salario fijo, este último no cumple con las obligaciones previstas por la ley y solo abona el salario. Según la figura 7, el 35% de la muestra trabajaba para un tercero y recibía un ingreso fijo.

Por último, se encuentran las personas que trabajan por su cuenta con un ingreso fijo, esto significa que son autónomos. En esta categoría, según la figura 8, se agruparon el 16% de las personas encuestadas.

Figura 8.

Distribución de la muestra según la situación laboral de las personas encuestadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Como resultado y consecuencia de la situación laboral analizada en la figura 8, a continuación se presenta la distribución de personas encuestadas en función sus posibilidades para satisfacer las necesidades básicas de vida. En la figura 9 se aprecia que el 44% de la muestra declaró no tener satisfechas sus necesidades básicas, lo que implica que, al menos alguna vez en los últimos 12 meses, no pudieron resolver alguna de las cuestiones básicas para la vida.

Los resultados obtenidos en estas dos categorías son esenciales para comprender la situación de las personas con VIH en este país; alrededor de la mitad de la muestra, en condiciones precarias de subsistencia, algo sin duda a atender para poder asegurar una vida digna.

Figura 9.

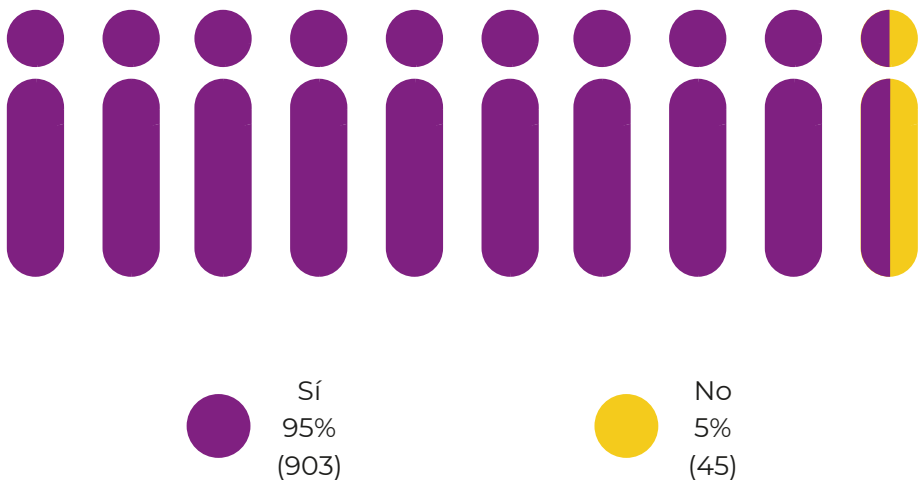
Distribución de las personas encuestadas de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades básicas (n=948)

Fuente: IED Argentina, 2021

En la figura 10 se presenta la cantidad de personas que realizaban el tratamiento antirretroviral al momento de la encuesta, donde se puede apreciar una alta cobertura, con un 95% de las personas encuestadas. Es importante destacar que la mayoría de las encuestas se realizaron en hospitales o programas de VIH provinciales, lo que direccionó esta investigación a personas que asistían a sus controles médicos periódicos.

Figura 10.

Distribución de la muestra en función de la cantidad de personas que realizaban el TARV (n=948)

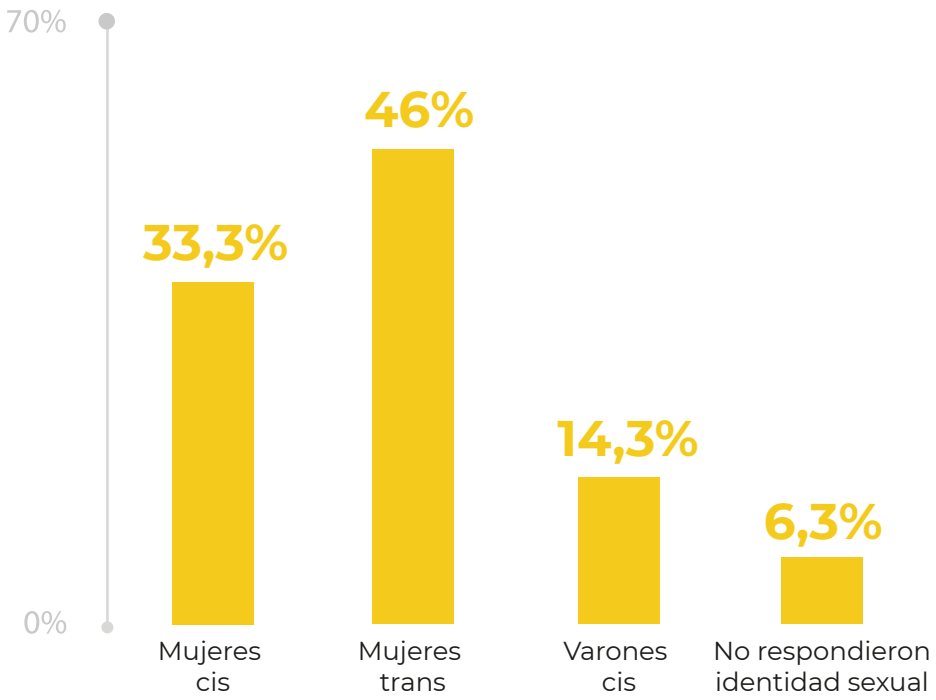


Fuente: IED Argentina, 2021

Dentro de la muestra, se consideró la participación de personas que ejercen trabajo sexual (63 casos, 6,6% del total), comprendiéndolas dentro de las poblaciones clave. En la figura 11 se puede observar la distribución de las personas de la muestra que ejercen trabajo sexual según identidad de género, el 46% de ellas son mujeres trans.

Figura 11.

Personas que ejercen trabajo sexual distribuidas por identidad de género (n=63)

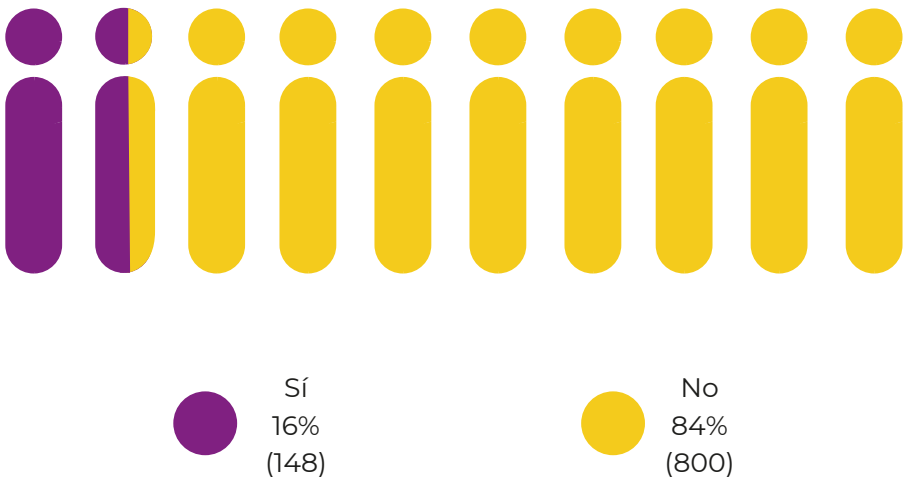


Fuente: IED Argentina, 2021

Por último, se considera importante destacar la participación de las personas encuestadas en organizaciones de la sociedad civil que trabajan sobra las temáticas del VIH. Estos espacios son considerados indispensables para la búsqueda de la ampliación de los derechos, la información, la formación y la contención. En este sentido, solo un 16% de las personas con VIH encuestadas participó o participa en una red (figura 12).

Figura 12.

Distribución de las personas encuestadas según su participación en redes de personas con VIH (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

A continuación, se realizará un recorrido por las cuatro secciones que encuadran el presente estudio. En cada una de ellas describirán los resultados más destacados y aquellos que implican un mayor nivel de evidencia del estigma y de la discriminación hacia la población encuestada.

COMUNIDAD

Cuando me diagnosticaron tenía el mismo trabajo que tengo actualmente y no tuve inconvenientes laborales, pero me da miedo pensar en intentar cambiar de trabajo por el tema de los pre-ocupacionales. Sé que no siempre se respeta la ley en ese aspecto.

— Varón adulto

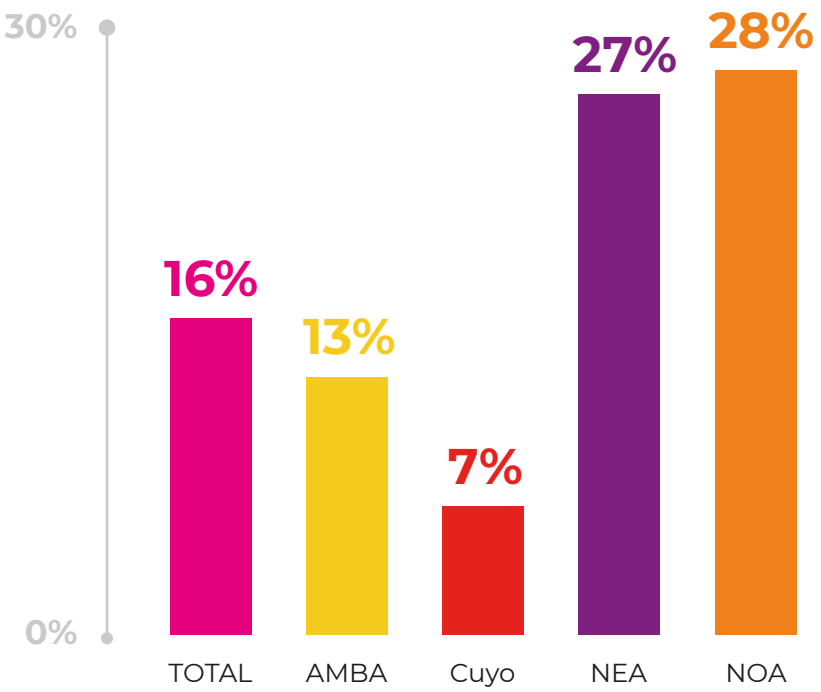
Vivir en comunidad implica dar forma a una serie de vínculos que son parte fundamental del desarrollo de las personas. Los vínculos sociales van desde aquellos más cercanos, relativos a la familia, pareja y amistades, hasta los no tan cercanos, como los vínculos laborales, de estudio, vecindad, etcétera. La posibilidad del desarrollo de estos vínculos de modo adecuado propicia vidas más dignas y completas. Es en estos vínculos, cercanos y no tanto, en los que se pueden encontrar signos de estigma y de discriminación social de parte de la comunidad. La socialización, expresada en estos vínculos, está atravesada por las creencias, prejuicios, valores y pensamientos sociales, y es en estos donde se puede percibir la situación del estigma y de la discriminación hacia las personas con VIH.

Para cuantificar el estado de la socialización de las personas encuestadas se partió de una primera variable: la divulgación del diagnóstico. Por divulgación se entiende el hecho de hacer público el diagnóstico positivo y se lo relacionó con la reacción de quienes rodeaban a las personas encuestadas y con lo que significó la socialización de su estado serológico. Este proceso implicó revisar, además, cómo atravesaron y aceptaron las personas encuestadas la divulgación de su estado serológico en su vida privada y cómo lo vivían.

Para esto, se relevaron los datos de la divulgación como experiencia negativa, a fin de caracterizar a quienes atravesaron este proceso desde una situación de dificultad. En la figura 13 se describe la experiencia negativa de las personas encuestadas al momento de revelar su estado serológico a su familia, pareja o amistades y los porcentajes por región del país. Es importante destacar que un 16% del total de la muestra percibió negativamente la divulgación a personas cercanas. Esta experiencia se vio intensificada en las regiones del NEA, con un 27%, y el NOA, con un 28% de los casos.

Figura 13.

Proporción de experiencias negativas en la divulgación del diagnóstico a personas cercanas (familia, pareja y amistades) según las regiones estudiadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

En la figura 14 se presenta la divulgación a personas cercanas como experiencia negativa (familia, pareja y amistades) según distintos aspectos: la edad, la identidad de género, la orientación y prácticas sexuales, el trabajo sexual, la migración, la situación educacional y la satisfacción de necesidades básicas. Estas variables son útiles para el análisis de distintas circunstancias que pueden afectar las vivencias cotidianas de las personas con VIH. Se destacan los porcentajes de experiencias negativas al momento de la divulgación entre las mujeres cis y las personas heterosexuales en general (22% en cada grupo), seguidas por las mujeres trans, las personas migrantes internas y quienes no han finalizado los estudios secundarios (21% en cada una de ellas). En este sentido, se pueden analizar dos cuestiones: la primera referida al doble estigma, si se piensa en el colectivo de las personas trans, las mujeres y las personas heterosexuales. El señalamiento de un estigma por su identidad de género atravesó a las mujeres, en general, y a las mujeres trans, en particular. En el caso de las personas heterosexuales, la experiencia negativa podría vincularse con el temor a ser estigmatizadas por terceros que presuman que el diagnóstico estaría también revelando que tienen prácticas sexuales por fuera de la heteronormatividad. Por otro lado, las variables secundario incompleto y personas migrantes internas pueden haber estado más asociadas con el desconocimiento o con la falta de información del entorno donde se realizaron los procesos de socialización de las personas encuestadas.

Si se compara la figura 14 respecto de las personas cercanas con la figura 15 sobre las personas no cercanas, se puede notar un importante incremento en la proporción de experiencias negativas. Si bien la divulgación a personas cercanas fue una experiencia negativa en un 16% de los casos totales, en la pregunta relativa a la develación a personas no cercanas, esa proporción trepó al 39% de la muestra.

Respecto de los colectivos particulares de personas, se puede observar que, cuando se hace referencia a la divulgación a personas no cercanas, aparecen los jóvenes menores de 24 años con una importante presencia. El 47% de los casos encuestados afirmó que fue una experiencia negativa. En este aspecto, se puede incluir nuevamente la presencia de mujeres trans, con un 50% de los casos, y de las mujeres cis, con 43% de los casos. También se observan altos porcentajes en personas heterosexuales (42% de los casos) y en las personas bisexuales (40% de los casos). Además, hay un alto porcentaje en las personas con secundario incompleto, con un 40%, y en las personas con necesidades insatisfechas, con 42% de los casos.

Figura 14.

Proporción de experiencias negativas ante la divulgación del estado serológico a personas cercanas (familia, pareja y amistades), según variables seleccionadas (n=948)

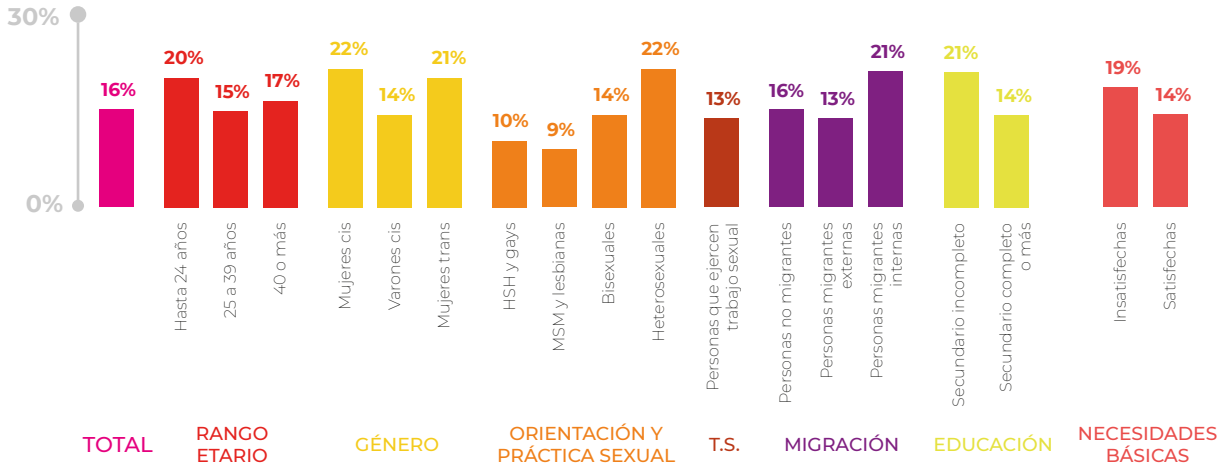
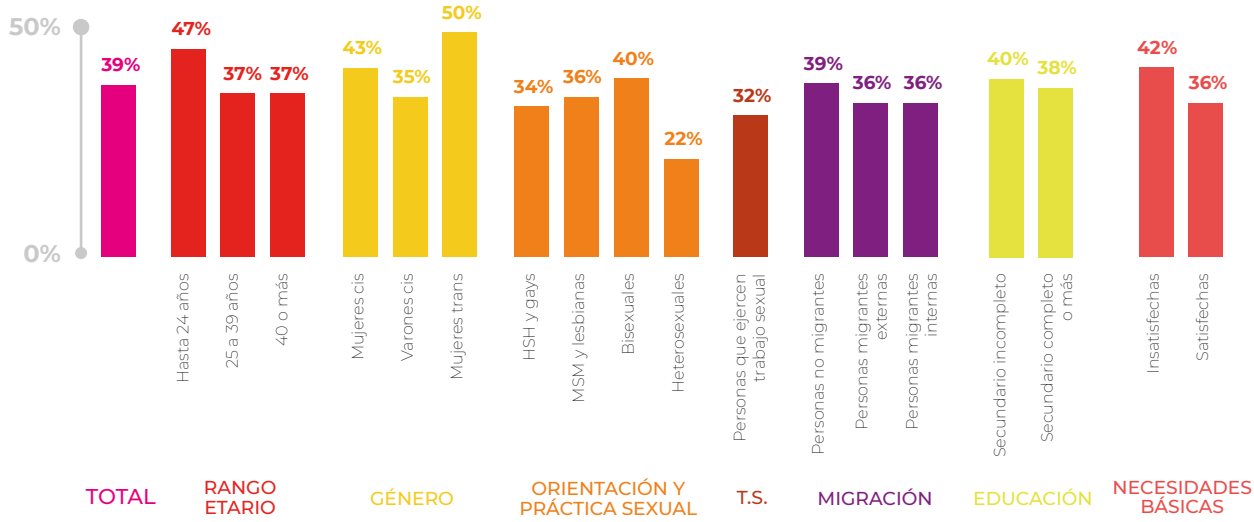


Figura 15.

Proporción de experiencias negativas ante la divulgación del estado serológico a personas no cercanas, según variables seleccionadas (n=948)

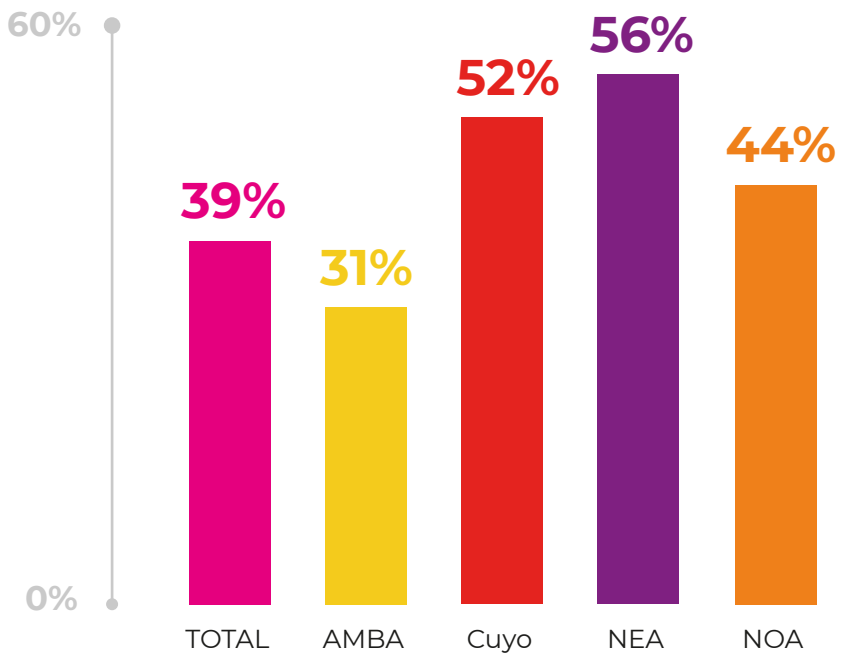


Fuente: IED Argentina, 2021

También la distribución por región refleja mayores proporciones de experiencias negativas al compartir el diagnóstico con personas no cercanas (figura 16). En todas las regiones estas situaciones superaron el 30% de los casos y más de la mitad de las personas encuestadas en el NEA y Cuyo brindaron respuestas afirmativas (56 y 52%, respectivamente).

Figura 16.

Proporción de experiencias negativas ante la divulgación del estado serológico a personas no cercanas, según región estudiada (n=948)

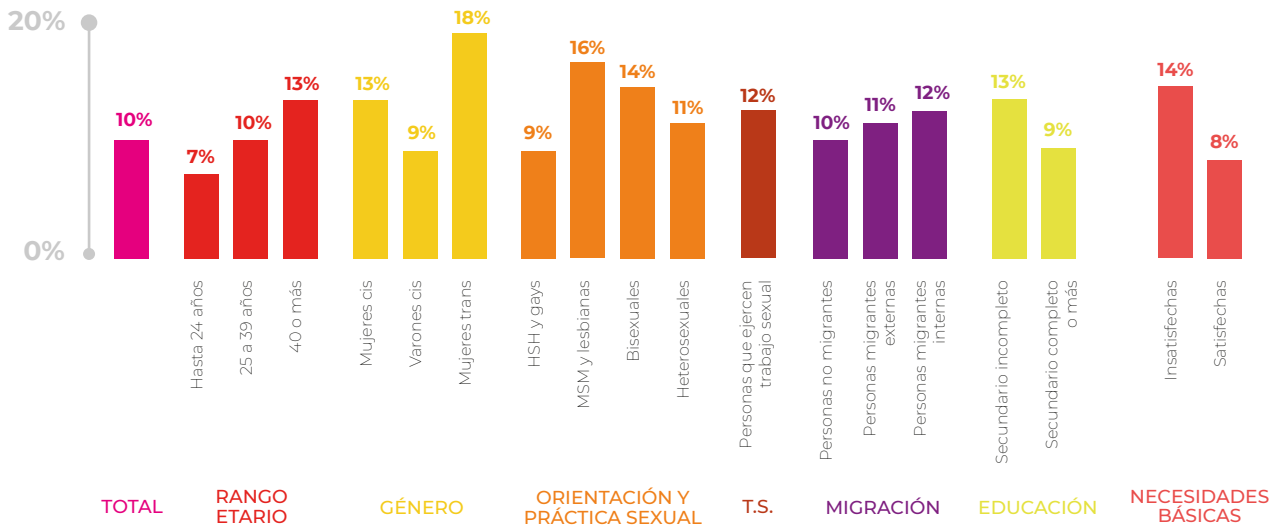


Fuente: IED Argentina, 2021

En cuestiones más particulares respecto de la divulgación del diagnóstico de VIH, existen situaciones puntuales para destacar sobre la vinculación de las personas y su vida social. Una de estas situaciones es la asistencia a reuniones sociales. En la figura 17, se puede observar que un 10% de las personas respondió que fue excluido de reuniones sociales. Esta proporción toma mayor preponderancia al observar determinados colectivos de personas: por ejemplo, el 18% de las mujeres trans que participaron de la encuesta dijo haber sido excluida de alguna reunión social por su estado serológico, seguidas por las MSM, con un 16%. Siguen, con porcentajes decrecientes, las personas con necesidades básicas insatisfechas y las personas bisexuales (14% en cada grupo); las personas de más de 40 años, las mujeres cis y quienes no completaron el secundario (con un 13% en cada conjunto) y las personas migrantes internas, con un 12% de los casos.

Figura 17.

Proporción de exclusión de reuniones o actividades sociales debido al estado serológico, según variables seleccionadas (n=948)

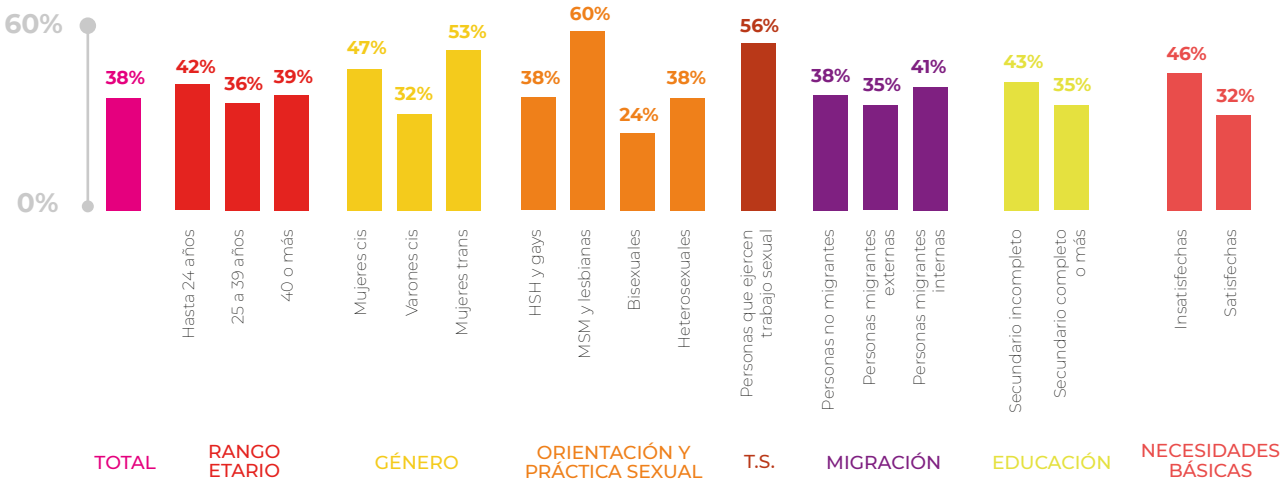


Fuente: IED Argentina, 2021

Por otro lado, se indagó si las personas encuestadas habían sabido de comentarios discriminatorios por su estado serológico. En la figura 18, se aprecia que el 38% de la muestra respondió afirmativamente. Los colectivos más afectados fueron las MSM, con un 60% de respuestas afirmativas; seguidas por las personas que ejercen trabajo sexual, con un 56%, y las mujeres trans, con un 53%.

Figura 18.

Proporción de respuestas afirmativas a la pregunta: "¿Alguna vez ha sabido que otras personas (aparte de sus familiares) hayan hecho comentarios discriminatorios o hayan murmurado sobre usted debido a su estado serológico?", según variables seleccionadas (n=948)

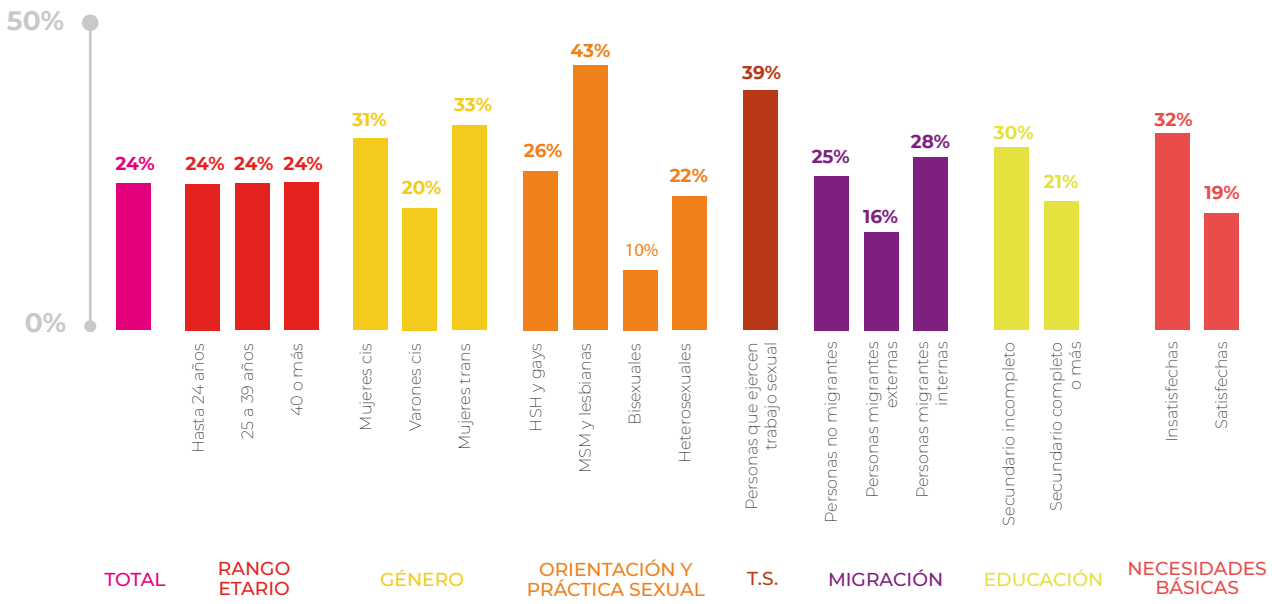


Fuente: IED Argentina, 2021

Cuando se analizan los datos sobre agresiones verbales en torno al estado serológico, se observa que la secuencia es encabezada por las mujeres nuevamente (figura 19), cuyas respuestas afirmativas representaron el 43% de las MSM y mujeres lesbianas, el 39% de quienes ejercen trabajo sexual, el 33% de las mujeres trans y el 31% de las mujeres cis.

Figura 19.

Proporción de respuestas afirmativas a la pregunta: "¿Alguna vez lo o la han agredido verbalmente por su estado serológico?", según variables seleccionadas (n=948)

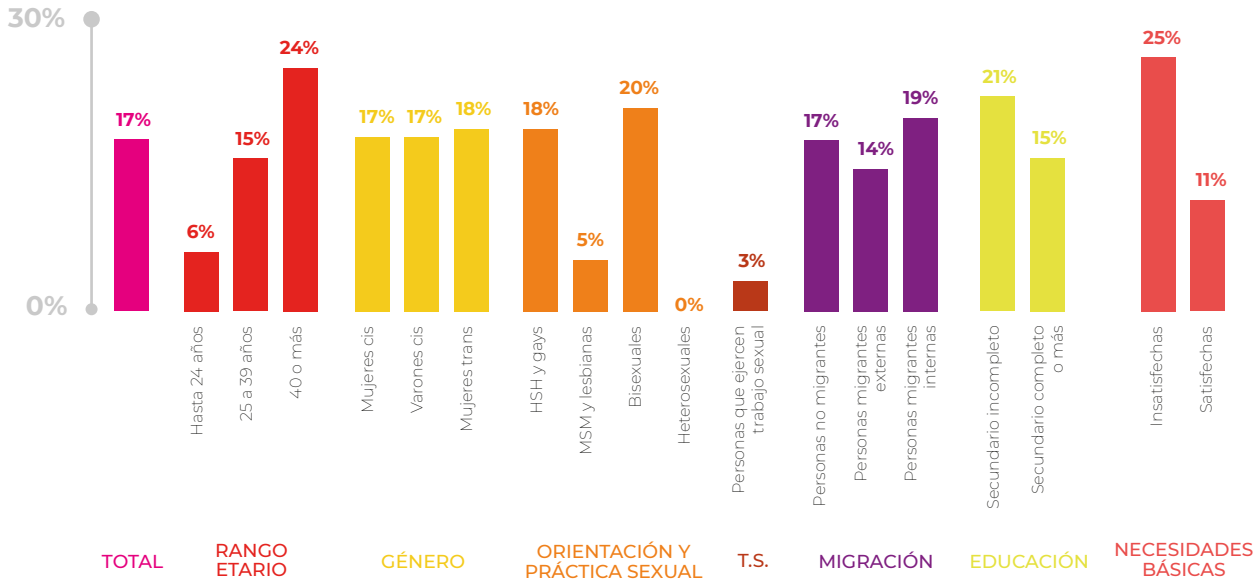


Fuente: IED Argentina, 2021

Cuando se hace referencia a la divulgación del diagnóstico, no se pueden dejar de lado las situaciones de búsqueda de empleo o de divulgación del diagnóstico en el lugar de trabajo. En este marco, es importante destacar que, si bien Argentina cuenta con una norma específica que lo prohíbe, persiste parcialmente la práctica de realizar la prueba de VIH en el examen preocupacional, muchas veces incluso a espaldas de la persona que asiste a dicho examen. La Resolución N.o 270/15 del 13 de abril de 2015, del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, promueve medidas activas en pos de la no discriminación en el acceso al empleo, entre ellas, la prohibición de la realización de la prueba de VIH en el examen preocupacional. Sin embargo, como se observa en la figura 20, estas situaciones continúan presentándose y un 17% de las personas encuestadas atravesó una situación de pérdida de empleo vinculada con su diagnóstico. Las personas más afectadas fueron aquellas con necesidades básicas insatisfechas (25% de los casos), las de más de 40 años (24%) y quienes no habían completado el secundario (21%).

Figura 20.

Relación entre diagnóstico serológico y negación de fuente de empleo o pérdida de este según variables seleccionadas (n=948)

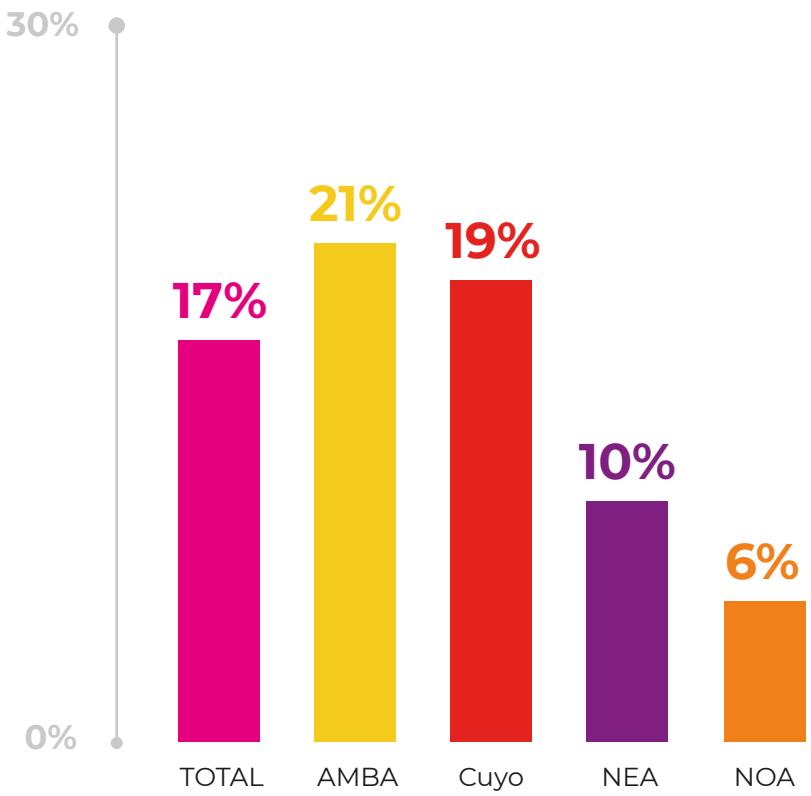


Fuente: IED Argentina, 2021

En la figura 21 se presenta la distribución por regiones de los casos en que a las personas se les negó el empleo con motivo de su serología positiva. Se puede ver que la región que presenta la mayor proporción fue el AMBA, con un 21% de respuestas afirmativas, seguida por Cuyo, con un 19% de respuestas positivas.

Figura 21.

Relación entre diagnóstico serológico y negación de fuente de empleo o pérdida de este según las regiones estudiadas (n=948)

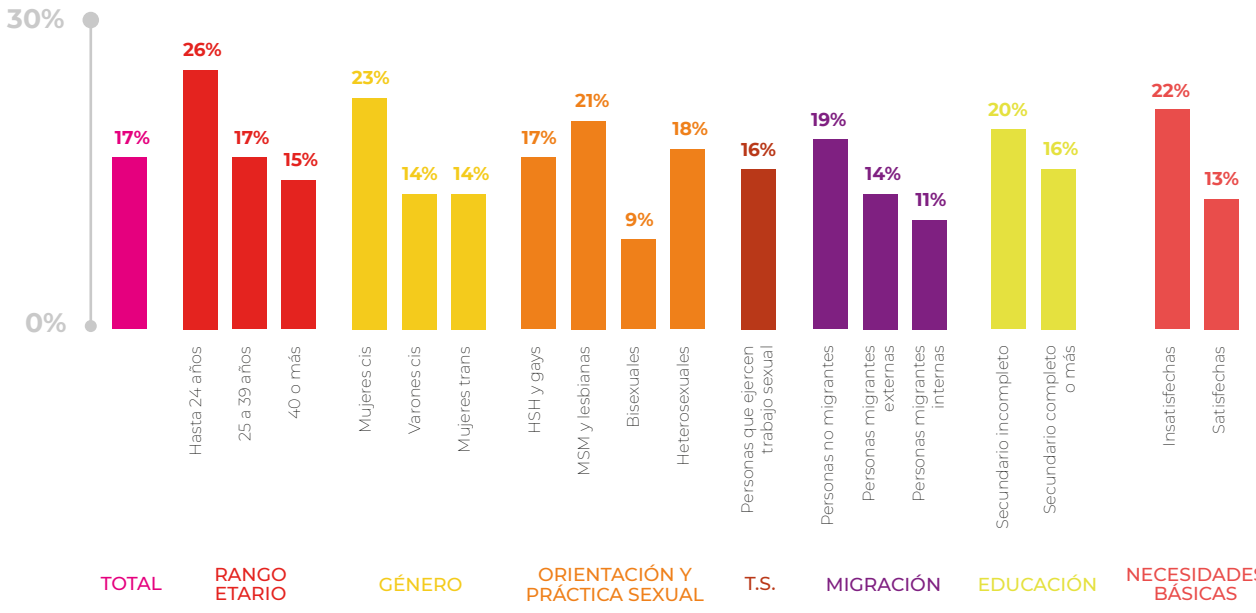


Fuente: IED Argentina, 2021

La participación de las personas en reuniones sociales es otro indicador clave para pensar el estigma social y también el autoestigma internalizado, que está íntimamente relacionado con la divulgación. Se entiende el autoestigma como el resultado de un proceso en que el estigma social y la discriminación decantan en la autocensura de quienes los padecen. La participación de las personas encuestadas en reuniones sociales se vio afectada y una parte de la muestra dejó de asistir a ellas en virtud de su estado serológico. En la figura 22 se puede observar que las personas menores de 24 años fueron quienes respondieron afirmativamente en mayor medida, con un 26% de los casos. Las mujeres cis, nuevamente, mostraron porcentajes altos y reconocieron su autoestigma en un 23% de los casos. Las personas con necesidades básicas insatisfechas y las MSM presentaron porcentajes similares de autoestigma internalizado, 22 y 21% de los casos, respectivamente.

Figura 22.

Proporción de personas que decidieron no asistir a reuniones sociales por su estado serológico, según variables seleccionadas (n=948)

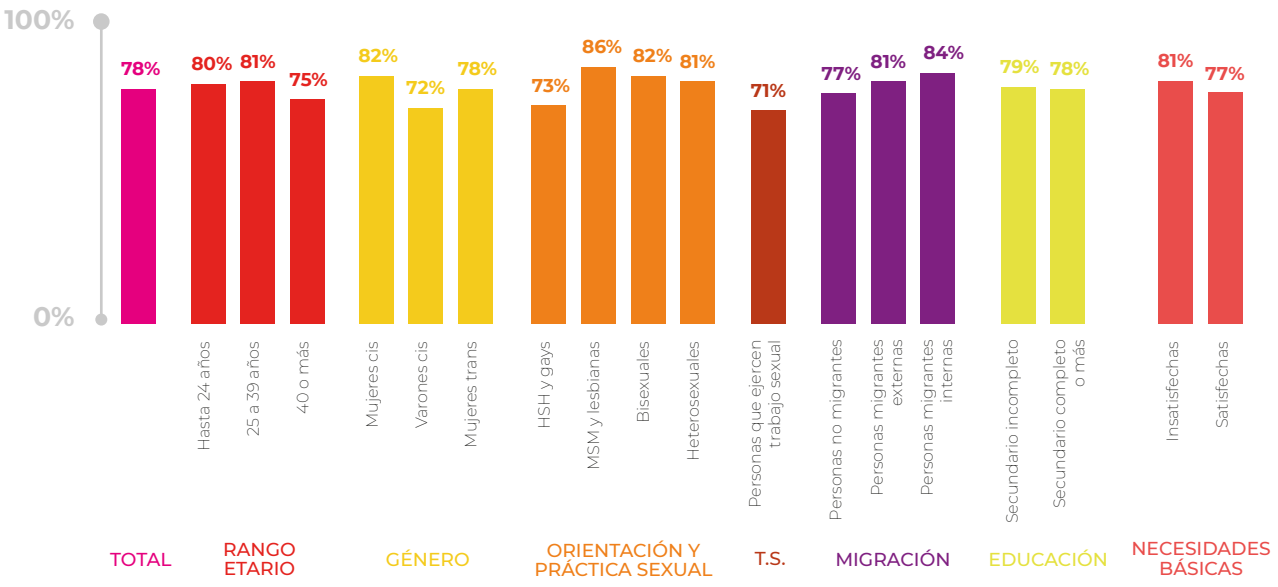


Fuente: IED Argentina, 2021

Para profundizar en la variable autoestigma, se consultó a las personas acerca de la dificultad para contarles a terceros sobre su estado serológico. La figura 23 muestra que el valor de estas respuestas fue alto en general: un 78% del total afirmó tener dificultades para hacer público su diagnóstico. Cuando se enfoca en poblaciones puntuales, si bien todos los porcentajes fueron altos (siempre por encima del 70%), las más afectadas fueron las MSM, con un 86% de respuestas afirmativas; seguidas por las personas migrantes internas, con un 84%; las mujeres cis y las personas bisexuales, 82% en cada uno de estos dos grupos. Los siguientes grupos en proporción de respuestas afirmativas fueron las personas de entre 25 y 39 años, las personas heterosexuales, las personas migrantes externas y las personas con necesidades básicas insatisfechas, todas con el 81% de los casos.

Figura 23.

Proporción de personas que manifestaron alguna dificultad para contarle a la gente sobre el estado serológico, según variables seleccionadas (n=948)

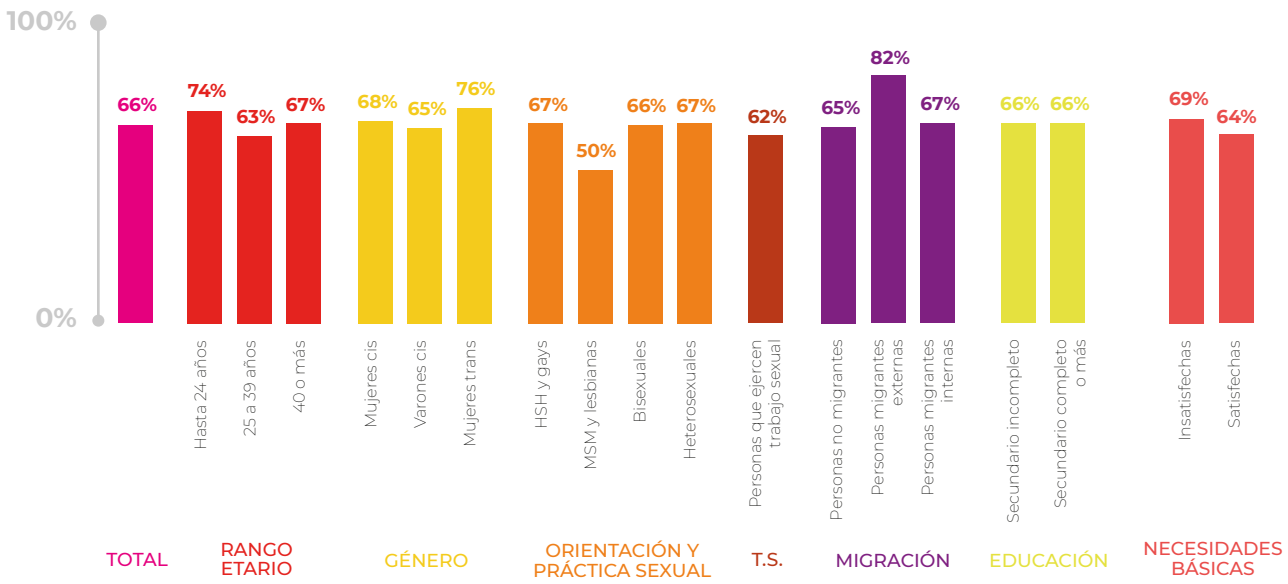


Fuente: IED Argentina, 2021

En relación con la pregunta anterior, y continuando con el autoestigma y su vínculo con la divulgación, en la figura 24 se presentan las proporciones en que las personas manifestaron que escondían su estado serológico a los demás, nuevamente con altos porcentajes (66% del total). Al particularizar las poblaciones (muchas de ellas con más del 60% de respuestas afirmativas), se aprecia que las más afectadas fueron las personas migrantes externas (82% de los casos), las mujeres trans (76%) y las personas jóvenes (74%). Al analizar estas respuestas por región, los mayores porcentajes de ocultamiento se presentaron en el NEA (79% de los casos), seguido del NOA (77%) y, si bien las proporciones son menores, Cuyo y AMBA también presentaron porcentajes altos, de 69 y 61% respectivamente (figura 25).

Figura 24.

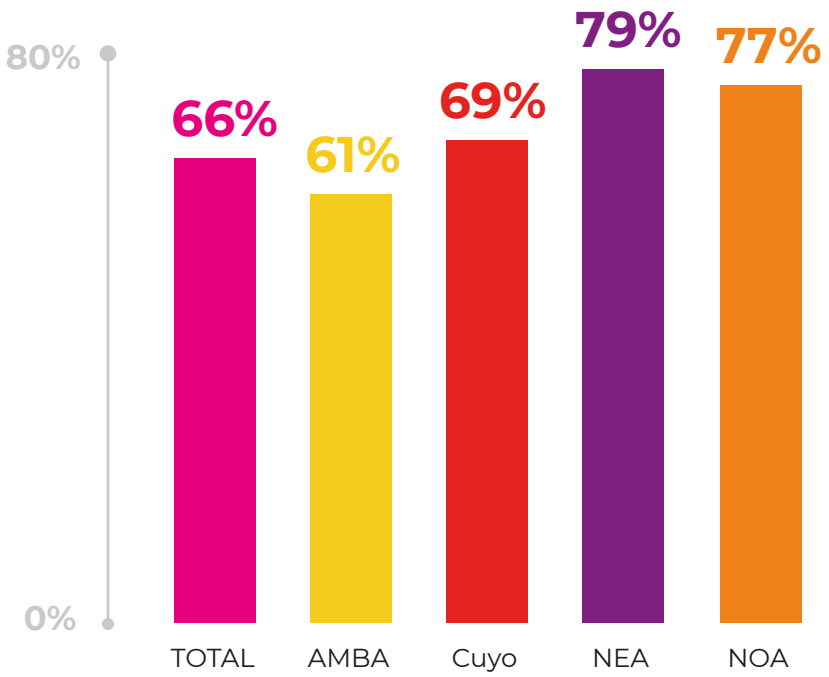
Proporción de acuerdo con la afirmación: "Yo escondo mi estado serológico a los demás", según variables seleccionadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 25.

Proporción de acuerdo con la afirmación: "Yo escondo mi estado serológico a los demás", según las regiones estudiadas (n=948)

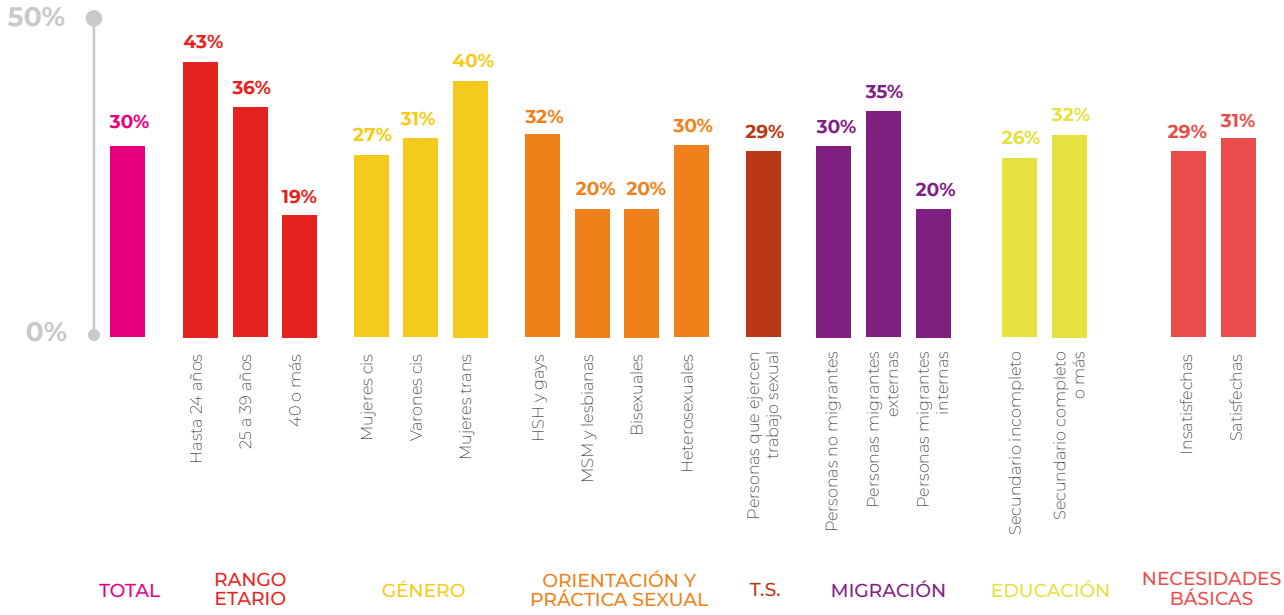


Fuente: IED Argentina, 2021

Otra variable para medir el autoestigma internalizado es la duda sobre hacerse la prueba de VIH en relación con el temor a que otras personas se enteren del posible resultado positivo. En este sentido, el 30% de la muestra manifestó haber pasado por esta duda. Las personas menores de 24 años y las mujeres trans fueron quienes más contestaron afirmativamente, con un 43 y 40%, respectivamente (figura 26). Siguiendo el mismo criterio, pero con la pregunta sobre una demora en el inicio del tratamiento por miedo a que las personas cercanas supieran del diagnóstico positivo, en la figura 27 se observa que este porcentaje ascendió al 38% de las personas encuestadas en general. Las poblaciones más afectadas fueron las personas bisexuales y las personas con necesidades básicas insatisfechas con un 43% respectivamente. Siguiendo con esta misma variable, las regiones de NEA y NOA (figura 28) presentaron los mayores porcentajes, 52 y 57% respectivamente.

Figura 26.

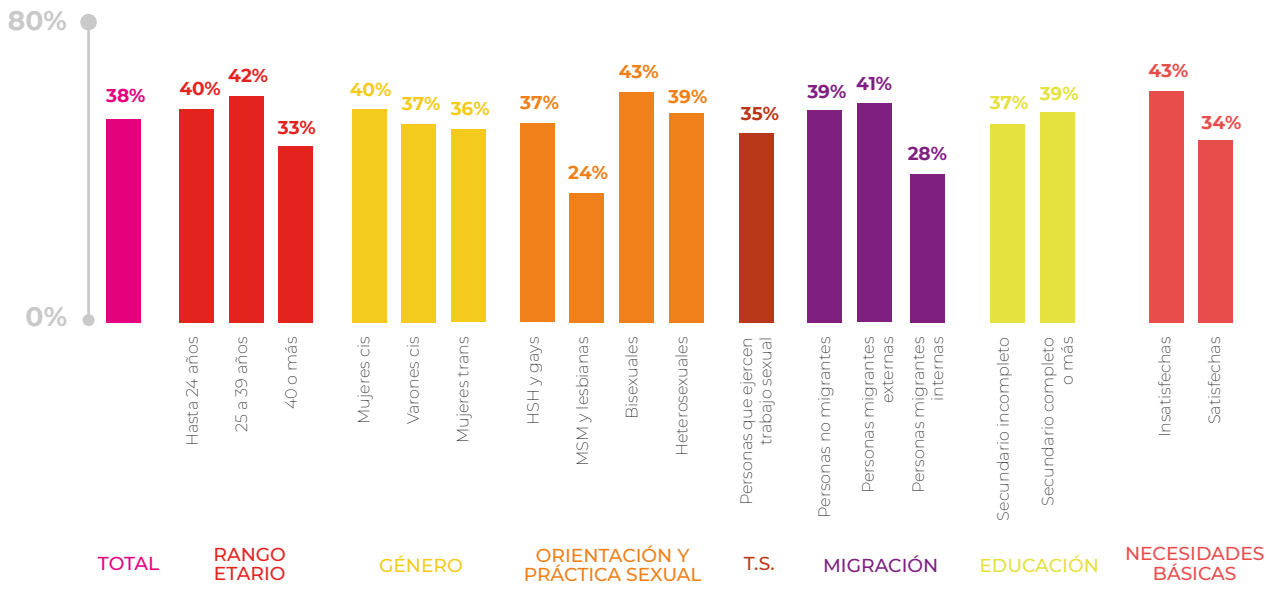
Proporción de respuestas afirmativas a la pregunta: "El temor a lo que dirían los demás si usted resultaba seropositivo ¿le hizo dudar de hacerse la prueba del VIH?", según variables seleccionadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 27.

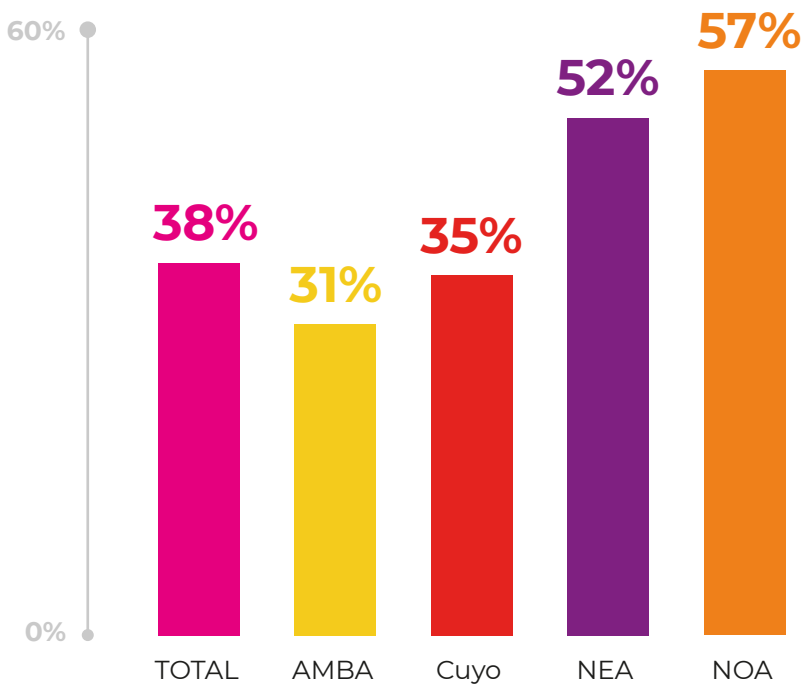
Proporción de acuerdo con la afirmación: "Dudé o retrasé mi tratamiento porque me preocupaba que mi pareja, familia o amigos supieran mi estado serológico", según variables seleccionadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 28.

Proporción de acuerdo con la afirmación: "Dudé o retrasé mi tratamiento porque me preocupaba que mi pareja, familia o amigos supieran mi estado serológico", según las regiones estudiadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

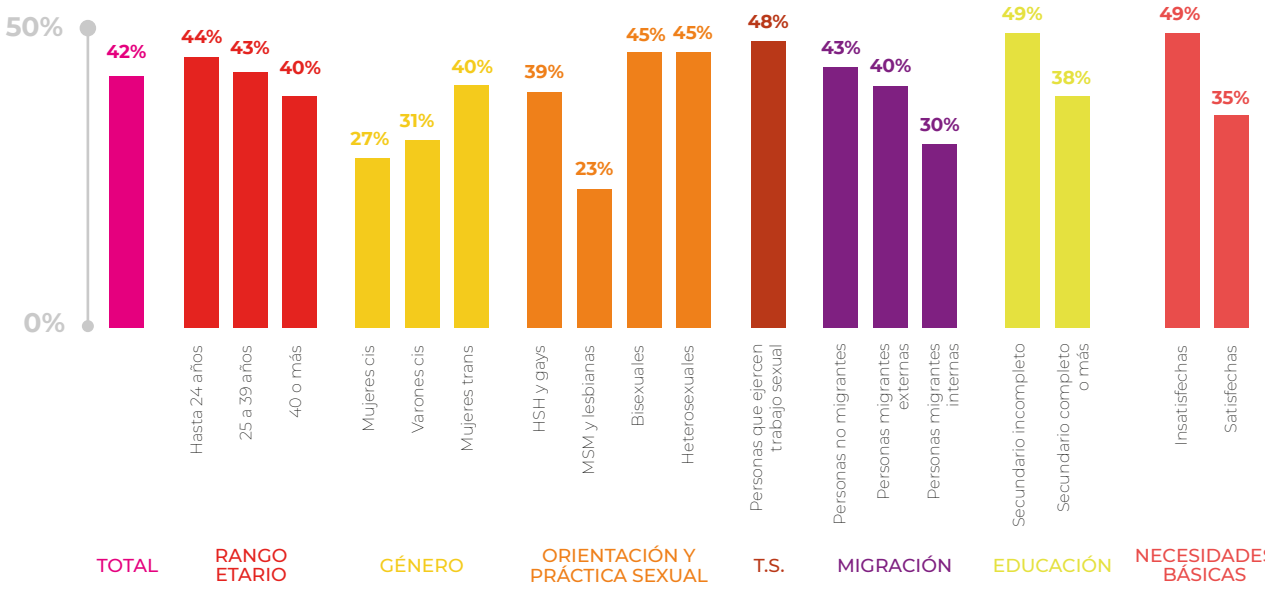
También se observó que el autoestigma internalizado actúa como barrera para el inicio del TARV y adherencia. En la figura 29 se observa que un 42% de las personas encuestadas dudó o retrasó el inicio del tratamiento por miedo a lo que podrían pensar los demás. Las personas con secundario incompleto y aquellas con necesidades básicas insatisfechas, 49% en ambos casos, fueron quienes más afirmaron la existencia de esta duda o el retraso en el inicio del TARV.

También presentaron un porcentaje cercano a la mitad de los casos las personas que ejercen trabajo sexual, con el 48% de respuestas afirmativas. Si se observa la misma variable según las regiones estudiadas, el NOA (con 61% de los casos) y el NEA (con un 55%) y fueron nuevamente las más vulneradas por este auto-estigma (figura 30).

Finalmente, respecto al TARV, la figura 31 muestra el porcentaje de personas que tuvieron problemas de adherencia por miedo a que otros supieran de su afección. Las personas que ejercen trabajo sexual fueron las más afectadas por este auto-estigma, con un 23% de casos afirmativos.

Figura 29.

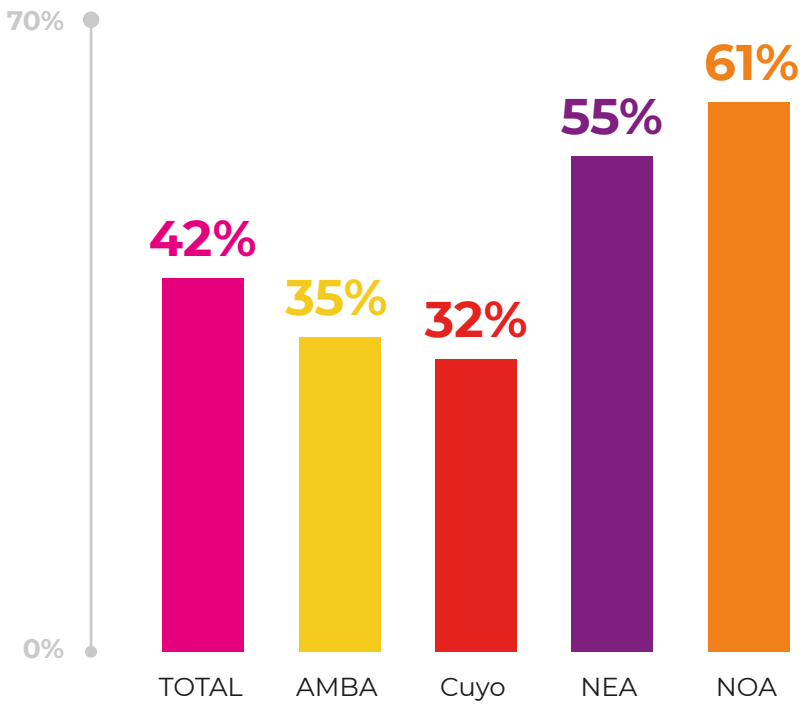
Proporción de respuestas afirmativas y negativas a la pregunta "Dudó o retrasó el tratamiento para VIH porque le preocupaba que otras personas (no familiares o amigos) se enteraran de su estado", según variables seleccionadas. (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 30.

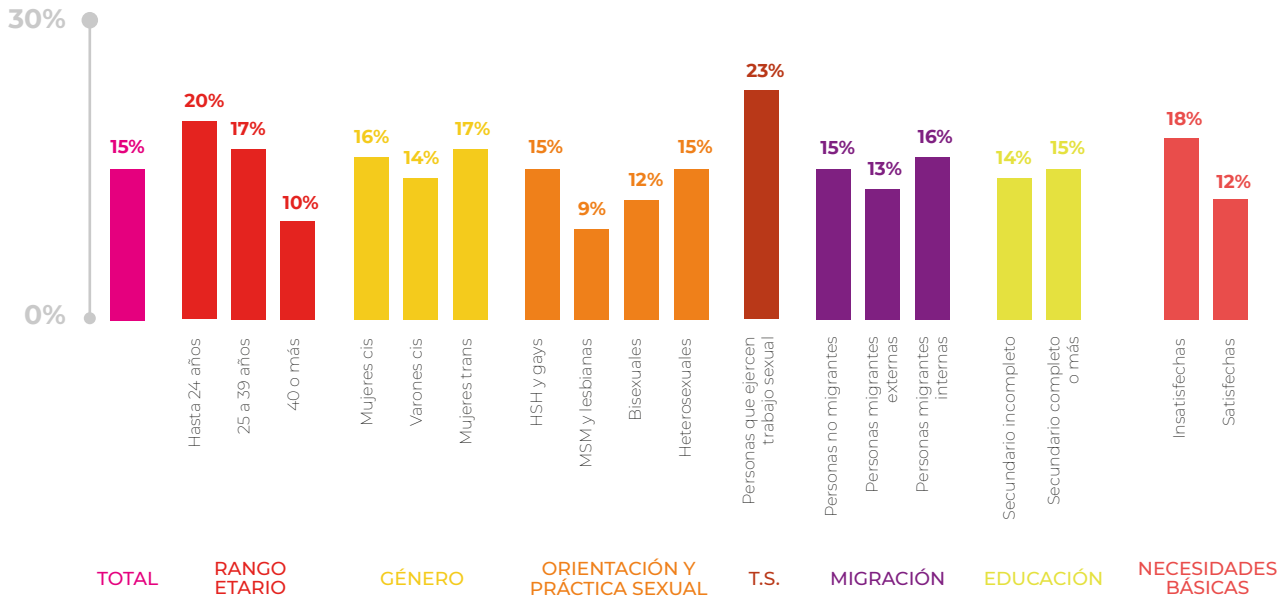
Proporción de acuerdo con la afirmación: “Dudó de hacerse la prueba de VIH por el temor de lo que podrían decir los demás en general si usted tenía un resultado positivo”, según las regiones estudiadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 31.

Proporción de acuerdo con la afirmación: “El temor de que alguien supiera sobre su estado serológico ha provocado que usted dejara de tomar una dosis de su tratamiento”, según variables seleccionadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

El estudio IED 2.0 tiene la particularidad de analizar el doble y múltiples estigmas en poblaciones clave. Dentro de la sección Comunidad, se analizarán las más destacadas en el marco de los resultados obtenidos.

POBLACIONES CLAVE **/ DOBLE** ESTIGMA

Los temores irracionales a la infección por el VIH, así como las actitudes y juicios negativos hacia las personas con VIH persisten, a pesar de décadas de campañas de información pública y otros esfuerzos de sensibilización. Las poblaciones con mayor riesgo de infección por VIH enfrentan altos niveles de estigma debido, entre otras cosas, a su género, orientación y práctica sexual, identidad de género, uso de sustancias o trabajo sexual. El estigma hacia las personas que viven con VIH o corren el riesgo de contraerlo provoca actos de discriminación en todos los sectores de la sociedad: las personas trabajadoras y funcionarias del Estado, la fuerza de seguridad y el personal de la salud, el lugar de trabajo, las escuelas y las comunidades. Este doble estigma y la discriminación desaniman a las personas para acceder a los servicios de atención sanitaria, incluidos los métodos de prevención del VIH, conocer su estado serológico respecto del VIH, recibir atención médica y seguir un tratamiento para alcanzar una buena calidad de vida.

El estudio IED 2.0 tiene la particularidad de establecer la importancia de observar el doble estigma en las personas con VIH que, a su vez, son parte de poblaciones consideradas clave, aquellas que presentan mayores probabilidades de exposición al virus y que padecen un estigma particular por tener determinadas identidades, comportamientos, orientaciones y prácticas sexuales. Para ello, en el cuestionario de recolección de datos del trabajo de campo, se incorporó una sección donde se consultaba a las personas sobre el estigma por formar parte de estas poblaciones clave: mujeres trans, personas bisexuales, MSM, HSH, personas que ejercen trabajo sexual y personas usuarias de sustancias.

El doble estigma se define como la situación por la cual una persona es discriminada socialmente por su estado serológico, pero también por ser parte de alguna de estas poblaciones clave enumeradas. De este modo, en el estudio se observa cuáles de estos estigmas generaron mayores padecimientos y cómo, a su vez, estos padecimientos se conjugaron y se superpusieron, por lo que crearon barreras más grandes para el acceso a los servicios esenciales de salud.
Se destaca que, en el presente informe, se realizó una exposición de aquellas poblaciones clave que presentaron resultados con porcentajes significativos para el análisis del doble estigma, las cuales fueron las siguientes: mujeres trans, HSH, personas que ejercen trabajo sexual y personas que usan o consumen sustancias.

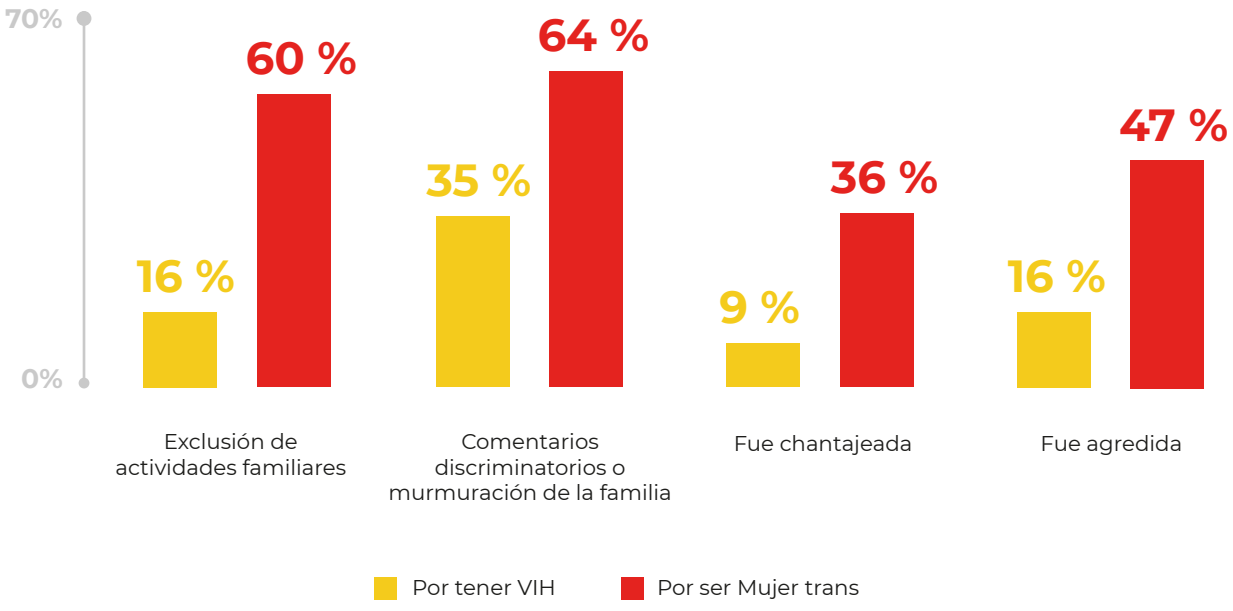
La observación del doble estigma en poblaciones clave se estructuró dentro de las acciones de divulgación, considerando que es en estas situaciones cuando se puede evaluar con mayor detalle su presencia. En todas las poblaciones analizadas, se comparó el estigma asociado con el VIH con el asociado a ser parte de una de las poblaciones clave estudiadas. Para ello, se tuvieron en cuenta aquellas preguntas en las que se describían iguales situaciones de divulgación y socialización del diagnóstico positivo de VIH y de pertenecer a una población clave, y cuál era la consecuencia estigmatizante ante el estado seropositivo o ante ser parte de estas.

En la figura 32 se da cuenta de la situación de las mujeres trans y el análisis del doble estigma. Allí se observa que, en cada una de las situaciones planteadas, el estigma por ser mujer trans estuvo mucho más presente que el estigma por ser seropositivas. Puntualmente, las mujeres trans declararon que el estigma más presente era el de haber recibido comentarios discriminatorios por parte de personas cercanas (familia) debido a su identidad de género autopercibida, con un 64% de respuestas afirmativas. En este sentido, también se puede destacar que un 60% de las mujeres trans encuestadas dijo haber sido excluida de actividades familiares debido a su identidad de género. En ambos casos, el doble estigma estuvo presente; sin embargo, el porcentaje de respuestas con la variable de recibir comentarios discriminatorios por parte de familiares por ser seropositiva disminuyó al 35% en el caso de las mujeres trans encuestadas, lo que da cuenta de que la discriminación por ser mujer trans casi duplicó este indicador. Lo mismo ocurrió con la exclusión de actividades familiares. El estigma por ser mujer trans ascendió 44 puntos por arriba del estigma por ser seropositiva, que se ubicó en el 16%.

De igual modo, es importante destacar que el doble estigma estuvo presente en todas las dimensiones consultadas. Se expone a través de los datos que las mujeres trans eran observadas y señaladas tanto por su identidad de género como por su estado seropositivo, lo cual agrava doblemente su padecimiento social. En este análisis se distingue que, si bien se pudo observar un porcentaje bajo respecto del chantaje por ser seropositivas, con un 9% de respuestas afirmativas, sí se observó que el valor ascendió al 36% en las mujeres trans que declararon haber sido chantajeadas por su género. Lo mismo ocurrió con las variables de agresión, en las que ser agredidas por su identidad de género (47%) casi triplicó la agresión por ser seropositivas (16%). Sin dudas, el género autopercibido por estas mujeres estableció socialmente un estigma mucho más fuerte que el hecho de ser seropositivas, lo que aumentó significativamente la exclusión social.

Figura 32.

Comparación de los efectos del doble estigma en las mujeres trans (n=948)

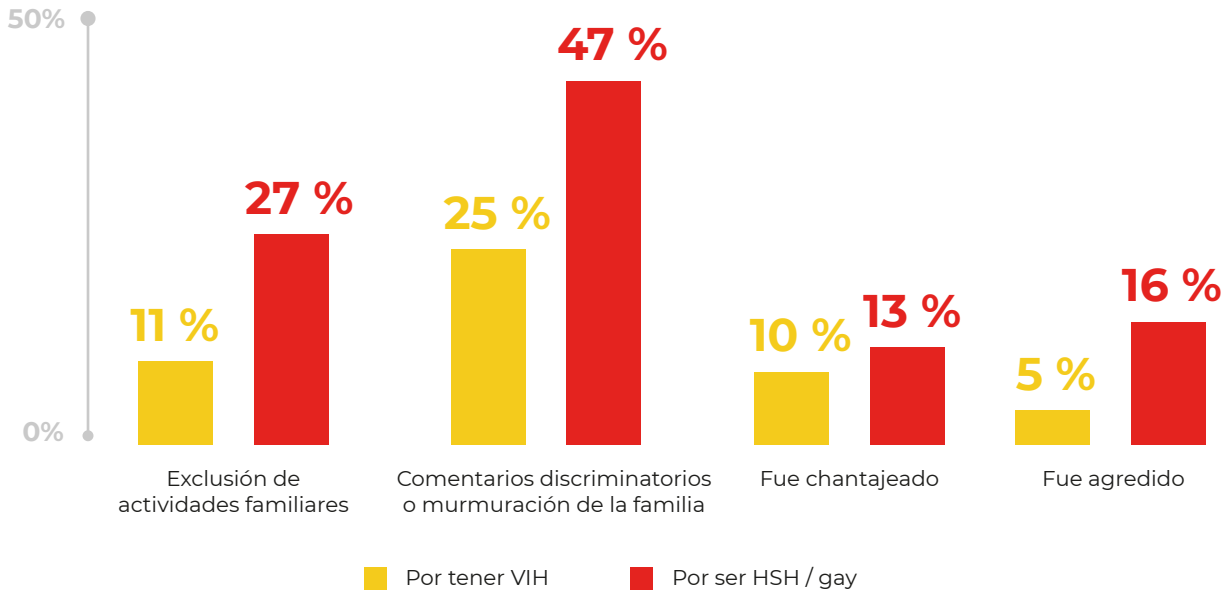


Fuente: IED Argentina, 2021

Otra de las poblaciones clave del estudio IED 2.0 son los varones gays y HSH. En este caso, la figura 33 establece que las variables de estigma con porcentajes más altos se encontraron en los comentarios discriminatorios por parte de las familias. Nuevamente, el ser parte de una población clave generó en estas personas mucho más estigma que el ser seropositivo. De este modo, se observa que un 47% de los HSH encuestados dijo haber recibido comentarios discriminatorios por parte de su familia por su práctica u orientación sexual, mientras que un 25% dijo haberlo recibido por ser seropositivo, lo que da cuenta de que, en muchos casos, existía el doble estigma. La exclusión de actividades familiares también mostró valores importantes, sobre todo, en lo que respecta a la práctica o a la orientación sexual: mientras que un 27% de los HSH encuestados declaró haber sido excluido de actividades familiares por sus prácticas u orientación sexual, el 11% dijo haberlo sido por tener VIH. En todas las variables, se siguió presentando la problemática del doble estigma, pero siempre resaltando que el estigma por la práctica u orientación sexual estaba mucho más presente.

Figura 33.

Comparación de los efectos del doble estigma en varones gays y HSH (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

El trabajo sexual no es ilegal en Argentina; sin embargo, tampoco es reconocido por el Estado como trabajo, lo que establece un vacío legal que genera numerosas situaciones en las que quienes eligen ejercerlo de manera autónoma y voluntaria carecen de los derechos de la protección social con los que cuentan todas las personas que trabajan (vivienda, jubilación, obra social, entre otros). Esta ausencia de derechos genera, además, situaciones de mayor vulnerabilidad, debido a que, sin reconocimiento del Estado, quienes ejercen trabajo sexual deben hacerlo en la clandestinidad y cargar con el estigma social que esto genera. En la figura 34, se observa que el estigma por ejercer trabajo sexual atraviesa todas las variables analizadas. El 44% de las personas de esta población clave dijo haber sufrido comentarios discriminatorios por de parte de su familia por ejercer trabajo sexual. Un indicador similar fue haber recibido alguna agresión: un 40% dijo haberla sufrido por ejercer trabajo sexual. El 30% dijo haber recibido chantajes por ese motivo, mientras que el 25% atribuyó a esta actividad haber sido excluidas de eventos familiares.

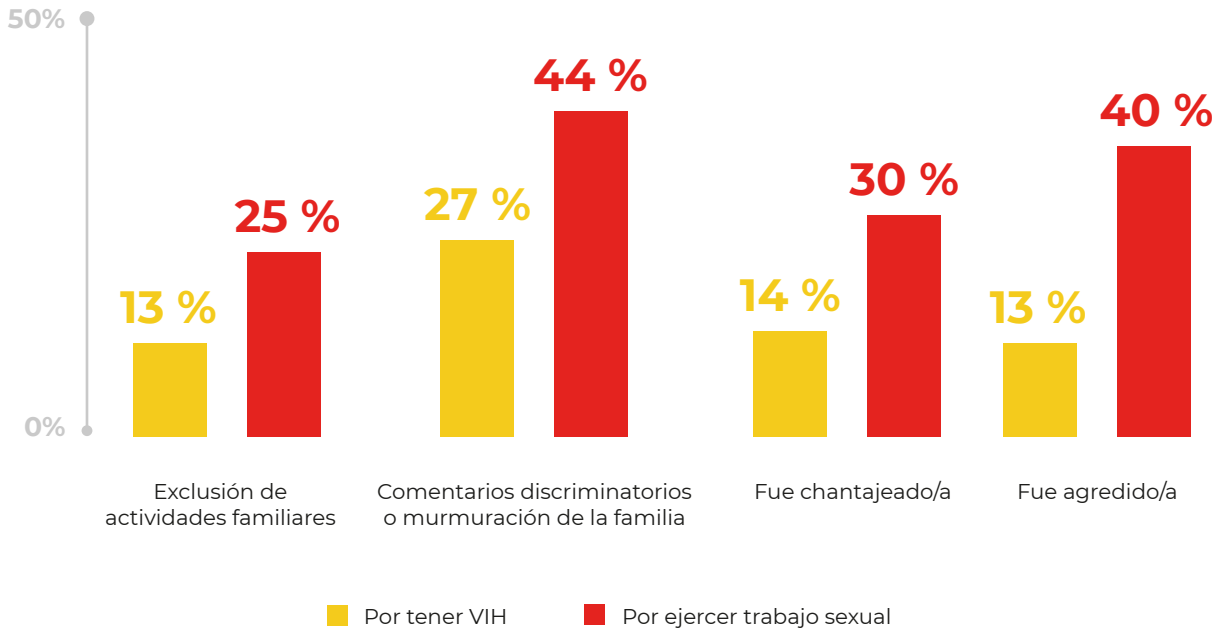
Todas estas variables muestran el alto porcentaje de estigma por el hecho de pertenecer a una de las poblaciones clave y, si bien son importantes, las proporciones de estigma por la seropositvidad son menores. El más alto, nuevamente, se dio en los comentarios discriminatorios por parte de la familia, con un 27% de respuestas afirmativas. Fue en esta variable en la que se observaron mayores niveles de doble estigma.

Me hice el test de VIH porque mi pareja de ese momento se lo hizo, le dio positivo y me presionó para hacérmelo, como una forma de culparme por eso.

— Mujer adulta

Figura 34.

Comparación de los efectos del doble estigma en personas que ejercen trabajo sexual (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

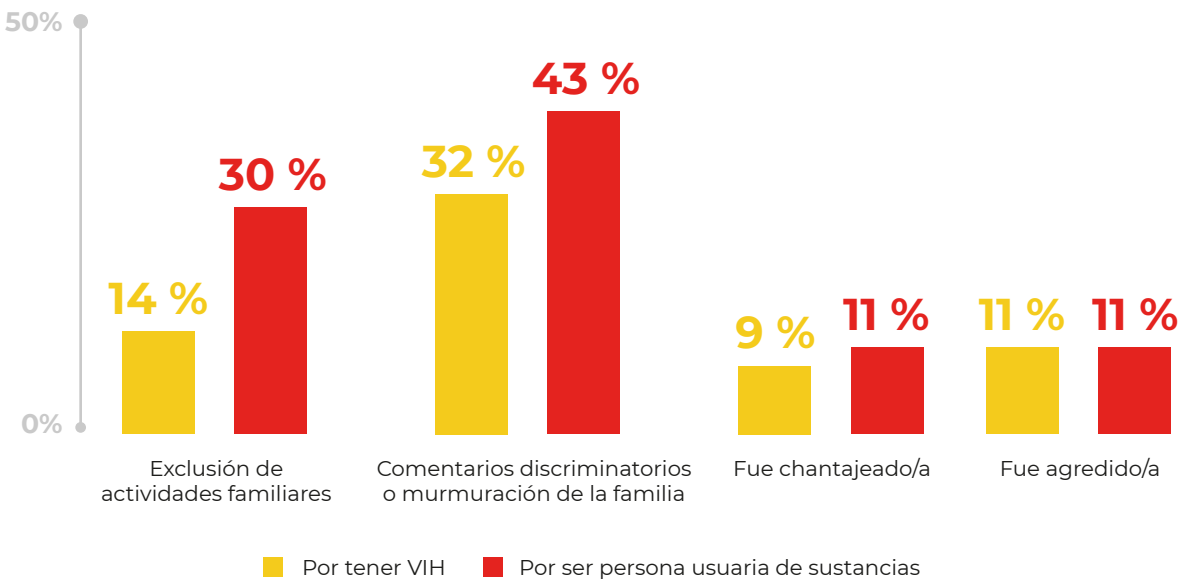
El hecho de ser una persona usuaria de sustancias determina la última de las poblaciones clave en que se analizará el doble estigma. Es importante destacar que, si bien es una población que en esta muestra no evidenció porcentajes importantes en las otras secciones, en el caso de la comparación de los dos estigmas estudiados (ser persona usuaria de sustancias y con diagnóstico seropositivo) sí presentaron proporciones que se debe analizar.

Corresponde señalar que en el marco de este estudio se consideró persona usuaria de sustancias a aquella que en alguna oportunidad recurrió al uso, recreativo o no, de algún tipo de sustancias psicoactivas (drogas). El doble estigma fue considerado en función de las mismas cuatro categorías referidas a la relación con el entorno social y relevadas en las poblaciones clave antes analizadas. En este caso particular,

en la figura 35 se muestra que los porcentajes de estigma más importantes se encuentran en las dos primeras variables, tanto por ser persona usuaria de sustancias como por tener VIH. El 30% de las personas usuarias de sustancias encuestadas dijo haber sido excluida de actividades familiares por esta práctica, mientras que el 14% dijo haber sido excluida por su serología positiva, lo que muestra una duplicación del estigma en el primero de los casos. Por un lado, el 43% de quienes dieron cuenta de ser usuarios de sustancias dijo haber recibido comentarios discriminatorios de su familia por esta práctica, mientras que un 32% dijo, además, haber padecido esta discriminación por ser seropositivo. En este caso, ambos estigmas se acercaron en valores; sin embargo, el estigma por ser población clave obtuvo un porcentaje mayor que el de ser una persona seropositiva. En las dos últimas variables, los estigmas se muestran equiparados: el 11% de las personas encuestadas que declararon ser usuarios de sustancias dijeron haber sido agredidas por ello, indicador que se mantuvo en haber sido agredidas por ser seropositivas. Un caso similar ocurre en la variable vivió una situación de chantaje, donde el 11% declaró haber sido chantajeado por ser una persona usuaria de sustancias y el 9%, por ser seropositiva.

Figura 35.

Comparación de los efectos del doble estigma en personas usuarias de sustancias (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

El estudio del doble estigma es fundamental para comprender la situación de las poblaciones clave estudiadas. En cada una de las poblaciones expuestas siempre existió un mayor porcentaje de estigma y discriminación por el hecho de ser población clave que por ser una persona con un diagnóstico seropositivo.

DERECHOS HUMANOS

Yo no tendría problema en comunicar mi diagnóstico positivo, sino fuera porque percibo el nivel de desinformación que se maneja en la sociedad, o al menos en los ámbitos que frecuento.

— Mujer adulta

LA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE LOS **DERECHOS HUMANOS Y EL VIH**

La protección y la promoción de los derechos humanos son esenciales para prevenir la transmisión del VIH y atenuar las consecuencias sociales y económicas de la pandemia. Ciertos grupos son más vulnerables a contraer el virus porque no logran hacer realidad sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Las personas a quienes se les niega el derecho a la libertad de asociación y/o de acceso a la información pueden quedar impedidas de discutir cuestiones relacionadas con el VIH/sida, participar en organizaciones de servicio y grupos de autoayuda relacionados con el sida, y de adoptar otras medidas preventivas para protegerse de la infección del VIH.

Un enfoque basado en los derechos humanos es esencial para poner fin al sida como amenaza para la salud pública. Los enfoques basados en derechos crean un entorno propicio para que las respuestas al VIH puedan tener éxito y reafirman la dignidad de las personas con VIH o que están en una situación que los hace más vulnerables a este. Una respuesta eficaz a la pandemia debe, por lo tanto, fundamentarse en el respeto de todos los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, así como en el derecho al desarrollo, en conformidad con los principios y las normas internacionales sobre derechos humanos.

La promoción y la protección de los derechos humanos reducen la vulnerabilidad a la infección por VIH al atacar sus causas profundas, mitigan los efectos negativos sobre las personas infectadas y afectadas por el VIH, y habilitan a las personas y a las comunidades para responder a la pandemia.

La obligación de los Estados de promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH/sida está definida en los tratados internacionales vigentes. Los derechos humanos relacionados con el VIH/sida incluyen el derecho a la vida; el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona; el derecho al nivel de salud mental y física más alto que pueda obtenerse; el derecho a la no discriminación, a la igualdad de protección y ante la ley; el derecho a la libertad de circulación; el derecho de procurar y gozar de asilo; el derecho a la vida privada; el derecho a la libertad de expresión y opinión, y el derecho de recibir y de difundir informaciones libremente; el derecho a la libertad de asociación; el derecho de contraer matrimonio y fundar una familia; el derecho al trabajo; el derecho de acceso a la educación en condiciones de igualdad; el derecho a un nivel de vida adecuado; el derecho a la seguridad social, la asistencia y el seguro social; el derecho a participar en los adelantos científicos y sus beneficios; el derecho a participar en la vida pública y cultural, y el derecho a no sufrir torturas ni otros tratos, ni penas crueles, inhumanas o degradantes.

A menudo, se violan los derechos de las personas con VIH por saber o por suponer que están infectadas por el virus, lo que las hace sufrir, al mismo tiempo, el peso de la enfermedad y la consiguiente pérdida de otros derechos. La estigmatización y la discriminación pueden dificultar su acceso al tratamiento y afectar su empleo, su vivienda y otros derechos. Esto, a su vez, contribuye a la vulnerabilidad de otras personas a la infección, ya que el estigma y la discriminación vinculados con el VIH desalientan a las personas infectadas y afectadas por el VIH a recurrir a los servicios sanitarios y sociales. Como consecuencia, quienes más necesitan información, educación y asesoramiento ni siquiera se benefician de esos servicios, aunque estén disponibles a su alcance.

La respuesta al VIH debe comprenderse como integral e incluir desde medidas para mejorar la calidad de vida en lo que refiere a la salud hasta aquello ateniente a los vínculos sociales. Para que nadie quede excluido, es necesario abordar el estigma, la discriminación y otras barreras legales relacionadas con los derechos humanos, así como aquellas de carácter social o de género que provocan que las personas sean vulnerables al VIH y que dificultan el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo del VIH (6). Una respuesta integral al VIH implica generar marcos legales de actuación para preservar los derechos humanos de las personas, garantizando el acceso a los servicios de salud y al tratamiento, como así también el buen trato, derribando las barreras del estigma y de la discriminación que obstaculizan la calidad de vida en general.

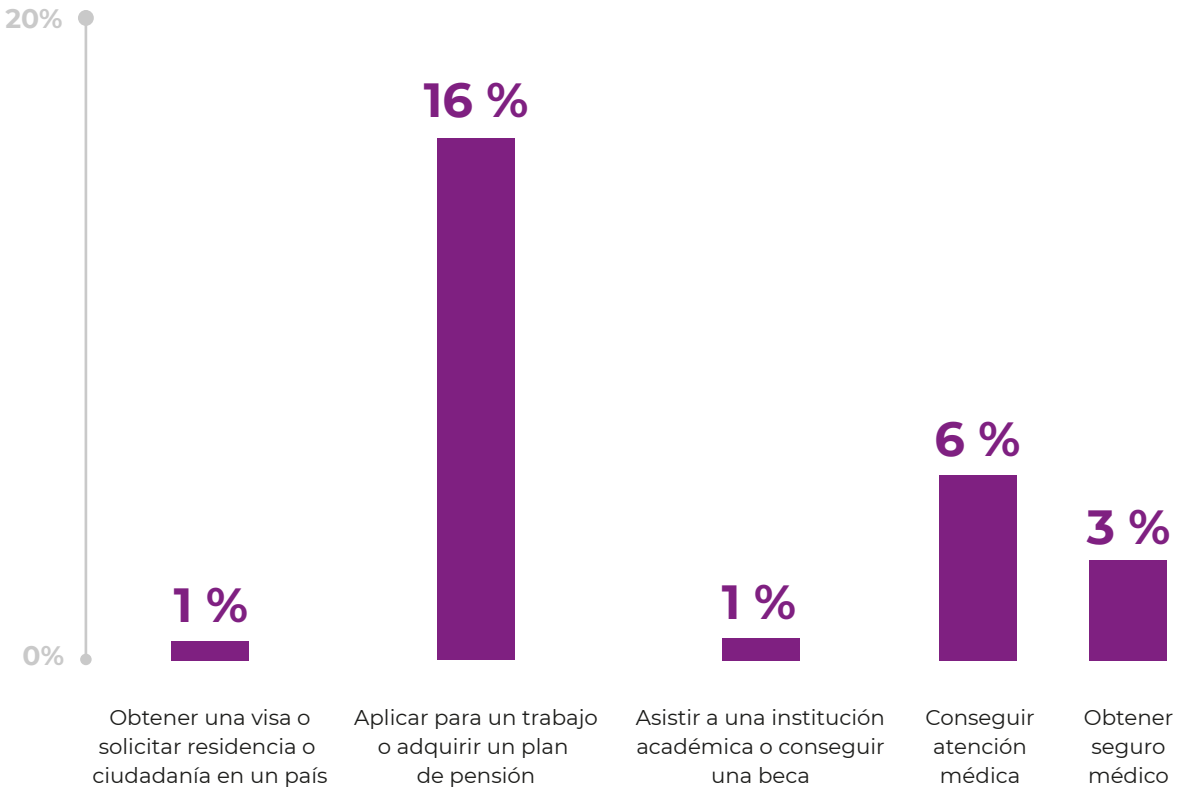
El presente estudio da cuenta de la mirada que tienen las personas con VIH encuestadas sobre el trato que reciben de la sociedad en su conjunto y de los centros donde atienden su salud en particular. A través del IED, se puede evaluar si se respetan las leyes nacionales, si se logra el resguardo de la discriminación y si se consigue hacer valer los derechos con los que las personas con VIH cuentan.

Para comenzar el análisis de los derechos humanos de las personas con VIH, en la figura 36 se presentan las situaciones en las que las personas encuestadas dijeron haber sido obligadas a realizarse el test o a divulgar su estado serológico. El ámbito laboral surgió nuevamente aquí como el de mayor proporción de respuestas afirmativas: el 16% de la muestra manifestó que que se les obligó a hacerse la prueba de VIH para conseguir un empleo. En este punto, también apareció la instancia del sector salud, con un 6% de afirmaciones acerca de la necesidad de hacer el test o divulgar su serología para conseguir atención médica.

Asimismo, en la figura 37 se puede observar que las personas con secundario incompleto y las personas con necesidades básicas insatisfechas fueron las que declararon en mayor proporción haber pasado por estas situaciones para obtener un empleo o un plan de pensión, y su respuesta fue afirmativa en el 22% en ambos grupos. A su vez, las personas mayores de 40 años, las personas migrantes internas y las personas que ejercen trabajo sexual experimentaron esta situación, con un 21% de casos afirmativos cada uno.

Figura 36.

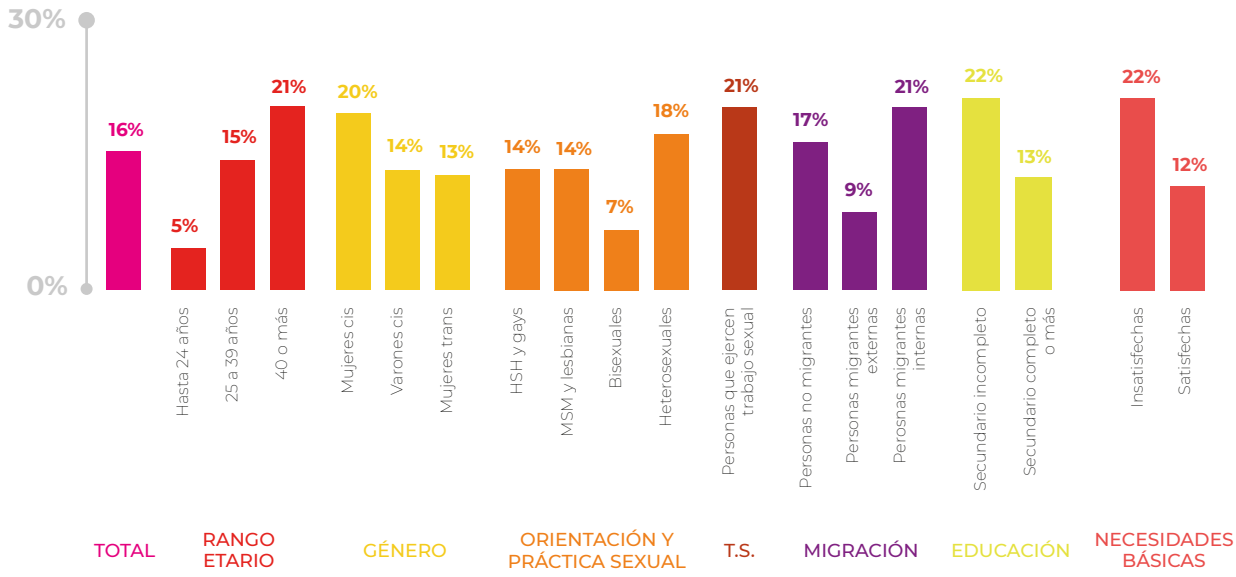
Proporción de respuestas afirmativas a la pregunta: "¿Fue obligado/a a hacerse la prueba del VIH o a divulgar su estado serológico para obtener una visa o residencia/aplicar para un empleo/asistir a una institución académica/conseguir atención médica/obtener un seguro? (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 37.

Proporción de respuestas afirmativas a la pregunta: "¿Fue obligado/a a hacerse la prueba del VIH o a divulgar su estado serológico para obtener una visa o residencia/aplicar para un empleo/asistir a una institución académica/conseguir atención médica u obtener un seguro?", según variables seleccionadas (n=948)

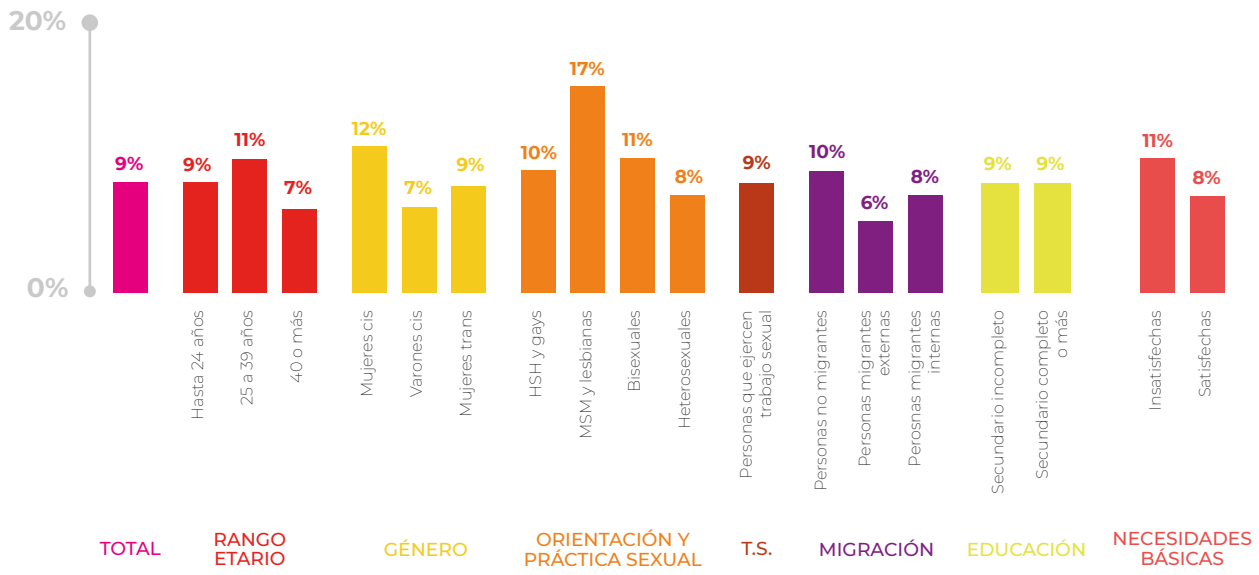


Fuente: IED Argentina, 2021

A continuación, en la figura 38 se muestra la proporción en que las personas dijeron que se habían visto obligadas a divulgar su estado serológico o que este hubiera sido divulgado sin su consentimiento. Las mujeres volvieron a ser las más afectadas por una situación de presión, encabezadas por las MSM, con un 17% de respuestas afirmativas, seguidas por las mujeres cis en general, con un 12%.

Figura 38.

Proporción de respuestas afirmativas a la pregunta: "¿Fue obligado/a a divulgar su estado serológico o este fue divulgado públicamente sin su consentimiento?", según variables seleccionadas (n=948)



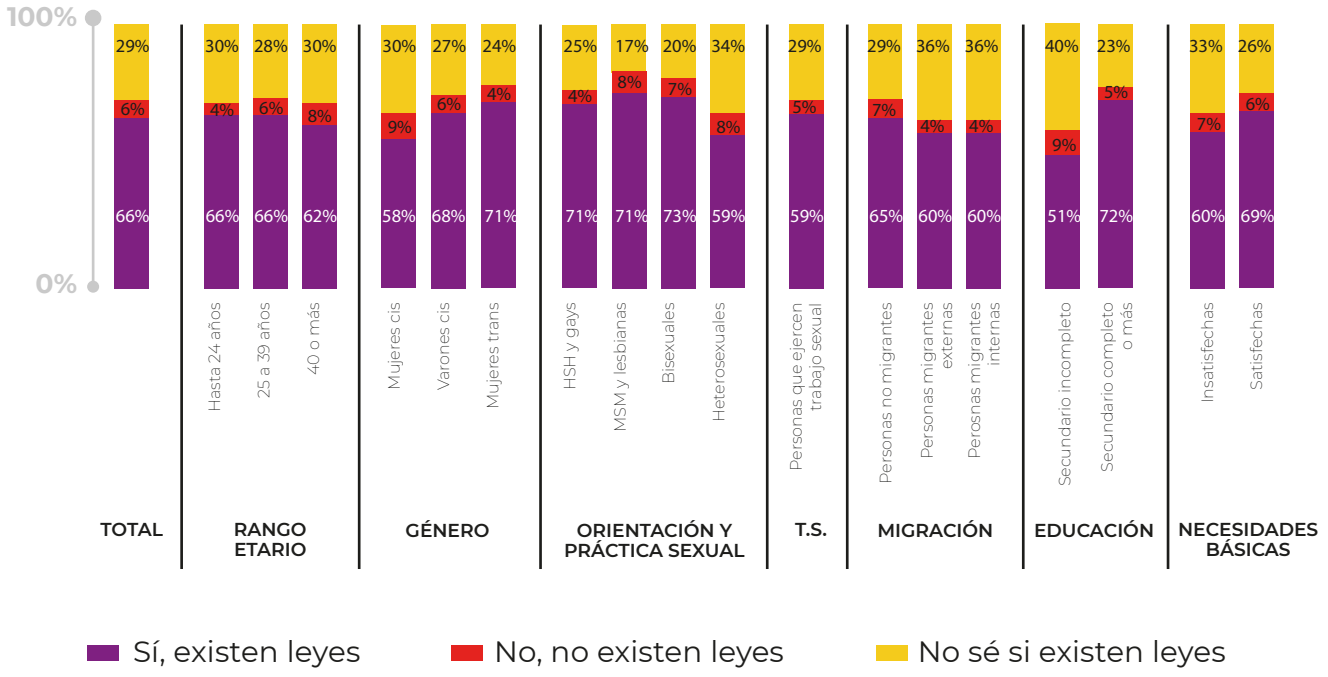
Fuente: IED Argentina, 2021

Un dato de interés es el grado de conocimiento que las personas con VIH tienen acerca de los derechos que los asisten y las leyes nacionales y acuerdos internacionales que posibilitan una vida más digna sin estigma y sin discriminación. En función de esto, se preguntó a las personas encuestadas si tenían conocimiento de la legislación en la materia y los resultados indicaron que un número importante desconocía el contenido de estas leyes o directamente creía que no existían. En la figura 39, se destaca el mayor porcentaje de desconocimiento entre las personas que no completaron el secundario: un 40% ignoraba si existía legislación al respecto y un 9% que declaró que no existía dicha legislación. Esto sumó un 49% de la muestra: casi la mitad de las personas con estudios secundarios incompletos desconocía sus derechos.

Las mujeres cis y las personas heterosexuales también mostraron un alto porcentaje de desconocimiento de las leyes sobre VIH. Un 34% de ambas poblaciones desconocía si existía legislación, mientras que un 9% y 8%, respectivamente, declararon la inexistencia de leyes al respecto. Por otra parte, las personas migrantes externas y aquellas con necesidades básicas insatisfechas mostraron altos porcentajes de desconocimiento de las leyes, con un 36% y 33%, respectivamente, y dieron una respuesta negativa a la existencia de legislación en la materia con un 4% y 7%, respectivamente.

Figura 39.

Proporción de respuestas a la pregunta: "En su país, ¿existen leyes que protejan a las personas que viven con VIH contra la discriminación?", según variables seleccionadas (n=948)



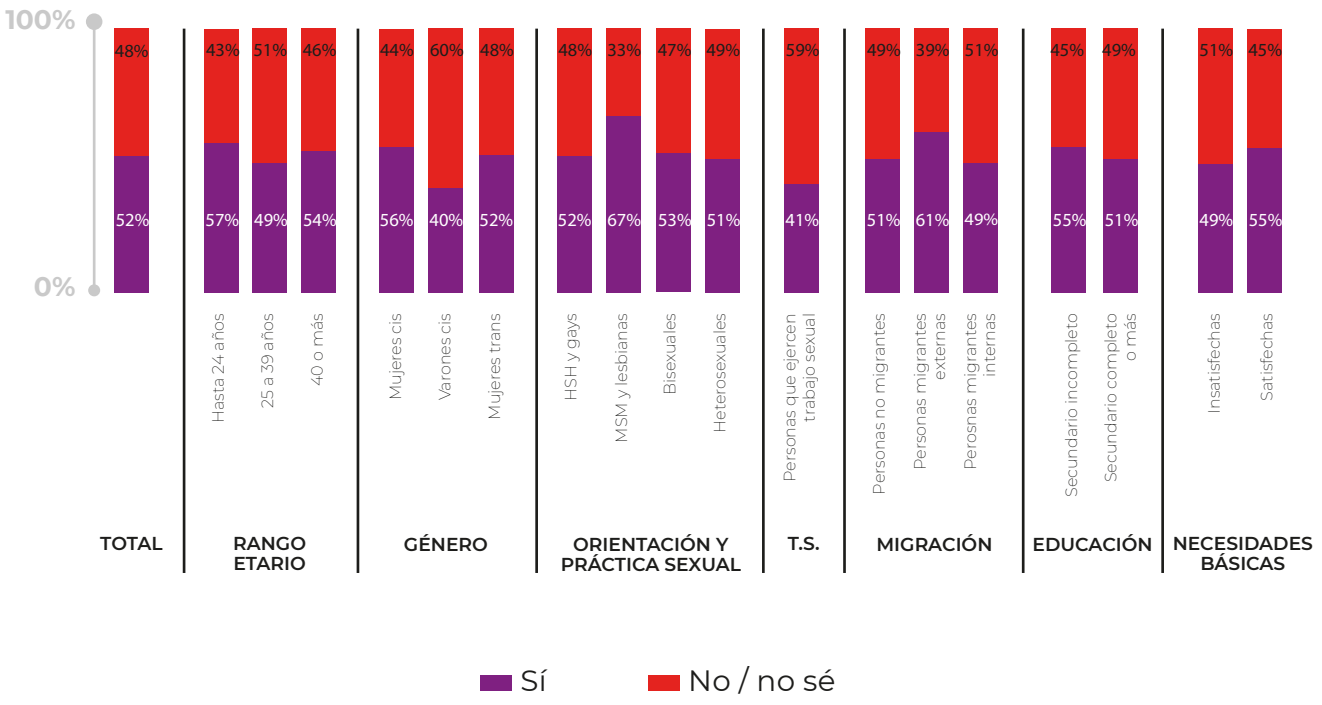
Fuente: IED Argentina, 2021

La ley nacional de sida, Ley N.o 23798, y su Decreto reglamentario N.o 1244/91 (7) declararon de interés nacional la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida desde 1990 en Argentina. En el anexo 1 del decreto donde se reglamenta dicha ley, se puede encontrar el artículo 2, que declara que, para la aplicación de la ley y de su reglamentación, se deberán respetar las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos —conocida como Pacto de San José de Costa Rica—, aprobada por la Ley N.o 23054, y de la ley antidiscriminatoria, Ley N.o 23592, según la cual los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus VIH, o se halla enferma de sida, tienen prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla (8).

Sin embargo, y pese a ello, en Argentina, muchas personas con VIH declararon que consideraban que su historia clínica no permanecía en estado de confidencialidad por distintas razones. Según la figura 40, un 48% de las personas encuestadas en el presente estudio declaró que consideraba que su historia clínica no se mantenía en confidencialidad, lo que mostró que casi la mitad de la muestra dudaba de los métodos de confidencialidad. Las poblaciones que más lo declararon fueron los varones cis, con un 60% de los casos, y las personas que ejercen trabajo sexual, con un 59% de respuestas negativas.

Figura 40.

Proporción de la muestra según la consideración del estado de confidencialidad de su historia clínica, según variables seleccionadas (n=948)



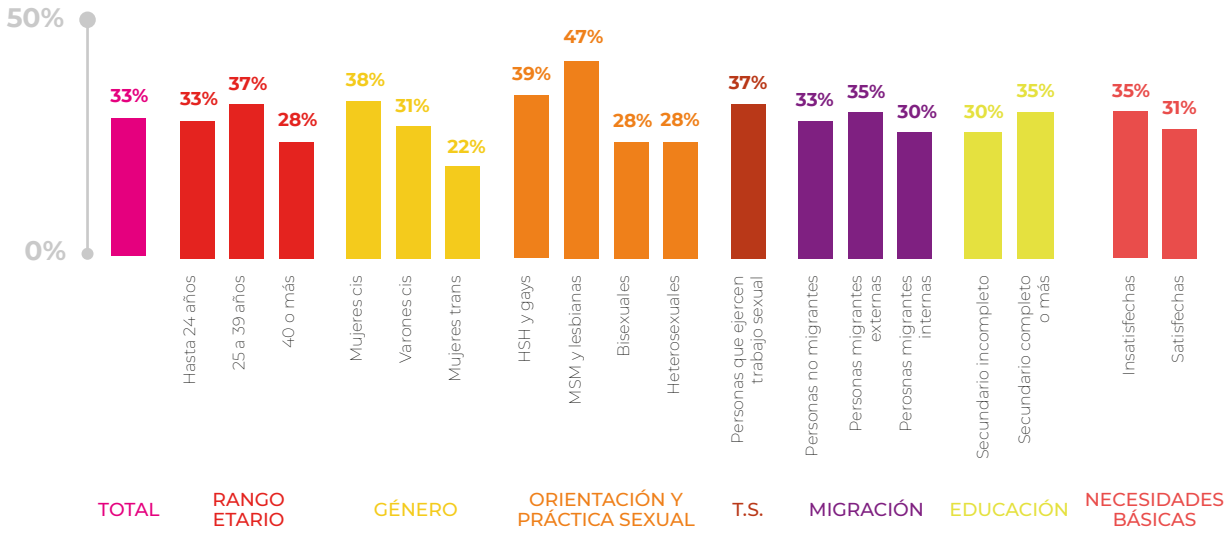
Fuente: IED Argentina, 2021

La búsqueda de no ser discriminados y estigmatizados por parte de la sociedad lleva a muchas personas a trabajar activamente en este proceso de difusión y promoción de sus derechos, y a formar e informar a la sociedad sobre qué es el VIH y qué significa estigmatizar a las personas. Según se muestra en la figura 41, las MSM mostraron el mayor porcentaje de participación en esta tarea, con un 47% de respuestas afirmativas a la pregunta sobre haberles explicado a terceros que estaban estigmatizando y discriminando, y sobre qué es el VIH. Las personas que habían desarrollado tareas de este tipo eran el 33% de la muestra, con altos porcentajes entre los HSH (39% de casos), las mujeres cis (38%), las personas de entre 25 y 39 años y las personas que ejercen trabajo sexual (37% en cada caso).

Este mismo dato, que se puede observar en la figura 42, indica que fue la región de Cuyo la que mostró más acciones de las personas encuestadas en trabajos de divulgación, información y formación sobre VIH, con un 45% de respuestas afirmativas.

Figura 41.

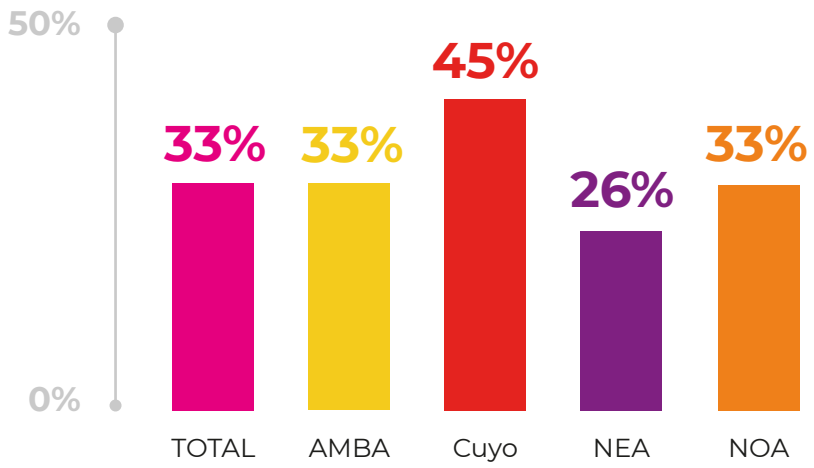
Proporción de personas que marcaron la opción "Le ha explicado a una persona que lo/a estaba discriminando qué significa el VIH/qué significa el estigma", según variables seleccionadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 42.

Proporción de personas que marcaron la opción "Le ha explicado a una persona que lo/a estaba discriminando qué significa el VIH/qué significa el estigma", según las regiones estudiadas (n=948)



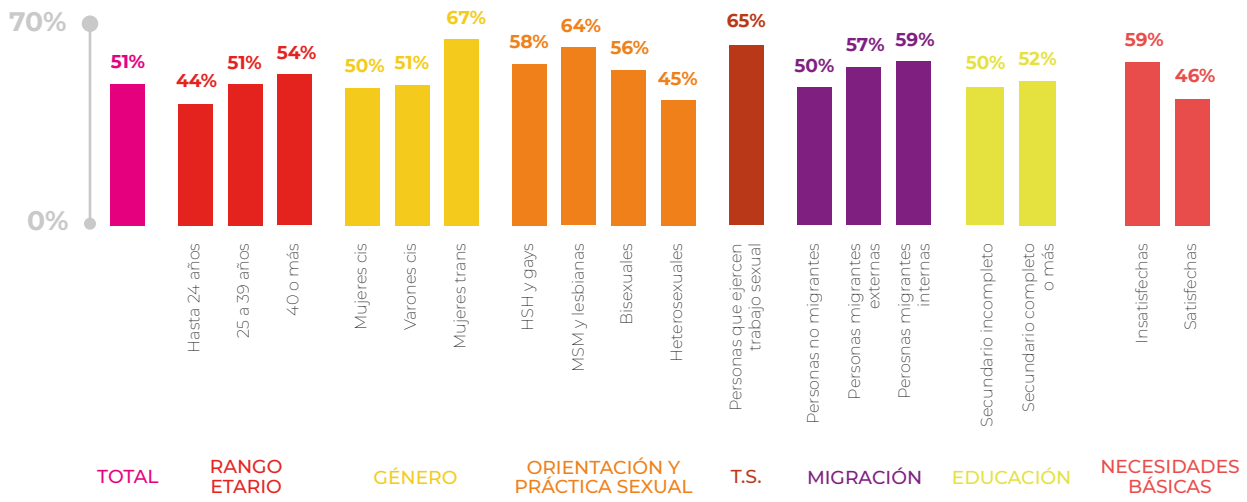
Fuente: IED Argentina, 2021

No solamente existen situaciones de divulgación de información, sino que, muchas veces, las personas con VIH realizan las tareas de contención, tanto económica como emocional, a pares en su misma situación. El trabajo de acompañamiento resulta un indicador muy importante en la defensa y promoción de los derechos humanos de las personas con VIH. Siguiendo este análisis, en la figura 43 se muestra que las mujeres encabezaron los porcentajes llevando adelante esta tarea y siendo las más involucradas. Las mujeres trans presentaron un 67% de respuestas afirmativas y las personas que ejercen trabajo sexual, un 65%. Además de estas dos poblaciones, es importante destacar que el 51% del total de las personas encuestadas en general brindó apoyo emocional o económico a terceras personas con VIH que lo precisaron. Todas las poblaciones mostraron en general porcentajes elevados en este punto, lo que da cuenta de la solidaridad y del respeto por los derechos humanos de las poblaciones con VIH en general.

Al observar estas variables por regiones, la región de Cuyo fue la que presentó las mayores proporciones, con un 65% de respuestas afirmativas a la pregunta por el acompañamiento económico o emocional a personas con VIH. También se observó un alto porcentaje en AMBA, con 57% de respuestas afirmativas (figura 44).

Figura 43.

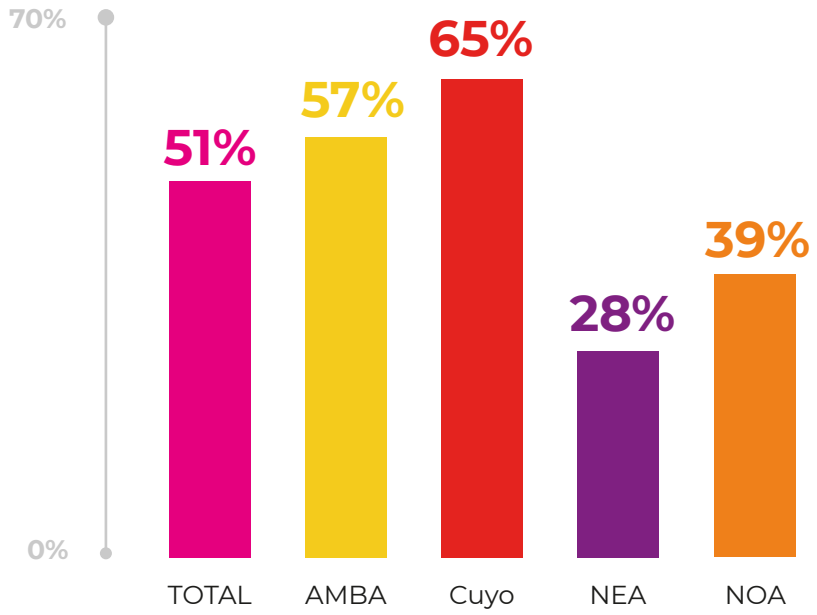
Proporción de personas que brindaron apoyo emocional, económico o de otro tipo para ayudar a alguien con VIH a enfrentar el estigma o la discriminación, según variables seleccionadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 44.

Proporción de personas que brindaron apoyo emocional, económico o de otro tipo para ayudar a alguien con VIH a enfrentar el estigma o la discriminación, según las regiones estudiadas (n=948)

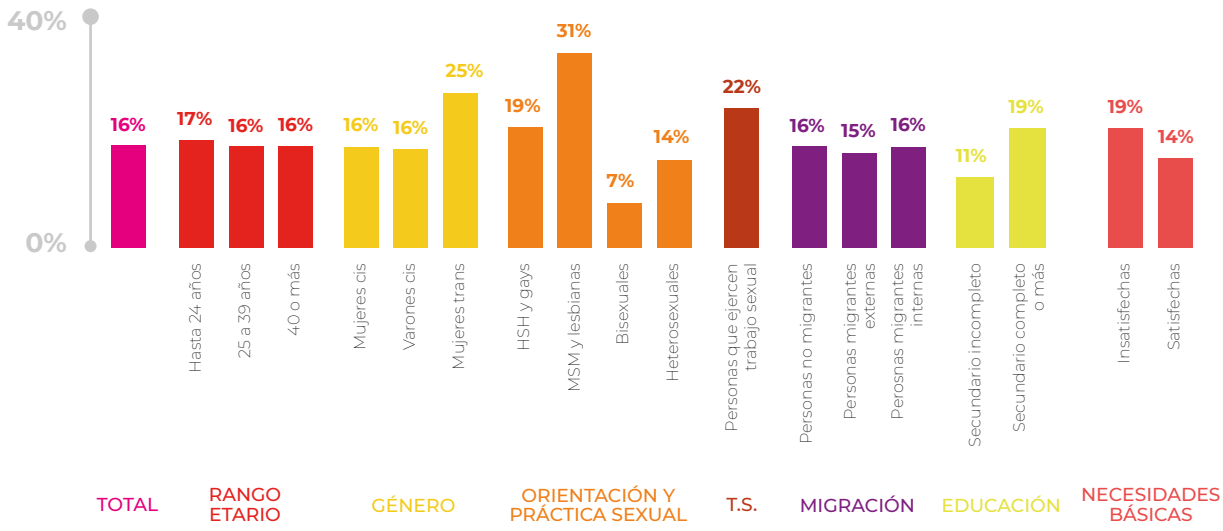


Fuente: IED Argentina, 2021

Finalmente, se les preguntó a las personas encuestadas sobre su participación en alguna organización o campaña educativa destinada a enfrentar el estigma y la discriminación a personas con VIH. En este sentido, se observa en la figura 45 que las MSM (31%) y las mujeres trans (25%) encabezaron esta clase de participación, seguidas por las personas que ejercen trabajo sexual (22%). Una vez más, el colectivo de mujeres se destaca por sus porcentajes de respuestas afirmativas.

Figura 45.

Proporción de personas que participaron en una organización o campaña educativa destinada a enfrentar el estigma y la discriminación contra las personas con VIH, según variables seleccionadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Los resultados obtenidos muestran la necesidad de seguir trabajando en la lucha por la mejora en la calidad de vida de las personas con VIH desde la mirada de los derechos humanos, desde la participación en organizaciones de la sociedad civil y en el marco del cumplimiento de las leyes vigentes.

SALUD

Sufrí violencia institucional cuando un cirujano me pidió carga viral para poder operarme. Vivo en una zona rural y cuesta asistir a Centros de Salud porque no se cumple la ley y se viola la confidencialidad.

— Varón adulto

La interacción entre quienes integran el sistema de salud y las personas con VIH, así como las características del tratamiento y los espacios donde son atendidas y contenidas dichas personas, son un tema clave en el estudio del estigma y de la discriminación hacia las personas con VIH. La atención médica implica mucho más que la realización de estudios y la disposición de la medicación correspondiente. Cuando se habla de sistema de salud, se hace referencia a la integridad del tratamiento, incluyendo los aspectos correspondientes a todos los derechos humanos de las personas con VIH.

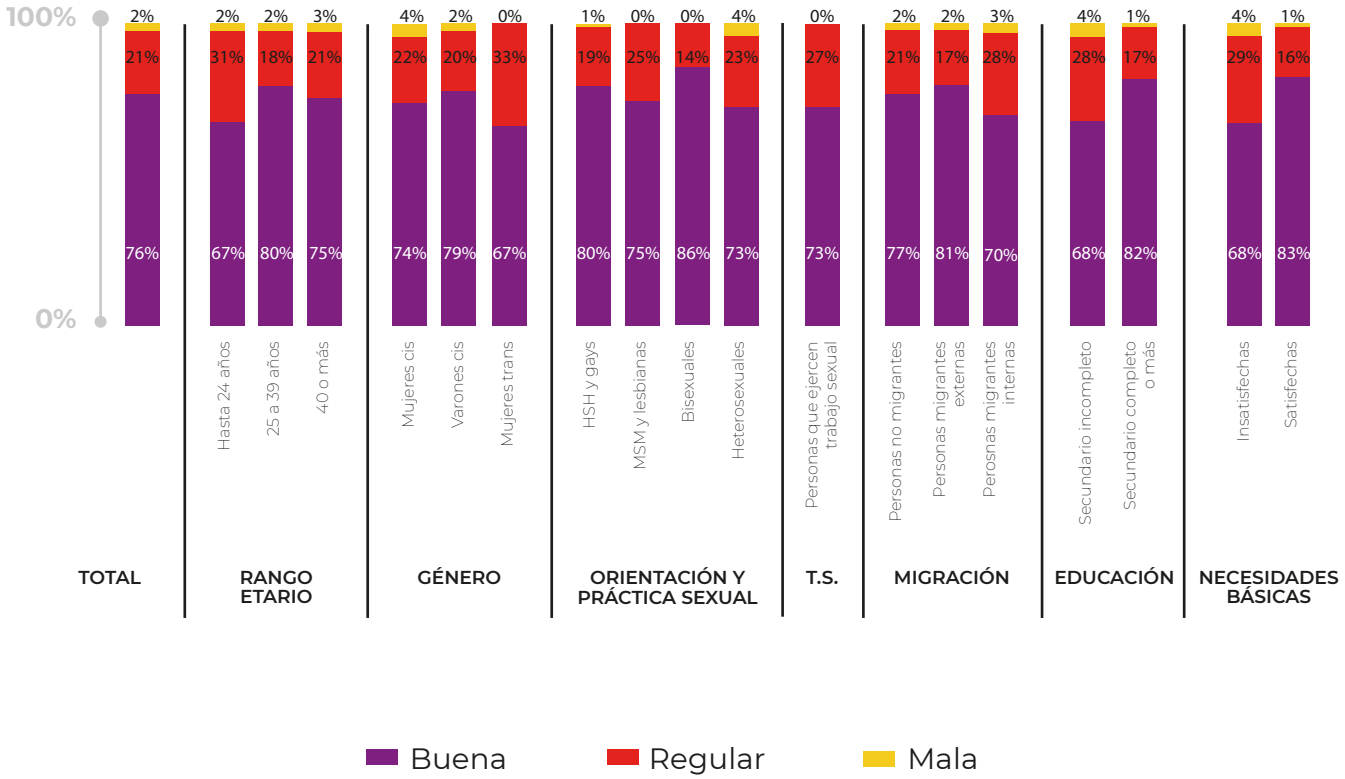
Este estudio tiene la particularidad de haberse desarrollado, casi en su totalidad, en los centros de atención sanitaria de las regiones estudiadas. Para ello, quienes tomaron las encuestas debieron acercarse a los servicios de Infectología. Esta situación permitió observar, en primer lugar, el contexto donde se establecen los servicios de Infectología en gran parte de los hospitales que fueron visitados para llevar adelante este estudio. Muchos de estos consultorios se encontraban en zonas más alejadas que el resto de los servicios, así como también en peores condiciones edilicias y sin las comodidades y acondicionamientos necesarios para una atención de calidad. Este aspecto brinda un primer acercamiento a la experiencia de recibir un diagnóstico de VIH positivo y ser derivado a estos espacios.

Particularmente, el estudio IED buscó recoger información vivencial de la experiencia de las personas encuestadas en los centros de salud a los que asistían y sobre la autopercepción de su estado de salud en general. En este sentido, se destacaron las cuestiones referidas a la atención exclusiva por VIH, como así también por otras razones de salud, entre las que se rescata especialmente la atención de la salud mental.

El análisis partió de la salud en general y de la autopercepción que tenían las personas encuestadas sobre la suya propia. En la figura 46 se observa que un mayor porcentaje de la muestra dio cuenta de autopercibirse en un buen estado de salud general (76% de los casos). Este fue un resultado similar en casi todas las poblaciones estudiadas. Se encontró que las personas jóvenes y las mujeres trans presentaron porcentajes menores de autopercepciones positivas del estado general de salud, con un 67% de respuestas positivas para cada uno de estos grupos. Las personas con secundario incompleto y aquellas con necesidades básicas insatisfechas presentaron un 68% de respuestas positivas cada una. En este sentido, se puede afirmar que en todas las poblaciones se destacó una proporción mayor al 60% de la muestra con una autopercepción favorable sobre su estado de salud general.

Figura 46.

Proporción de respuestas sobre el estado de salud general autodefinido, distribuida por edad, identidad de género, orientación y práctica sexual, trabajo sexual, migrantes, situación educacional, y necesidades básicas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

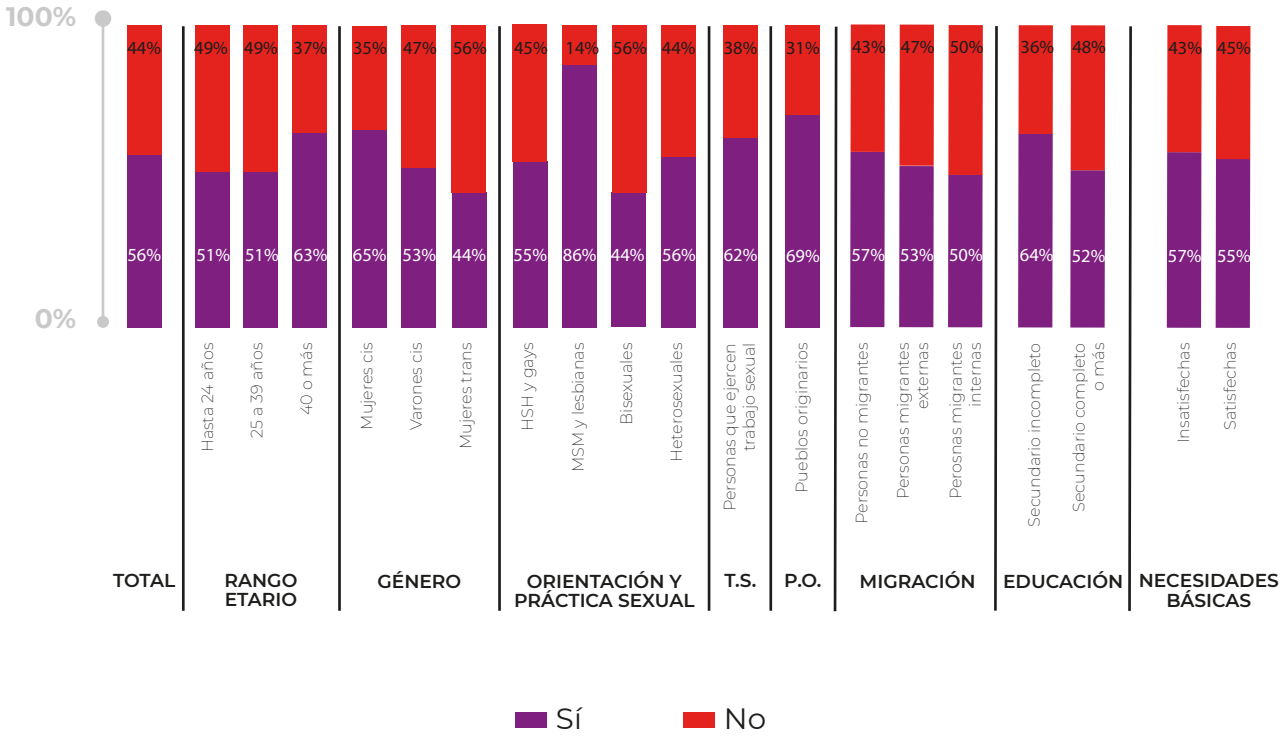
La atención no relacionada con VIH en los centros de salud expone a las personas a la decisión de dar cuenta de su estado serológico en las consultas, situación que es atravesada, en muchas oportunidades, por el estigma de parte de quienes trabajan en esos espacios, así como también por el autoestigma o estigma internalizado de las personas con VIH, que se refleja en el miedo de dar a conocer su diagnóstico o en la aceptación del maltrato por ser una persona con VIH. Este dilema, muchas veces, pone a estas personas en la actitud de no dar cuenta de su serología, por considerar que, si lo hicieran, podrían producirse modos de atención discriminatorios que pueden incluir acciones o estudios no necesariamente relacionados con la afección por la que asisten a la consulta.

En la figura 47 se observa que 44% de las personas encuestadas dio cuenta de no informar su diagnóstico en los centros de salud a los que han acudido por cuestiones no relacionadas con el VIH y con su estado serológico. De las poblaciones clave, son las MSM quienes declararon, en un mayor porcentaje, revelar de su estado serológico en los centros de salud, con un 86% de respuestas afirmativas. Entre las poblaciones clave que presentaron un porcentaje mayor de respuestas negativas (no revelan su estado serológico en el marco de la atención médica general), se encuentran los hombres cis y las personas bisexuales, con un 56% de los casos en cada grupo.

En la figura 48, por otro lado, se observa que, en las regiones NEA y NOA se detectó un porcentaje menor de respuestas afirmativas sobre la exposición del estado serológico en los centros de salud no relacionados con el VIH, con apenas un 26% y 34% de respuestas afirmativas, respectivamente.

Figura 47.

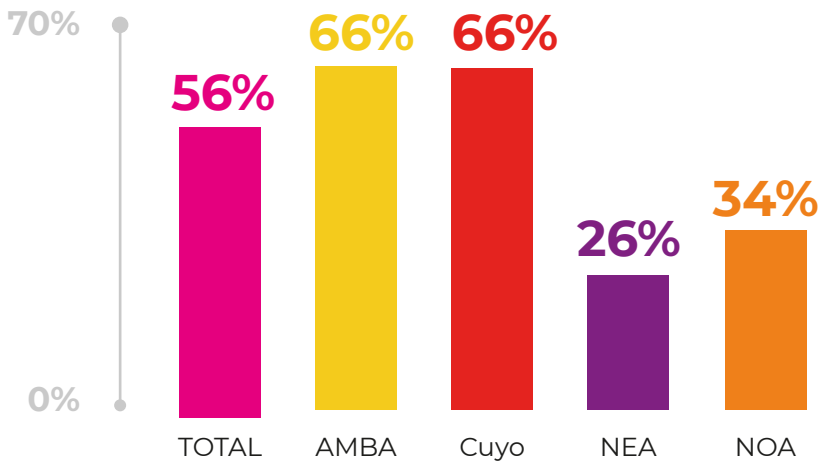
Proporción de respuestas afirmativas y negativas a la pregunta: "¿Da cuenta de su estado serológico en los establecimientos de salud por consultas no relacionadas con el VIH?", según variables seleccionadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 48.

Proporción de respuestas afirmativas y negativas a la pregunta: "¿Da cuenta de su estado serológico en los establecimientos de salud por consultas no relacionadas con el VIH?", distribuida según las regiones estudiadas (n=948)

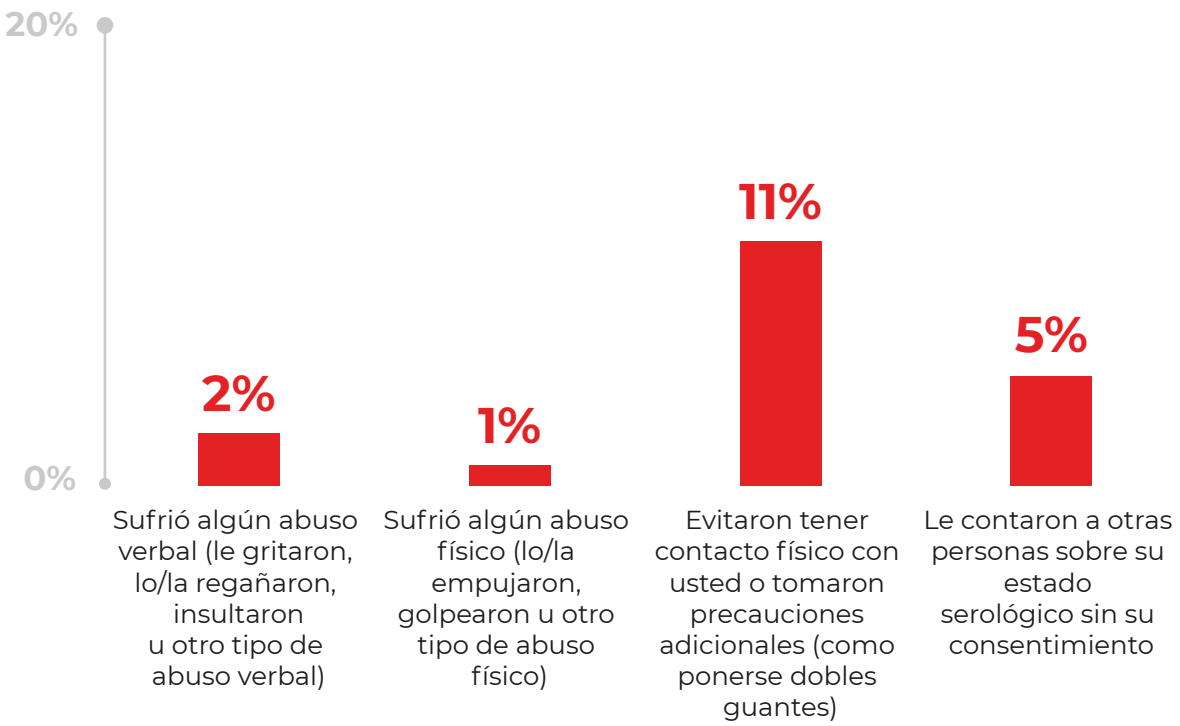


Fuente: IED Argentina, 2021

En la figura 49, por otro lado, se presenta la proporción de respuestas afirmativas en el total de la muestra sobre los tratos recibidos en los centros de salud por cuestiones no relacionadas con el VIH. Allí se puede observar que un 11% de las personas refirió que el personal de salud evitó tener contacto físico y esta fue la situación de estigma más declarada por las personas encuestadas.

Figura 49.

Proporción general de respuestas afirmativas a la siguiente pregunta: "En los últimos 12 meses, al buscar atención médica no relacionada con el VIH, ¿recibió usted algunos de los siguientes tratos?" (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Por su parte, cuando se les preguntó a las personas encuestadas sobre el trato particular del personal de salud (figura 50), se observó que el estigma más nombrado refería a consejos sobre su vida sexual: no gestar (6% de los casos) y utilizar algún método anticonceptivo como requisito para recibir tratamiento para el TARV (4%). Es importante destacar que, cuando se les preguntó a las personas encuestadas sobre estos temas, se focalizó en los últimos 12 meses, por lo que las respuestas son contemporáneas.

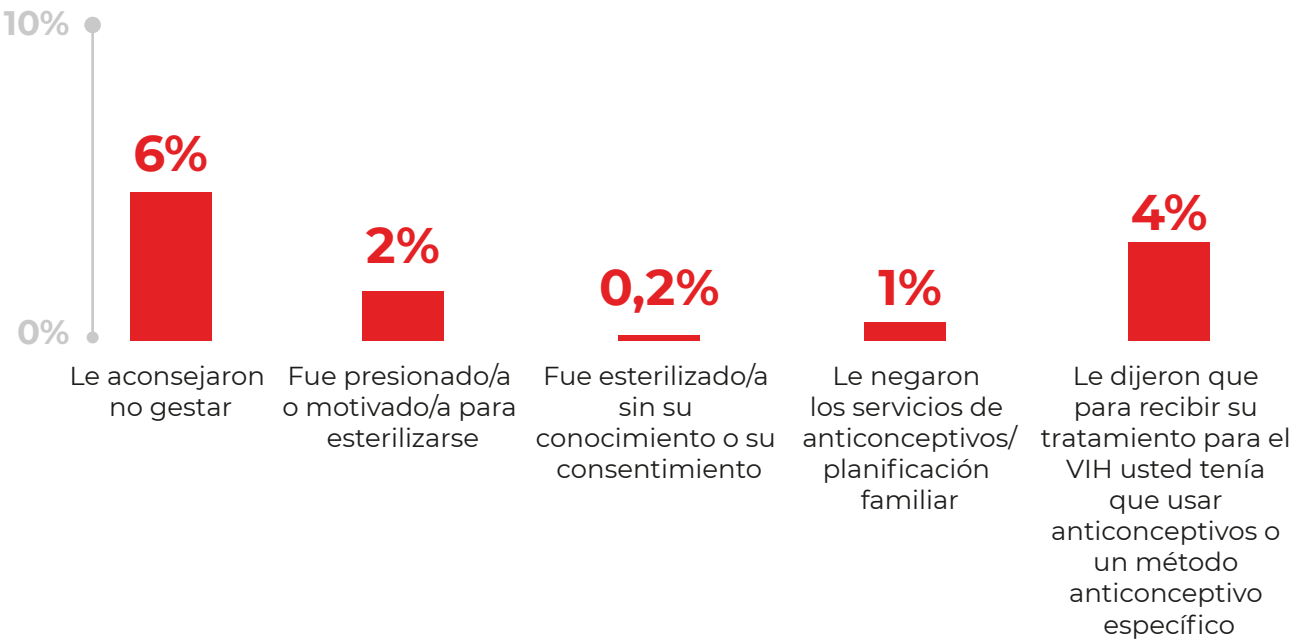
La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la esterilización de las personas solo debe proporcionarse con el consentimiento libre e informado de la persona. Sin embargo, esta práctica persiste en algunos países, incluido Argentina, en determinados grupos de población, entre ellos las personas con discapacidad, que son esterilizadas sin el consentimiento pleno, libre e informado al que tienen derecho. La esterilización sin consentimiento pleno, libre e informado ha sido descrita como un acto involuntario, coercitivo y/o práctica forzada, y constituye una violación de los derechos humanos. Por lo tanto, si bien en la muestra presentó un 0,2% de las personas encuestadas, la presencia de personas que dijeron haber sido esterilizadas sin su consentimiento es un hecho importante que se debe destacar.

Hace unos 7 u 8 años una dentista no quiso atenderme cuando en el formulario informé que tenía VIH. Me sentí muy mal pero no hice quilombo porque si no todo el mundo se iba a enterar lo que tengo y en ese entonces no estaba bien para enfrentar algo así.

— Varón adulto

Figura 50.

Proporción general de respuestas afirmativas a la siguiente pregunta: “En los últimos 12 meses, ¿alguien del equipo de salud ha tomado alguna de las siguientes acciones?” (n=948)



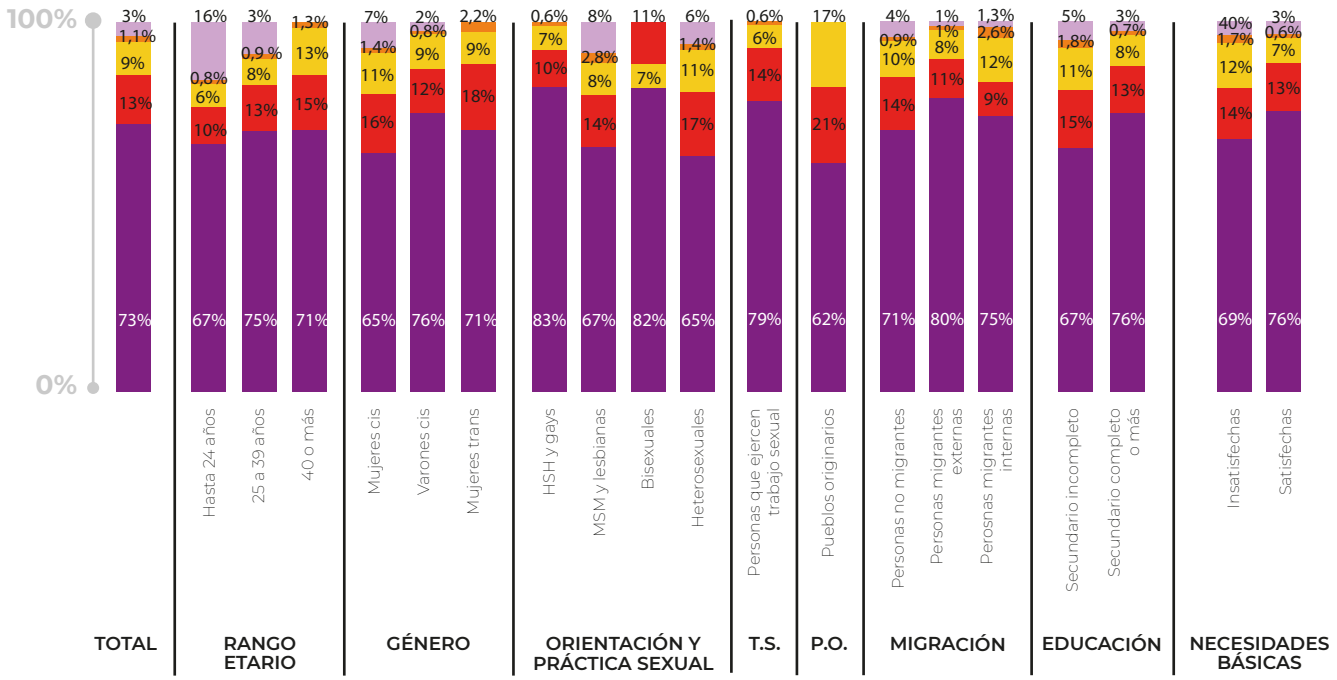
Fuente: IED Argentina, 2021

Siguiendo con el análisis de la atención en los centros de salud, se realizó una serie de preguntas relacionadas con el trato recibido al momento de conocer el diagnóstico positivo y con el trato cotidiano en los lugares donde las personas encuestadas se atendían por el VIH. La figura 51 muestra las distintas situaciones atravesadas por las personas encuestadas al momento de realizarse la prueba de VIH que confirmó su diagnóstico. De manera general, un 73% de las personas encuestadas declararon haber dado su consentimiento para la realización de la prueba.

Del mismo modo, en la totalidad de la muestra, se observó que los porcentajes de consentimiento siempre superaron el 60% de los casos. Las mujeres trans son las que presentaron el mayor porcentaje se respuestas afirmativas sobre si habían sido presionadas para realizarse la prueba, con un 18% de los casos. Algo similar ocurrió con las personas heterosexuales, quienes declararon haber sido presionadas a hacerse la prueba en un 17% de los casos. Por otro lado, las personas de más de 40 años dieron cuenta de que se les había realizado la prueba de VIH sin su consentimiento en un 13% de los casos. Las MSM mostraron un mayor porcentaje, con respecto al total de la muestra, de respuestas afirmativas a haber sido obligadas a realizarse la prueba, con un 2,8% de los casos. Finalmente, se observó que el 16% de las personas jóvenes menores de 24 años declararon haber nacido con VIH.
Al hacer el mismo análisis en las regiones estudiadas, la figura 52 muestra que en el NEA se observó la mayor cantidad de casos en los que las personas declararon haber sido obligadas a hacerse la prueba de VIH, con un 28%.

Figura 51.

Proporción de respuestas afirmativas y negativas a la siguiente pregunta: "¿Fue decisión suya hacerse la prueba del VIH?", según variables seleccionadas (n=948)

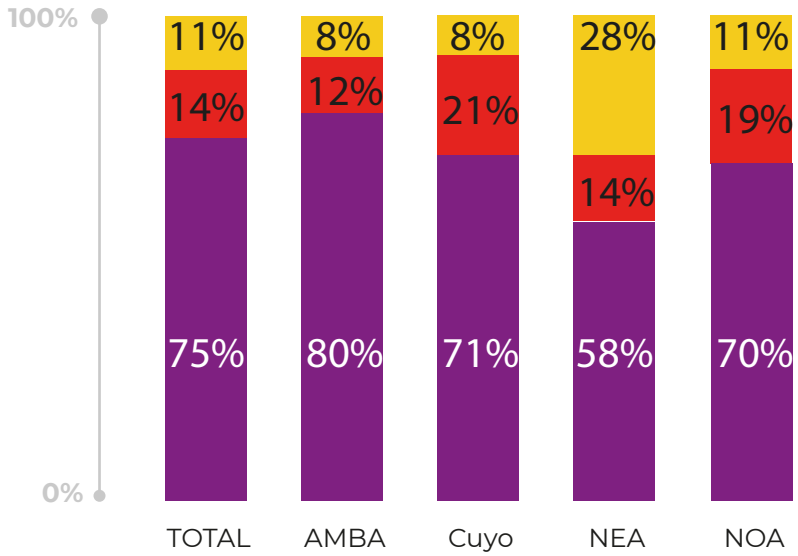


- Sí, fue mi decisión
- Sí, pero fui presionado/a por otras personas
- No, me hicieron la prueba sin mi consentimiento y lo supe luego
- Fui obligado/a a hacerme la prueba de VIH sin mi consentimiento
- Nací con VIH

Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 52.

Proporción de respuestas a la siguiente pregunta: "¿Fue decisión suya hacerse la prueba del VIH?", según las regiones estudiadas (n=948)



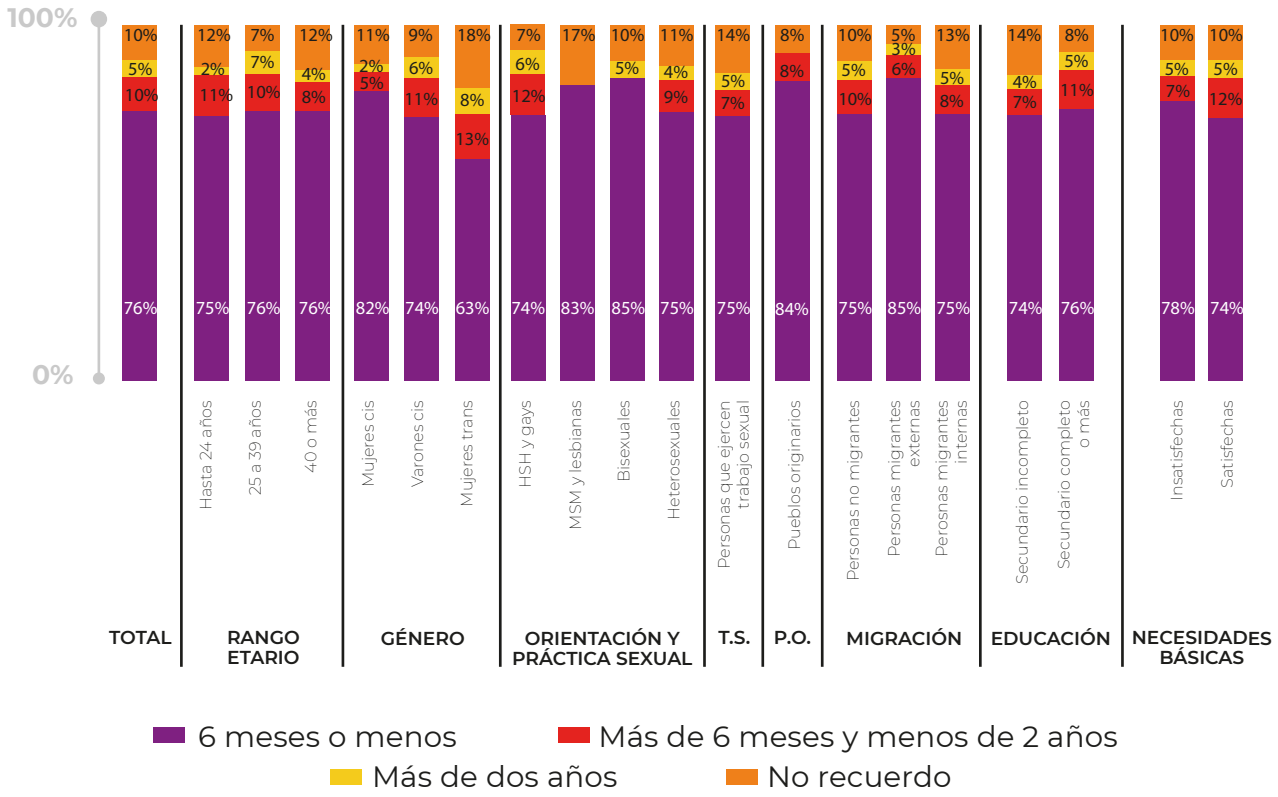
Sí, fue mi decisión
Sí, pero fui presionado/a por otros
No, me obligaron o me enteré después

Fuente: IED Argentina, 2021

El tiempo ocurrido entre la confirmación del diagnóstico positivo y el inicio del TARV es otra variable del estigma y, sobre todo, del autoestigma internalizado, ya que se considera que la toma de medicación expone a las personas a que, sobre todo, familiares cercanos noten o deduzcan la presencia del diagnóstico positivo. Al observar la figura 53, se puede determinar que un 76% del total de la muestra dio cuenta de que decidió testearse antes de los seis meses de haber considerado hacer la prueba de VIH (todas las poblaciones clave mostraron porcentajes sobre el 60% de los casos). El porcentaje más bajo lo mostraron las mujeres trans, con 63% de los casos, y se destaca que un 18% de ellas no recuerda ese dato.

Figura 53.

Proporción de respuestas a la siguiente pregunta: "¿Más o menos cuánto tiempo pasó desde el momento en que usted pensó por primera vez en hacerse la prueba del VIH y cuando se hizo la prueba del VIH?", según variables seleccionadas (n=948)



Fuente: IED Argentina, 2021

Finalmente, se consultó sobre la afección de ITS y el padecimiento psicológico. En ese sentido, se observa en la figura 54 que el 15% del total de la muestra dio cuenta de haber padecido alguna ITS en los últimos 12 meses y un 18% declaró haber padecido algún problema psicológico.

Figura 54.

Proporción general de respuestas afirmativas sobre el diagnóstico de ITS en los últimos 12 meses y padecimiento de problemas de salud mental también en este período (n=948)

Fuente: IED Argentina, 2021

El estigma en el sistema de salud y, sobre todo, los casos de discriminación siguen presentes y son parte de la cotidianidad de las personas con VIH. La atención por VIH, sobre todo, aquella relacionada a otros temas de salud, sigue siendo compleja para aquellas personas que deben presentarse a estas consultas como personas seropositivas.

ADHERENCIA AL **TARV**

Con la sanción de la Ley N.o 23798 en 1990 (7), en Argentina se declaró de interés nacional la respuesta al VIH y al sida, lo que incluyó, entre otros aspectos, la prevención a través de la educación, el diagnóstico y el tratamiento antirretroviral de las personas infectadas, garantizados por el Estado nacional. La distribución del tratamiento a las personas con VIH toma diferentes formas dependiendo del modo de atención de salud que reciba cada una de ellas (obra social sindical, salud pública, salud privada), pero en todos los casos es el Estado nacional, a través de los distintos dispositivos de salud, quien garantiza que el TARV esté disponible en tiempo y forma para quienes lo necesiten.

La presente sección fue impulsada por el equipo técnico que, a través de un anexo al cuestionario oficial del IED, incorporó nueve preguntas extras para relevar la situación del acceso y de la adherencia al TARV entre las personas encuestadas. Según el Boletín N.o 37 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina, publicado por la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (1), entre 2018 y 2019, se notificaron 8.518 nuevos casos de VIH en todo el territorio nacional y se estimó un total de 136.000 personas con VIH en 2019. De estas, el 17% desconocía su diagnóstico. La persistencia de la epidemia da cuenta de la necesidad de seguir trabajando en acciones que logren que las personas se hagan la prueba de VIH. Por otra parte, un 30% de los diagnósticos se hicieron tardíamente. Esto significa que se realizan en una etapa avanzada de la infección, otro dato que da cuenta de la necesidad de trabajar en el diagnóstico temprano, a fin de evitar situaciones de riesgo para la salud.

Argentina adoptó la Estrategia de Acción acelerada para poner fin al sida como amenaza de salud pública hacia el 2030, cuyas metas 90-90-90 de tratamiento antirretroviral hacia 2020 son:

• que el 90% de las personas con VIH conozcan su estado serológico,
• que 90% de las personas diagnosticadas con VIH estén en tratamiento antirretroviral y
• que el 90% de las personas en TARV tengan una carga viral indetectable.

En Argentina, se estima que hay unas 136.000 personas con VIH, 83% de las cuales conoce su estatus serológico y alrededor de 60.000 están en tratamiento antirretroviral.

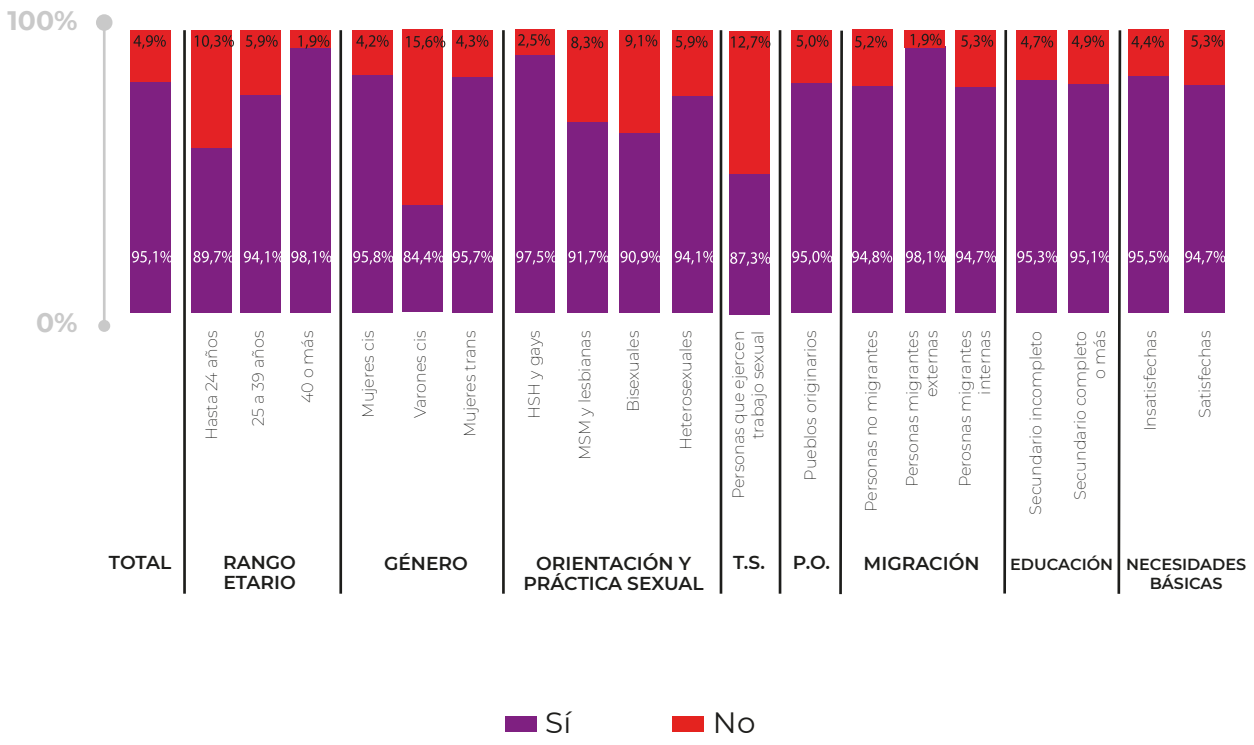
En la figura 55 se muestra que el 95,1% de las personas encuestadas declararon estar en tratamiento antirretroviral al momento de responder la encuesta. Sin embargo, al segmentar el análisis, se ve que algunos grupos presentan proporciones mayores de mujeres que declararon no hacer tratamiento, respecto del total. Tal es el caso de las mujeres trans, entre quienes un 15,6% declaró no estar en TARV al momento de la encuesta; seguidas de las personas que ejercen trabajo sexual, con un 12,7%; y de las jóvenes de menos de 24 años, cuyo 10,3% declaró no estar en tratamiento para el VIH al momento de la encuesta.

Cuando recibí mi diagnóstico el médico que me atendió me trató mal y me dijo que si no me cuidaba me iba a morir, por eso decidí no volver nunca más al hospital. Este año me puse de novio, por eso hace unos meses decidí ir al médico otra vez.

— Varón joven

Figura 55.

Proporción de personas encuestadas que se encuentran en tratamiento antirretroviral, según variables seleccionadas (n=948)

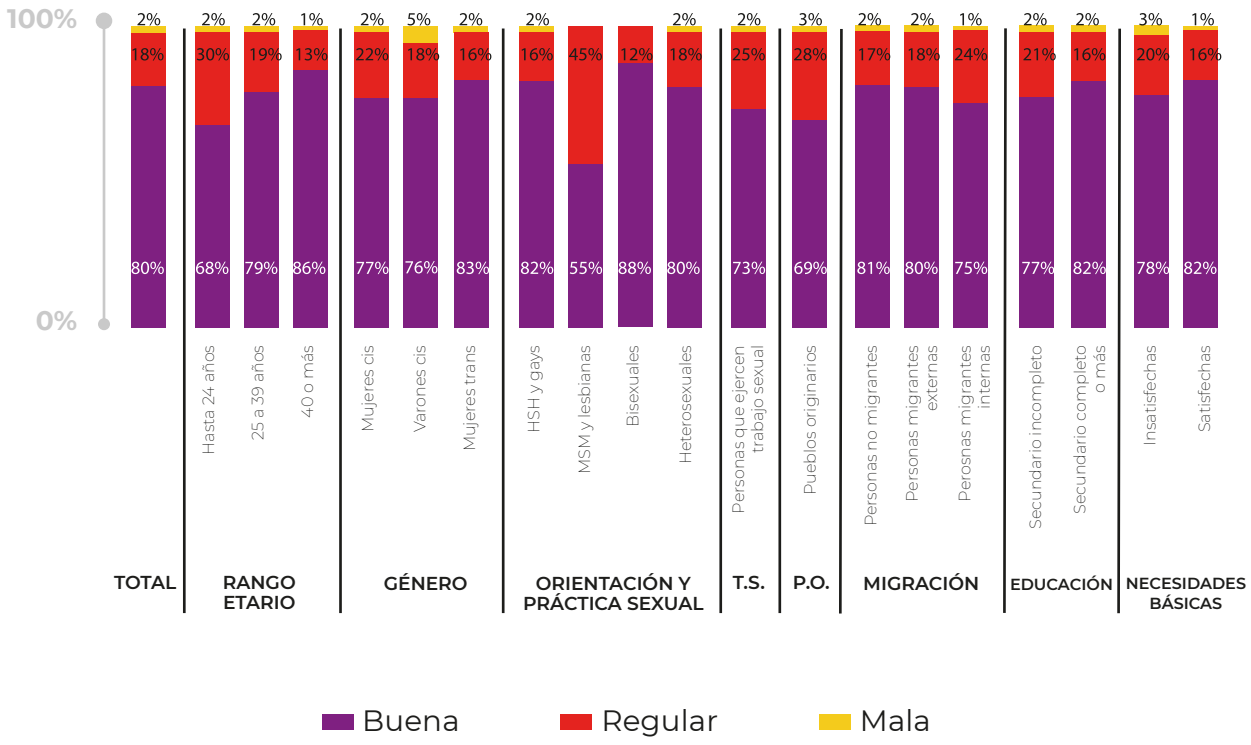


Fuente: IED Argentina, 2021

Otro dato es la percepción de la adherencia al TARV, definida en este estudio a través de tres variables: buena, regular y mala. Según la figura 56, un 80% de las personas encuestadas declararon tener una buena adherencia al tratamiento. Si bien hubo porcentajes en algunas poblaciones que dieron cuenta de que consideraban su adherencia al TARV como regular (como el 45% del total de las MSM encuestadas y el 30% del total de las personas jóvenes menores de 24 años), primó la respuesta de una buena adherencia al tratamiento.

Figura 56.

Proporción de respuestas sobre la constancia en la toma diaria del TARV, según variables seleccionadas (n=948)

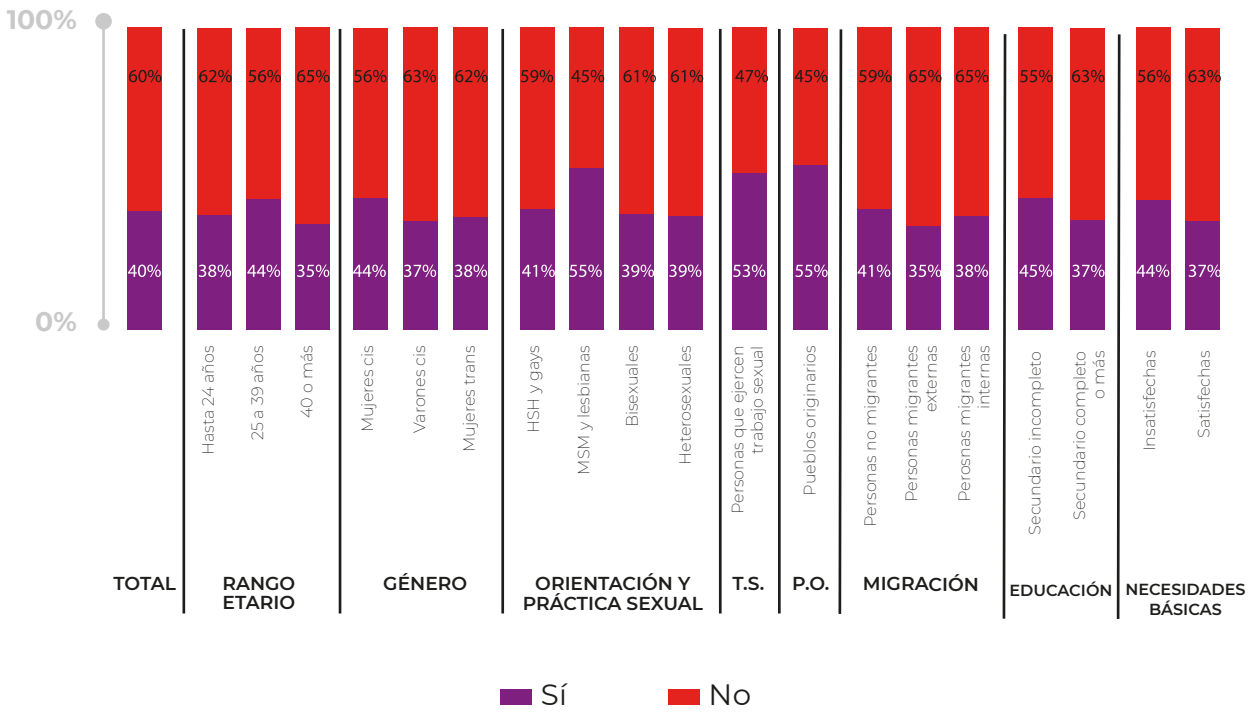


Fuente: IED Argentina, 2021

Luego del acceso de las personas con VIH al TARV, la constancia en la toma de medicación es una de las variables que se consideran, ya que de ella depende el éxito de la terapia antirretroviral. En la figura 57 se muestra que el 40% de las personas encuestadas dijeron haberse olvidado al menos tres días al mes de tomar la medicación. Dentro de las poblaciones clave, fueron las MSM y las personas miembros de los pueblos originarios quienes más refirieron este olvido, un 55% en cada caso. En general, todos los grupos considerados presentaron porcentajes por arriba del 35% de personas que expresaron haberse olvidado de tomar la medicación al menos tres veces al mes.

Figura 57.

Proporción de respuestas afirmativas y negativas a la siguiente pregunta: "En el último mes ¿se olvidó de tomar o decidió no tomar su medicación por 2 o más días?" según variables seleccionadas (n=948)

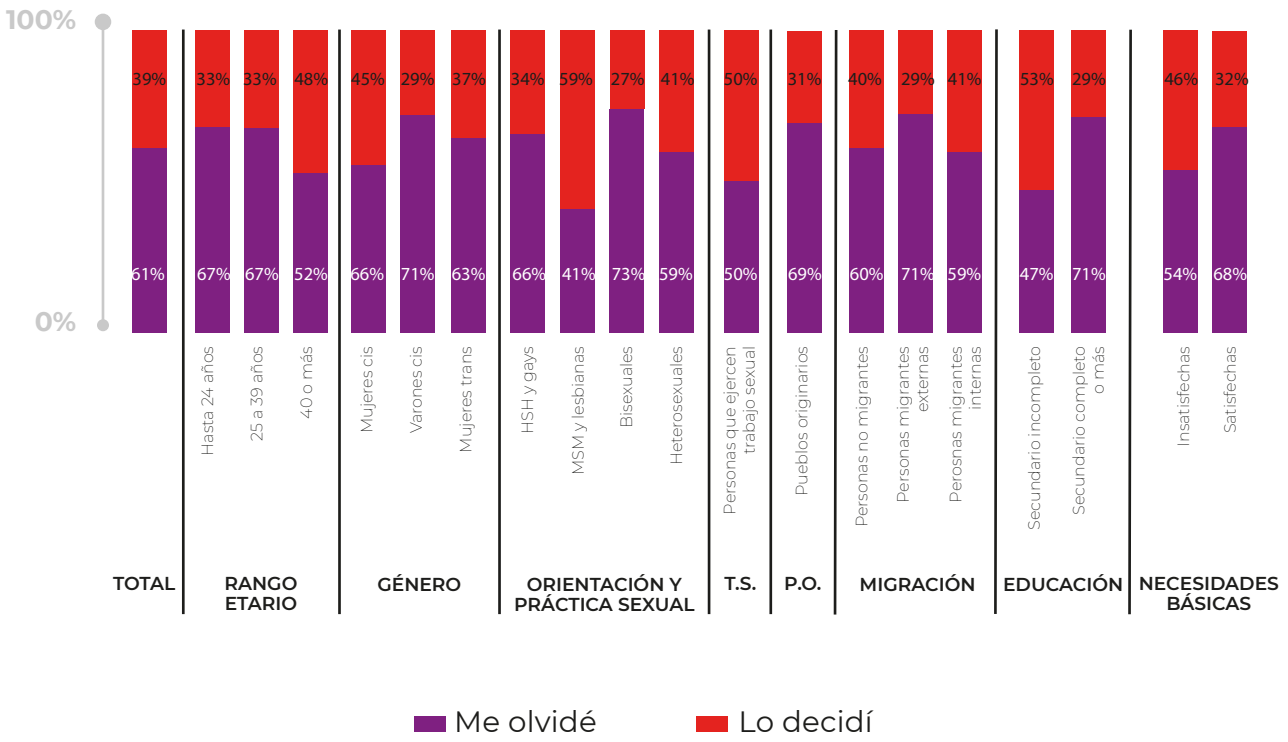


Fuente: IED Argentina, 2021

Las principales razones de no haber tomado la medicación en alguna oportunidad se exponen en la figura 58. El 61% de las personas encuestadas declaró haberse olvidado, mientras que el 39% restante dijo haberlo decidido. El colectivo que en mayor proporción respondió haberlo decidido fueron las MSM, con un 59% de casos encuestados, contra un 41% que declaró haberse olvidado. Se puede destacar también esta decisión de no tomar la medicación dentro de la población de más de 40 años, con un 48% de los casos encuestados. Lo mismo ocurrió con las personas que ejercen trabajo sexual en un 50% y entre las personas con secundario incompleto, con un 53% de los casos encuestados.

Figura 58.

Proporción de razones por las cuales las personas dejaron de tomar la medicación, según variables seleccionadas (n=948)

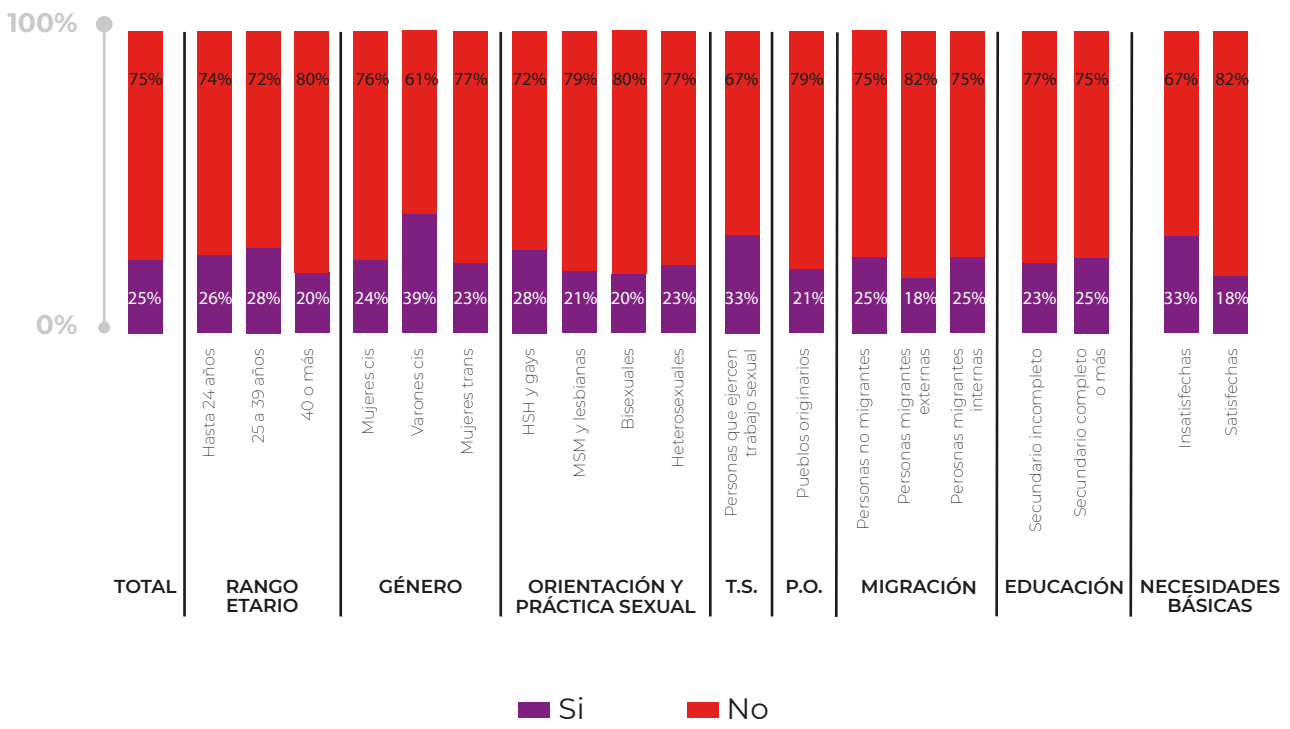


Fuente: IED Argentina, 2021

Otra variable importante para relevar la adherencia al tratamiento está dada por la presencia de dificultades en la atención en los servicios de salud y en el seguimiento que hace el personal de estas instituciones de las personas con VIH. En la figura 59 se aprecia que un 75% de las personas encuestadas manifestaron no haber tenido dificultades en este sentido. Las poblaciones clave que más indicaron haber tenido inconvenientes al momento de asistir a los centros de salud (conseguir turnos, disponibilidad horaria, entre otros) fueron las mujeres trans, con un 39% de respuestas afirmativas, y las personas que ejercen trabajo sexual, con un 33% de respuestas afirmativas. Para ambas poblaciones clave se puede considerar la presencia del doble estigma, como fue analizado en la sección "Poblaciones clave".

Figura 59.

Proporción de respuestas sobre las dificultades encontradas en el servicio de salud donde se atendían por VIH (inconvenientes para conseguir turnos, horarios de atención reducidos, etcétera), según variables seleccionadas (n=948)

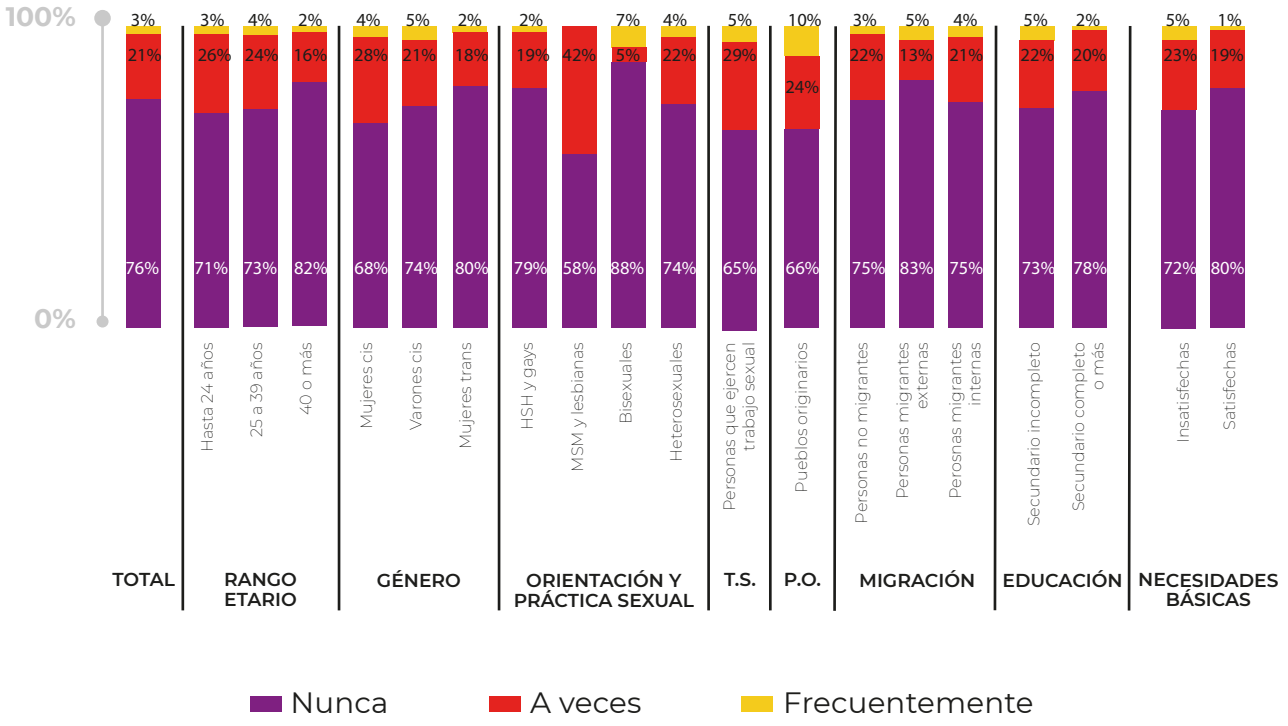


Fuente: IED Argentina, 2021

En la figura 60 se expresan los vínculos entre el TARV y las condiciones psicosociales de quienes deben realizarlo. En este marco, el 76% de las personas encuestadas declaró no haber dejado de tomar la medicación incluso en momentos en los que no se sentía bien en términos generales. Dentro de las poblaciones clave, fueron las personas bisexuales quienes, en mayor porcentaje, declararon no dejar de tomar la medicación para el VIH incluso cuando se sentían mal, con un 88% de los casos. Y, por el contrario, las MSM dijeron haber dejado de tomar la medicación en algunas oportunidades cuando se sentían mal en un 42% de los casos.

Figura 60.

Proporción de respuestas a la pregunta: "Cuando usted se siente mal, ¿deja de tomar la medicación para VIH?", según variables seleccionadas (n=948)

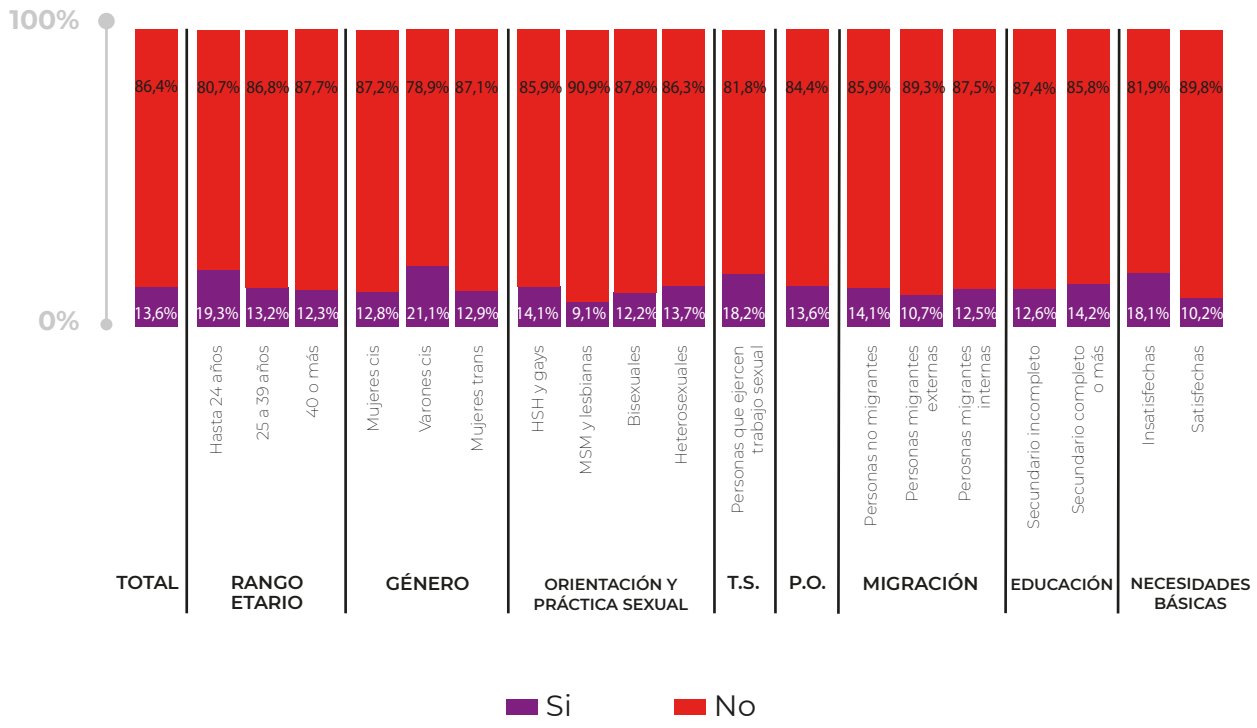


Fuente: IED Argentina, 2021

La falta de entrega de medicación en los centros de salud de VIH es una de las causas por las cuales las personas con VIH pueden llegar a interrumpir el TARV. En la figura 61 se expresa que el 86% de las personas encuestadas dijo no haber tenido que suspender el TARV por falta de suministro en los últimos 12 meses. Ese mismo indicador se repitió en todas las poblaciones clave. En todos los casos, menos del 20% de cada grupo declaró haber tenido que interrumpir el TARV por falta de entrega de medicación en los centros de salud. Solamente entre las mujeres trans, en un 21,1% refirió haber tenido que suspender el TARV por falta de suministro en el último año.

Figura 61.

Proporción de respuestas a la pregunta: "En los últimos 12 meses, ¿tuvo que suspender su tratamiento antirretroviral, aunque sea un día, por falta de medicamentos en los servicios de salud?" (n=948)



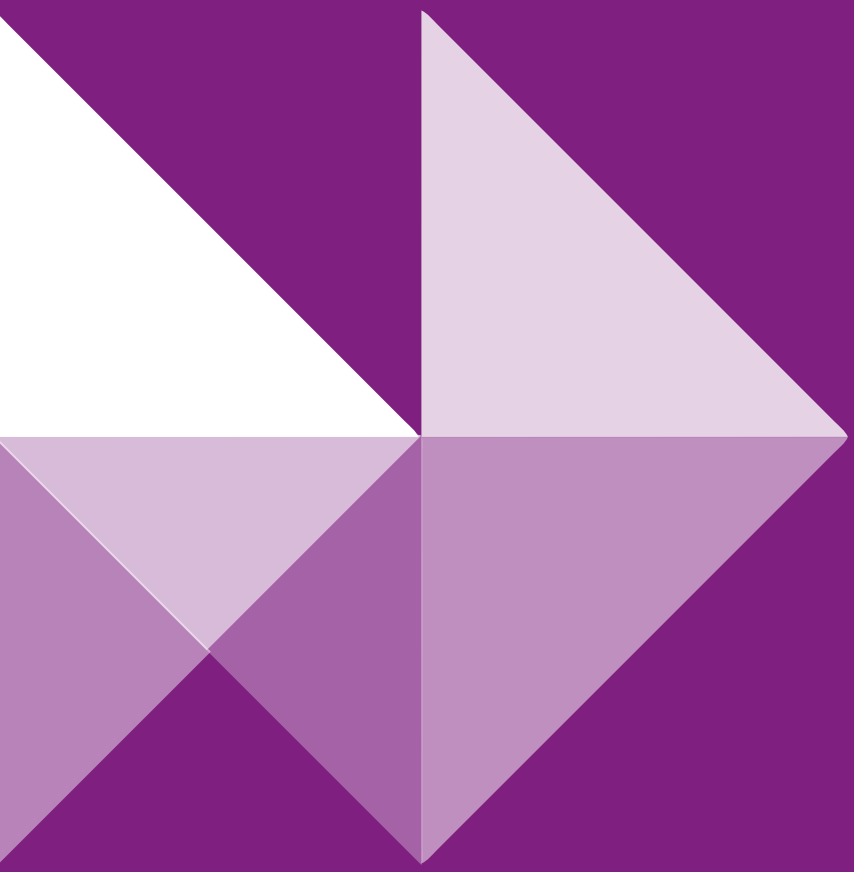
Fuente: IED Argentina, 2021

Si bien los datos generales recogidos en el apartado de adherencia fueron exitosos, es importante tener en cuenta que las encuestas de este estudio se realizaron en centros de salud o programas de VIH provinciales, algo que podría comportar un sesgo. Esto determina que se debería relevar estas y otras variables en personas con VIH contactadas por fuera del sistema de salud, accediendo a estas por otros medios en futuros estudios.

MUJERES

Me enteré de mi diagnóstico durante mi primer embarazo y sentí que el personal médico fue hostil. No me asesoraron sobre tratamientos, me los impusieron y a la hora del parto me sentí obligada a tener cesárea.

— Mujer adulta



En la actualidad, el mundo transita grandes transformaciones y rápidos avances en diversos ámbitos, especialmente, en el campo de las comunicaciones y en el científico tecnológico. Estos avances generan un impacto en una economía mundial cada vez más globalizada e interdependiente, en la reconfiguración socioeconómica de los países y en el aumento de las desigualdades y de la pobreza en el mundo. Asimismo, estas transformaciones impactan en la reconfiguración de las fronteras, en los capitales que fluctúan y en las poblaciones que migran hacia regiones más productivas y más desarrolladas, y que presentan mejores oportunidades económicas y laborales o sin conflictos armados.

Paralelamente, hay un cambio de paradigma social y cultural a nivel mundial, producto de décadas de organización, de toma de consciencia y de movilización por parte de las mujeres, colectivos de la diversidad sexual (LGTBIQ+: lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales, queers +) y otros grupos o colectivos sociales históricamente relegados, que plantean diversas demandas de reconocimiento de sus derechos y de políticas o de intervenciones necesarias para generar sociedades más justas e igualitarias. En efecto, los procesos de democratización de los derechos humanos que se dieron en las últimas décadas han constituido importantes avances en materia de derecho internacional. Con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (9), de la Asamblea General de las Naciones Unidas (que reconoce derechos fundamentales e inalienables de los seres humanos en su condición de tales y sin distinciones), se reconocieron los derechos de los sujetos sociales que hasta entonces habían sido postergados. Además de las mujeres, las personas migrantes y refugiadas, las personas discapacitadas, y los niños, niñas y adolescentes, entre otros, han visto ampliados o consolidados sus estatus de ciudadanía y la protección internacional de sus derechos fundamentales.

A pesar de ello, queda aún un largo camino por recorrer para dejar un mundo sostenible a las generaciones futuras en los términos y aspectos en los que ha sido definido por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015, en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Efectivamente, con el establecimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, se hace un fuerte llamado a los países a alcanzar el desarrollo humano integrando los aspectos de progreso social, económico y ambiental, pero, también, para que aquellos se comprometan a proteger y a cumplir con los derechos humanos, a partir de la premisa de “garantizar los derechos de todas las personas sin dejar a nadie atrás” (10). En este sentido, se reconoce la existencia de desigualdades sociales y estructurales a nivel mundial, y la necesidad de poner el foco y potenciar los esfuerzos

y los recursos para aquellas personas, colectivos o grupos sociales que han sido impactados negativamente por los avances mencionados, o para aquellos que han sido relegados históricamente.

En este marco, los países se han comprometido también a acabar con la epidemia del sida para el año 2030 como parte de la Agenda para el Desarrollo Sostenible, estableciendo objetivos y resultados específicos en ese sentido (10). Estos compromisos han quedado plasmados en la Declaración Política de la Asamblea General de Naciones Unidas (11) y en la Estrategia ONUSIDA 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el sida, retomando la premisa antes mencionada: "Sin dejar a nadie atrás" (12).

En este sentido, ONU Mujeres afirma que, en la actualidad, son las mujeres las que se encuentran más afectadas por la epidemia del VIH: a nivel mundial, el 52% de las personas que viven con VIH son mujeres (13). En su Estrategia 2016-2021, ONUSIDA enuncia que el VIH es la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) a escala mundial y que, al contraer VIH, a menudo, las mujeres se enfrentan a niveles mayores de violencias —de diversos tipos y modalidades, e, incluso, diversos ámbitos— y a más situaciones de discriminación (14). Las desigualdades de género son estructurales y se manifiestan en diferentes dimensiones de la vida de las mujeres (social, cultural, económica y política), lo que produce efectos directos y negativos sobre su salud y su calidad de vida, no solo porque aumentan el riesgo de contraer VIH, sino también de ser estigmatizadas y discriminadas, sobre todo, para aquellas mujeres en las que se conjugan diversas vulnerabilidades sociales producto de otras desigualdades existentes.

A raíz de ello, desde ONUSIDA y ONU Mujeres (en tanto organismos copatrocinadores de la Estrategia 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el sida) (15), se establece la necesidad de incorporar las perspectivas de igualdad de género y de derechos humanos en las respuestas nacionales al VIH y al sida (en políticas, programas, derechos, medidas de intervención, presupuestos, instituciones, etcétera) promoviendo estrategias directamente relacionadas con los factores causales o aceleradores de la epidemia, tales como la violencia contra las mujeres, la falta de reconocimiento de derechos fundamentales (los relativos a la autonomía de decisión sobre sus propios cuerpos y al acceso universal a la salud sexual y reproductiva) y la participación restringida de las mujeres en la toma de decisiones en instancias de la vida pública y en las decisiones acerca de políticas y medidas que den respuestas al VIH y al sida. Todas ellas han quedado firmemente plasmadas en la Estrategia ONUSIDA 2016-2021, que fue firmada y adoptada por Argentina en 2016.

Además de la garantía de los derechos fundamentales de las mujeres y del acceso a servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados para el VIH y el sida, es necesario abordar uno de los principales obstáculos para brindar respuestas integrales y efectivas: el estigma y la discriminación asociados con el VIH, que, en el caso de las mujeres, se conjuga y se superpone no solo con las desigualdades estructurales de género, sino también con los estigmas y las discriminaciones derivadas de otras estructuras de poder existentes (racismo, sexismo y capitalismo).

En este marco se inscribe el Índice de estigma y discriminación hacia personas con VIH en Argentina, que en su segunda edición incorporó, de manera innovadora, una sección específica sobre mujeres, teniendo como objetivo conocer el impacto diferencial y particular en esta población de las vivencias y experiencias en torno a la discriminación, el estigma y el autoestigma. A tales fines, se incorporó en el análisis de resultados de las encuestas la perspectiva de género y una mirada diversa e interseccional[2] de las mujeres, de manera tal de poder contribuir con recomendaciones de políticas públicas, medidas e intervenciones que transformen efectivamente la calidad de vida de todas las mujeres con VIH en la Argentina, para empoderarlas y poner fin a las desigualdades de género.

AVANCES NORMATIVOS Y RECONOCIMIENTO DE DERECHOS DE LAS MUJERES CON VIH Y CON SIDA

Como se ha mencionado anteriormente, a lo largo de las últimas décadas, se han realizado importantes avances en los marcos normativos y en el reconocimiento de los derechos de las mujeres, y, en particular, de las mujeres con VIH y con sida, tanto a nivel internacional como en Argentina.

Estas normativas constituyen importantes herramientas jurídicas para el movimiento de las mujeres y de otros grupos sociales, colectivos o identidades, para exigir a los Estados —en este caso, el argentino— la garantía y el cumplimiento de

2. Enfoque interseccional: Surge dentro del movimiento feminista en Estados Unidos, entre la década del sesenta y del setenta, organizado por mujeres de color para visibilizar la interseccionalidad de opresiones que se conjugaban en sus cuerpos producto de diversas estructuras de poder: racismo, género y heteronormatividad, y capitalismo, lo que generaba mayores o múltiples discriminaciones. Kimberlé Crenshaw acuñó el término de interseccionalidad para poder dar cuenta de cómo interactúan la raza, el género, la orientación social, la clase social para dar forma a sistemas de discriminaciones complejas.

los derechos reconocidos, y la implementación de programas, medidas e intervenciones que mejoren la salud y la calidad de vida de las mujeres con VIH, y que, paralelamente, se encuentren orientadas a erradicar las violencias hacia las mujeres por razones de género y a disminuir las desigualdades de género existentes. Ambas medidas son aspectos fundamentales para poner freno a la epidemia de cara al 2030.

INTERNACIONALES

1948: Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) *(9)*. Plantea la igualdad de derechos y la dignidad para todos los seres humanos sin distinción como derechos fundamentales e inviolables, que deben protegerse y garantizarse en el mundo entero.

1969: Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como Pacto de San José de Costa Rica *(7)*. Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA). Retoma los principios consagrados en la Carta de la Organización de los Estados Americanos (1948), en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (1948). Reconoce los derechos de las personas como fundamentales y anteriores a los Estados. Es una protección internacional para estos derechos.

1979: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) *(16)*. Asamblea General de las Naciones Unidas. Ratificada en Argentina a través de la Ley N.o 23179, con jerarquía constitucional.
Reafirma los derechos humanos fundamentales, la dignidad de la persona y la igualdad de derechos entre varones y mujeres. Distingue a los Gobiernos como responsables de tomar todas las medidas necesarias para transformar las normas culturales y las actitudes sociales, y eliminar los prejuicios y las prácticas basadas en estereotipos que sean discriminatorios hacia las mujeres.

1994: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (conocida como Convención Belém do Pará) *(17)*. Organización de Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). Ratificada a través de la Ley N.o 24632 (1996), con jerarquía constitucional. Define la violencia contra las mujeres, sus diversos tipos, modalidades y ámbitos, y se establece, por primera vez, el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia como fundamental. Establece responsabilidades, directrices y medidas concretas para que los Estados miembros garanticen esos derechos.

1995: Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW) *(18)*. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC). Enuncia los principios y compromisos políticos plasmados en un programa de acción dirigido a los Gobiernos, los activistas, las organizaciones de la sociedad civil, los organismos internacionales y el sector privado. Establece cambios concretos en 12 esferas prioritarias: la mujer y el medioambiente; la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; la niña, la mujer y la economía; la mujer y la pobreza; la violencia contra la mujer; los derechos humanos de la mujer; educación y capacitación de la mujer; mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; la mujer y la salud; la mujer y los medios de difusión, y la mujer y los conflictos armados.

2001: La Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH y SIDA. Asamblea General de las Naciones Unidas *(19)*. Afirma que la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres son elementos fundamentales para reducir la vulnerabilidad de las mujeres y de las niñas ante el VIH y el sida.

2006: La Declaración Política sobre el VIH y SIDA. Asamblea General de las Naciones Unidas *(20)*. Reconoce que la promoción de la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y la protección de sus derechos son componentes esenciales de cualquier estrategia exhaustiva de lucha contra la epidemia.

2011: Declaración Política sobre el VIH y SIDA: Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA *(21)*. Asamblea General de las Naciones Unidas.

2011: La Estrategia ONUSIDA 2011- 2015: Llegar a 0 *(22)*.

2015: Diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible en el marco de la Agenda 2030. Asamblea General de las Naciones Unidas *(10)*. Entre ellos, diez objetivos de desarrollo sostenible contribuyen específicamente a poner fin al sida. ONUSIDA.

2016: La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas. Resolución 60/2. ONU Mujeres *(23)*. Afirma la necesidad de tomar medidas que favorezcan el reparto equitativo de las responsabilidades domésticas entre mujeres y varones, incluidos los cuidados prestados en el contexto del VIH y el sida.

2016: Declaración Política (Resolución N.o 70/266). Asamblea General de las Naciones Unidas *(24)*. Los Estados miembro se comprometen a poner fin a la epidemia del sida de cara a la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. Se establece una serie de compromisos políticos para acelerar e intensificar los esfuerzos en la lucha contra el VIH y el sida, que sean transformadores, que incorporen la perspectiva de género en las respuestas nacionales y que promuevan el liderazgo de las mujeres en las políticas y en las medidas que den respuesta al VIH y al sida. Se comprometen también a la eliminación de las desigualdades de género y de las violencias por motivos de género, a través de la adopción y de la revisión de leyes que tipifiquen como delito la violencia contra las mujeres y las niñas, y que permitan el acceso a la justicia; el empoderamiento de las mujeres reforzando su autonomía económica, y el acceso universal a servicios, información y atención de la salud sexual y reproductiva, y de lucha contra el VIH. Asimismo, se comprometen a abordar y a transformar las normas sociales y culturales que imponen a las mujeres y a las niñas una carga desproporcionada en los cuidados y en el trabajo doméstico no remunerado, en la economía en general y en el cuidado y acompañamiento de las personas con VIH, implicando a los hombres y a los niños en las medidas y en las actividades. Asimismo, se deja asentada la necesidad de eliminar y prohibir todas las prácticas coercitivas en los entornos de asistencia sanitaria, y de garantizar el acceso a tratamientos para todas las consecuencias para la salud de la violencia contra las mujeres y las niñas (físicas, mentales, sexuales y reproductivas).

2016: La Estrategia ONUSIDA 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el sida *(12)*. Es una llamada a diversos actores gubernamentales y no gubernamentales de los países y de cooperación internacional, de la sociedad civil y del sector privado empresarial para acelerar la acción en respuesta al VIH y al sida, de cara a la Agenda 2030, para poner fin a esta epidemia y promover la autonomía de las personas para que puedan llevar una vida digna y gratificante. Incorpora metas de prevención y objetivos de tratamiento para el 2020 (90-90-90) (2016), así como también, objetivos y resultados específicos que dan respuesta al VIH y al sida en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se propone como metas las siguientes: "Cero discriminación, cero nuevas infecciones por VIH, cero muertes relacionadas

con el sida". A los fines de alcanzar los objetivos y las metas, plantea actuar en tres direciones estratégicas: en la prevención del VIH; en el tratamiento, atención y apoyo, y en la incorporación de la igualdad de género en las respuestas al sida con programas y políticas públicas nacionales, acciones, servicios, instituciones, legislaciones y normas culturales, según lo establecido en la Declaración Política de la Asamblea de Naciones Unidas. La estrategia fue aprobada por ONUSIDA hacia fines de 2015 y firmada y adoptada por la Argentina a principios de 2016.

En Argentina

1988: Ley Nacional N.o 23592 *(8)*, contra actos discriminatorios por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos.

1990: Ley Nacional N.o 23798, de declaración de interés nacional de la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento, su prevención, asistencia y rehabilitación (7). Marca la obligación del Estado nacional de desarrollar programas de prevención, diagnóstico y tratamiento en relación con el VIH y con el sida; la capacitación del personal de salud y de atención, y la promoción de la investigación. Además, indica la obligación de crear e interpretar normas sin afectar la dignidad de las personas; ni producir marginación, estigmatización, degradación o humillación; ni exceder el secreto médico o la privacidad de cualquier persona que habite el territorio nacional.

En la actualidad, un nuevo proyecto de ley aguarda para ser debatido en la Cámara de Diputadas y Diputados de la Nación, bajo el expediente 3550-D-2018. Se declara de interés público y nacional la respuesta integral a las infecciones por VIH y sida, hepatitis virales e ITS, incluyendo en el marco legal a otras ITS que se registran en aumento. Establece la obligación de desarrollar políticas públicas sobre los determinantes sociales de las enfermedades, atendiendo a las diferentes vulnerabilidades de las personas con VIH. Su aprobación es fundamental a los fines de adecuar la legislación nacional y provincial a los avances normativos a nivel internacional, fundamentalmente, incorporando el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género.

2002: Ley Nacional N.o 25673. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable *(26)*. Obliga al Estado a garantizarle a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y servicios referidos a la salud sexual y reproductiva para poder tomar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, en especial, a las mujeres. Además, busca contribuir con la prevención y detección precoz de infecciones de transmisión sexual, de VIH y de sida, entre otros objetivos.

2002: Ley Nacional N.o 25543 *(27)*, sobre la obligatoriedad del ofrecimiento de la prueba diagnóstica del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a toda mujer embarazada, con consentimiento expreso y previamente informado en los servicios de salud.

2004: Ley Nacional N.o 25929 de parto humanizado *(28)*. Enuncia los derechos de toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto y el posparto; los derechos de toda persona recién nacida, y los derechos de los padres de la persona recién nacida en situación de riesgo.

2006: Ley Nacional N.o 26150 *(29)*. Crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), para aplicar en todos los establecimientos educativos del territorio nacional sin distinción del régimen de gestión, incorporando la educación sexual integral en las propuestas educativas, a los fines de brindar formación y promover actitudes responsables ante la sexualidad, prevenir los problemas relacionados con la salud, en general, y la salud sexual y reproductiva, en particular, y procurar igualdad de trato y de oportunidades entre varones y mujeres, y otras identidades sexuales y de género.

2009: Ley Nacional N.o 26529. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado *(30)*. Establece como derechos esenciales de quienes son pacientes “la asistencia sin discriminación alguna por sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición” por parte del personal y del equipo profesional de la salud y en instituciones de la salud. Reconoce como derechos fundamentales el trato digno y respetuoso, el derecho a la intimidad y a la confidencialidad.

2009: Ley Nacional N.o 26485 *(30)*. Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus

relaciones interpersonales —y sus modificatorias: Ley Nacional N.o 27533 (2020) y Ley Nacional N.o 27501 (2019)—. Define diversos tipos de violencias contra las mujeres (física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica, y, a través de la modificación de la Ley N.o 27533/20, incorpora la violencia política), las modalidades en las que se manifiestan estas violencias (violencia doméstica, violencia laboral, violencia institucional, violencia obstétrica, violencia contra la libertad sexual y reproductiva, violencia mediática, y, a través de la Ley N.o 27501/19, se incorpora la violencia en el espacio público o acoso callejero) y en diversos ámbitos (privado, y "todo ámbito donde las mujeres desarrollen sus relaciones interpersonales"). Establece como derecho fundamental y exigible para las mujeres vivir una vida libre de violencias y sin discriminación.

2010: Ley Nacional N.o 26618. Matrimonio igualitario *(32)*. Reconoce igual derecho al acceso al matrimonio y a la adopción a las parejas conformadas por personas del mismo sexo.

2012: Ley N.o 26743. De identidad de género *(33)*. Reconoce, para todas las personas, la identidad de género autopercibida y establece el derecho al libre desarrollo de su persona, a ser tratada conforme a su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de los nombres de pila, imagen y sexo con los que allí esté registrada.

2012: Ley Nacional N.o 26791. Femicidio y crímenes de odio *(34)*. Incorpora la figura del femicidio a través de la reforma del artículo 80 del Código Penal Argentino. Y se incorpora el agravante en casos de homicidio por odio, aquellos que se encuentran basados en la orientación sexual, identidad o expresión de género de la víctima.

2015: Resolución N.o 270 *(36)*. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Les prohíbe a todas las empresas realizar pruebas de VIH laborales y, a las Oficinas de la Red de Servicios de Empleo, suministrar datos sobre quienes se postulan a un empleo o a un curso de capacitación que pudieran ser motivo de discriminación por parte de las personas empleadoras, como su origen racial o étnico, opiniones políticas o sindicales, convicciones religiosas, filosóficas o morales, o información referente a la salud o a la vida sexual de las personas.

2017: Ley Nacional N.o 27412. De paridad de género en ámbitos de representación política.

2019: Ley Nacional N.o 27499. Micaela *(35).* De capacitación obligatoria en género a todas las personas que integran los tres poderes del Estado.

2019: Resolución N.º 1/2019 *(45).* Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (actualización 2019).

2020: Ley Nacional N.o 27610 *(46).* **De acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.** Entra en plena vigencia a partir de enero de 2021.

A pesar de los avances normativos mencionados, las respuestas al VIH y al sida en Argentina resultan aún insuficientes no solo en cuanto a poner fin a la epidemia cumpliendo las metas y objetivos propuestos, sino, sobre todo, en cuanto a eliminar las desigualdades de género y las violencias de diversos tipos y modalidades hacia las mujeres, que se constituyen en factores causales y de riesgo de contraer el VIH o agravar su situación.

Queda aún un largo camino por recorrer y es necesario acelerar las intervenciones y potenciar los esfuerzos y recursos de diversos actores responsables para cumplir con las metas y los objetivos propuestos en la estrategia ONUSIDA 2016-2021, de cara a la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible: actores estatales (en especial, las agencias nacionales y provinciales especializadas de respuestas al VIH y al sida, y las de mujeres, diversidad y géneros), así como también actores privados, organizaciones empresariales, organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales, entre ellos, los once copatrocinadores de la Estrategia ONUSIDA.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES CON VIH EN LA ARGENTINA

Algunos datos de relevancia

Los datos que se presentan a continuación proceden del Boletín N.o 37 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina *(1)* publicado por la Dirección de Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT). Tal como se mencionó al inicio del estudio IED 2021, estos datos han sido sistematizados y analizados para el cálculo de las tasas de VIH a partir del criterio de sexo asignado al nacer de las personas y no de su identidad de género (5), por no contar con la base poblacional de los diferentes colectivos; mientras que para el resto de los indicadores los datos se consignaron de acuerdo con el género indicado: varón cis, mujer cis, mujer trans, varón trans, siendo la primera vez que a partir de los datos obtenidos es posible hacer esta diferenciación en la presentación del boletín anual epidemiológico.

Históricamente, las mujeres han presentado tasas más bajas tanto de VIH como de defunción por sida que los varones, y esto es así en las diversas regiones de la Argentina. La tasa de diagnósticos descendió en la última década tanto en varones como en mujeres.

La tasa de VIH de mujeres en 2018 fue más baja que la de los varones: 6,1 y 14,6 cada 100 000 habitantes, respectivamente. Entre las mujeres, las mayores tasas de VIH se dieron entre las de 20 a 49 años, lo que coincide mayormente con la edad reproductiva. En las regiones de la Patagonia (13,5 × 100 000), NOA (9,1 × 100 000) y Cuyo (6,3 × 100 000), se presentaron tasas de diagnóstico en mujeres más altas que la media en todo el país. En estas regiones, se dieron también las mayores tasas de notificación en general (18,5, 15,9 y 14,2 cada 100 000 habitantes, respectivamente). La razón varón/mujer en diagnósticos nuevos (calculado entre 2017 y 2019) fue de 2,3; es decir, por cada mujer que se diagnosticaba, lo hacían 2,3 varones. La razón aumentó considerablemente entre personas adultas mayores de más de 65 años, como también entre las personas de 25 a 34 años.

Otro dato de relevancia es la diferencia en las vías de transmisión del VIH entre los distintos géneros: en los últimos años, más del 98% de las nuevas infecciones se produjeron por mantener relaciones sexuales sin protección; entre los varones cis, el 59,9% por mantener relaciones sexuales con otros varones cis y el 38,9% con mujeres cis. En el caso de las mujeres cis, el 97,6% afirmó haber contraído el VIH por mantener relaciones sin protección solo con varones.

Por otro lado, la mediana de la edad de diagnóstico de VIH en las mujeres cis fue de 34 años, de 32 años para los varones cis y en las mujeres trans, de 30 años[3]. En términos generales, las mujeres trans presentaron la menor proporción de diagnóstico tardío (22,9%). Por su parte, las mujeres cis recibieron en menor medida diagnósticos tardíos (25,8%) frente a los varones cis (31,5%). Esto podría deberse, sobre todo, a la mayor vinculación que ellas tienen con el sistema de salud a lo largo de todo el ciclo de la vida no solo por el cuidado de su propia salud, sino también a partir del papel de cuidadoras principales (rol de género que ha sido socialmente asignado casi exclusivamente a las mujeres) de sus hijos e hijas, y también de otras personas dependientes en el hogar (personas adultas mayores, personas en situación de discapacidad y personas con VIH o personas enfermas), y, fundamentalmente, durante la etapa reproductiva de las mujeres, debido a los chequeos que deben realizarse antes, durante y luego del parto, y los primeros años después del nacimiento y la primera infancia.

3. En cuanto a varones trans, la información es muy escasa; no obstante, de acuerdo con los datos disponibles, la mediana sería de 36 años.

En efecto, según el Boletín N.o 36 de la DRVIHVyT, en los últimos años, un alto porcentaje de las mujeres gestantes conocían su estado seropositivo con anterioridad al embarazo (53,1%)[4]; mientras que el 34,7% de las mujeres fueron diagnosticadas durante el embarazo en curso. Los diagnósticos durante el trabajo de parto y el puerperio presentaron porcentajes más bajos (5,2% y 2,7%, respectivamente). Aun así, resultó significativa la cantidad de mujeres embarazadas que recibieron el diagnóstico durante las etapas de parto o de puerperio, disminuyéndose la posibilidad de evitar la transmisión materno infantil. En 2018, las tasas de transmisión materno infantil se ubicaron en 2,4% (considerando el total de niños estudiados) y en 4,7%, (tomando solo los casos en los que se completó el proceso diagnóstico).

Respecto de las personas trans, un colectivo definido como población clave para la vigilancia epidemiológica, es el grupo que presenta, aun en la actualidad, el mayor porcentaje de VIH (34%) respecto de la población general (1). En un estudio realizado por la actual DRVIHVyT (37), durante 2014-2016, fue posible relevar datos específicos acerca de mujeres trans: durante el período mencionado, el 4% de los diagnósticos correspondía a personas de este colectivo, y que en la totalidad de estos casos, la vía de transmisión había sido a través de relaciones sexuales no seguras.

LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO Y SU IMPACTO EN LAS MUJERES CON VIH

Los avances de las últimas décadas en materia de derechos de las mujeres y otros colectivos históricamente relegados, se debió en gran parte a la articulación del movimiento de mujeres con el movimiento LGTBIQ+. Sin dudas, la consolidación del régimen democrático en Argentina, a partir de la década del noventa, hizo posible posicionar en la agenda pública —e incluso gubernamental— diversas demandas conjuntas e interseccionales entre los actores mencionados en relación con las respuestas al VIH, tales como el acceso a la salud integral (entendida de manera amplia, incluyendo la salud sexual y reproductiva) y universal en el sistema de salud, y el acceso al trabajo, entre otras.

Sin embargo, persisten aún desigualdades de género que tienen un impacto directo en la vida de las mujeres con VIH en Argentina. Esas desigualdades son

4. Se presentan los últimos datos disponibles sobre el momento del diagnóstico en mujeres gestantes.

producto de un sistema patriarcal que atraviesa todos los órdenes de la vida, ámbitos, instituciones, normativas y prácticas institucionales, que produce y reproduce relaciones de género asimétricas entre varones y mujeres, y con otras identidades de género y sexuales (orientaciones y prácticas sexuales, expresiones de género y diversidades corporales que no se condicen con el régimen binario sexo/genérico y la heteronormatividad aún imperantes). El sistema patriarcal está basado en lo que se conoce como androcentrismo: el hombre es considerado como sujeto universal y como la norma de otros sujetos sociales. La diferencia entre estos sujetos se convierte en desigualdad y están atravesadas por el poder de los varones sobre las mujeres (y sobre otras identidades genéricas). El sistema patriarcal y androcéntrico es la base y fundamento de la opresión que sufren las mujeres y otras identidades de género por parte de los varones, en especial, de aquellos que configuran su masculinidad de manera hegemónica.

Las desigualdades de género son estructurales y se manifiestan en las siguientes dimensiones:

Económica: Se evidencian en la desigual participación de las mujeres en el mercado de trabajo en Argentina y en la persistencia de brechas de género, a pesar de la incorporación masiva de las mujeres en las últimas décadas. Según un reciente informe de la Dirección Nacional de Economía e Igualdad de Género del Ministerio de Economía de la Nación *(39)*, las mujeres participan en menor medida que los varones y presentan mayores tasas de desempleo; además, se insertan de manera más precaria e inestable que aquellos y en sectores feminizados, sobre todo, el sector de empleo doméstico (que es, a nivel general, el que presenta peores condiciones laborales y suele ser empleo informal); o bien, en los sectores de la salud y de la educación (ámbitos considerados como "una extensión en el ámbito público" de las tareas domésticas y de cuidado, socialmente asignadas a las mujeres). A raíz de la imperante división sexual del trabajo[5], la carga del trabajo doméstico y de cuidados recae casi exclusivamente sobre las mujeres, a quienes se les ha asignado históricamente el papel reproductivo. El trabajo realizado en el hogar es un trabajo no remunerado (a pesar de que genera valor para la econo-

5. La división sexual del trabajo se estructura a partir del capitalismo moderno, en el que se definen y asignan roles de género a varones y a mujeres. A partir de su capacidad biológica de parir, a las mujeres se les asigna el rol reproductivo, mientras que a los varones se les asigna el rol productivo de generar ingresos para la sostenibilidad del hogar. Esta función se realiza en el ámbito público (considerado como "ámbito natural" de los varones) e implica actividades y servicios que se realizan en el mercado y por los que se obtiene remuneración. Por el contrario, aquellas tareas que se realizan al interior de los hogares, comprendiendo tareas domésticas y de cuidados, no son remuneradas.

mía del país). En términos generales, las mujeres realizan casi el doble de horas de trabajo doméstico no remunerado que los varones (41,3 horas semanales y 24,5 horas, respectivamente). Para aquellas que se insertan en el mercado de trabajo, esto constituye una doble jornada laboral. Todos estos condicionantes y precariedades generan una brecha de ingresos entre varones y mujeres, que en la actualidad es del 29%[6] y es aún mayor entre mujeres y varones que se desempeñan en el sector informal de la economía (35,6%).

Aun en la actualidad, muchas mujeres con VIH se ven obligadas a desempeñarse en el mercado de trabajo informal para evitar las pruebas de VIH que ciertas empresas realizan para el ingreso o promoción a determinados puestos laborales, a pesar de que está prohibido por la Resolución N.o 270/15 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad de la Nación (2015). Una parte de las mujeres con VIH se encuentran desempleadas actualmente. Esto implica contar con ingresos insuficientes para tener autonomía económica, llevar adelante una vida digna y cuidar de su salud adecuadamente. La desigualdad de la situación socioeconómica de las mujeres compromete no solo su capacidad de prevenir el VIH o mitigar los efectos del sida, sino también la carga asistencial y de cuidados que pesa sobre ellas.

Respecto de las mujeres trans (transgéneros, transexuales y travestis) en Argentina, en un estudio realizado por el INDEC y por el INADI *(40)*, el 20% de las personas encuestadas declaró no realizar ninguna actividad que generara ingresos en el mercado formal, mientras que el 80% restante expresó dedicarse a actividades vinculadas con el trabajo sexual o con trabajos informales de estabilidad precaria. Asimismo, se relevó que el 80% de las personas encuestadas no contaba con obra social o prepaga y dependía enteramente del sistema público para la atención de la salud. Estas condiciones de vida dejan expuestas a las mujeres trans a situaciones de extrema vulnerabilidad social y ello se agrava aún más para aquellas que tienen VIH. Frente a esto, el Gobierno argentino aprobó en 2020 el Decreto N.o 721, en el que se estableció el cupo laboral trans del 1% en el sector público nacional para personas transexuales, transgéneros y travestis.

Social y cultural: Las asimetrías y desigualdades en las relaciones de género dejan a las mujeres expuestas a sufrir diversos tipos y modalidades de violenlencias, tal como están definidas en la Ley Nacional N.o 26485 de Protección Integral a las Mujeres *(31)*, que reconoce el derecho a vivir una vida libre de violencias. Las violencias de tipo física y sexual ponen a las mujeres en el riesgo exponencial de con-

6. Según el mencionado informe, la brecha de ingresos se calcula como la variación relativa entre la media de ingresos de los varones y el promedio de ingresos de las mujeres (39).

traer VIH e ITS. En relaciones de género desiguales y asimétricas, las mujeres ven limitada o imposibilitada su capacidad de negociar prácticas sexuales seguras y sin riesgos o, incluso, de negarse a tener relaciones sexuales con sus parejas varones cis. Este riesgo se acrecienta cuando no son reconocidos o debidamente garantizados los derechos a la autonomía del cuerpo y a tomar decisiones informadas y seguras sobre su salud sexual y reproductiva (planificación familiar, cómo y cuándo, cuándo no gestar o maternar; conocimiento de métodos anticonceptivos, preventivos y de cuidado de la salud en situaciones de riesgo, entre otras), o bien cuando existen efectivamente normativas[7] que garantizan los derechos a nivel nacional, pero no son homologados y/o cumplimentados en las jurisdicciones provinciales por falta de voluntad política y resistencias de diversos actores.

Política: Las desigualdades de género se manifiestan también en las restricciones u obstáculos para la participación paritaria en instancias de decisión colectiva (partidaria, legislativa, sindical y otras) que tienen impacto directo sobre la vida de las mujeres y en la ciudadanía en general. Si bien en las últimas décadas en Argentina las mujeres se han incorporado progresivamente al ámbito público y a la vida política (en parte, gracias a las medidas afirmativas, tales como la ley de cupo femenino en la década de los noventa y, recientemente, la ley de paridad del 2017), subsisten brechas de género en la participación. La discriminación que sufren las mujeres se encuentra intrínsecamente relacionada con los papeles y estereotipos de género[8] instituidos, que encuentran su fundamento en la dicotomía ámbito público/ámbito privado y en la división sexual del trabajo. Las tareas domésticas y de cuidado socialmente asignadas, y la violencia política se constituyen en unas de las principales barreras para la participación política de las mujeres. Esta última afecta la integridad y prestigio de las mujeres y tiene como objetivo excluirlas de la contienda política y electoral, dando por sentado que el ámbito político no es un ámbito de desarrollo "natural" de las mujeres.

7. Tal es el caso de la Resolución N.o 1/2019 (segunda edición del Protocolo para la Atención integral de las Personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo) y la Resolución N.o 989/2005 (sobre la atención posaborto: protege el derecho de todas las personas con capacidad de gestar a la atención de la salud de manera rápida, con calidad, humanizada y confidencial en situaciones de posaborto, sin importar si el aborto es espontáneo o provocado). Ambas regulan las tres causales por las cuales se puede interrumpir el embarazo reconocidas por el Código Penal Argentino (art. 81); sin embargo, su cumplimiento efectivo depende de la adhesión de cada una de las provincias en Argentina.

8. Se entiende por estereotipos de género a los atributos, características, cualidades que funcionan como normas culturales y representaciones acerca de la manera de ser, sentir y actuar de varones y mujeres a partir de la definición de lo que la sociedad establece que es "lo femenino" y "lo masculino" en un momento o contexto dados. La sociedad espera que los sujetos varón y mujer adecúen su forma de ser, sentir y actuar a estas normas.

La redistribución del poder entre varones y mujeres es la condición para la construcción de una democracia paritaria y sustancial; sin mujeres, el régimen democrático mismo queda puesto en cuestión. Asimismo, la construcción de una democracia sustancial requiere el reconocimiento de los derechos de participación política y visibilización de otras identidades de género para superar el binarismo, entre ellas las personas trans, que han estado históricamente relegadas no solo del ámbito político convencional y representativo (partidos políticos, sindicatos, cuerpos legislalativos), sino también del ámbito público en general, a raíz de su identidad de género.

Por último, se hace necesario garantizar la participación de las mujeres en los procesos de diseño, implementación y monitoreo y evaluación de políticas públicas, medidas e intervenciones orientadas a dar respuesta al VIH y al sida, que sean inclusivas de la diversidad de voces de las mujeres, para dar respuestas específicas y focalizadas para las distintas realidades y necesidades de todas las mujeres con VIH en Argentina.

LA DIVERSIDAD INTEGRAL DE LAS MUJERES Y EL ENFOQUE DE LA INTERSECCIONALIDAD

Si bien las desigualdades de género antes mencionadas son estructurales y están presentes en todos los ámbitos de la sociedad, no tienen el mismo impacto en todas las mujeres; en efecto, existe una amplia diversidad de mujeres cuyas realidades se configuran a partir de su pertenencia étnica o racial, su edad o el ciclo de la vida en el que se encuentran, su orientación y práctica sexual, y su identidad de género, o su posición en la estructura socioeconómica.

En este sentido, desde el enfoque interseccional, las desigualdades de género se entrecruzan, se yuxtaponen y se refuerzan con desigualdades producidas por otras estructuras de dominación, tales como la clase social, la raza y la etnia, que producen formas de opresión que operan en forma simultánea en las mujeres generando discriminaciones más complejas. Sumado a ello, la heterocisnormatividad y el adultocentrismo generan aún mayores vulnerabilidades y múltiples capas de discriminación hacia las mujeres con VIH, a partir de dobles o triples estigmas (por la pertenencia a estos colectivos sociales, identidades o grupalidades, por prejuicios propios de estereotipos de género y el estigma relacionado con el VIH).

Por esta razón, se ha prestado especial atención a la incorporación de mujeres pertenecientes a diversos grupos sociales, colectivos o identidades con mayores vulnerabilidades, en la conformación de la muestra de mujeres para el estudio

Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH en Argentina 2.0. Entre ellas se encuentran:

Mujeres trans (transgénero, transexuales y travestis) y mujeres cis, a partir de su identidad de género *(33)*: La identidad de género de una persona puede corresponderse con su sexo asignado al nacer o no. Surge de esta combinatoria una multiplicidad de identidades de género posibles que rompen con el binarismo: persona cis, persona trans, personas no binarias, personas de género fluido. La identidad de género se combina, a su vez, con la expresión de género (femenina, masculina y andrógina), que refiere a cómo esa persona manifiesta su identidad de género a través del nombre, su aspecto físico, gestos, vestimenta, entre otros.

Mujeres lesbianas, mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM), mujeres bisexuales, mujeres heterosexuales en función de la orientación y práctica sexual: Las posibilidades en torno a las orientaciones sexuales (atracción física, emocional y afectiva) por fuera de la heterocisnormatividad también son múltiples. Además de la heterosexualidad (atracción física y afectiva por personas de otro sexo), existen la homosexualidad (atracción física y afectiva por personas del mismo sexo), la bisexualidad (atracción física y afectiva por personas de ambos sexos), la pansexualidad (atracción física y emocional hacia personas de cualquier género, incluidas, por ejemplo, las personas no binarias); la demisexualidad (atracción física únicamente hacia personas con las cuales se ha forjado un vínculo emocional o romántico), entre otras.

En este sentido, la heterocisnormatividad es una construcción social, cultural e ideológica que se basa en la creencia de que la persona que es diferente a lo establecido por la norma de la heterosexualidad, "es anormal". Esto ha dado lugar a estigmatizaciones y a situaciones de discriminación y violencias hacia mujeres que viven su sexualidad, sus emociones y su afectividad de formas diversas. Estas situaciones persisten en la actualidad y, además, se entrecruzan y refuerzan con prejuicios derivados de los estereotipos de género (que condicionan y restringen el ejercicio de la sexualidad de las mujeres, ligada a fines puramente reproductivos frente a una sexualidad del goce). Asimismo, las personas que constituyen su identidad por fuera del régimen sexo/genérico binario aún son estigmatizadas y sufren múltiples discriminaciones y violencias en diversos ámbitos: laboral, educativo, familiar o comunitario, pero también en los sistemas de salud, lo que se constituye en una importante barrera para el acceso a la prevención, diagnóstico y

tratamiento del VIH y su continuidad. Recién durante las últimas décadas, y producto de la militancia del colectivo LGTBIQ+ y de los movimientos de mujeres en Argentina, estas personas han logrado una mayor visibilización social y reconocimiento de sus derechos por parte del Estado.

Mujeres que ejercen trabajo sexual, en función de su práctica laboral/sexual: Mujeres que, a lo largo de la historia, han desempeñado un oficio prohibido y penalizado por la ley argentina y, por tanto, lo han ejercido en la clandestinidad. Si bien a raíz de la reforma del Código Penal Argentino[9] el trabajo sexual dejó de ser una actividad penalizada "cuando sea ejercida de manera autónoma" (diferenciándola de la prostitución), según el estudio Situaciones de violencia institucional hacia mujeres trabajadoras sexuales y vulneración de derechos, de la Red de Mujeres Trabajadores Sexuales de Latinoamérica y el Caribe (RedTraSex), la modificación de una parte de la legislación argentina a partir de lo establecido en la Ley Nacional N.o 26842 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas *(41)* tuvo como efecto la ampliación de la órbita de las conductas sancionadas que afectaron el ejercicio autónomo del trabajo sexual y la incorporación, a los códigos de faltas y contravencionales de las provincias, de la habilitación para la intervención de la agencia policial sin control judicial. Esta situación expone a las mujeres que ejercen trabajo sexual no solo a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, sino también a violencias de todo tipo por parte de quienes consumen sus servicios y, sobre todo, de las fuerzas de seguridad del Estado que, amparadas en normativas contravencionales, suelen abusar de su poder (violencia institucional) y criminalizan esta práctica laboral, en lugar de criminalizar la práctica de consumo de los clientes (que en su mayor porcentaje son varones). En ocasiones, el hecho de ejercer el trabajo sexual las hace también vulnerables frente al personal de los efectores de salud, que realiza prácticas preventivas de ITS sin consentimiento o que resultan discriminatorias para estas mujeres, que a su vez se ven expuestas a situaciones de discriminación de la sociedad en general. Es por estos motivos que un reclamo histórico de este colectivo es no solo la eliminación de los códigos contravencionales en diversas jurisdicciones provinciales argentinas, sino también la regulación del trabajo sexual autónomo.

9. A través de la sanción de la nueva Ley Nacional N.o 26842 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas (2012).

Mujeres migrantes externas, en función de la nacionalidad (incluso, raza o etnia, según sea su procedencia de países limítrofes o latinoamericanos): Tal como establece el INADI en el Mapa Nacional de la Discriminación. Segunda Edición *(42)*, pertenecer a otra nacionalidad remite a la imagen de una persona extranjera. La imagen de la persona migrante se articula no solo sobre la percepción grupal de la extranjeridad respecto del conjunto social al que se pertenece, sino que también recaen sobre ese sujeto o grupo social ciertos atributos, actitudes y rasgos ligados a imágenes negativas, amenazantes e, incluso, desvalorizantes o inferiorizantes cuando la procedencia es de países latinoamericanos, producto del racismo y de los prejuicios sobre las diferencias culturales. Las personas migrantes y, en especial, las mujeres aparecen como objeto de doble o triple estigmatización y discriminaciones en todos los ámbitos (laboral, comunitario, sanitario y educativo), lo cual constituye importantes barreras para el acceso y sostenimiento de los tratamientos de VIH. Esto se da a pesar de los avances normativos de estas últimas décadas, tales como la ley de migraciones *(43)*, que reconoce un piso de derechos fundamentales a las personas migrantes.

Mujeres de pueblos originarios, en función de su pertenencia étnica y cultural a comunidades identitarias: Según establece el INADI, la desvalorización e, incluso, la falta de reconocimiento de los sujetos de pertenencia a grupos identitarios/comunitarios y la negación de sus culturas (la cosmovisión del mundo y las prácticas etnoculturales en la salud) es producto del nivel del arraigo que han mantenido en Argentina los proyectos eurocéntricos basados en una representación de una "Argentina blanca". A pesar de la premisa de "Argentina como un crisol de razas" y de la reciente afirmación de los derechos de estos pueblos sobre la tierra (a través de la Ley de Comunidades Indígenas), tanto socialmente como en las políticas públicas llevadas adelante por diversos niveles del Estado, ha predominado la falta de reconocimiento de "lo nativo" (pueblos, culturas y prácticas de pueblos originarios) e, incluso, la negación de las raíces históricas latinoamericanas. Subyace en los diversos ámbitos y órdenes de la sociedad un racismo que legitima y justifica las múltiples discriminaciones que experimentan las mujeres de pueblos originarios a nivel social en general y también en los efectores de salud, en los que se instauran barreras, sobre todo, comunicacionales (lenguas y dialectos de pueblos originarios, manejo de temporalidades diferenciales, cosmovisiones y prácticas de salud diferentes a la medicina tradicional y hegemónica) para el acceso y la continuidad de los tratamientos (TARV).

Mujeres jóvenes, en función de la edad como parte de una generación: La edad es otro criterio a través del cual se dividen y se organizan las sociedades modernas. Las sociedades modernas son adultocéntricas: en ellas subyace la idea de que las personas adultas son el "sujeto modelo" respecto de otros sectores etarios (infancia, juventud y adultez). La juventud está configurada como una etapa de transición y de preparación para asumir las responsabilidades propias de la adultez (formarse, tener un trabajo y fundar una nueva familia). En estas sociedades, el sujeto adulto es considerado un "sujeto completo", y ello que le confiere mayor poder yestatus social para establecer su visión del mundo y sus modos de hacer por sobre los del sujeto joven. Una de las miradas acerca de la juventud es que son sujetos incompletos o carentes y cargan con el estigma de la inmadurez, la irresponsabilidad, el desinterés e, incluso, en determinados contextos, la rebeldía, la disrupción y la violencia. En relación con las mujeres jóvenes con VIH, pesa sobre ellas el estigmade la promiscuidad y la irresponsabilidad en las prácticas sexuales, lo que contribuye a culpabilizarlas por contraer VIH y opera como barrera para el acceso a la atención de la salud en general y al tratamiento para el VIH en particular.

Mujeres pobres, en función de su posición en la estructura socioeconómica del país: Producto de un sistema capitalista que divide a los sujetos en clases sociales, pero que también margina y excluye a parte de la población. En Argentina y a nivel regional, existen personas en situación de pobreza y exclusión social. Sin embargo, son las mujeres quienes se encuentran mayoritariamente en situación de pobreza a raíz de las desigualdades y brechas de género en el mercado de trabajo antes mencionadas, la precariedad e inestabilidad en su inserción y la carga de trabajo doméstico y cuidados no remunerados, lo que genera el fenómeno de la feminización de la pobreza. En efecto, según un informe de la Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género (39), actualmente, en Argentina las mujeres se encuentran sobrerrepresentadas en el decil de ingresos más bajos (69%) y subrepresentadas en el de ingresos más altos (37%).

La dificultad o imposibilidad de generar una autonomía económica[10] deja más expuestas a las mujeres —sobre todo, a las mujeres jefas de hogar con personas a cargo— a quedar en situación de pobreza frente a cualquier evento de la vida: separación, divorcio, viudez, nuevos embarazos, así como también frente a cambios en los proyectos de vida, tales como la migración a otra localidad o a otro país; asimismo, frente a la pérdida de subsidios o pensiones otorgadas por el Estado a partir de cambios en los criterios de otorgamiento de aquellos, o bien, cuando suponen más requerimientos y trámites; o la realización de mayores contra-prestaciones que generan en las mujeres más carga de trabajo. Respecto de esto último, tiene aún mayor impacto en las mujeres con VIH que cobran mensualmente una pensión no contributiva (Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Ministerio de Salud de la Nación, 2018). La inserción o permanencia en el mercado de trabajo —sobre todo, el mercado formal— son más restringidas y dificultosas para las mujeres con VIH a raíz del estigma y de la discriminación existentes. Ello condiciona a las mujeres a la dependencia de esta y otras pensiones o subsidios, y cualquier cambio de criterio para el acceso las deja en situación de mayor vulnerabilidad.

La discriminación —a veces más solapada y, otras veces, abierta— y los múltiples estigmas obstaculizan a las mujeres en el ejercicio pleno de sus derechos, en el acceso y permanencia en el mercado de trabajo, a la educación y a servicios fundamentales de salud, así como la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) y el cuidado de la salud en general. A continuación, se presentan los resultados de las encuestas del IED 2.0, realizadas a toda la diversidad de mujeres con VIH en Argentina, a los fines de conocer sus experiencias y vivencias particulares en torno al estigma, a la discriminación y al autoestigma relacionado con el VIH.

10. Tal y como la define la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) como la capacidad de las mujeres de generar y percibir ingresos "que les permitan superar la pobreza y disponer de su tiempo libremente para capacitarse, acceder al mercado laboral, desarrollarse profesional y personalmente, participar de manera activa de la vida social y política, y dedicarse a sus seres queridos sin que ello se transforme en una barrera para el logro de sus propias aspiraciones". Implica también el empoderamiento de las mujeres y la generación de condiciones para que participen en la toma de decisiones acerca del desarrollo y procesos económicos de la sociedad, en condiciones de igualdad real de oportunidades y resultados, y sin discriminaciones. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248_es.pdf

RESULTADOS DEL ESTUDIO IED 2.0 EN MUJERES

A continuación, se presenta la muestra específica de la población de mujeres alcanzada en el IED 2021. Como se mencionó en el apartado sobre la conformación de la muestra total del estudio, la muestra correspondiente a la población de mujeres fue conformada por conveniencia y ascendió a un total de 328 encuestas, realizadas a mujeres con VIH en las regiones del país seleccionadas: NEA, NOA, Cuyo y AMBA.

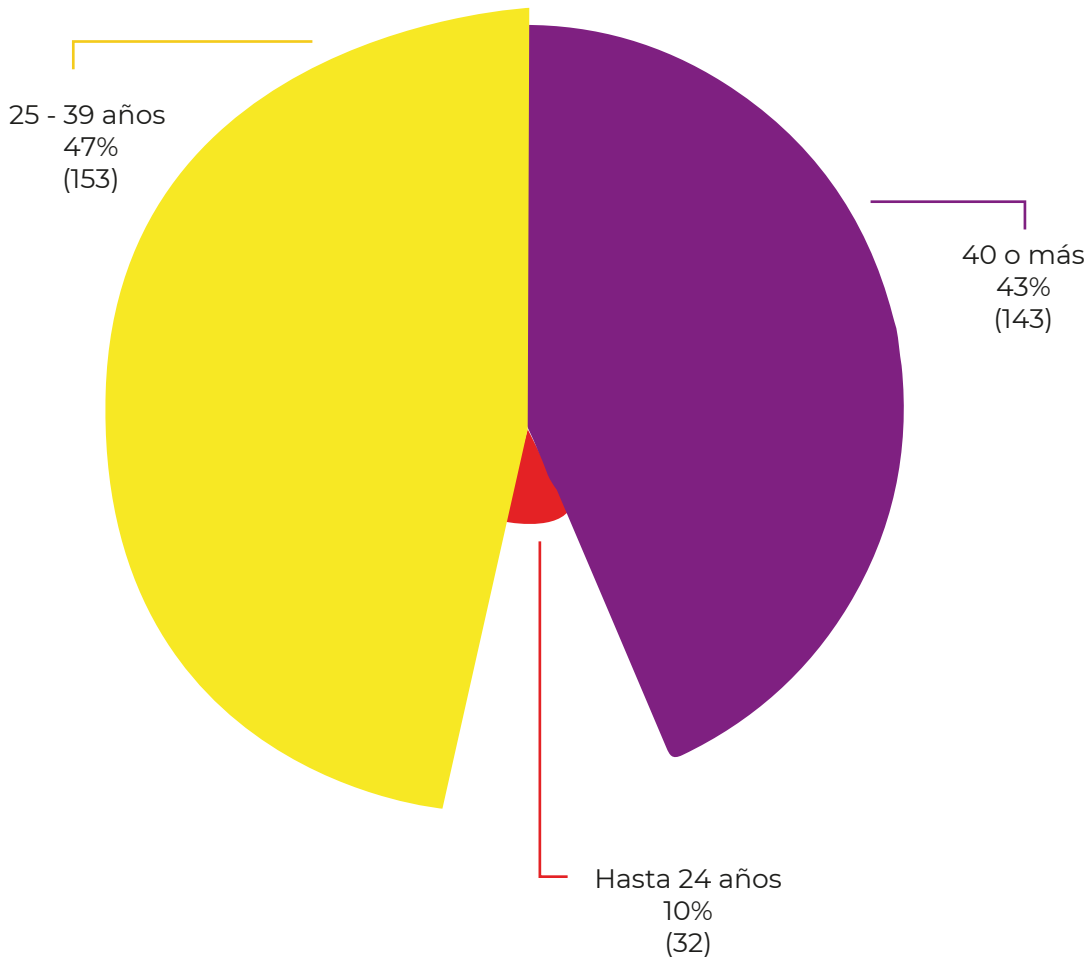
Esta muestra está distribuida entre mujeres de diversos rangos etarios (hasta 24 años, 25 a 39 años, 40 años o más) y paralelamente, según su pertenencia a diversos grupos, colectivos, identidades de género y orientaciones y prácticas sexuales, a saber: mujeres cis, mujeres trans, mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) y mujeres lesbianas, mujeres bisexuales, mujeres heterosexuales, mujeres migrantes internas y externas, mujeres que ejercen trabajo sexual (cis y trans), y mujeres pertenecientes a pueblos originarios.

Respecto de la distribución de las mujeres según el rango etario, se evidencia a partir de la figura 62 un mayor porcentaje de participación de mujeres de 25 a 39 años (47%) y un porcentaje de participación similar (43%) de las mujeres de 40 años o más (cantidades absolutas de 153 y 143 mujeres, respectivamente). Las mujeres adolescentes y jóvenes hasta 24 años constituyeron un 10% de la muestra de mujeres (32 mujeres).

Figura 62.

Distribución de la muestra de mujeres según el rango etario

(n=328)



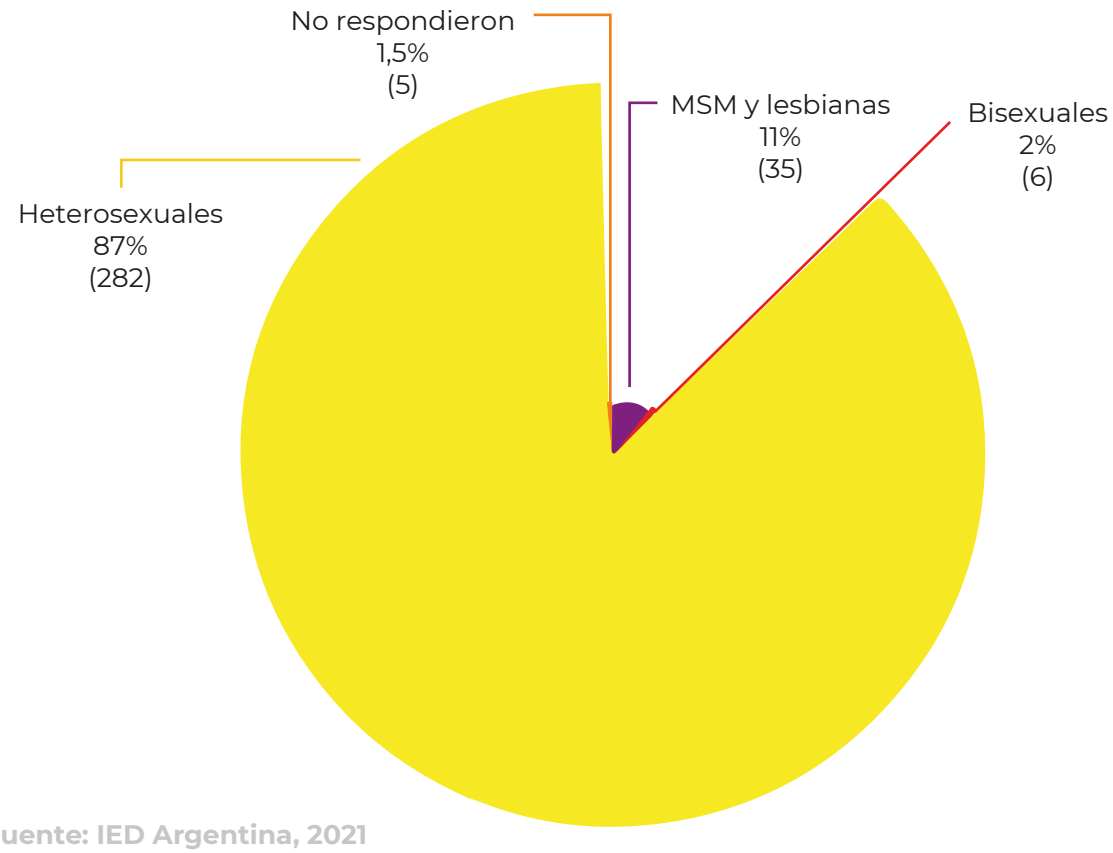
Fuente: IED Argentina, 2021

En relación con la identidad de género en los términos definidos en el glosario del informe y en los apartados anteriores, en la muestra total se estimó utilizando las mismas proporciones que la distribución de los casos de VIH: 63% varones cis, 33% mujeres cis, 4% mujeres trans. Quedaron excluidos los varones trans por su bajo porcentaje de aparición. Esto se ve reflejado en la figura 6 del estudio. Dentro de la muestra de mujeres, las mujeres cis representaron un 86% (286) y las mujeres trans el 14% (45).

Teniendo en cuenta la orientación y las prácticas sexuales de las mujeres, según establece la figura 63, el 87% eran heterosexuales (282 mujeres), mientras que las MSM y las mujeres lesbianas representaron el 11% (35), y las bisexuales un 2% (6).

Figura 63.

Distribución de la muestra de mujeres por orientación y práctica sexual (n=328)



Fuente: IED Argentina, 2021

La muestra de población de mujeres se distribuyó también en la diversidad de pertenencias a grupos sociales, colectivos o identidades, tales como trabajadoras sexuales, migrantes internas y externas, y mujeres de pueblos originarios.

• **Mujeres que ejercen trabajo sexual:** La muestra incluyó 50 mujeres que ejercen trabajo sexual. Tal como se mencionó en el apartado de conformación de la muestra total del presente estudio, su distribución por identidad de género era la siguiente: el 64% de las mujeres trans encuestadas se reconocían como mujeres que ejercen trabajo sexual, mientras que, en el caso de las mujeres cis, el porcentaje fue del 7,4%. Sin embargo, en términos absolutos, las cantidades eran semejantes: las mujeres trans que se reconocían como tales fueron 29, mientras que las mujeres cis, 21.

• **Mujeres migrantes, entre ellas:**

— Internas (dentro del país): Se encuestaron 31 mujeres migrantes —un mayor porcentaje en la zona del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)—, a los fines de lograr un mayor acercamiento a esta población. Dentro de la muestra de mujeres, las migrantes internas representaron un 9,4%.

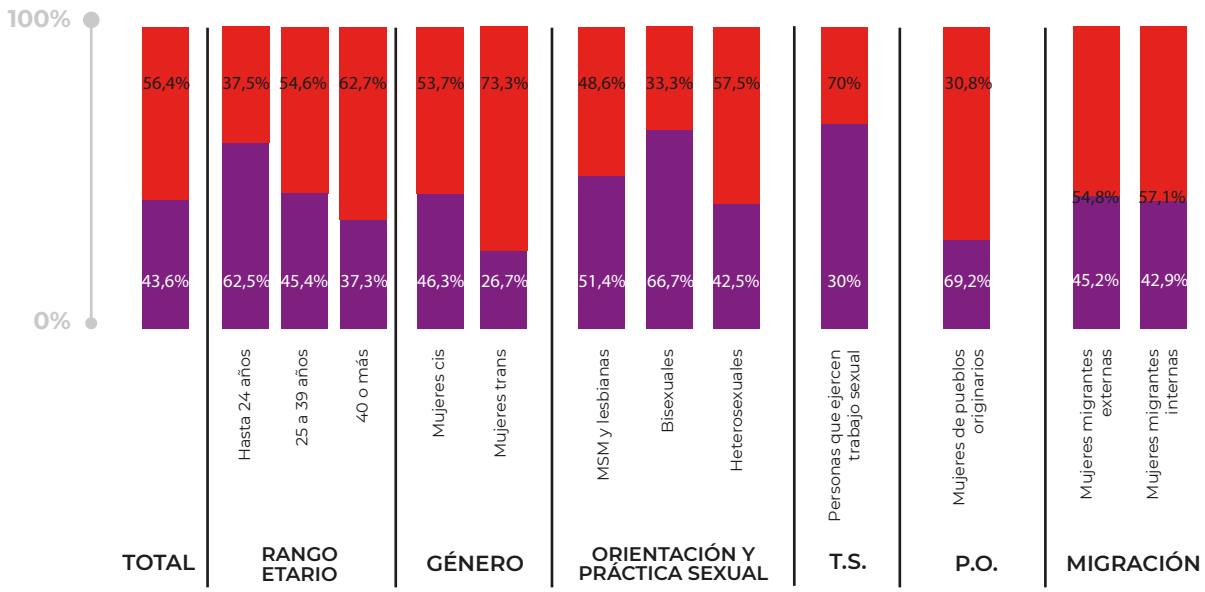
— Externas (provenientes de otros países): Al igual que en el caso de las migrantes internas, se encuestaron mujeres migrantes externas en el AMBA (21 mujeres), lo que representó un 6,4% dentro de la muestra total de mujeres.

• **Mujeres de pueblos originarios:** Estimadas en la conformación de la muestra a partir del último censo (4) y en función de la proporción de habitantes integrantes o provenientes de pueblos originarios según cada provincia. Se encuestaron 13 mujeres, lo que representó un 3,9% de la muestra total de mujeres.

Por otro lado, la variable necesidades básicas insatisfechas (NBI) es una de las que se utiliza normalmente para medir la pobreza. Según los datos presentados en la figura 64, en términos generales, la muestra se conformó por un 56,4% de mujeres con necesidades básicas insatisfechas y un 43,6% que afirmaron tener sus necesidades básicas satisfechas. Sin embargo, si se analiza esta variable en cada uno de los grupos y colectivos a los que pertenecían las mujeres o sus identidades de género y orientaciones y prácticas sexuales, se destacaron con mayores porcentajes de NBI las mujeres trans (73%), las que ejercen trabajo sexual (70%) y las de pueblos originarios (58%). Asimismo, si se considera a las mujeres según su rango etario, fueron las mujeres de 25 a 39 años y las de 40 años o más quienes presentaron los porcentajes más altos de NBI (62,7%).

Figura 64.

Distribución de la satisfacción de necesidades básicas entre las mujeres encuestadas, según género, orientación y prácticas sexuales, pertenencia a grupos o colectivos seleccionados y edad (n=328)



Fuente: IED Argentina, 2021

Por último, cabe aclarar que, si bien no se puso el foco en la población de mujeres y personas gestantes para su análisis en el presente estudio, sí es necesario incorporar algunos resultados significativos que se encontrarán plasmados en el eje de Derechos humanos de la presente sección del informe. Los resultados obtenidos en cada una de las variables de la figura correspondiente (figura 83) se desprenden de las respuestas de mujeres cis y personas gestantes que aceptaban contestar esta sección del cuestionario a partir de autopercibirse como tales en proceso de gestación (embarazo, parto y posparto) o haber gestado alguna vez.

A continuación, se presenta el análisis de los resultados de las encuestas realizadas a las mujeres en el marco del IED 2021. La presentación se organizó a partir de los tres ejes temáticos que presenta el informe general: comunidad, salud y derechos humanos.

COMUNIDAD

Como se mencionó al inicio de la sección "Comunidad", las personas son seres sociales: viven y se desarrollan con otras personas, estableciendo vínculos que son parte de su entorno más íntimo o cercano (pareja, familia, amistades) y con personas de otros ámbitos donde transcurre la vida: laborales, barriales, estudio, entre otros. En los procesos de socialización, así como también en la interacción con otras personas, se ponen en juego creencias, valores, representaciones sociales y prejuicio; por tanto, estos espacios siempre se encuentran atravesados por la mirada del otro (sujeto social). Es en la comunidad donde se manifiestan y perciben el estigma, el autoestigma y la discriminación hacia las personas con VIH, en este caso las mujeres. Estos se constituyen en importantes obstáculos, no solo para el acceso de las mujeres a los servicios de salud en general y de prevención y tratamiento de VIH en particular, sino también para el pleno ejercicio de sus derechos.

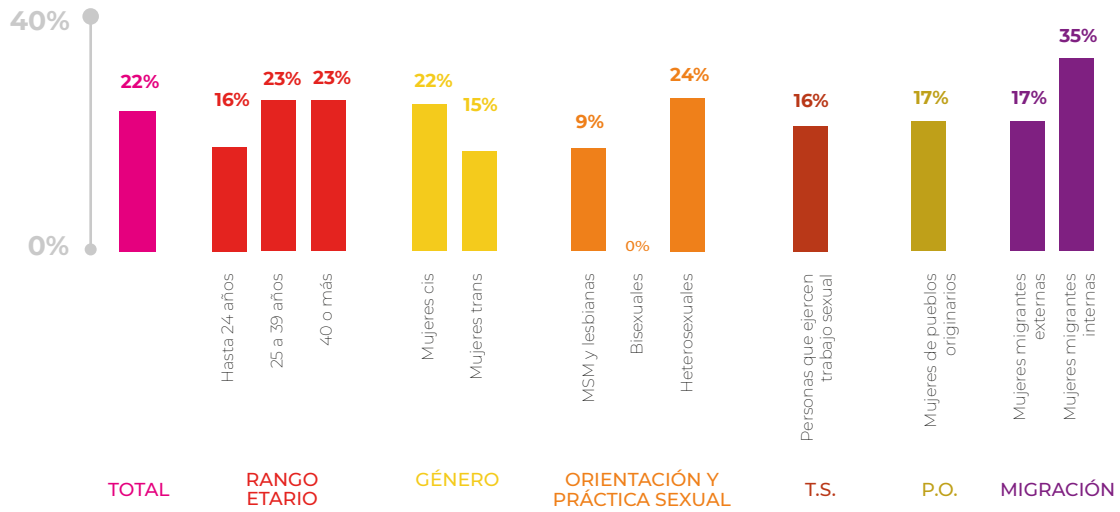
Este apartado presenta los resultados del IED 2.0 obtenidos de las encuestas realizadas a las mujeres que integraron la muestra, acerca de sus experiencias en la divulgación del estado serológico, de estigma y discriminación por su estado seropositivo, y acerca del autoestigma y la resiliencia: qué impacto ha tenido el VIH en cada una y cómo se siente la mujer encuestada consigo misma y con su estado serológico.

En relación con la divulgación del estado serológico a personas cercanas o del entorno (familiares, amistades, pareja, entre otros), el 22% de las mujeres contestó que esto había representado una experiencia negativa en su vida. Esto se dio, en mayor medida, en las mujeres cis (22%) y, en especial, entre las mujeres heterosexuales (24%); sobre estas mujeres recaen los prejuicios derivados de estereotipos y roles de género asociados con la maternidad y con la sexualidad al servicio de la capacidad reproductiva.

Otro dato que se evidencia en los resultados de la figura 65 es que un 35% de las mujeres migrantes consideraron como negativa su experiencia de divulgación a personas de su entorno. En ocasiones, elestigma del VIH contribuyó a fragilizar aún más los vínculos que las mujeres migrantes tenían con el entorno cercano de la localidad de destino.

Figura 65.

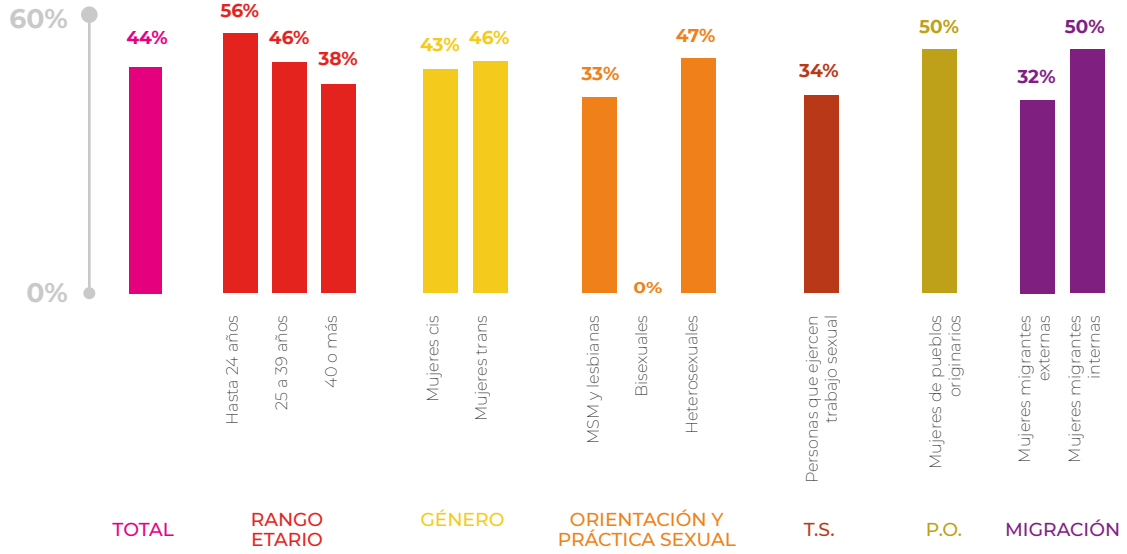
Proporción de mujeres que acordaron con la afirmación: "Divulgar su estado serológico a las personas cercanas a usted (pareja, familia, amigos, amigas) ha sido una experiencia negativa", según variables seleccionadas (n=328)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 66.

Proporción de mujeres que acordaron con la afirmación: "Divulgar su estado serológico a las personas no cercanas a usted ha sido una experiencia negativa", según variables seleccionadas (n=328)



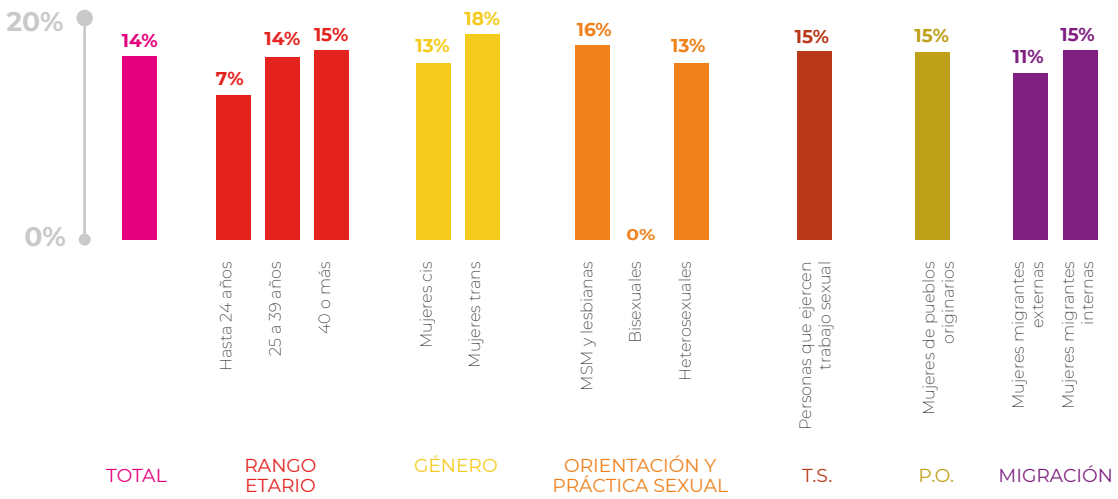
Fuente: IED Argentina, 2021

Sin embargo, al comparar la experiencia de divulgación a personas por fuera del entorno cercano, el 46% de las mujeres trans consideró esta experiencia como negativa, un porcentaje mayor que las mujeres cis (43%), según se aprecia en la figura 66. Esto evidencia procesos de estigmatización sobre este colectivo de mujeres, a raíz de su identidad de género por fuera del régimen binario sexo/genérico, de parte de la sociedad en general y de las instituciones por las que transitan. Asimismo, se destacaron con mayores porcentajes las mujeres jóvenes de hasta 24 años (con un 56%), lo cual denota un tratamiento estigmatizante por su diagnóstico positivo reforzado por su edad. En ellas el estigma del VIH se conjuga con estigmas derivados del adultocentrismo antes referido, tales como la inmadurez, la irresponsabilidad o las prácticas sexuales promiscuas, prejuicios que pesan sobre las mujeres jóvenes y las dejan en una situación de mayor vulnerabilidad.

Si bien las cantidades absolutas dentro de la muestra de mujeres pertenecientes a pueblos originarios son pocas, el 50% de ellas y el 50% de las mujeres migrantes internas encuestadas afirmaron haber tenido experiencias negativas en la divulgación de su estado serológico a personas no cercanas.

Figura 67.

Proporción de mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta: "¿Alguna vez ha sido excluida de reuniones o actividades sociales debido a su estado serológico?", según variables seleccionadas (n=328)

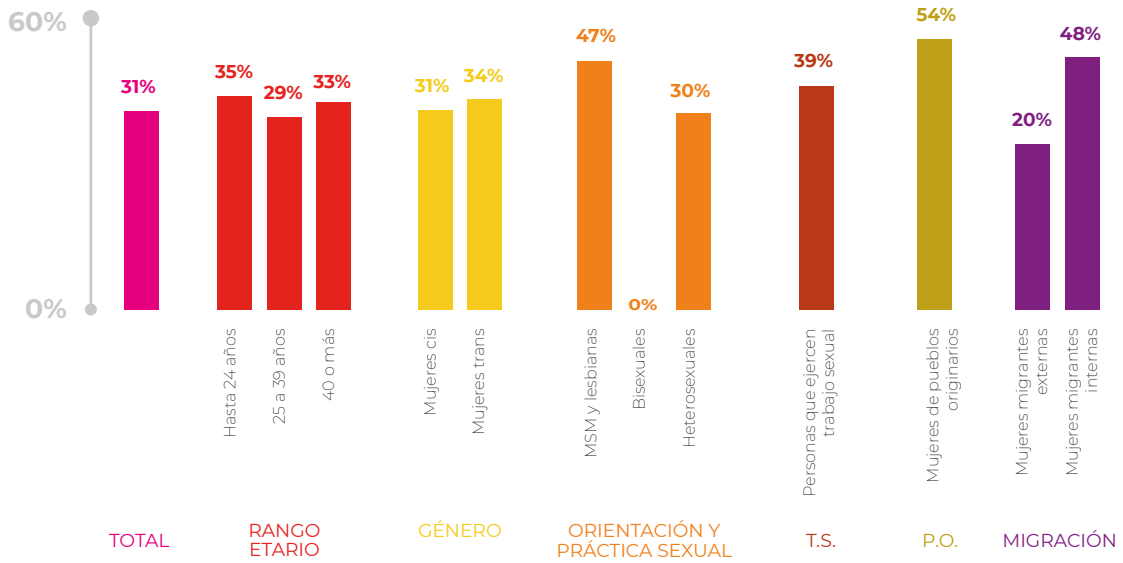


Fuente: IED Argentina, 2021

Como se ve en la figura 67, el 14% de las mujeres afirmaron haber sufrido discriminación y exclusión de reuniones o actividades sociales debido a su estado serológico; entre ellas, las mujeres trans presentaron las mayor porporción de respuestas afirmativas (18%), seguidas por las MSM y las mujeres lesbianas (16%). En estos casos, el estigma del VIH se yuxtapuso con el estigma de la identidad genérica, la orientación y las prácticas sexuales por fuera del paradigma heteronormativo y del régimen binario sexo/genérico, lo que dejó a estas más expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social.

Figura 68.

Proporción de mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta: "¿Alguna vez ha sido agredida verbalmente por su estado serológico?", según variables seleccionadas (n=328)

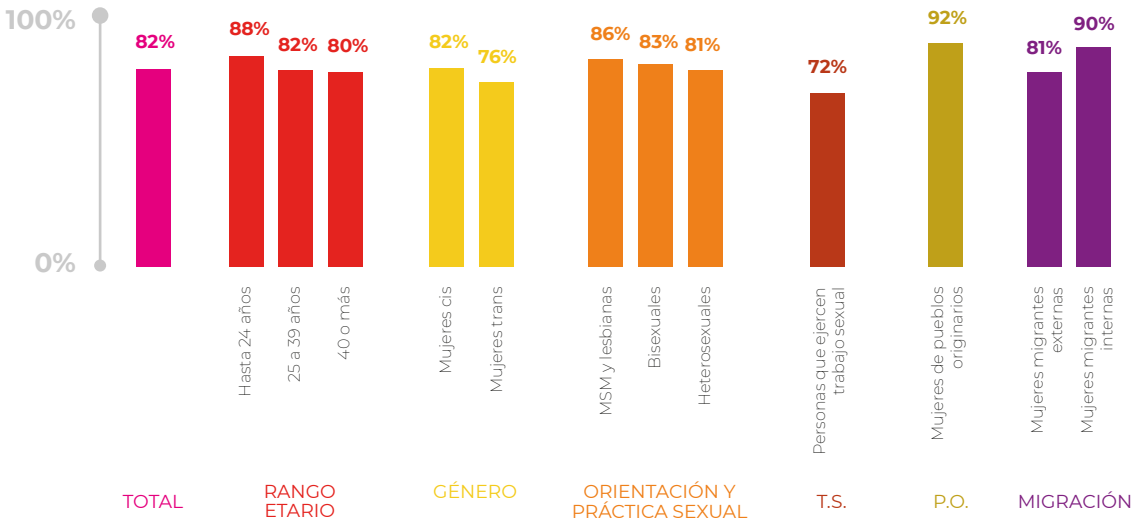


Fuente: IED Argentina, 2021

Se observa en la figura 68 que el 31% de las mujeres respondió haber sido agredida verbalmente por su estado serológico; estas violencias dirigidas hacia la diversidad de las mujeres se manifestaron en mayor porcentaje en las MSM y las mujeres lesbianas (47%), las mujeres migrantes internas (48%) y las mujeres pertenecientes a pueblos originarios (54%). Al tomar en cuenta la edad, las mujeres jóvenes presentaron un mayor porcentaje de agresiones verbales recibidas (35%) en relación con los otros grupos etarios.

Figura 69.

Proporción de mujeres que acordaron con la afirmación: "Es difícil contarle a la gente sobre mi infección del VIH", según variables seleccionadas (n=328)



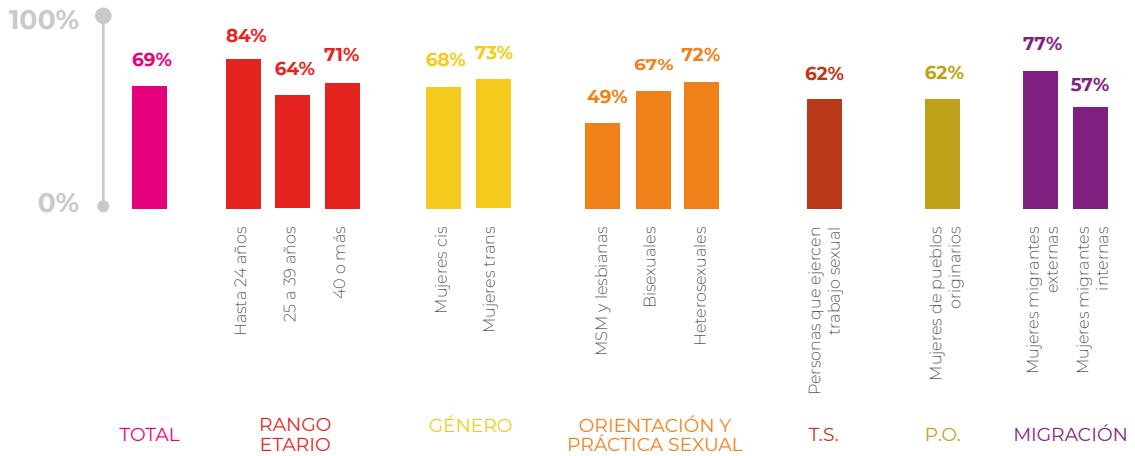
Fuente: IED Argentina, 2021

El 82% de las mujeres de la muestra manifestaron que les resultaba difícil contarle a la gente sobre su estado seropositivo. Sin embargo, según se puede observar en la figura 69, los porcentajes más altos se dieron entre las mujeres pertenecientes a pueblos originarios (92%) y las mujeres migrantes internas (90%). Otro dato significativo refiere a las mujeres jóvenes (88%), que se mostraron como el grupo etario que presentó mayores dificultades para hablar sobre su estado con otras personas en comparación con otros grupos etarios.

Como se desprende de la figura 70, las mujeres jóvenes fueron las que, además, presentaron mayores porcentajes de autoestigma, lo que las constituyó en el grupo etario que menos revelaba su estado serológico (84%); asimismo, como se observa en la figura 71, una proporción de estas (32%) refirió haber preferido no asistir a reuniones o actividades sociales.

Figura 70.

Proporción de mujeres que acordaron con la afirmación: "Escondo mi estado serológico a las demás personas", según variables seleccionadas (n=328)

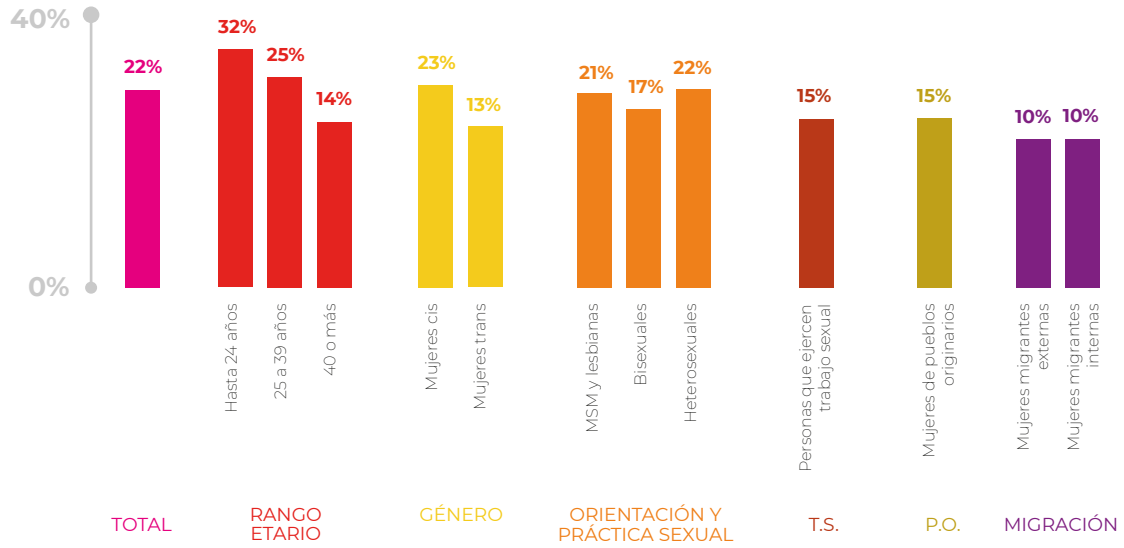


Fuente: IED Argentina, 2021

Por otro lado, como se aprecia en la figura 70, entre los distintos grupos y colectivos analizados, las mujeres migrantes externas mostraron una tendencia mayor a no revelar su estado serológico (77%). El autoestigma de las mujeres migrantes externas tiene como fundamento las múltiples discriminaciones que vivencian las personas extranjeras en diversos ámbitos de la sociedad argentina. Las mujeres trans también dijeron en una alta proporción que escondían su estado serológico frente a otras personas (73%) a los fines de evitar el estigma y de encontrarse expuestas a situaciones de discriminación, seguidas en respuestas afirmativas por las mujeres que ejercen trabajo sexual y las mujeres de pueblos originarios, ambos grupos con 62%.

Figura 71.

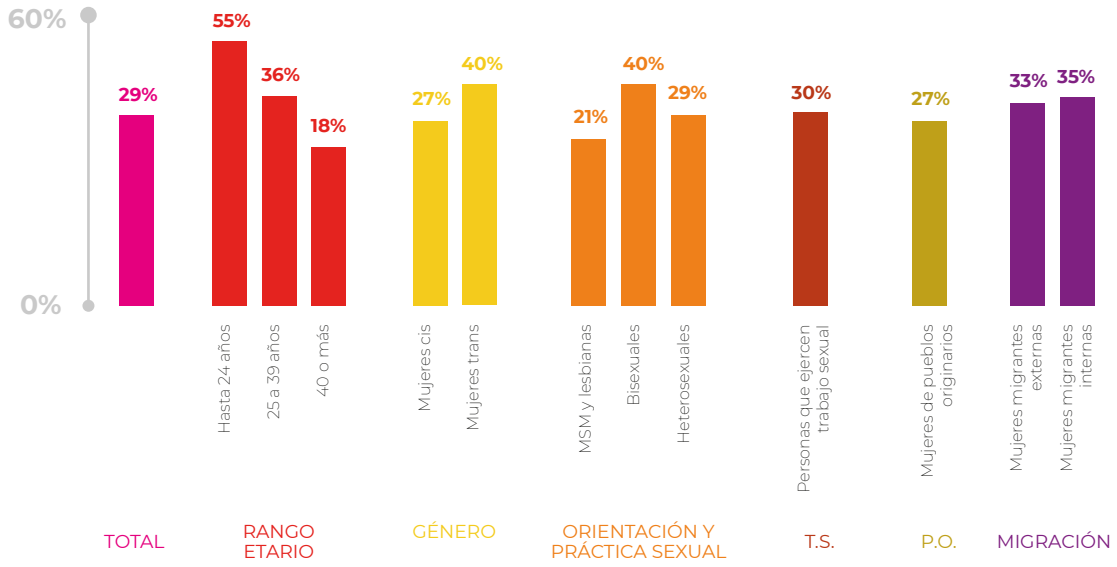
Proporción de mujeres que acordaron con la afirmación: "He decidido no asistir a reuniones sociales", según variables seleccionadas (n=328)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 72.

Proporción de mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta: "¿El temor de lo que dirían los demás (amistades, familiares, jefe o comunidad) si usted resultaba seropositivo le hizo dudar de hacerse la prueba del VIH?", según variables seleccionadas (n=328)



Fuente: IED Argentina, 2021

El estigma y el autoestigma se constituyen en importantes barreras simbólicas para la realización de pruebas de VIH y el acceso a los tratamientos. En efecto, según los resultados de la figura 72, el grupo etario que más dudó de realizarse el test por el temor a lo que dirían las otras personas en caso de tener un resultado positivo fue el de las mujeres jóvenes (55%), frente al 36% de las mujeres adultas y al 18% de las mujeres de más de 40 años. En este contexto, la mirada de los otros durante el proceso de constitución identitaria propio de la adolescencia y la juventud representa un gran peso para las mujeres. Entre la diversidad de grupos y colectivos de mujeres, el 40% de las mujeres trans afirmó haber retrasado la realización de la prueba de VIH por temor "al qué dirán" de las demás personas.

SALUD

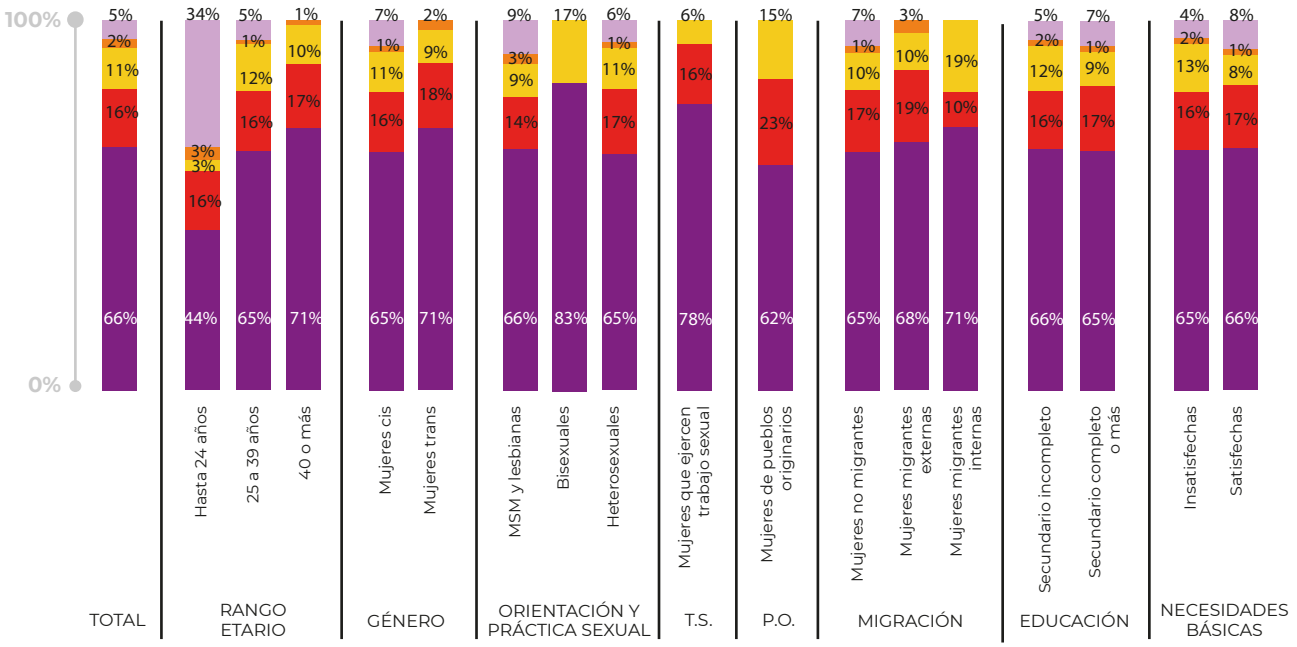
La realización de la prueba del VIH es un paso fundamental para el acceso al tratamiento y al cuidado de la salud en general. En Argentina, todas las personas diagnosticadas con VIH que habitan el suelo nacional tienen acceso universal al tratamiento antirretroviral y a otros servicios de atención en salud que mejoren su calidad de vida y bienestar. Por ello, el trato dispensado, el vínculo que las mujeres establezcan con el personal de salud y otras cuestiones relativas a la interacción con estos servicios son condiciones fundamentales para el acceso, el sostenimiento y continuidad de los tratamientos y cuidados de la salud en general.

En este apartado se analizan las respuestas de las mujeres encuestadas sobre las experiencias relativas a los servicios de atención médica, pruebas de VIH, tratamiento, estado general de salud, experiencias al recibir servicios médicos y de salud sexual y reproductiva, especialmente, en relación con vivencias de estigma, autoestigma y discriminación en las interacciones con los efectores de salud.

Como se puede observar en la figura 73, más de la mitad de las mujeres encuestadas se hicieron la prueba del VIH por decisión propia. Los colectivos que así lo refirieron en mayor proporción fueron las mujeres que ejercen trabajo sexual (78%) y las mujeres trans (71%). En el sentido inverso, un 16% de las mujeres de la muestra fueron presionadas por otras personas para para hacerse el test de VIH. Estos porcentajes fueron superiores entre las mujeres pertenecientes a pueblos originarios (23%), en las mujeres migrantes externas (19%) y las mujeres trans (18%).

Figura 73.

Proporción de respuestas de las mujeres encuestadas a la pregunta: "¿Fue decisión suya hacerse la prueba del VIH?", según variables seleccionadas (n=328)



- Sí, fue mi decisión
- Sí, pero fui presionada por otros
- No, me hicieron la prueba sin mi consentimiento y lo supe después de que me la habían hecho
- No, fui obligada a hacerme una prueba de VIH sin mi consentimiento
- No, yo nací con el VIH o lo adquirí en mi infancia y no sabía que me habían hecho la prueba

Fuente: IED Argentina, 2021

Asimismo, en la figura 73 también se aprecia que un 11% de las mujeres dijeron que se les practicó la prueba de VIH sin su consentimiento y lo supieron una vez que se les comunicó el resultado. Entre los grupos y colectivos de mujeres, presentaron mayores porcentajes de respuestas en este sentido las mujeres migrantes internas

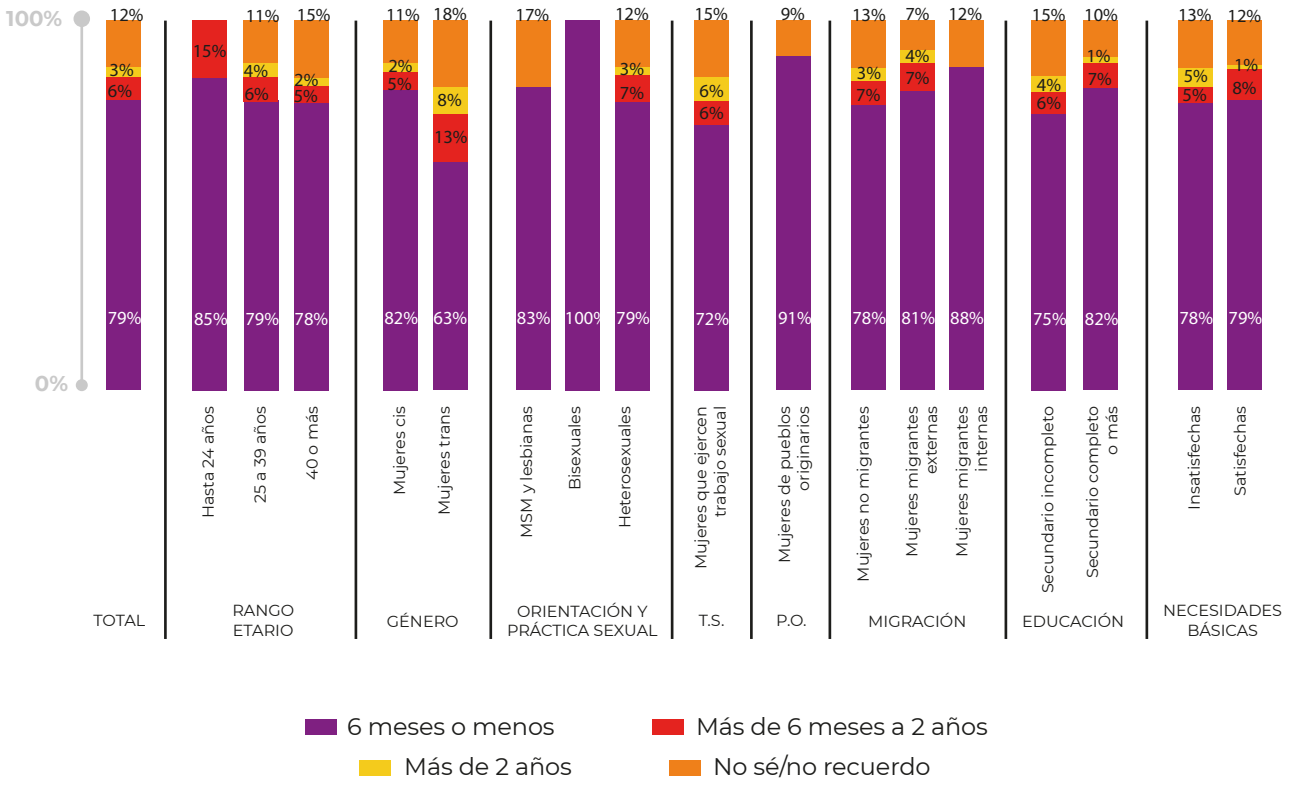
(19%), las mujeres bisexuales (17%) y las mujeres de pueblos originarios (15%). Esto evidencia que en el sistema de salud persisten prácticas violatorias de la normativa y los derechos, tales como el consentimiento informado para la realización del test de VIH y la confidencialidad del diagnóstico.

Estas prácticas violatorias de los derechos de las mujeres se agudizan aún más entre mujeres pobres o de posición socioeconómica baja. Entendiendo que la variable nivel de educación alcanzado suele ser un proxy del nivel socioeconómico de las personas, según los resultados presentados en la figura 73, un 13% de las mujeres pobres encuestadas afirmaron que les habían hecho la prueba de VIH sin su consentimiento, frente a un porcentaje menor de mujeres consideradas no pobres (8%).

Por otro lado, en relación con el tiempo transcurrido desde el momento en que pensaron en hacerse la prueba del VIH hasta que efectivamente la hicieron, un 79% de las mujeres afirmó haberla realizado dentro de los seis meses (figura 74). Se destaca un 15% de mujeres jóvenes que declararon haber tardado entre seis meses y dos años. En los grupos etarios de la adultez, el 11% de las mujeres de 25 a 39 años y el 15% de las mujeres de 40 años o más afirmaron haber tardado más de dos años en hacerse el test, un tiempo considerablemente largo que puede llegar a comprometer gravemente su salud.

Figura 74.

Proporción de respuestas de las mujeres encuestadas a la pregunta: "¿Cuál es el tiempo estimado que pasó desde el momento que pensó en hacerse la prueba del VIH por primera vez hasta que se hizo la prueba del VIH?", según variables seleccionadas (n=328)

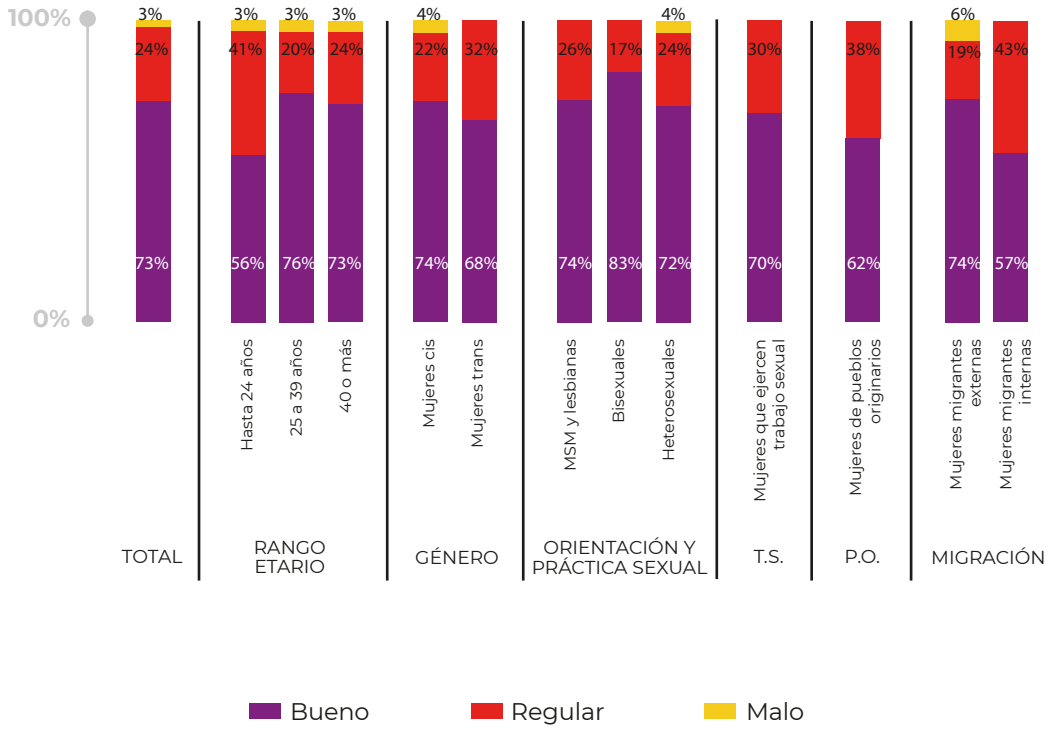


Fuente: IED Argentina, 2021

Por su parte, un 13% de las mujeres trans afirmaron haber tardado entre seis meses y dos años en realizarse la prueba del VIH, y un porcentaje más bajo (8%) refirió haber tardado más de dos años. Este porcentaje es semejante al de las mujeres que ejercen trabajo sexual (6%), que tardaron más de dos años en hacerse la prueba de VIH. Estas proporciones dan cuenta de los niveles de estigma, autoestigma y discriminaciones existentes hacia estos colectivos y de la situación de vulnerabilidad en que se encuentran a raíz de la interseccionalidad de estigmas. En el caso de las mujeres trans, queda además evidenciado en los resultados de las figuras 70, 72 y 73.

Figura 75.

Proporción de respuestas de las mujeres encuestadas a la pregunta por su condición general de salud, según variables seleccionadas (n=328)



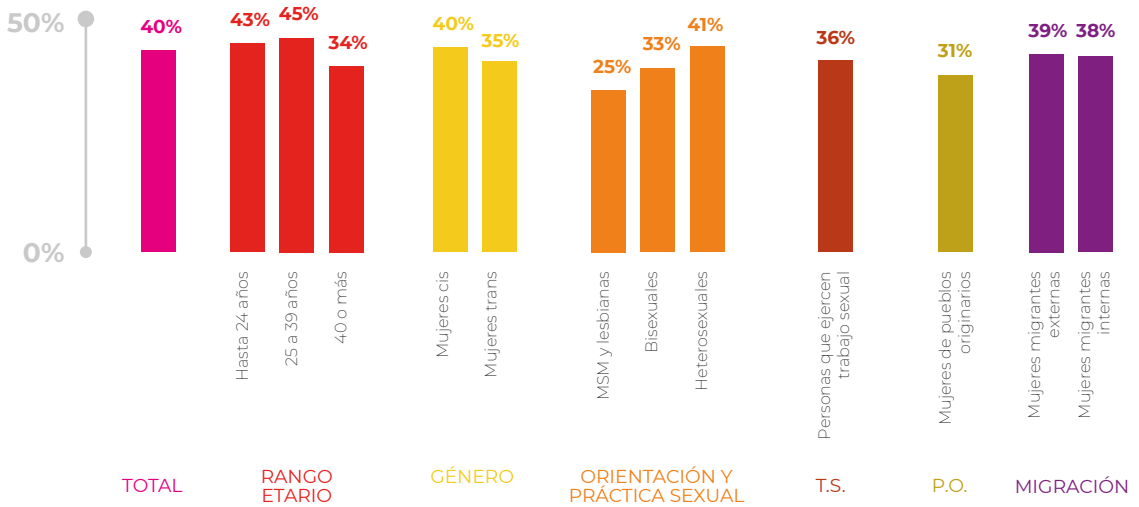
Fuente: IED Argentina, 2021

Tal como se observa en la figura 75, un 73% de las mujeres que componían la muestra afirmó que su situación de salud era buena; sin embargo, uno de los datos más significativos que se presentaron fue el elevado porcentaje de mujeres jóvenes (41%) que afirmaron tener un estado de salud regular e, incluso, un 3% declaró tener un estado de salud malo. Dentro de estas últimas, se destacaron las mujeres cis (4%), las mujeres heterosexuales (4%) y las migrantes externas (6%).

Esto se condice con los resultados presentados en la figura 76, que establece que los mayores porcentajes entre las mujeres que retrasaron la atención o el tratamiento para el VIH por temor a que su entorno (pareja, familia, amistades) conocieran su estado serológico fueron las mujeres cis (40%) y las mujeres heterosexuales (41%). Entre los grupos etarios, el retraso del tratamiento se dio en las mujeres de 25 a 39 años, lo que se considera como "plena etapa reproductiva".

Figura 76.

Proporción de mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta: "¿Dudó o retrasó la atención o el tratamiento para VIH porque le preocupaba que su pareja, familia o amistades supieran su estado serológico?", según variables seleccionadas (n=328)

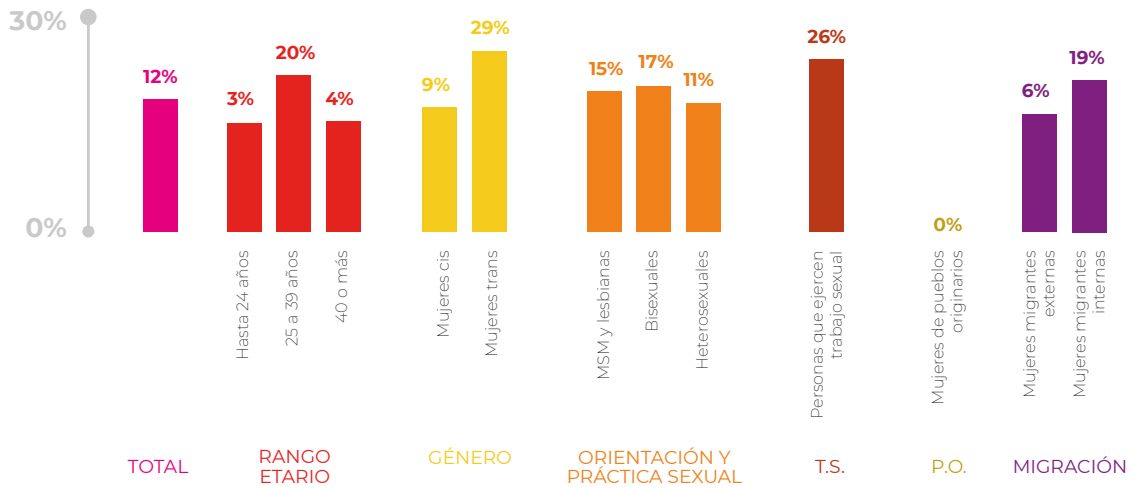


Fuente: IED Argentina, 2021

Otras variables que dan cuenta del estado de salud en general de las mujeres con VIH son el diagnóstico de alguna infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses y el padecimiento psicológico en el mismo período. Los resultados sobre este relevamiento se presentan a continuación. Según se registra en la figura 77, el 29% de las mujeres trans y el 26% de las mujeres que ejercen trabajo sexual afirmaron que se les diagnosticó alguna ITS en el último año. Esto da cuenta del nivel de exposición de estas poblaciones a contraer alguna ITS a raíz de su práctica laboral o sexual. Entre los grupos etarios, las mujeres de 25 a 39 años fueron las que presentaron porcentajes superiores de contagio de ITS (20%) en relación con las mujeres de otras edades.

Figura 77.

Proporción de mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta: "En los últimos 12 meses, ¿ha sido diagnosticada con alguna infección de transmisión sexual?", según variables seleccionadas (n=328)

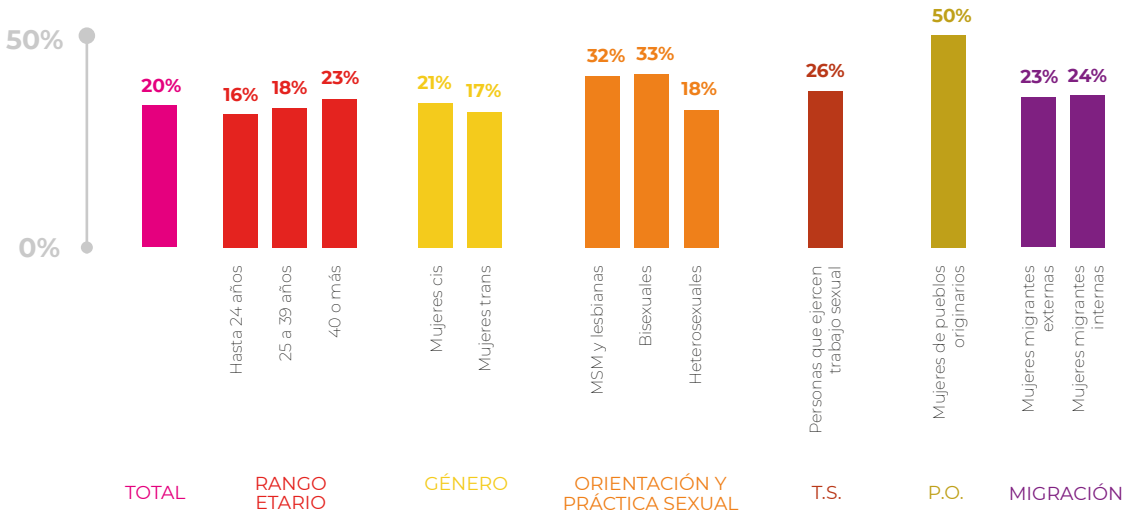


Fuente: IED Argentina, 2021

Los resultados presentados en la figura 78 muestran que el 50% de las mujeres encuestadas pertenecientes a pueblos originarios habían sufrido en el último año algún padecimiento psicológico (ansiedad, depresión, insomnio, estrés, etcétera) a raíz de su estado serológico.

Figura 78.

Proporción de mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta: "En los últimos 12 meses, ¿ha padecido algún problema psicológico (ansiedad, depresión, insomnio, estrés, etcétera)?", según variables seleccionadas (n=328)



Fuente: IED Argentina, 2021

DERECHOS HUMANOS

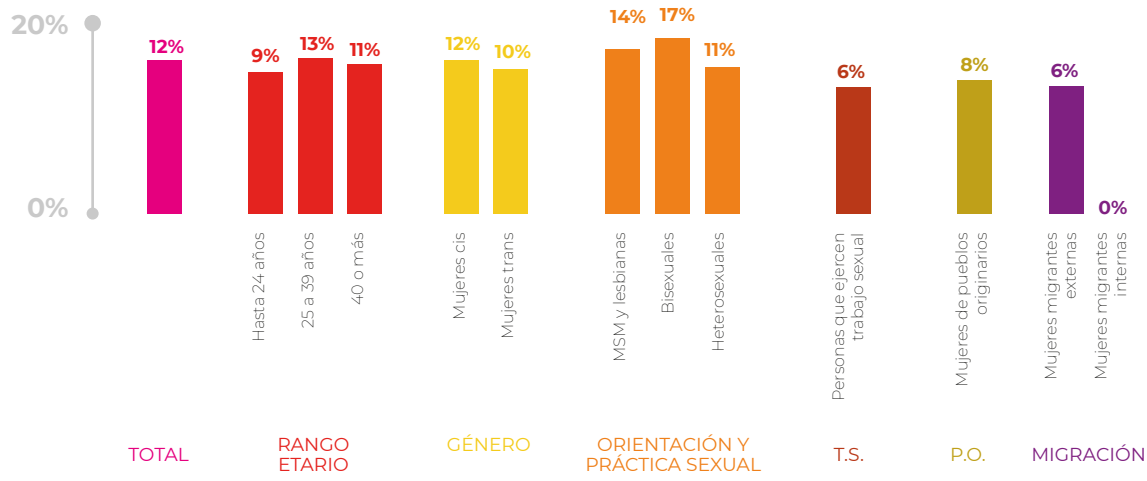
La legislación vigente, glosada en este informe (tratados internacionales y regionales, y la normativa nacional), no solo garantiza el acceso universal de las personas con VIH a los servicios de salud y al tratamiento, a programas y a otras respuestas al VIH y al sida de manera integral, sino también contempla otros derechos fundamentales para garantizar la calidad de vida, el bienestar y la dignidad de las personas con VIH, tales como la educación, el trabajo, la libertad, la igualdad, la confidencialidad, la privacidad y el consentimiento, entre otros.

Estas normas enmarcan las respuestas al VIH y al sida en un enfoque integral y de derechos humanos, y ofrecen protección a las personas con VIH frente al estigma y a la discriminación a las que están expuestas. En el caso de las mujeres, las normativas de protección integral también constituyen un resguardo frente a los tipos de violencia por razones de género, y las modalidades y ámbitos en que se manifiestan. El incumplimiento de estas preceptivas y de los derechos que enuncian, así como las prácticas profesionales e institucionales que no respetan estos principios fundamentales, constituyen una violación a la ley y a los derechos humanos de las personas con VIH, y en particular a los derechos de las mujeres, lo que afecta gravemente su situación.

En este apartado se presentan los resultados del estudio IED 2.0 acerca de las vivencias de las mujeres encuestadas en torno a violaciones de derechos humanos relacionadas con su estado serológico, a las violencias experimentadas tanto en el sistema de salud como en otros ámbitos —laboral, educativo, entre otros— y al trato recibido de la sociedad en general. Paralelamente, busca conocer la capacidad de agencia de las mujeres para hacer valer los derechos reconocidos.

Figura 79.

Proporción de mujeres que afirmaron que habían sido obligadas a revelar su estado serológico o este había sido divulgado sin su consentimiento, según variables seleccionadas (n=328)



Fuente: IED Argentina, 2021

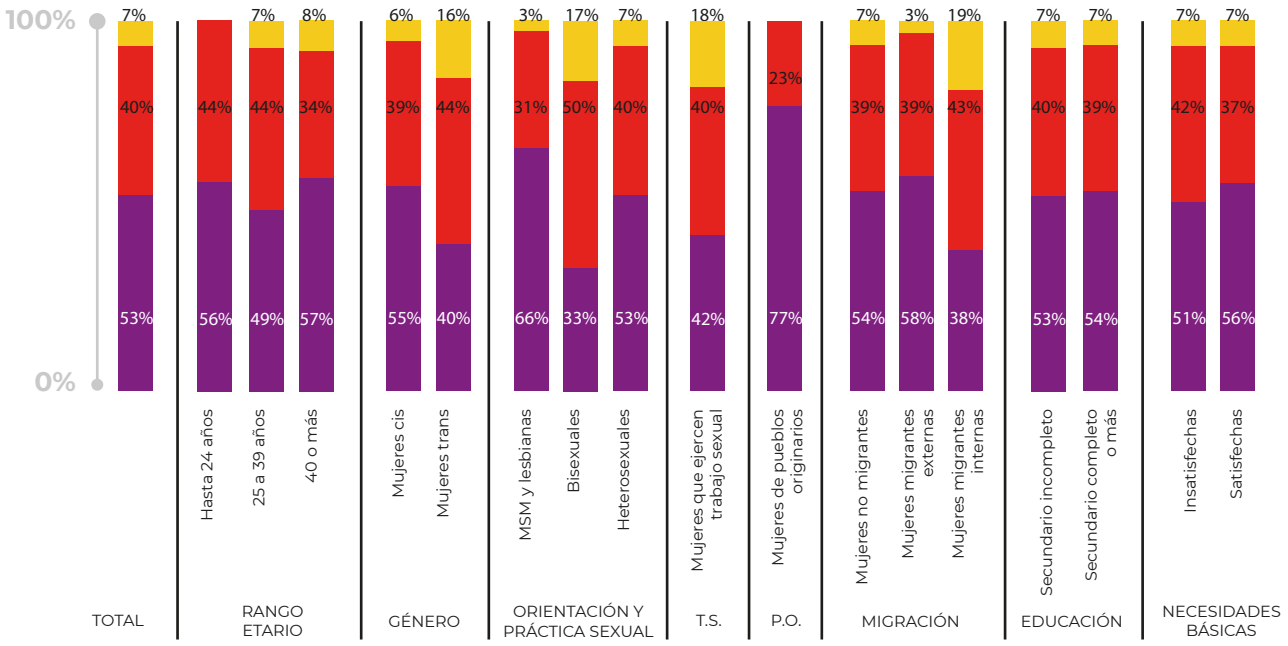
Tal como se evidencia en la figura 79, el 12% de las mujeres encuestadas respondieron que habían sido obligadas a divulgar su estado serológico o que este había sido revelado públicamente sin su consentimiento, lo que constituye una violación al principio de confidencialidad y privacidad de las mujeres, y atenta contra el derecho a una vida libre de violencias.

En efecto, a partir de los resultados de las encuestas, en la figura 80 se puede observar que un porcentaje de la muestra de mujeres (40%) eligió la variable no sabe si sus registros médicos son confidenciales y, aunque fue menor, un porcentaje de entre ellas respondió no estar segura de que sus registros médicos (respecto de su estado serológico) fueran confidenciales (7%), lo que implica que su estado serológico fue divulgado a otras personas o públicamente sin su consentimiento. Esto viola la normativa nacional sobre la confidencialidad en su diagnóstico. Los grupos de mujeres en los que esto se dio en mayor porcentaje fueron las mujeres que ejercen trabajo sexual (18% afirmó que sus registros médicos no habían sido mantenidos en confidencialidad, mientras que el 40% tenía dudas) y, en el caso de las mujeres trans, el 44% tenía la duda y el 16% tenía

la certeza de que sus registros médicos no eran confidenciales. Otro grupo de mujeres que afirmó que sus registros médicos no eran confidenciales fueron las mujeres migrantes internas (19%), mientras que el 43% de ellas dudaba sobre su confidencialidad. Teniendo en cuenta que los vínculos de confianza con el personal de salud —profesionales de la medicina o no— son fundamentales para el acceso y la adherencia a los tratamientos para el VIH, la duda de la no confidencialidad de sus registros médicos se constituye en una importante barrera para las mujeres con VIH, para su salud y su bienestar general.

Figura 80.

Proporción de respuestas de las mujeres encuestadas a la pregunta: "¿Cree usted que su historial médico relacionado con su estado serológico es mantenido de forma confidencial?", según variables seleccionadas (n=328)



- Estoy segura de que mis registros médicos son confidenciales y no serán divulgados sin mi consentimiento escrito
- No sé si mis registros médicos son confidenciales
- Estoy segura de que mis registros médicos no son confidenciales

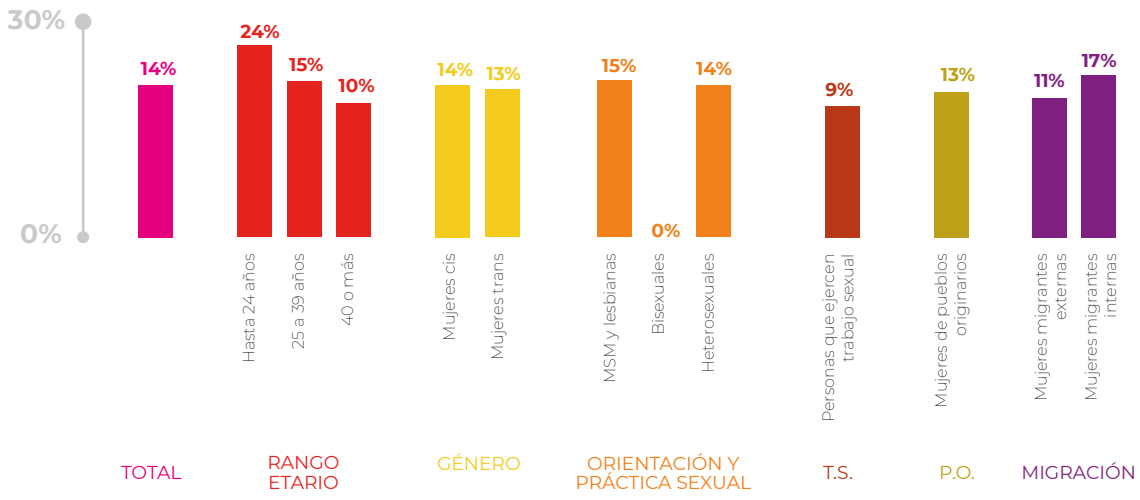
Fuente: IED Argentina, 2021

A pesar de la existencia de marcos normativos que prohíben las prácticas discriminatorias, en algunos efectores de salud en la Argentina las mujeres con VIH son víctimas de situaciones discriminatorias y estigmatizantes. Prácticas tales como tomar precauciones adicionales o usar servicios y espacios diferenciados (salas de espera, filas y horarios especiales) para mujeres con VIH —lo que las visibiliza frente a otras personas usuarias de los efectores de salud— se constituyen en barreras para el acceso a la atención del VIH y de la salud en general, y atentan gravemente contra sus derechos.

En relación con ello y conforme se presentan los resultados en la figura 81, el 14% de las mujeres respondió haber sufrido situaciones de discriminación en efectores de salud; nuevamente, aquí aparecieron las mujeres jóvenes como grupo con el mayor porcentaje (24%) de exposición a situaciones discriminativas por su estado serológico.

Figura 81.

Proporción de mujeres que manifestaron que el personal de salud había evitado el contacto físico con ellas o habían tomado precauciones adicionales (como usar doble guante) debido a su estado serológico, según variables seleccionadas (n=328)



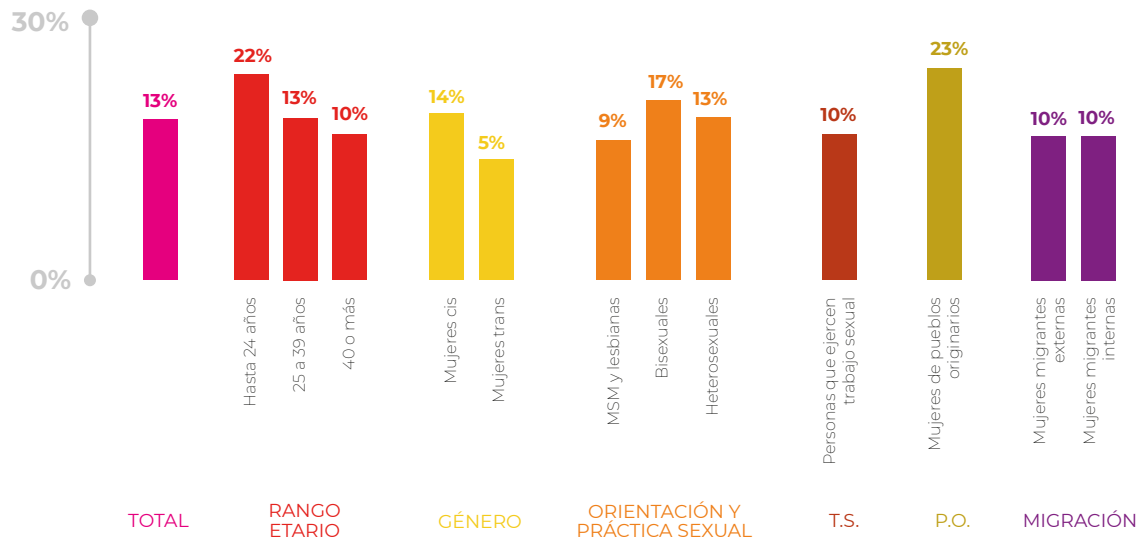
Fuente: IED Argentina, 2021

Como se puede observar en la figura 82, el 13% de las mujeres encuestadas afirmó que en algunos servicios de salud le habían aconsejado no gestar. Teniendo en cuenta los avances en materia de prevención de transmisión materno infantil del VIH durante el embarazo, el parto y el posparto, esta práctica resulta claramente discriminatoria cuando está ligada al estigma del VIH y constituye, por parte del personal de salud, una violencia contra las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos, enunciados en la Ley Nacional N.o 26485 de Protección Integral hacia las Mujeres y de los tratados internacionales.

Desde una mirada de la diversidad de mujeres, aquellas de pueblos originarios fueron quienes, en un mayor porcentaje, declararon haber sufrido este tipo de violencias (23%), lo que muestra que el estigma del VIH se redobla con el racismo subyacente en estas prácticas. Asimismo, al tomar en cuenta el rango etario, las mujeres jóvenes presentaron el mayor porcentaje (22%) de respuestas positivas como destinatarias de estas violencias y violaciones a sus derechos humanos, en comparación con las mujeres adultas y adultas mayores.

Figura 82.

Proporción de mujeres a quienes les aconsejaron no tener hijos en servicios de salud, según variables seleccionadas (n=328)



Fuente: IED Argentina, 2021

Los derechos a una vida libre de violencias y a decidir autónomamente sobre el propio cuerpo están reconocidos y enunciados en la normativa vigente antes mencionada. Por tanto, el Estado se constituye en el garante de estos derechos y de la puesta en marcha de servicios de consejería sobre salud sexual y reproductiva, para que las mujeres conozcan el abanico de posibilidades y recursos de que disponen y puedan tomar decisiones informadas, tales como seleccionar libremente métodos anticonceptivos, consentir tratamientos y/o prácticas médicas sobre sus cuerpos, así como también para la elección de gestar o no y del ejercicio de las maternidades.

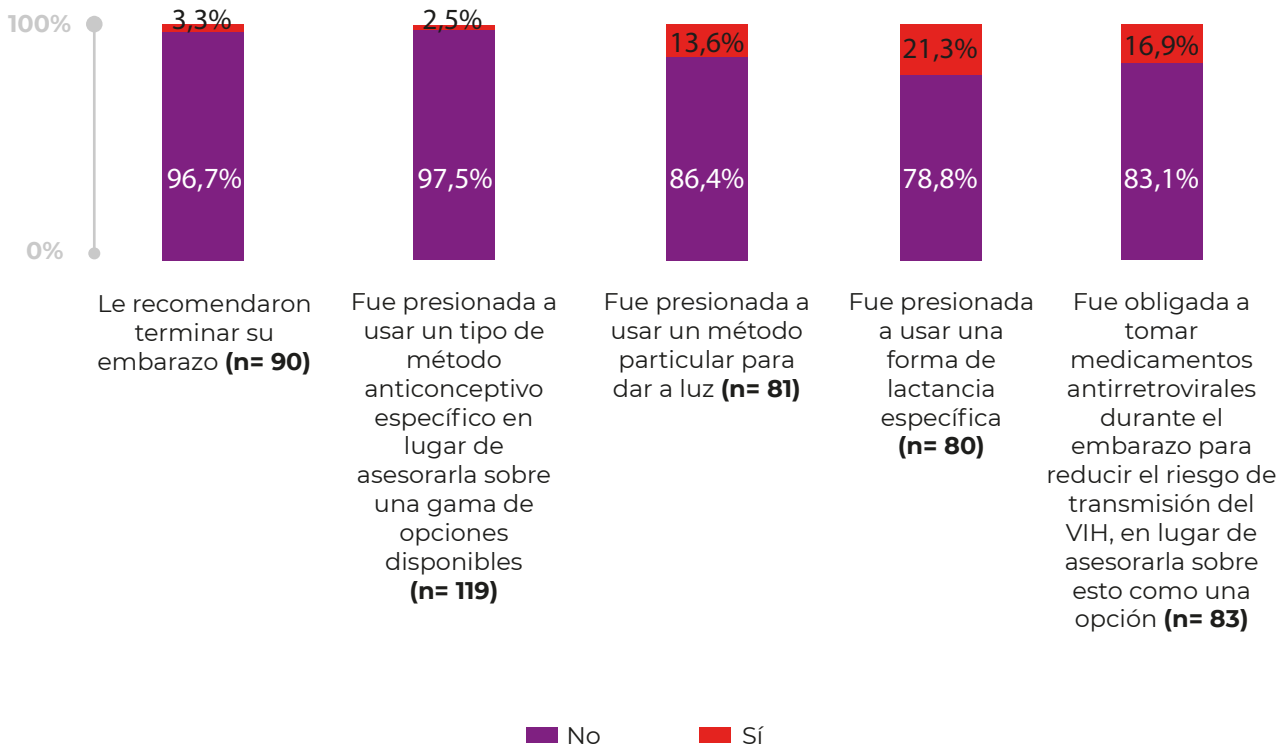
En efecto, como evidencia la figura 83, aún en la actualidad se llevan adelante prácticas violentas y violatorias de las normativas vigentes y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los efectores de salud. Un 3,3% de las mujeres y de las personas gestantes que respondieron esta sección de la encuesta (90) declararon que se les había recomendado interrumpir su embarazo por su estado serológico; un porcentaje (2,5%) de las mujeres y de las personas gestantes que respondieron esta sección (119) declaró que habían sido presionadas a usar un tipo de método anticonceptivo específico, en lugar de recibir asesoramiento sobre la gama de opciones disponibles. El 16,9% de las mujeres y de las personas gestantes que respondieron a la presente sección (83) afirmaron que habían sido obligadas a tomar medicamentos antirretrovirales durante el embarazo para reducir el riesgo de transmisión del VIH, en lugar de recibir asesoramiento sobre esto como una opción. Asimismo, un 13,6% de las mujeres y de las personas gestantes que contestaron la sección (81) afirmaron haber sido presionadas a utilizar un método particular para dar a luz, y el 21,3% de quienes respondieron (80) declararon haber sido presionadas para utilizar una forma de lactancia específica.

En relación con esto último, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (44), cada organismo o autoridad nacional o provincial debe establecer los lineamientos en torno a la alimentación infantil por parte de las mujeres con VIH que los servicios de salud deberán aconsejar, contemplando las diversas opciones (lactancia exclusiva por el menor tiempo posible, leche artificial comercial o de animal modificada, leche materna tratada en el hogar, entre otras), y que estas sean posibles, asequibles, disponibles y sostenibles para cada mujer en función de un conjunto de factores para evaluar en cada caso particular, además de sopesar el riesgo de transmisión por lactancia y los beneficios nutricionales de esta. En todos los casos, las mujeres deben recibir información y asesoría sobre las opciones, y la

decisión tomada por la mujer deberá ser siempre respetada y acompañada. Aun así, el hecho de no contar en Argentina con las tecnologías y los estudios necesarios para recomendar la lactancia sin riesgos de transmisión a mujeres con VIH que tengan carga viral indetectable, constituye una desigualdad para las mujeres en la aplicación de la recomendación de la OMS de 2016 de "Indetectable = Intransmisible" (que en la actualidad solo se difunde como modo de prevención de la transmisión sexual).

Figura 83.

Proporción de respuestas afirmativas a la siguiente pregunta: "En los últimos 12 meses, ¿alguien del equipo de salud ha tomado algunas de las siguientes acciones únicamente debido a su estado serológico?", en mujeres y personas gestantes que respondieron a la encuesta (n=328)

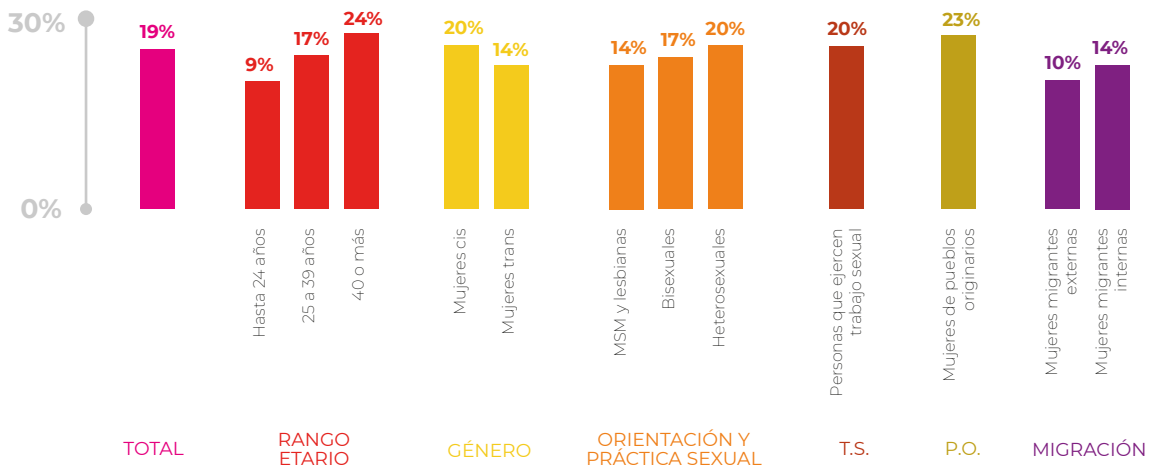


Fuente: IED Argentina, 2021

Si bien existen normativas específicas que prohíben las prácticas discriminatorias, tales como verse obligada divulgar su estado serológico o realizarse la prueba del VIH para ingresar u obtener una promoción en un trabajo, o bien, adquirir un plan, programa social o pensión (Resolución N.o 270/15, del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación), el 19% de las mujeres encuestadas afirmó haber sido obligada a realizarse la prueba del VIH. Entre ellas, las mujeres de más de 40 años presentaron un mayor porcentaje (24%) frente a otros grupos etarios, como se puede observar en la figura 84.

Figura 84.

Proporción de mujeres que respondieron afirmativamente la pregunta: "¿Ha sufrido abusos tales como ser obligada a hacerse la prueba del VIH o a divulgar su estado serológico para aplicar a un trabajo o adquirir un plan de pensión?", según variables seleccionadas (n=328)

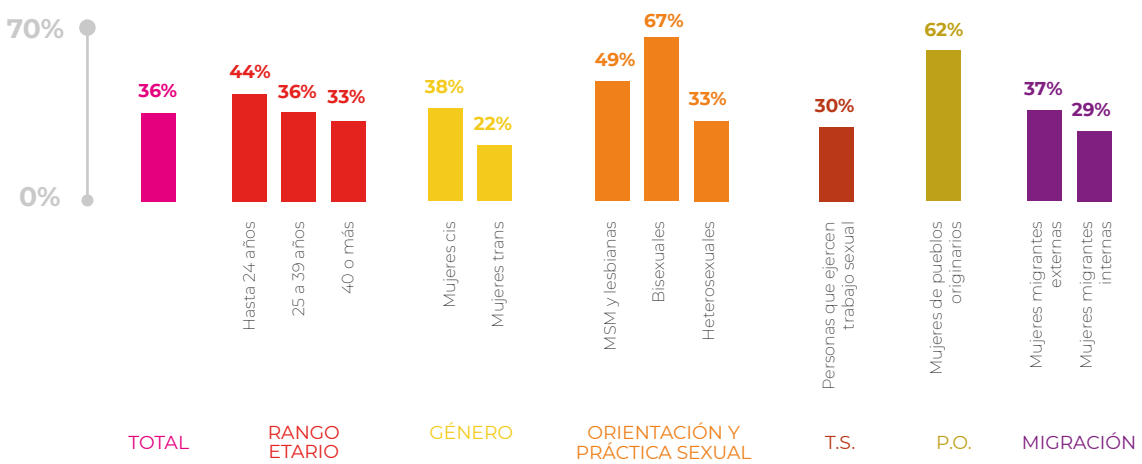


Fuente: IED Argentina, 2021

Aun en los contextos descriptos, según se evidencia en la figura 85, un 36% de las mujeres de la muestra afirmó encontrarse empoderada y contar con capacidad de agencia frente a una situación de discriminación y estigmatización por VIH, que le permitía explicarles a las personas el significado e impacto de su acción o práctica discriminatoria. Las mujeres jóvenes presentaron mayores porcentajes de agencia (44%) en relación con los otros grupos etarios, a pesar de la vivencia de autoestigma y discriminación que atraviesan estas mujeres y que fueron detallados anteriormente (figuras 66, 68-72, 81 y 82). Entre los colectivos o grupos de mujeres con mayores porcentajes de agencia frente a una situación de discriminación y estigma, se destacaron las mujeres bisexuales (67%), las mujeres que tiene sexo con mujeres y las mujeres lesbianas (49%), y las mujeres de pueblos originarios (62%).

Figura 85.

Proporción de mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta: "¿Le ha explicado a una persona que la estaba discriminando qué significa el VIH/qué significa el estigma?", según variables seleccionadas (n=328)

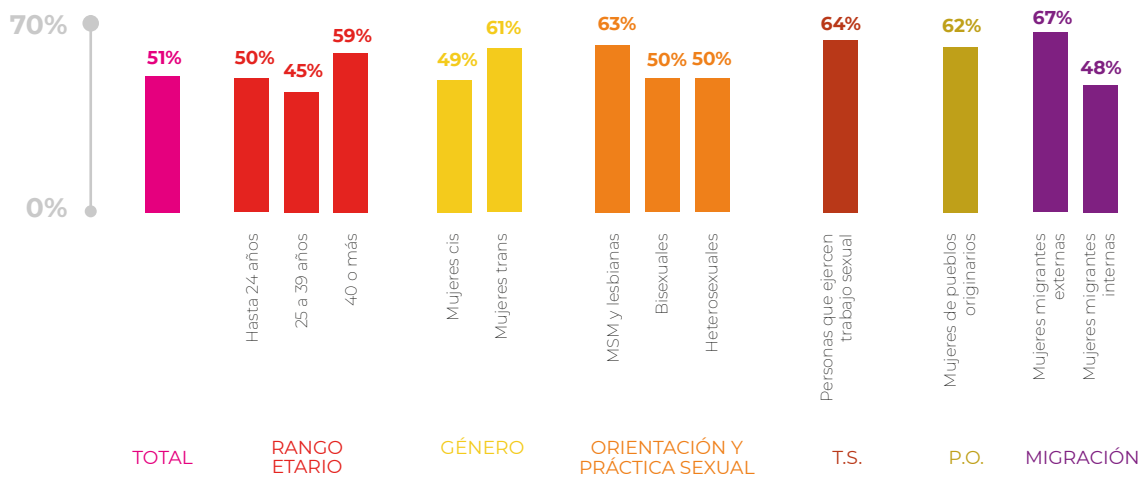


Fuente: IED Argentina, 2021

A partir de los resultados presentados en la figura 86, se podría afirmar que fueron los grupos o colectivos de mujeres más estigmatizados y discriminados de la sociedad, en general, aquellos que afirmaron en mayor medida haber brindado apoyo emocional, económico u otro tipo de ayuda a otras personas con VIH: las mujeres migrantes externas (67%), las mujeres que ejercen trabajo sexual (64%), las mujeres de pueblos originarios (62%), las MSM y las mujeres lesbianas (63%), y las mujeres trans (61%).

Figura 86.

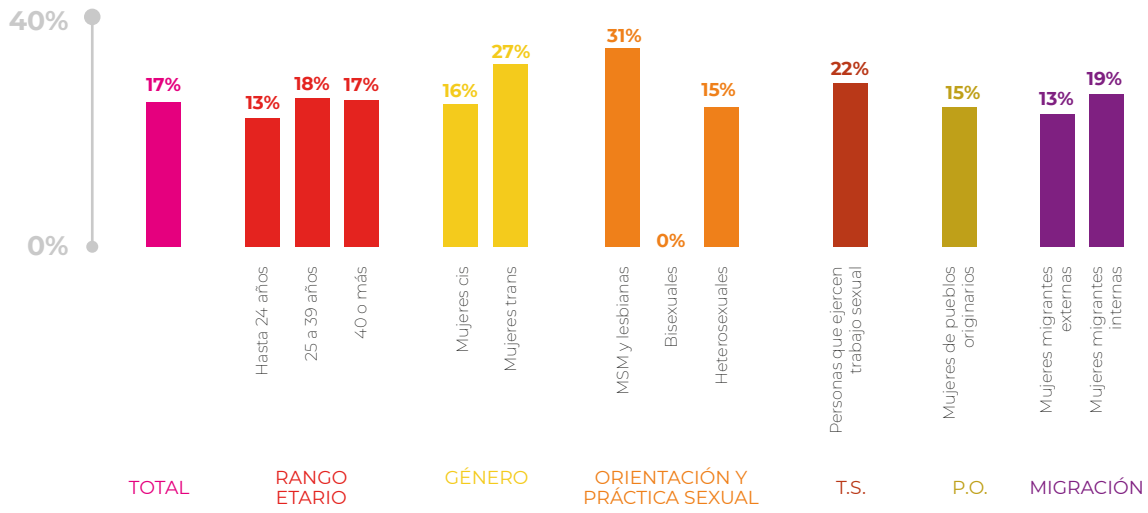
Proporción de mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta: "¿Le ha brindado apoyo emocional, económico o de otro tipo para ayudar a alguien con VIH a enfrentar el estigma o la discriminación?", según variables seleccionadas (n=328)



Fuente: IED Argentina, 2021

Figura 87.

Proporción de mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta: "¿Ha participado en una organización o campaña educativa destinada a enfrentar el estigma y la discriminación contra las personas con VIH?", según variables seleccionadas (n=328)



Fuente: IED Argentina, 2021

La participación de las mujeres con VIH en organizaciones sociales, redes o campañas de sensibilización sobre VIH da cuenta de su empoderamiento y de su capacidad de agencia y movilización, así como también del avance de la agenda del mayor involucramiento de personas afectadas (MIPA) con VIH, en este caso, de mujeres, en las campañas y respuestas al VIH. Según los resultados presentados en la figura 87, las MSM y las mujeres lesbianas (31%), y las mujeres trans (32%) presentaron mayores porcentajes de participación. Por último, al igual que en la figura 90, se evidenció una mayor participación, organización y movilización de los grupos etarios de la adultez —de 25 a 39 años y de 40 años o más (18% y 17% entre ellas, respectivamente) — con mayor trayectoria por su edad, y en ocasiones, menor temor a la exposición social, al estigma y la discriminación que el sector etario que las mujeres jóvenes (13%).

CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones incluyen los resultados más importantes del estudio IED 2.0 en general e intentan rescatar las situaciones en las que más se observó la presencia de estigma, tanto en la muestra total del estudio como en las poblaciones clave destacadas.

La primera conclusión general del IED 2.0 es que el estigma y la discriminación por el estado serológico positivo siguen siendo un hecho considerable en Argentina. De manera general, en mayor o menor medida, todas las categorías estudiadas dieron cuenta de alguna señal de estigma aún presente. Este dato se sitúa en un contexto en el que todavía las personas con VIH padecen la mirada social negativa y discriminatoria por su situación serológica.

Otra conclusión general es que las personas que forman parte de las poblaciones clave continúan siendo las más estigmatizadas y, sobre todo, que el estigma se potencia por la doble situación de ser tener VIH e integrar dichas poblaciones. Sin embargo, el estudio ha demostrado que muchas veces el estigma por ser miembro de estas poblaciones clave es mayor que el de tener un diagnóstico seropositivo, algo que no disminuye la gravedad de que ambos tengan efectos en el padecimiento social de estas personas. También se destaca que sería propicio realizar un estudio particularizado del triple y de los múltiples estigmas, cruzando las distintas particularidades de las poblaciones clave. Esto queda como propuesta para futuros informes.

La sección de “Comunidad”, puntualmente en lo que refiere a la vinculación con terceros (divulgación del diagnóstico), es donde se observan mayores indicios de estigma y discriminación social y, como consecuencia de ello, de autoestigma y de autoestigma internalizado. Una primera conclusión se plantea al momento de la divulgación del estado serológico positivo, tanto a personas cercanas como a no cercanas. La divulgación a personas no cercanas fue el indicador más destacado, ya que el 39% de la muestra dijo haber tenido una experiencia negativa al momento de dar a conocer su diagnóstico. A su vez, las mujeres trans fueron las más afectadas por ello (50%), a raíz de la intersección de estigmas antes mencionada, el relativo al VIH y el vinculado con su identidad de género por fuera del régimen binario sexo/genérico. Por su parte, se encontró estigma asociado con la divulgación a personas cercanas (familiares y amistades), con un 16% de la muestra que dijo haber tenido una experiencia negativa al momento de la divulgación del estado serológico positivo en ese entorno. Principalmente, fueron las mujeres cis y las personas heterosexuales en general (22% de respuestas afirmativas en ambos casos) quienes declararon padecerlo en mayor medida, con un mayor porcentaje en las regiones del NEA y el NOA.

Otra conclusión para destacar, respecto de la divulgación social del estado serológico positivo, es la dificultad general de las personas encuestadas para dar cuenta de su diagnóstico. En este punto, el 78% de la muestra manifestó que le era difícil hacer público su estado serológico. Nuevamente las mujeres, en este caso las MSM con un 86% de respuestas afirmativas, fueron quienes dieron mayor cuenta de ello. Se puede observar que también en ellas se entrecruzan y refuerzan estigmas del VIH y derivados de prejuicios aún instalados en la sociedad a raíz de una orientación o práctica sexual por fuera del patrón heteronormativo. Sin dudas, el autoestigma presentó un porcentaje elevado en el total de la muestra, lo que generó situaciones de padecimiento al momento de hacer público el diagnóstico positivo. Como consecuencia de ello, y en la misma línea de divulgación, un 66% de la muestra encuestada dijo que evitaba revelar su estado serológico positivo, nuevamente con altos porcentajes, sobre todo, entre las mujeres trans, con un 76% de respuestas afirmativas.

Otra conclusión es el retraso en el inicio del tratamiento (TARV) como consecuencia del estigma. Un 72% de las personas encuestadas dijo haber retrasado su inicio por miedo a que las personas cercanas a ellas se enteraran de su diagnóstico positivo. En este caso, el estigma actúa como barrera en el cuidado de la propia salud y genera situaciones de riesgo. Las MSM fueron la población más afectada en esta variable, con un 76% de respuestas afirmativas, lo que puso nuevamente a las mujeres como colectivo mayormente afectado por situaciones de autoestigma. Del mismo modo, este autoestigma hizo que un 42% de las personas encuestadas dudara de realizase la prueba de VIH, por miedo a lo que podrían decir los demás sobre un resultado positivo.

En la sección “Salud”, por otro lado, también se detallan conclusiones particulares que se deben resaltar. Las personas con VIH tienden a no comunicar su diagnóstico en las consultas médicas en general. El 44% de las personas encuestadas dijo que no daba cuenta de su estado serológico al atender su salud por temas no relacionados con VIH. Esta variable muestra el nivel de autoestigma en las personas con VIH, aun al momento de relacionarse con personal del sistema de salud. En este punto, es importante destacar que un 11% de las personas encuestadas declaró que aún existían situaciones en las que el personal de salud evitaba tener contacto con ellas debido a su estado serológico.

Otra conclusión importante en esta sección es que, según el estudio, en la región NEA persiste una tendencia a la realización de la prueba de VIH sin el consentimiento de las personas en general, con un 28% de casos encuestados.

En lo que refiere a los derechos humanos, existen algunas conclusiones específicas que es importantes destacar. La primera de ellas es que el inicio de una relación laboral sigue siendo una instancia de estigma para las personas con VIH. El mayor porcentaje de respuestas en este sentido se relevó sobre la realización de la prueba de VIH sin consentimiento, con un 16% de afirmaciones (especialmente entre las mujeres cis, donde la proporción ascendió al 21%), colectivo en el que se repitió la situación de verse obligadas a revelar su estado serológico o que este se develara sin su consentimiento. Estos datos dan cuenta de la vigencia de grandes desigualdades de género en el mercado laboral. A pesar de que las mujeres cis se incorporaron masivamente al mercado de trabajo en las últimas décadas, no lo hicieron en las mismas condiciones ni con el mismo nivel de participación que los varones cis. Las brechas de género se incrementan aún más para las mujeres cis con VIH a raíz del estigma y de la discriminación, mientras que las mujeres trans continúan aún invisibilizadas y fuertemente discriminadas en el mercado de trabajo. Las mujeres —en este caso, las MSM— respondieron en altas proporciones que se vieron obligadas a revelar su diagnóstico o que ello ocurriera sin su consentimiento (17% de respuestas afirmativas, que casi duplicaron el indicador de la muestra total, que es de 9%). Esta cuestión se dio a raíz de los roles y estereotipos de género en el mercado de trabajo, que continúa segregando a las mujeres en general y, en particular, a las mujeres que manifiestan su orientación o práctica sexual fuera del patrón heteronormativo. Los prejuicios aún existentes en la sociedad refuerzan el estigma por VIH en mujeres con orientaciones sexuales diversas o que tienen sexo con otras mujeres. Si bien el mercado de trabajo evidencia lentos avances a nivel cultural en relación con la diversidad sexual y de género, continúan existiendo barreras basadas en esos prejuicios.

Otra conclusión refiere al desconocimiento de las personas con VIH sobre las leyes que las asisten y garantizan sus derechos, relevado en altos porcentajes de la muestra. Un 35% de las personas encuestadas declaró no conocer las leyes que refieren al VIH o directamente consideraban que no existían.

Por último, y en términos generales, en los resultados del presente estudio se puede observar que fueron las mujeres, en toda su diversidad (pertenencia a grupos, colectivos, identidades de género, orientaciones y prácticas sexuales), quienes en cada una de las situaciones enumeradas estuvieron mayormente atravesadas por el estigma, la discriminación social y el consecuente autoestigma.

Este dato no casual determinó la elaboración de una sección especial para analizar su situación en particular, considerando que como población clave, atravesada por la diversidad y multiplicidad de factores sociales más allá del VIH, está expuesta a ciertos padecimientos adicionales y que estos ocasionan doble y triple estigma por la condición de ser mujer.

CONCLUSIONES
SECCIÓN MUJERES

Uno de los hallazgos más significativos de la sección “Mujeres” del estudio IED 2021 es el nivel de estigma y autoestigma que presentan las jóvenes con VIH en relación con los rangos etarios de la adultez (25 a 39 años y 40 en adelante). A pesar de un contexto nacional de mayor apertura democrática, de mayores niveles de información y conocimiento acerca del VIH y el sida, de la existencia de políticas que dan respuesta, de normativas con enfoque de derechos humanos, así como también, de redes y organizaciones para acompañar y contener a las personas con VIH, las mujeres más jóvenes (hasta 24 años) presentaron un porcentaje mayor de dificultades para hablar sobre su estado serológico con otras personas y son quienes afirmaron en mayor medida que evitaban revelarlo.

Desde el entorno social y comunitario, en diferentes ámbitos (sistema de salud, laboral, etcétera) se continúa estigmatizando y discriminando a las mujeres con VIH, en especial, a las jóvenes. En este grupo el estigma por VIH se superpone con otros que derivan de prejuicios propios de una sociedad adultocéntrica, tales como la inmadurez, la irresponsabilidad o la promiscuidad en las prácticas sexuales, lo que deja a estas mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad. Como contrapartida, este grupo etario presentó mayores porcentajes de agencia y empoderamiento frente a situaciones de discriminación, pudiendo explicar el impacto de los actos discriminatorios y estigmatizantes a las personas que los habían realizado. Sin embargo, indicaron que participaban en menor medida que las mujeres de los rangos etarios de la adultez en tareas de apoyo y sostenimiento a otras personas con VIH, en organizaciones sociales y en el diseño de campañas sobre VIH.

El estigma, el autoestigma y la discriminación se constituyen en barreras simbólicas para las mujeres jóvenes (y para las mujeres en general) en el acceso a las pruebas de VIH. Esto condiciona el diagnóstico oportuno y el acceso al tratamiento del VIH, e impacta de manera directa en su estado de salud, calidad de vida y bienestar general.

En relación con los diversos grupos y colectivos de mujeres, las mujeres trans —consideradas una población clave para la vigilancia epidemiológica— fueron uno de los colectivos que presentaron mayores niveles de estigma y discriminación por VIH en el sistema de salud y en la sociedad en general. En estas mujeres, el estigma del VIH se reforzó con el estigma derivado de una identidad de género que rompe con el régimen binario sexo/genérico, lo que las dejó más expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social. A raíz de ello, el autoestigma en una proporción de las mujeres trans produjo una serie de efectos negativos, tales como retrasar la realización de la prueba de VIH más de dos años, por temor a la reacción de otras personas a su diagnóstico positivo, situación que puede afectar gravemente su salud y su bienestar general.

En las últimas décadas, el acceso universal a tratamientos antirretrovirales y la atención por VIH han contribuido a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con VIH. Sin embargo, se destaca una proporción de mujeres cis y de mujeres heterosexuales que autopercibieron su salud en malas condiciones por haber retrasado la atención o el tratamiento del VIH por temor a que su entorno (pareja, familia, amistades) conociera su estado serológico. Esto se dio en mayor medida entre mujeres de 25 a 39 años, es decir, en mujeres que se encontraban en plena etapa reproductiva. En estos casos, el estigma del VIH se superpone y se refuerza con prejuicios derivados de estereotipos y los roles de género que condicionan el desarrollo personal de estas mujeres como sujetos sociales “predestinados” a la maternidad, y penalizan a las mujeres que ejercen su sexualidad libremente y por fuera de los fines reproductivos. La internalización de estos estigmas tiene fuertes repercusiones no solo en la situación de salud de las mujeres, sino también en su calidad de vida.

Otro dato significativo es la persistencia en el sistema de salud de prácticas institucionales y profesionales que incumplen con las normativas vigentes mencionadas en el apartado “Avances normativos y reconocimiento de derechos de las mujeres con VIH y con sida” y que son, además, violatorias de los derechos de las mujeres con VIH o que generan algún tipo de violencia de género enunciada

en los tratados internacionales y en la Ley Nacional N.o 26485 de Protección Integral de las Mujeres. Entre estas prácticas se destacaron las siguientes: la divulgación sin consentimiento del estado seropositivo a otras personas, que se dio en mayor medida en las mujeres que tienen sexo con mujeres y las mujeres lesbianas; la violación de la confidencialidad de los registros médicos relacionados con el estado serológico, que se dio en un mayor porcentaje entre las mujeres trans, las mujeres que ejercen trabajo sexual y las MSM y las mujeres lesbianas; la realización de la prueba de VIH sin el consentimiento, especialmente entre mujeres migrantes internas y mujeres de pueblos originarios; o bien, haber sido presionadas por otras personas para realizarse la prueba del VIH, entre quienes se destacaron también las mujeres de pueblos originarios y las migrantes internas.

Entre estas violencias, las modalidades obstétricas y aquellas en contra de los derechos sexuales y reproductivos han sido las más invisibilizadas, por encontrarse muchas de ellas naturalizadas en el sistema de salud y en las mujeres mismas. Esto agrava la situación de salud y afecta la integridad de las mujeres con VIH. Entre estas prácticas se destacaron las siguientes: la imposición de métodos anticonceptivos sin el debido asesoramiento sobre otras opciones o sobre la salud sexual y reproductiva en general; la obligación de utilizar tratamientos antirretrovirales durante el embarazo para prevenir la transmisión materno infantil del VIH sin brindar otras opciones; la prohibición o imposición de una forma determinada de lactancia específica sin brindar opciones posibles, accesibles, disponibles y sustentables para cada mujer; la esterilización forzada y la sugerencia o recomendación de no gestar por su estado serológico.

Las prácticas institucionales y profesionales —tales como tomar precauciones y medidas de bioseguridad adicionales o implementar servicios, espacios y horarios específicos (salas de espera, filas y horarios especiales)— que contribuyen a visibilizar a las mujeres con VIH frente a otras personas dentro de los efectores de salud se constituyen en barreras para el acceso a la atención, al tratamiento por VIH y la adherencia al mismo. Sobre este punto, las mujeres pertenecientes a pueblos originarios y las mujeres migrantes fueron las que principalmente afirmaron haber vivido situaciones discriminatorias y estigmatizantes, en especial la utilización de precauciones adicionales del personal de salud debido a su estado serológico. El estigma por VIH y la discriminación que sufren las mujeres de pueblos originarios se refuerza con el estigma derivado del racismo (de un

imaginario social hegemónico de una "Argentina eurocéntrica y blanca") subyacente en las prácticas del sistema de salud y en otros ámbitos de la sociedad argentina. Estos impactan y generan situaciones de discriminación y barreras para el acceso a mujeres de pueblos originarios, pero también a las mujeres migrantes. En efecto, estas mujeres y las mujeres de pueblos originarios afirmaron en mayor proporción haber sido agredidas verbalmente por su condición serológica.

El acompañamiento, el apoyo y la contención a otras personas con VIH es fundamental, sobre todo, en momentos clave del proceso (comunicación del resultado, divulgación del estado serológico a personas del entorno cercano, acceso al tratamiento, entre otros). En este sentido, resultó un dato significativo que los grupos y colectivos de mujeres más discriminados y estigmatizados de la sociedad en general fueran quienes brindaban, en mayor medida, apoyo y contención a otras personas seropositivas; entre estos grupos, se destacan las mujeres trans, las MSM, las mujeres lesbianas y bisexuales, las migrantes externas, las que ejercen trabajo sexual y las de pueblos originarios. Una proporción de las mujeres cis encuestadas también afirmaron haber prestado apoyo y contención emocional o material.

Por último, la participación de las mujeres con VIH en organizaciones sociales, redes o campañas de sensibilización sobre VIH y sida da cuenta de su empoderamiento y de su capacidad de agencia y movilización. El mayor involucramiento de mujeres de diversos grupos, colectivos, identidades de género y orientaciones y prácticas sexuales en el diseño e implementación de respuestas al VIH y sida permite evidenciar el avance de la agenda del mayor involucramiento de personas con VIH y afectadas por el VIH (MIPA), propuesta por la RedLac+. Se destacaron las MSM y las mujeres lesbianas, las mujeres que ejercen trabajo sexual y las mujeres trans como los colectivos con mayores porcentajes de participación e involucramiento. Esto se condice con el mayor alcance e impacto del movimiento de mujeres en Argentina, la apertura hacia demandas y reivindicaciones de las mujeres en todas sus diversidades, la articulación estratégica con el colectivo LGTBIQ+ para poner fin a las múltiples opresiones del sistema patriarcal, y la construcción de sociedades más justas e igualitarias.

RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones surgen de un intercambio y de contribuciones de organizaciones de la sociedad civil, instituciones del Estado y del equipo técnico del estudio, en función de los datos surgidos de la presente investigación, su análisis y conclusiones. Se comprende que una recomendación debe servir como eje para el desarrollo de planes de incidencia política con acciones concretas y de políticas públicas que mejorarán la calidad de vida de las personas con VIH en Argentina, y para la erradicación del estigma social, la discriminación y el autoestigma internalizado, a fin de alcanzar la meta de Cero Discriminación y otras metas relativas al VIH y sida enmarcadas dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles de la Agenda 2030 de Naciones Unidas, entre ellos, el ODS N.o 5: "Lograr la igualdad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas" (10). Estas políticas estarán orientadas no solo a poner fin al estigma, autoestigma y discriminación relativos al VIH, sino también a la erradicación de las violencias por razones de género y a la transformación de normas culturales y estereotipos de género que refuerzan el estigma por VIH en las mujeres, dejando a estas personas más vulnerables y expuestas a la discriminación.

Por eso, estas recomendaciones están dirigidas y tienen un alcance hacia organizaciones de la sociedad civil (no gubernamentales, sindicales, comunitarias, culturales, deportivas y de fe), áreas de gobierno, sector privado, sector de academia y ciencia, y organismos internacionales.

PRINCIPIOS Y CRITERIOS

En función del principio universal de un mayor involucramiento de las personas con VIH, la diversidad sexual, la identidad de género, las múltiples vulnerabilidades, la inclusión social, la universalidad de los derechos humanos, la territorialidad, la transversalidad, la interseccionalidad, la interculturalidad, la perspectiva integral de género, la normativa nacional, regional y global, las especificidades de las diferentes necesidades de las personas con VIH en las distintas etapas de la vida y teniendo en cuenta la perspectiva de la salud integral, se proponen las recomendaciones que se detallan a continuación.

RECOMENDACIONES

A. Desarrollar, aumentar y promover políticas y programas públicos presupuestados, de información, comunicación, formación, educación y empoderamiento de las personas con VIH y de la población en general, a fin de reducir y eliminar el estigma y la discriminación en relación con el VIH en todos los niveles y sectores de la sociedad.

• Implementar de modo real, efectivo e incorporando mecanismos de monitoreo, la ley de Educación Sexual Integral (ESI) en cinco niveles de educación (inicial, primario, secundario, terciario y universitario).

• Ampliar y profundizar la implementación de la ESI en espacios de educación no formales y en efectores de salud a los que asisten las mujeres para la atención de la salud en general (propia y de las personas a cargo) y para sus embarazos, a los fines de aumentar el alcance y la llegada a las mujeres que, por diversas razones, no se encuentran en el sistema educativo formal.

• Ampliar el desarrollo de carreras de grado y de posgrado con especialización en las temáticas relacionadas con VIH para las carreras de Ciencias de la Salud, Sociales y Humanísticas.

• Mejorar la calidad de los servicios y el acceso de las personas con VIH a estos a través de su descentralización (laboratorios, servicios de consejería y campañas de pruebas rápidas).

• Realizar incidencia política a los fines de aumentar los presupuestos de los diversos niveles del Estado (nacional, provincial y local) para la implementación de políticas y programas que den respuestas al VIH y al sida, destinados no solo a insumos, personal de salud en el territorio, personal bioquímico y plantel farmacéutico, sino también para capacitaciones y formaciones para trabajar el estigma y la discriminación, así como también para las campañas tales como “Indetectable = Intransmisible” (I = I).

• Realizar campañas de comunicación y sensibilización sobre VIH destinadas a la sociedad general o focalizadas en diversos grupos de mujeres con VIH, siguiendo el principio de mayor involucramiento de las personas con VIH

(MIPA), en cuyo diseño participen y se involucre la diversidad de mujeres con VIH, cambiando el enfoque de víctimas y pacientes a protagonistas en las respuestas al VIH.

• Incluir la perspectiva de género en la elaboración de los contenidos para las campañas de VIH, con mensajes que contribuyan a la deconstrucción de estereotipos de género instalados en la sociedad, que refuerzan los estigmas y la discriminación hacia mujeres con VIH; mensajes basados en la autonomía del cuerpo de las mujeres y en la difusión de los derechos sexuales y reproductivos, y mensajes que visibilicen los tipos y modalidades de violencias, en especial, las menos visibles (violencia económica, obstétrica y violencia a la libertad sexual y reproductiva), que son las que impactan con mayor fuerza en las mujeres con VIH.

• Mayor difusión de la campaña "Indetectable = Intransmisible", basada en evidencias contundentes de que las personas que viven con VIH con una carga viral indetectable no pueden transmitirlo.

• Desarrollar una red federal de medios públicos y privados que incluya redes sociales con la temática de VIH. Ampliar la red de formación y capacitación en VIH para todas las personas funcionarias y trabajadoras del Estado en todos los niveles, haciendo especial foco en el personal de salud, educación, trabajo y fuerzas de seguridad.

B. Recuperar, potenciar y aumentar el trabajo entre pares, de modo que se favorezca el intercambio de experiencias y que esto ayude al abordaje de la temática sobre VIH y, en consecuencia, se reduzca el estigma en todos los servicios públicos para mejorar y fortalecer la llegada a toda la población.

• Incorporar a las personas con VIH certificadas a través de programas presupuestados y sostenibles a los equipos de salud.

• Sumar a las personas con VIH certificadas en todos los programas de educación y formación presupuestados y sostenibles destinados a trabajar el VIH de manera específica o de forma transversal.

• Apoyar la sostenibilidad de las organizaciones sociales en VIH.

• Trabajar articuladamente con organizaciones de la sociedad civil y lograr mayor inclusión de jóvenes en las campañas que se realicen, para tener un mayor impacto a través de redes sociales.

• Generar un compromiso con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad, y el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad para un trabajo conjunto con las organizaciones de la sociedad civil en la erradicación del estigma, la discriminación social y la violencia por razones de género.

C. Desarrollar, implementar y fomentar la creación de observatorios comunitarios de monitoreo e implementación de políticas públicas, de protección de los derechos humanos, de documentación de violaciones de derechos y de todas las formas de violencia, con mecanismos y sistemas rápidos y eficaces de acceso a la Justicia a través del contrato social Gobierno-sociedad civil.

• Fortalecer los sistemas de reclamos y consultas del INADI con sistemas rápidos, eficaces y transparentes de rendición de cuentas, y revalorizar el área de VIH con planes de trabajo presupuestados para eliminar el estigma y la discriminación en todos los niveles.

• Articular el INADI con el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad para abordar las situaciones de violencias, los incumplimientos normativos o violaciones de derechos, a fin de generar un trabajo coordinado entre estos organismos, la DRVIHVyT y organizaciones de la sociedad civil.

• Crear un observatorio donde puedan participar las organizaciones sociales y el Estado, y establecer indicadores para ver el cumplimiento de los derechos humanos con el fin de lograr la mejora continua de estas cuestiones (no solo las denuncias de lo que se hace mal, sino el mapa nacional de la discriminación y el abordaje de las particularidades del VIH). Esto es importante para los decisores de políticas públicas y los trabajadores que tienen que abordar estas situaciones.

• Construir espacios de participación de organizaciones sociales y mesas de diálogo con carácter vinculante.

• Crear instancias presupuestadas de monitoreo político y programático comunitario a nivel provincial/municipal.

• Establecer líneas concretas de colaboración, prevención, promoción e investigación sobre la temática del VIH con universidades nacionales y regionales.

D. Elaborar una guía para prevenir la violencia institucional con enfoque en derechos humanos, género y diversidades sexuales, en el marco de los tratados internacionales y de la normativa nacional vigente mencionada anteriormente, destinada a todos los organismos y agencias públicas de todos los poderes, sectores y niveles del Estado (nacional, provinciales y locales), e incluir en esta la definición y tipificación de los hechos de violencia por razones de género, discriminación y violaciones de derechos humanos a mujeres con VIH, a los fines de erradicar prácticas institucionales y profesionales discriminatorias, y que atentan contra los derechos de las mujeres e identidades sexuales y de género. Entre estas prácticas se destacan:

• La esterilización forzada y las recomendaciones o persuasión a las mujeres y personas gestantes con VIH para que no sean madres, a pesar de la existencia de tecnologías, métodos y tratamientos para evitar la transmisión materno infantil.

• La imposición de ciertos métodos anticonceptivos a mujeres con VIH por parte del personal de salud sin brindar otras opciones de anticoncepción y asesoría sobre salud sexual y reproductiva en general.

• La existencia de códigos contravencionales en un porcentaje de las provincias de la Argentina que exigen a las mujeres que ejercen trabajo sexual el exudado vaginal y la prueba de VIH para el ejercicio de su práctica laboral, y la comunicación de los resultados se realiza, en primera instancia, a la Justicia y a la Policía, y luego a las mujeres. Esto atenta contra los principios de confidencialidad y consentimiento establecidos en tratados internacionales y en la normativa nacional vigente.

• Asumir como obligatoria la prueba de VIH en las mujeres embarazadas y las personas gestantes, lo que constituye una violencia obstétrica, en tanto es una práctica que se realiza sobre el cuerpo de las mujeres sin la debida información y el consentimiento.

• La recomendación de evitar la lactancia a mujeres con VIH a los fines de prevenir la transmisión materno infantil por parte de personal de salud. Según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (44), las mujeres deben ser asesoradas sobre las opciones posibles, accesibles y sustentables según su situación particular, y se debe respetar la decisión que estas tomen. La elaboración de una guía contribuiría a relevar y promover avances en estudios de detección de carga viral en la leche materna de las mujeres con la tecnología necesaria, a los fines de habilitar la práctica de la lactancia de manera segura y sin riesgos, y en consonancia con lo establecido por la OMS (2016): "Indetectable = Intransmisible".

• La articulación interministerial entre la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y TBC del Ministerio de Salud de la Nación; el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad; el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI); el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; el Ministerio de Seguridad, y el Poder Judicial, entre otros organismos estatales, a los fines de definir circuitos de denuncias y de acceso a la justicia por parte de mujeres con VIH víctimas de violencias por razones de género, discriminación o hechos violatorios de sus derechos humanos, de manera tal que se agilicen y desburocraticen estos procesos, y se evite la ruta crítica de las mujeres y su revictimización.

• La eliminación de los códigos contravencionales en las provincias en que aún se encuentran vigentes (19 de ellas), que dejan a las mujeres que ejercen trabajo sexual expuestas a sufrir violencias y abusos por parte de las fuerzas policiales, guardias urbanas y la justicia. Regulación del trabajo sexual autónomo, a los fines de mejorar las condiciones laborales de las mujeres que lo ejercen y contribuir a la eliminación del estigma y discriminación que recae sobre estas mujeres.

E. Fomentar, aumentar e implementar una mayor participación e involucramiento significativo de los actores sociales en el diseño, desarrollo, implementación y monitoreo de políticas públicas en todos los niveles.

• Generar un compromiso con todas las áreas del Estado y en todos los niveles y jurisdicciones, no solo las referidas a la salud (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de Educación; Ministerio de las Mujeres, Géneros y

Diversidad, Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos), para que desarrollen programas de erradicación del estigma y de la discriminación social a personas con VIH y de las violencias por razones de género.

• Incorporar el enfoque de la diversidad integral y el enfoque interseccional de las mujeres en el diseño, implementación y monitoreo de respuestas al VIH, que tengan en cuenta y se focalicen en las necesidades particulares de diversos grupos, colectivos, identidades, orientaciones y prácticas sexuales de mujeres: mujeres que ejercen trabajo sexual, de pueblos originarios, migrantes internas y externas, lesbianas y bisexuales, mujeres trans, mujeres jóvenes, adultas y adultas mayores.

• Crear instancias de colaboración e interacción conjunta de las personas con VIH y los Gobiernos con un comité de asesores nacionales y locales.

• Desarrollar, reforzar y aprobar la nueva propuesta de ley sobre el VIH con perspectiva universal de derechos humanos, y promover su implementación y monitoreo en todos los niveles.

• Descriminalizar prácticas de poblaciones clave (refiere a códigos contravencionales jurisdiccionales, sobre personas que ejercen trabajo sexual y personas usuarias de marihuana).

• Fomentar y promover leyes que incorporen el pleno acceso a los derechos de las personas con VIH y de las poblaciones clave.

• Sancionar una ley nacional que incorpore la capacitación obligatoria para todas las personas trabajadoras y funcionarias del Estado sobre estigma y discriminación en materia de VIH.

• Diseñar e implementar un programa de capacitaciones permanente y sistemático destinado a todos los efectores de salud (sean profesionales de la medicina o no) —que tenga como finalidad transformar normas culturales y prácticas institucionales estigmatizantes o discriminatorias— en diversas temáticas relacionadas con VIH y el sida, incluyendo los siguientes ejes temáticos:

• Estigma y discriminación hacia personas con VIH y sida.

— Marcos legales nacionales e internacionales vigentes.

— Enfoque de derechos humanos en las prácticas del sistema de salud o médicas, en especial en el acompañamiento de personas y en instancias clave, como al momento anterior a la prueba de VIH o de dar los resultados.

— Perspectiva de género, a los fines de deconstruir los estereotipos que refuerzan el estigma y discriminación por VIH y sida hacia mujeres y otras identidades de género.

F. Desarrollar, fomentar e implementar mecanismos de monitoreo, evaluación y medición del estigma y de la discriminación en todos los servicios y en todos los niveles, de forma rutinaria, a fin de desarrollar, crear y ajustar programas de reducción y eliminación del estigma y de la discriminación en los servicios públicos.

• Realizar estudios sobre estigma y discriminación social a personas con VIH a través de encuestas anuales en todos los servicios públicos y, sobre todo, en los servicios de salud.

• Elaborar un sistema informático de datos con indicadores/variables sobre estigma y discriminación en el control de salud.

• Llevar adelante una revisión y reformulación de formularios/planillas existentes.

• Desarrollar estudios sobre el índice de estigma y de discriminación a personas con VIH cada cinco años.

• Elaborar un mecanismo de evaluación de violencia institucional en esos servicios. Hacer encuestas de calidad a las personas usuarias para recoger su voz y mejorarlos. Ver su evolución a lo largo del tiempo. Conseguir insumos para la mejora de esos servicios.

• Incorporar las temáticas de estigma y discriminación social como eje presente siempre en proyectos de investigación/estudios sobre VIH y poblaciones clave.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 DIRECCIÓN DE RESPUESTA AL VIH, ITS, HEPATITIS VIRALES Y TUBERCULOSIS. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Boletín N.o 37 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina, año XXII, diciembre de 2020.

2 GOFFMAN, ERVING; GUINSBERG, LEONOR. Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorrortu, 1970.

3 SALOMÓN, H.; PANDO, M. A., Duran, A. y ROSSI, D. Informe Final - Prevalencia de infección por HIV y Treponema Pallidum en poblaciones vulnerables de Argentina. Identificación de patrones de testeo, consumo de drogas, prácticas sexuales y uso de preservativo. Lima: INBIRS; 2014.

4 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. 2010.

5 Art. 2. Ley N.o 26743. 23 de mayo de 2012. Identidad de Género. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/aneos/195000-199999/197860/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

6 ONUSIDA. Nuestra acción. Derechos humanos. Recuperado de https://www.unaids.org/es/topic/rights (consulta: 1/2/2021).

7 Ley N.o 23798. 14 de septiembre de 1990. Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Honorable Congreso e la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/resaltaranexos/0-4999/199/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

8 Ley N.o 23054. 19 de marzo de 1984. Convención Americana sobre los Derechos Humanos. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/28152/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

9 ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948. Recuperado de https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/ (consulta: 1/2/2021).

10 ONU. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2015. Recuperado de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/ (consulta: 1/2/2021).

11 ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución 70/266. 8 de junio de 2016. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf (consulta: 1/2/2021).

12 ONUSIDA. Acción acelerada para acabar con el sida. 2016. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ UNAIDS-strategy- 2016 -2021_es.pdf (consulta: 1/2/2021).

13 ONU MUJERES. Declaración de ONU Mujeres con motivo del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA. 2019. Recuperado de https://www.unwomen.org/es/news/stories/2019/11/statement-un-women-world-aids-day (consulta: 1/2/2021).

14 ONU, ONUSIDA. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Los 10 ODS para poner fin al SIDA. Recuperado de https://www.unaids.org/es/AIDS_SDGs (consulta: 1/2/2021).

15 ONU MUJERES. VIH y SIDA. Recuperado de https://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids (consulta: 1/2/2021).

16 ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución 34/180. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 18 de diciembre de 1979. Recuperado de https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx (consulta: 1/2/2021).

17 OEA. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. 1994. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html (consulta: 1/2/2021).

18 ONU, ECOSOC. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. 1995. Recuperado de https://beijing20.unwomen.org/~/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf (consulta: 1/2/2021).

19 ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH y SIDA. 2001. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_es.pdf (consulta: 1/2/2021).

20 ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Declaración Política sobre el VIH y SIDA. 2006. Recuperado de https://www.unaids.org/es/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2006politicaldeclarationonhivaids (consulta: 1/2/2021).

21 ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Declaración Política sobre el VIH y SIDA: Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA. 2011. Recuperado de https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2011/december/20111208ahlmtargets (consulta: 1/2/2021).

22 ONUSIDA. Llegar a cero. 2010. Recuperado de https://unaids-test.unaids.org/sites/default/files/unaids/contentassets/documents/ unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf (consulta: 1/2/2021).

23 ONU MUJERES. Resolución N.o 60/2. 24 de marzo del 2016. Recuperado de http://undocs.org/es/E/2016/27 (consulta: 1/2/2021).

24 ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución N.o 2966. 2016.

25 Ley N.o 23798. 14 de septiembre de 1990. Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/resaltaranexos/0-4999/199/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

26 Ley N.o 25673. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 30 de octubre de 2002. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=79831 (consulta: 1/2/2021).

27 Ley N.o 25543. 7 de enero de 2002. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/71528/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

28 Ley N.o 25929. Parto Humanizado. 21 de septiembre de 2004. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=98805 (consulta: 1/2/2021).

29 Ley N.o 26150. Programa Nacional de Educación Integral. 23 de octubre de 2006. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

30 Ley N.o 26529. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. 19 de noviembre de 2009. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/ 160000-164999/ 160432/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

31 Ley N.o 26485. 1 de abril de 2009. Protección integral a las mujeres. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/texto (consulta: 1/2/2021).

32 Ley N.o 26618. Matrimonio igualitario. 2 de julio de 2010. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

33 Ley N.o 26743. 23 de mayo de 2012. Identidad de Género. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

34 Ley N.o 26791. Femicidio y crímenes de odio. 4 de diciembre de 2012. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNoma.do?id=206018(consulta: 1/2/2021).

35 Ley N.o 27499. Ley Micaela. 2019. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318666/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

36 Resolución N.o 270. 4 de septiembre de 2020. Recuperado de https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/234662/20200908(consulta:1/2/2021).

37 DIRECCIÓN DE SIDA Y ETS. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina. 2017; 34.
Recuperado de https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-34
(consulta: 1/2/2021).

38 DIRECCIÓN NACIONAL DE ECONOMÍA, IGUALDAD Y GÉNERO, MINISTERIO DE ECONOMÍA DE LA NACIÓN. Políticas públicas y perspectiva de género. 2020. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/analisis_de_politicas_publicas_ppg_2020_.pdf (consulta: 1/2/2021).

39 DIRECCIÓN NACIONAL DE ECONOMÍA, IGUALDAD Y GÉNERO, MINISTERIO DE ECONOMÍA DE LA NACIÓN. Políticas públicas y perspectiva de género. 2020. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/analisis_de_politicas_publicas_ppg_2020_.pdf (consulta: 1/2/2021).

40 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). Primera Encuesta sobre Población Trans 2012: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans. Informe técnico de la Prueba Piloto Municipio de La Matanza. 2012. Recuperado de https://www.indec.gob.ar/micro_sitios/WebEncuestaTrans/pp_encuesta_trans_set2012.pdf (consulta: 1/2/2021).

41 Ley N.o 26842. 26 de diciembre de 2012. Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas. Senado y Cámara de Diputados.
Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/205000-209999/206554/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

42 INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN, XENOFOBIA Y RACISMO (INADI). Mapa Nacional de la Discriminación. Segunda Edición". 2014. Recuperado de http://inadi.gob.ar/contenidos-digitales/producto/mapa-nacional-de-la-discriminacion-segunda-edicion/ (consulta: 1/2/2021).

43 Ley N.o 25871. 20 de enero de 2004. Migraciones. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/92016/texact.htm (consulta: 1/2/2021).

44 OMS, UNICEF. Guidelines: Updates on HIV and infant feeding. 2016. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf?sequence=1 (consulta: 1/2/2021).

45 Resolución N.° 1/2019. Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (actualización 2019). Recuperado de https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/223829/20191213 (consulta: 1/2/2021).

46 Ley Nacional N.o 27610. De acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Recuperado de https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115 (consulta: 1/2/2021).

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

• ADASZKO, A.; PACÍFICO, N.; DURAN, A. "Situación del acceso al diagnóstico oportuno, a los tratamientos y continuidad en la atención de las personas con VIH en la Argentina", en DIRECCIÓN DE SIDA Y ETS. Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina. 2017; 34: 39-45.

• ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución N.o 70/1. 25 de septiembre de 2015. Recuperado de https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S (consulta: 1/2/2021).

• Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución N.o 65/277. 8 de julio de 2011. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_es.pdf (consulta: 1/2/2021).

• Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina (AMMAR). El trabajo sexual y la violencia institucional: vulneración de derechos y abuso de poder. Investigación con mujeres que ejercen trabajo sexual de 14 países de Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de https://www.ammar.org.ar/IMG/pdf/informe_violencia_institucional_ammar_argentina-2.pdf (consulta: 1/2/2021).

• Decreto N° 271/2020, de Cupo Laboral Trans en el Sector Público Nacional. Recuperado de https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/234520/20200904 (consulta: 1/2/2021).

• Dirección Nacional de Economía e Igualdad de Género del Ministerio de Economía de la Nación. Las brechas de género en la Argentina. Estado de situación y desafíos. 2020. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/las_brechas_de_genero_en_la_argentina_0.pdf (consulta: 1/2/2021).

• FOUCAULT M. Los anormales. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1974.

• Fundación GEP “Grupo efecto Positivo”. Recuperado de www.fgep.org (consulta: 1/2/2021).

• INADI. Mapa Nacional de la Discriminación. Segunda Edición”. 2014. Recuperado de http://inadi.gob.ar/contenidos-digitales/producto/mapa-nacional-de-la-discriminacion-segunda-edicion/ (consulta: 1/2/2021).

• LEBEL, THOMAS. Perceptions of and responses to stigma. Sociology Compass, 2008, vol. 2, no 2, p. 409-432.

• Ley N.o 24012. 29 de noviembre de 1991. Cupo Femenino. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/411/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

• Ley N.o 26160. 23 de noviembre de 2006. Comunidades Indígenas. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26160-122499/texto (consulta: 1/2/2021).

• Ley N.o 27412. 15 de diciembre de 2017. Paridad de género en ámbitos de representación política. Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/-ley_27412_paridad_de_genero_en_ambitos_de_representacion_politica.pdf (consulta: 1/2/2021).

• MIRIC, MARIJA. Carga Psicosocial del Estigma Sentido entre las Personas que Viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana: Autoestima, Depresión y Percepción de Apoyo Social. Perspectivas Psicológicas; 2005, vol. 5, 40-48.

• ONUSIDA, DIRECCIÓN DE SIDA, ITS, HEPATITIS Y TBC. Mi Salud, mis derechos. 2018. Recuperado de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/-files/2018-10/0000001214cnt-2018-04_mi-salud-mis-derechos-web.pdf (consulta: 1/2/2021).

• ONUSIDA. 90-90-90. 2014. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf (consulta: 1/2/2021).

• PECHENY, MARIO. Estigma y discriminación en los servicios de salud a las

mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. Gazeta de Antropología. 2008.

• PETRACCI, MÓNICA; ROMEO, MARTÍN. Índice de estigma en personas que viven con VIH: Argentina, informe ejecutivo 2011. Buenos Aires, 2011.

• Resolución 270/2015. 13 de abril de 2015. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/246687/norma.htm (consulta: 1/2/2021).

ÍNDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Hacia las personas con VIH en Argentina 2.0

ÍNDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Hacia las personas con VIH en Argentina 2.0