

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
Escuela de Posgrado
Maestría de Gerencia Social



**Investigación evaluativa en dos hospitales de la
Provincia Constitucional del Callao sobre el Proyecto de
“Fortalecimiento de las capacidades de las personas
viviendo con el VIH/SIDA (PVVS) para enfrentar el
estigma y la discriminación”**

Tesis para optar el título de Magister en Gerencia Social

Autor: Hugo Alejandro Manrique Chicoma

Asesora: Prof. Elizabeth Salcedo

**Jurados: Prof. Marcela Chueca Márquez
Prof. Mariela Trelles Cabrera**

**Lima – Perú
2011**

*No hay muros de colores,
ni ladrillos de piedras sombrías,
.... solo muros sin puertas
en nuestras pieles.*

*No hay abismos entre las manos,
ni puentes destruidos entre las venas,
.... solo relicarios del odio entre los brazos
y nieves de blanco inalcanzable
en nuestras uñas.*

*No hay cielos gráciles entre los espíritus
o infiernos gélidos en las memorias,
pues solo serán las diferencias
que nuestros ojos escribirán
ante la luz de las nuevas mañanas*

(H.M.CH. noviembre del 2010)



*A la memoria de las personas
que vivieron con el VIH/SIDA en nuestro país
y que sufrieron y murieron
sin vencer el odio de este mundo.*

*A Sarita, mi compañera y esposa,
por compartir los mismos idearios
contra todo lo que signifique
las diferencias sin sentido y los odios
sin un corazón que los sangre*

*A mi pequeño Rodrigo Alonso,
para que crezca en una sociedad
sin los abismos que hoy
separan a las pieles tiernas
y los suspiros por un nuevo arco iris
en los portales del futuro*



RESUMEN EJECUTIVO

Antecedentes. La tesis permitió la evaluación ex post del proyecto social denominado “Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS para enfrentar el estigma y la discriminación”, desarrollado entre los años 2004 y 2005, en dos hospitales de la Provincia Constitucional del Callao. Las estrategias ofertadas incluyeron: a) Conocimiento de las leyes vigentes, b) Formulación de sus denuncias y c) Acceso a una red de soporte.

Objetivos. 1) Identificar las estrategias ofertadas que fueron más aceptadas, más aplicadas y que tuvieron mayor impacto para los destinatarios, 2) Identificar las estrategias que tuvieron mayor impacto para promover la participación de las familias, 3) Identificar las condiciones inherentes al perfil de las PVVS que no fueron contempladas por el proyecto y 4) Proponer las estrategias más efectivas para los destinatarios en relación al estigma y la discriminación.

Metodología. La investigación fue evaluativa y se recurrió a entrevistas semiestructuradas individuales y grupales. La muestra fue establecida a partir de un universo calculado en 200 PVVS, que participaron de una o más actividades presenciales del proyecto, y se basó en métodos no probabilísticos, estratificando a la población por muestreo de cuotas. Se incluyó a 45 personas viviendo con el VIH/SIDA, así como a 15 grupos familiares y dos grupos comunitarios.

Resultados. Sobre el perfil de los participantes, se evidenció una mayor presencia del grupo etario ubicado entre los 25 y 45 años. En relación al estigma y la discriminación, el 62% escuchó sobre tales conceptos, definiéndolos como maltrato (53%) y marginación (31%). El 89% experimentó algún tipo de discriminación por ser portador del VIH. En lo que respecta a la autoestima, el 62% afirmó haber escuchado sobre tal concepto y el 64% consideró poseer un nivel mediano de autoestima.

Sobre la aceptación y aplicación de las estrategias ofertadas por el Proyecto, el Conocimiento de las leyes vigentes tuvo la mayor aceptación (59%) y la mayor posibilidad aplicativa (80%). En torno a la percepción del Proyecto, el 78% consideró que no aportó cambios en su forma de enfrentar la discriminación. Por otra parte, las familias entrevistadas, mostraron un variado grado de participación en la problemática de sus seres queridos, entre muy activa (20%) hasta medianamente activa (20%), pero su nivel de percepción sobre si el Proyecto contribuyó a su rol fue mayormente escaso a nulo (73%).

Conclusiones: 1) Sobre los participantes y sus familias, mostraron una complejidad cultural y social que no fue contemplada por el Proyecto, incluyendo su nivel de autoestima y su percepción sobre el estigma y la discriminación y 2) Sobre el nivel de aceptación y aplicabilidad del Proyecto, se demostró un bajo nivel de aceptación y una percepción de limitada aplicabilidad de las diferentes estrategias trabajadas.

Propuestas: 1) Considerar el abordaje integral de todos los espacios que rodean a las personas afectadas, 2) Propiciar la participación multisectorial e interdisciplinaria de los diferentes actores involucrados en la problemática y 3) Generar un impacto valedero sobre las futuras políticas sociales en el país.

Importancia para la investigación en Gerencia Social, El estudio aportó nuevos conocimientos para el desarrollo, a futuro, de estrategias de intervención sobre poblaciones que viven situaciones de mayor estigma y discriminación por una condición específica, como las personas viviendo con el VIH/SIDA, estimulando un efectivo proceso de cohesión social e integración comunitaria.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la compleja problemática que significa la epidemia ocasionada por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se han efectuado innumerables esfuerzos para disminuir los procesos sociales más vergonzosos en nuestras comunidades, surgidos como respuesta a la epidemia, y que se resumen en dos conceptos primordiales: el estigma y la discriminación.

Tales manifestaciones ya fueron evidenciadas, a través de los tiempos, en las grandes epidemias registradas en la historia de la medicina mundial. Desde su reconocimiento en el año 1981, la infección por el VIH, causante del SIDA, estuvo signada por el estigma y la discriminación asociados a otros conceptos, como el prejuicio y la segregación hacia grupos por su diversidad sexual o laboral (hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras del sexo). El Perú no escapó a tal realidad, más aún cuando coexisten múltiples formas de discriminación por otros factores –*sociales, culturales, raciales y económicos*–, que determinarán una mayor complejidad para abordar tales temas dentro de la problemática inherente a la epidemia.

Si bien es cierto, que el estigma ligado al diagnóstico de VIH ha disminuido notoriamente en muchos ámbitos de la sociedad a partir del nuevo milenio, toda vez que no se suele mirar a las personas afectadas como individuos ligados a opciones o prácticas sexuales inaceptables para la mente colectiva, también es cierto que persisten nuevas y subliminales formas de discriminación, como el limitado acceso al mercado laboral o educativo, al considerarse que “*las PVVS no han recuperado plenamente sus capacidades*” en función de su “*baja productividad laboral*”, que representarían las múltiples licencias o permisos para sus constantes controles en el sistema de salud del país; o por persistir la creencia de un riesgo de contagio en accidentes laborales, cuando estas situaciones casuales no representan un riesgo significativo de transmisión, excepto en el ámbito de los servicios asistenciales.

En el Perú, a pesar de la promulgación de leyes dirigidas a proteger los derechos humanos de las personas viviendo con el VIH/SIDA (PVVS), y de los incontables esfuerzos de sensibilización dirigidos a diversos grupos de la comunidad –*desde los entornos familiares hasta amplios sectores laborales*–, el estigma y la discriminación continúan vigentes en la actualidad.

En medio de este panorama, el Estado Peruano y las organizaciones no gubernamentales y comunitarias han impulsado esfuerzos ocasionales para enfrentar esta problemática, destacando el denominado proyecto: “Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS para enfrentar el estigma y la discriminación”, con recursos de la cooperación multilateral, específicamente del Programa de Control del SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA), que se ejecutó entre los años 2004 y 2005 en ocho hospitales de referencia nacional de Lima y Callao. Abarcó a un total de 200 PVVS, con una menor participación de los grupos familiares. Las principales líneas de acción se basaron en el conocimiento de sus derechos ciudadanos por parte de los afectados, la formulación de sus denuncias y el acceso al sistema tutelar de instituciones que pudieran respaldarlos.

En los siguientes años, los grupos de ayuda mutua hospitalarios han sostenido en foros públicos que, a pesar del mejor conocimiento de sus derechos, las PVVS no tenían la actitud de ejercerlos en sus vidas diarias, sumándose la escasa participación de sus grupos familiares en la problemática, hasta generar la interrogante sobre si Proyectos, como el que deseamos evaluar, tuvieron el impacto esperado entre las PVVS que participaron en los mismos.

Gracias a la experiencia mundial acumulada, se ha evidenciado que los mayores esfuerzos para vencer estas respuestas sociales inaceptables han partido de las propias poblaciones afectadas –*constituidas por las PVVS y sus familias o entornos sociales inmediatos*–. Con esta visión, el convencimiento de sus derechos, que incluyen recuperar su espacio en la comunidad y eliminar sus prejuicios en torno al acceso a una vida plena, se ha constituido en la piedra angular que, sumado a su capacidad de respuesta comunitaria –*desde plataformas internacionales y nacionales, hasta grupos de ayuda mutua locales*– ha permitido otros logros históricos como el acceso universal y gratuito a los fármacos antirretrovirales. Con tan importantes avances se podrían impulsar nuevos esfuerzos para enfrentar el estigma y la discriminación en los siguientes años.

En tal contexto, un proyecto que permita fortalecer dos elementos primordiales: la capacidad organizacional y la percepción de sus derechos por parte de la población afectada, debería tener logros visibles con un porcentaje significativo de personas con mayor disposición y convicción de enfrentar la discriminación. En cambio, si dentro del mismo no se trabajaron adecuadamente los diversos componentes psicológicos, sociales y culturales que rodean a las PVVS, el proyecto tendría un limitado impacto al término de sus actividades.

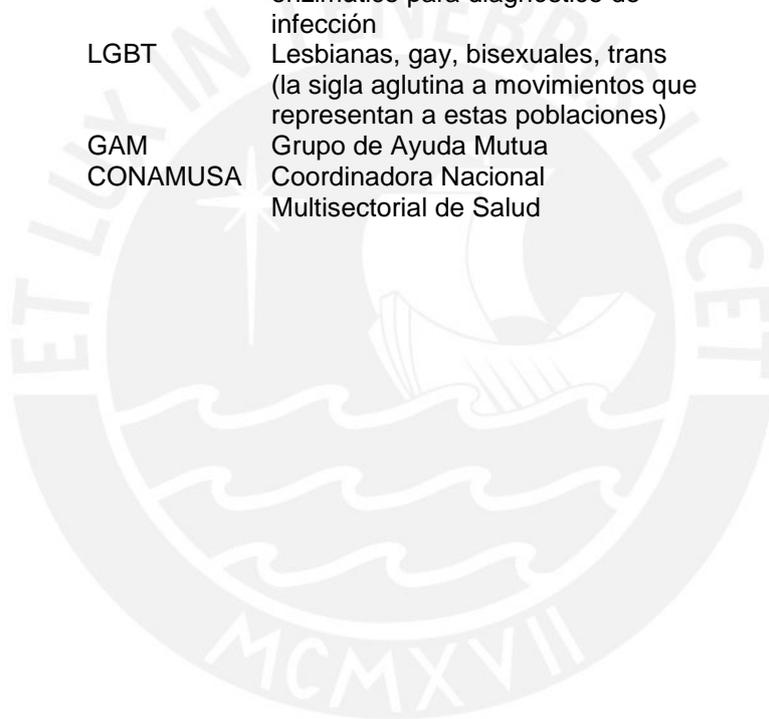
Para tal efecto se recopilaron los antecedentes históricos registrados en el ámbito de otras epidemias y la experiencia obtenida en la era del VIH/SIDA, como también las diferentes concepciones y definiciones ligadas a tales procesos, y las experiencias de intervención desarrolladas en otros ámbitos del plano nacional e internacional, para luego abordar la metodología de investigación, la exposición de los resultados, su análisis integral, la obtención de conclusiones y la formulación de nuevas propuestas a ser incluidas en las futuras intervenciones.

Por lo expuesto, nuestra investigación desarrolló una evaluación ex post del proyecto desde la perspectiva de los propios beneficiarios y sus grupos familiares en dos hospitales de la Provincia Constitucional del Callao, por ser más accesibles al grupo de investigación y haber mostrado una adecuada representatividad del universo de PVVS que participaron de las actividades.

Desde la perspectiva de la Gerencia Social, esta investigación aportaría nuevos conocimientos para el desarrollo de las futuras estrategias de intervención sobre poblaciones que viven situaciones de mayor estigma y discriminación por una condición específica –*como ser PVVS*– estimulando un efectivo proceso de cohesión social e integración comunitaria.

ABREVIATURAS

PVVS	Personas viviendo con el VIH - SIDA
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
SIDA	Síndrome de reconstitución inmune
ONG	Organización no gubernamental
TRANS	Población que comprende a personas travestís, transgéneros o transexuales
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
ELISA	Prueba de Inmuno ensayo enzimático para diagnóstico de infección
LGBT	Lesbianas, gay, bisexuales, trans (la sigla aglutina a movimientos que representan a estas poblaciones)
GAM	Grupo de Ayuda Mutua
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud



ÍNDICE

1. LA PROBLEMÁTICA A INVESTIGAR	9
1.1 Descripción del proyecto evaluado	9
1.2 Justificación de la investigación	11
1.3 Preguntas de investigación	13
1.4 Propósito del estudio	13
1.5 Objetivos	13
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Diagnóstico contextual del estigma y la discriminación	14
2.1.1 Antecedentes históricos: el recuerdo de otras epidemias	14
2.1.2 El estigma y la discriminación en la era del VIH/SIDA	14
2.1.3 Los diferentes enfoques estratégicos frente a la problemática	16
2.1.4 La problemática de la cohesión social	19
2.1.5 La experiencia peruana	21
2.2 Conceptos y definiciones	22
2.2.1 El estigma	22
2.2.2 La discriminación	23
2.2.3 Otros conceptos a considerar	24
2.2.4 Interacciones y dimensiones sociales	27
2.2.5 Las definiciones operacionales	28
3. METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS	29
3.1 Tipo de investigación y diseño	29
3.2 Identificación de las variables e indicadores	29
3.3 Identificación de las unidades de análisis, fuentes y técnicas de investigación	31
3.4 Determinación del universo y muestra de trabajo	34
3.5 Instrumentos de recolección	35
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS	36
4.1 Sobre el perfil de las PVVS incluidas en el estudio	36
4.2 La aceptación de las estrategias y actividades del proyecto	47
4.3 La posibilidad aplicativa de las estrategias y actividades propuestas	50
4.4 El impacto obtenido y/o percibido por los participantes	53
4.5 Sobre las características de los grupos familiares	56
4.6 Las percepciones sobre el evento y sus organizadores	59
4.7 La opinión de los grupos organizados sobre el proyecto.....	61
4.8 Las propuestas de la población objetivo sobre el fortalecimiento de sus capacidades para enfrentar el estigma y la discriminación	64
5. CONCLUSIONES	66
6. PROPUESTAS	71
7. BIBLIOGRAFIA	75
8. ANEXOS	84
8.1 Tablas de resultados cuantitativos	84
8.2 Tabla de resultados cualitativos	118
8.3 Resultados de las entrevistas grupales	126
8.4 Fichas de investigación	135

1. LA PROBLEMÁTICA A INVESTIGAR

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO EVALUADO

A inicios de los años 90, cuando se creó el Programa Mundial para el Control del SIDA de las Naciones Unidas, se generaron campañas anuales con una temática específica para cada año. Durante el período 2004 y 2005, las Naciones Unidas dictaminaron que todos los esfuerzos en aquel entonces, estarían destinados a luchar contra el estigma y discriminación asociados a la epidemia por el VIH/SIDA.

En tal contexto se forjó una campaña en el Perú contra el estigma y la discriminación, que se efectuó con recursos de la cooperación multilateral asignados al país, principalmente desde el propio Programa de Control del SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA), y fue ejecutado de forma multisectorial por el Ministerio de Salud y un grupo de Organizaciones No Gubernamentales que se plegaron a la convocatoria. Las actividades se dividieron por líneas de acción, y fueron consideradas como proyectos sociales ajustados a los diversos ámbitos geográficos. La financiación se estimó en relación a una base presupuestal previa que ONUSIDA ofertó y sobre la cual se diseñaron y ejecutaron las actividades, recurriéndose a formatos descriptivos muy sucintos conteniendo las metas, líneas de acción y actividades a desarrollar, como también el costo aproximado de las mismas.

La campaña se efectuó entre los años 2004 y 2005, y se consideraron las siguientes líneas de acción:

- a) Sensibilizar a la clase política y a la comunidad general para disminuir los actos de estigma y discriminación en torno a la infección por VIH/SIDA. Para tal efecto se delinearon las siguientes actividades:
 - Advocacy¹ con líderes políticos, religiosos y empresariales, desarrolladas por autoridades del Ministerio de Salud y líderes de la sociedad civil, incluyendo a representantes de las plataformas comunitarias.
 - Información a través de medios masivos de comunicación y la producción de material comunicacional como afiches y folletos, que abarcaron a más de 100,000 personas en 20 ciudades del país.
- b) Sensibilizar y capacitar a las propias PVVS y sus entornos familiares sobre como ejercer sus derechos ciudadanos, para lo cual se desarrollaron actividades participativas que comprendieron talleres presénciales destinados a 200 PVVS y 100 familiares directos, procedentes de los Grupos de Ayuda Mutua (GAMs) de ocho hospitales de Lima y Callao (Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Hospital San José del Callao e Instituto Nacional de Neoplásicas).

Como estrategia complementaria se consideró impulsar la conformación de una Red de Soporte constituida por organizaciones de la sociedad civil, que acogería

¹ El término advocacy -traducido aquí como promoción y defensa- proviene del verbo inglés to advocate: defender, amparar, apoyar, abogar y argumentar a favor de una demanda, convirtiéndose en un proceso de incidencia política, como ocurre en el ámbito del VIH/SIDA

y orientaría a las PVVS víctimas de algún acto de discriminación, segregación o marginación.

Este segundo componente de la campaña se convirtió en el proyecto denominado “Fortalecimiento de las capacidades de las personas viviendo con el VIH/SIDA (PVVS) para enfrentar el estigma y la discriminación”, identificado a su vez como el objeto de nuestra evaluación,

Las estrategias de abordaje para este Proyecto, contemplaron:

- a) **Conocimiento de las leyes vigentes**, en especial de la ley 26626 y su posterior modificatoria en el año 2004, con una revisión general de sus diferentes articulados, sumándose también una visión de la Ley Nacional de Salud y de otras que pudieran ser de utilidad para el ejercicio de sus derechos.
- b) **Formulación de sus denuncias**, abordando temas sobre que documentos generar o que formularios solicitar y a que instancias presentarlos.
- c) **Acceso a una red de soporte**, brindando información sobre las diferentes instituciones que podrían aportar soporte legal y emocional, incluyendo listados de direcciones, horarios y teléfonos.

Las actividades comprendieron 20 talleres destinados a las PVVS y cinco a sus familiares más directos. Se establecieron programaciones de 12 horas en promedio para el trabajo con los asistentes. Las metodologías utilizadas comprendieron: conferencias, discusiones grupales, talleres participativos y entrega de material informativo.

Acorde a los documentos consultados, el Proyecto no se basó en un Marco Lógico para la elaboración de sus objetivos y actividades. El formato resultó muy lineal y sucinto, con una breve descripción de su propósito, objetivos y actividades a desarrollar, agregándose una hoja de cálculo delineando los gastos por actividades y tareas. No se identificó la línea de base correspondiente. Entre sus metas se estableció que el 80% de los beneficiarios utilizarán una o más de las estrategias propuestas en el mediano plazo², sin explicitar el desarrollo de la evaluación ex post, tanto inmediata como en el mediano plazo (Cuadro I).

Y por último, si bien es cierto que el país cuenta con un Plan Multisectorial 2007-2011 impulsado por la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud³, que incluyó resultados y actividades destinadas a combatir el estigma y la discriminación, como parte de una política social asumida a nivel nacional, este Proyecto se efectuó desde la visión programática del Programa Mundial de Lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas, que estableció, como objetivo primordial para el periodo 2004–2005, la lucha contra el estigma y la discriminación en la era del SIDA.

² MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Archivos de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Perú, Año 2005

³ Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud – CONAMUSA. Ministerio de salud. En http://www.conamusa.org.pe/plan_sida.htm Última consulta: 30 de enero del 2011

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En principio, el objeto de nuestro estudio constituye un Proyecto Social cuyos objetivos debieron consolidar la reinserción comunitaria y el ejercicio de los derechos fundamentales –*desde la mirada de la cohesión social necesaria para el desarrollo de una sociedad*– hasta alcanzar el bienestar de una población tan afectada como las personas viviendo con el VIH/SIDA.

A partir del año 2006, los grupos de ayuda mutua (G.A.M.) hospitalarios manifestaron en sucesivos foros públicos⁴ que, a pesar del mejor conocimiento de sus derechos, las PVVS no tenían la actitud de ejercerlos en sus vidas diarias, por lo que surgió la interrogante sobre si el proyecto tuvo el impacto esperado entre quienes participaron del mismo, no contándose con evidencias concretas para formular una respuesta más coherente.

Gracias a la experiencia mundial acumulada, se ha evidenciado que los mayores esfuerzos para vencer estas respuestas sociales inaceptables, han partido de las propias poblaciones afectadas. Desde tal perspectiva, el convencimiento de sus derechos, que incluyen recuperar su espacio en la comunidad y eliminar sus prejuicios en torno al acceso a una vida plena, se han constituido en piedras angulares que, unidos a su capacidad de respuesta comunitaria, han permitido otros logros históricos como el acceso universal y gratuito a los fármacos antirretrovirales. Tan importantes experiencias deberían estimular nuevos esfuerzos para enfrentar conductas no deseables, y aún vigentes, como son el estigma y la discriminación.

En tal contexto, un proyecto que permita fortalecer dos elementos primordiales: la capacidad organizacional y la percepción de sus derechos por parte de la población afectada, deberían tener logros visibles, con un porcentaje significativo de personas dispuestas y convencidas a enfrentar el estigma y la discriminación. En contraposición, si dentro del mismo no se trabajaron adecuadamente los diversos componentes psicológicos, sociales y culturales que rodean a las PVVS –*como podría ser la autoestima*–, el proyecto tendría un limitado impacto al término de sus actividades.

Estas aseveraciones nos plantearon la necesidad de investigar entre las PVVS y los grupos familiares que participaron en las actividades, acerca del posible impacto obtenido y la identificación de aquellos aspectos que probablemente no fueron contemplados durante la intervención, y que habrían influenciado en el logro de los resultados.

De todos los hospitales de procedencia de quienes participaron, solo se consideró trabajar con los dos centros de mayor importancia en la Provincia Constitucional del Callao, por la mayor accesibilidad del investigador hacia los líderes comunitarios y PVVS en general que se atienden en tales establecimientos, de los cuales más del 60% pertenecieron a otros hospitales en la época de ejecución del proyecto, convirtiéndose en un grupo representativo del universo que participó de las actividades en aquel entonces.

⁴ Entre otros, se tienen las intervenciones efectuadas en reuniones de las Plataformas y organizaciones comunitarias auspiciadas por la cooperación bilateral entre los años 2006 y 2007.

CUADRO I

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO

“Fortalecimiento de las capacidades de las personas viviendo con el VIH/SIDA (PVVS) para enfrentar el estigma y la discriminación”, componente de la Campaña Nacional contra el estigma y la discriminación.

AÑO Y LUGAR

Período 2004-2005 en Lima y Callao.

POBLACIÓN OBJETIVO

200 PVVS y 100 familiares directos, convocados desde los Grupos de Ayuda Mutua de 8 hospitales de Lima y Callao.

PROPÓSITO

Sensibilizar y capacitar a las propias PVVS y sus entornos familiares sobre como ejercer sus derechos ciudadanos.

OBJETIVOS

1. Contar con una población informada sobre sus derechos como personas frente a la sociedad.
2. Impulsar las denuncias frente a los actos de discriminación por parte de los afectados.
3. Garantizar el soporte social a través de una red constituida por entidades de la sociedad civil.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

1. **Conocimiento de las leyes vigentes**, en especial de la ley 26626 y su posterior modificatoria en el año 2004, con una revisión general de sus diferentes articulados, sumándose también una visión de la Ley Nacional de Salud y de otras que pudieran ser de utilidad para el ejercicio de sus derechos.
2. **Formulación de sus denuncias**, abordando temas sobre que documentos generar y/o formularios existentes y a que instancias presentarlos.
3. **Acceso a una red de soporte**, brindando información sobre las diferentes instituciones que podrían aportar soporte legal y emocional, incluyendo listados de direcciones, horarios y teléfonos.

ACTIVIDADES

Se consideraron 20 talleres destinados a las PVVS y cinco a sus familiares más directos. Se establecieron programaciones de 12 horas en promedio para el trabajo con los asistentes. Las metodologías utilizadas comprendieron: conferencias, discusiones grupales, talleres participativos y entrega de material informativo.

METAS

80% de los participantes aceptarían y/o aplicarían una o más de las estrategias ofertadas por el Proyecto ante situaciones de estigma y/o discriminación.

EVALUACIÓN Y MONITOREO

Solo se efectuaron encuestas de salida en los talleres presenciales; a la fecha no se ha tenido acceso a los resultados de las mismas. No se estableció una línea de base al inicio del Proyecto y tampoco se proyectó una evaluación del impacto en el mediano plazo.

PRESUPUESTO DEL PROYECTO

Aproximadamente, 10,000 dólares americanos, de los cuales, ONUSIDA aportó cerca del 80%. No se logró información más precisa por encontrarse en documentos considerados como “reservados”.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Programa de Lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas – ONUSIDA
Ministerio de Salud del Perú

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Qué aspectos inherentes al perfil de las PVVS no fueron contemplados en el proyecto?
- ¿Qué estrategias fueron las más aceptadas por los destinatarios?
- ¿Qué estrategias fueron las más aplicadas por los destinatarios?
- ¿Cuál fue el impacto obtenido sobre los grupos familiares para participar en la problemática de sus seres queridos?
- ¿Qué estrategias serían las más efectivas para enfrentar el estigma y la discriminación?

1.4 PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Evaluar los resultados obtenidos por las estrategias ofertadas en el proyecto “Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS para enfrentar el estigma y la discriminación”, a través del recojo de percepciones de los propios destinatarios, sus familias y grupos comunitarios en dos hospitales de referencia nacional de Lima y Callao.

1.5 OBJETIVOS

- Identificar las condiciones inherentes al perfil de las PVVS que no fueron contempladas por el proyecto “Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS.
- Identificar las estrategias del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS” que fueron más aceptadas por los destinatarios.
- Identificar las estrategias del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS” que fueron más aplicadas por los destinatarios.
- Identificar las capacidades obtenidas por las familias en la problemática a partir del Proyecto.
- Proponer estrategias más efectivas para los destinatarios en relación al estigma y discriminación.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 DIAGNÓSTICO CONTEXTUAL DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

2.1.1 Antecedentes históricos: el recuerdo de otras epidemias

Desde los albores de la civilización, las diferentes epidemias que asolaron al mundo a través de los siglos desencadenaron, entre muchas otras reacciones, el temor atávico hacia enfermedades de gran impacto epidemiológico, y la expresión al límite de instintos de conservación comunitarios frente a una nueva amenaza, como ocurrió con la rabia en siglos pasados cuando las personas mordidas por animales sospechosos se suicidaban o eran sacrificadas⁵.

El estigma y la discriminación hacia aquellos que padecieron de alguna enfermedad con alto impacto para la salud, provocaron las respuestas sociales más dramáticas y dolorosas en la historia de la medicina humana. En esta extensa lista encontramos, a la peste de la Edad Media, la lepra, la tuberculosis, el cáncer, la fiebre amarilla, la viruela, la poliomielitis, las enfermedades mentales y varias de las infecciones de transmisión sexual⁶, hasta llegar a situaciones mucho más recientes, como ocurrió con la mal llamada gripe porcina cuando fue calificada como “*Un brote de discriminación en el brote de gripe*” por algunos medios de comunicación hace solo un año atrás⁷.

A lo largo del tiempo, se han establecido diferentes dimensiones de la problemática, desde el desarrollo de conceptos y “marcas” a partir del prejuicio y el estigma, hasta la ejecución de actos de indudable naturaleza discriminadora, como ocurrió con la lepra durante muchos siglos, al crearse espacios de reclusión que devinieron en los históricos leprosorios⁸. Similares medidas de segregación también se extendieron a otras enfermedades que fueron confundidas regularmente con la sífilis y la propia lepra, como sucedió con la viruela y otras formas eruptivas.

Siglo tras siglo, los mismos procesos sociales suelen repetirse con las nuevas epidemias, agregándose, en el caso de la infección por el SIDA, su indudable juzgamiento por su principal forma de transmisión: la vía sexual.

2.1.2 El estigma y la discriminación en la era del VIH/SIDA

a) Los orígenes del problema

Desde 1981, la infección ocasionada por el VIH/SIDA se convirtió en una de las mayores amenazas a la salud pública mundial hasta nuestros días. Su carácter de enfermedad transmitida sexualmente, el enorme impacto sufrido por grupos

⁵ PORTAL DE LA HISTORIA. Las primeras epidemias de la historia, 2009. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/las_primeras_epidemias_de_la_historia.pdf. Última consulta: 10 de enero del 2010

⁶ BROWN, L., TRUJILLO, L. & MACINTYRE, K. (2004). *Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?* New York: The Population Council Inc. Consulta: 20 de enero del 2010. <<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/litrvwstigidisc.pdf>>

⁷ BENITO, Irene. Un brote de discriminación en el brote de gripe. Diario El País, Madrid, 4 de mayo del 2009. Consulta: 30 de diciembre de 2009.

<http://www.elpais.com/articulo/sociedad/brote/discriminacion/brote/gripe/elpepusoc/20090504elpepusoc_4/Tes>

⁸ CALZADA GÓMEZ, Mario. Historia de las Epidemias. En Derecho y Ser, 1º de mayo del 2009. Consulta: 22 de diciembre del 2009. <<http://derechoyser.blogspot.com/2009/05/historia-de-las-epidemias.html>>

históricamente marginados por su orientación sexual o por su opción laboral – *tal es el caso de las trabajadoras del sexo*– y su inevitable vínculo a la pobreza y marginalidad en las grandes ciudades, especialmente del tercer mundo, determinaría el desarrollo –*en su máxima expresión y complejidad*– del estigma y la discriminación relacionadas a esta gran pandemia.

Las primeras referencias documentadas sobre la relación entre el estigma, la discriminación y el VIH/SIDA se remontan a mediados de la década de los 80, cuando Cindy Patton⁹ escribió sobre la asociación entre el VIH/SIDA y el temor a los gérmenes, a la enfermedad y la muerte, así como su relación con inquietudes ligadas a la sexualidad. Dos años más tarde, el encargado del Programa Global de SIDA de la ONU, Jonathan Mann, alertó al mundo sobre los efectos perjudiciales del fenómeno del estigma y la discriminación y sobre su carácter cada vez más extendido (Parker & Aggleton, 2002)¹⁰.

Sin duda alguna, este problema constituye una de las razones fundamentales que explicarían el fracaso de los inmensos esfuerzos políticos, sociales y económicos desplegados en todo el mundo para controlar el avance del VIH/SIDA. En cada país o región del mundo donde se han detectado nuevas infecciones, se han reportado reacciones negativas contra las PVVS y contra quienes se presume estarían infectados. De ahí que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA deban ser vistos como fenómenos universales.

No en vano, el mismo Dr. J. Mann bautizó a estos procesos sociales en la década de los años 80 como: “*La tercera gran epidemia*”. Sus consecuencias han sido tan graves para la lucha contra la infección, que el estigma y la discriminación fueron el principal objetivo de la Campaña Mundial contra el SIDA a partir del año 2003, y han sido calificados como “*los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones, el suministro de asistencia, apoyo y tratamiento adecuados y la mitigación del impacto*” (ONUSIDA, 2004)¹¹.

En medio de este panorama, la infección por el VIH/SIDA continúa convertida en un verdadero reto para los empobrecidos sistemas de salud de los países periféricos, no solo por la complejidad para su adecuado manejo y tratamiento, sino también porque fue, en los centros asistenciales de estos países, donde se registraron, de forma sistemática, los primeros actos de rechazo a la atención de las personas viviendo con el VIH/SIDA (PVVS) en los albores de la epidemia.

b) El impacto de la terapia antirretroviral y la reinserción social

Los antirretrovirales (ARV) administrados en esquemas de tres o más drogas, constituyen el Tratamiento Antirretroviral de Gran Efectividad (TARGA). Las primeras experiencias se desarrollaron, dos años después de los primeros reportes científicos a nivel mundial hacia 1995. En el Perú, solo las instituciones como EsSalud y la sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía

⁹ ONUSIDA. La epidemia del VIH/SIDA, Capítulo: Estigma y discriminación. Ginebra, Informe Anual 2002, pp. 4-5

¹⁰ ONUSIDA (2002). Marco Conceptual y Base para la Acción: Estigma y Discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Campaña Mundial contra el SIDA 2002–2003. Ginebra, Informe ONUSIDA, pp 9. Consulta: 20 de mayo del 2010. <http://whqlibdoc.who.int/unaid/2002/global_report_2002_spa.pdf>

¹¹ ONUSIDA (2004). Informe sobre la epidemia mundial de sida. Cuarto informe mundial. Ginebra, 2004, pp. 10-11. Consulta: 21 de mayo del 2010. <<http://www.scribd.com/doc/11459881/informe-sobre-la-epidemia-mundial-de-sida-2004-onusida>>

Nacional tuvieron la oportunidad inicial de administrarlos a grupos reducidos de pacientes desde 1996.

Más adelante, en mayo del año 2004, el Ministerio de Salud con la ayuda de la cooperación internacional, iniciaría el gran esfuerzo de proveer tratamientos a más de 7,000 peruanos afectados con indicación médica de necesitar tales fármacos.

Luego de siete años, más de 15,000 PVVS lograron recuperar su salud, y por ende, todas sus capacidades físicas e intelectuales, iniciando el difícil proceso de reinsertarse en sus espacios sociales, laborales y/o educacionales, encontrándose, más de una vez, con problemas de potencial estigma y discriminación, planteando nuevos retos a las instituciones tutelares, tanto del Estado como de la sociedad civil que trabaja la problemática en las zonas de mayor prevalencia de la epidemia. En la actualidad, no existen políticas nacionales que favorezcan la reinserción social de las personas recuperadas gracias a los tratamientos recibidos, constituyendo una tarea a ser incluida en la agenda pública de los siguientes años.

2.1.3 Los diferentes enfoques estratégicos frente a la problemática

Desde la aparición del VIH/SIDA, y frente a los fenómenos emergentes de estigma y discriminación registrados hacia los primeros casos, constituidos mayoritariamente por hombres que tenían sexo con otros hombres, se intentaron las primeras estrategias basadas en la compasión y la solidaridad¹², especialmente desde grupos religiosos pertenecientes a diversas confesiones.

En el año 2005, ONUSIDA publica una “*Colección de Prácticas Óptimas*”¹³, donde se compilan diferentes visiones y prácticas aplicadas en el plano mundial, identificando los siguientes enfoques para las intervenciones:

- a) “*Reducción del estigma, que consisten a menudo en programas comunitarios de prevención y atención del VIH que movilizan una amplia gama de actores*”.
- b) “*Medidas contra la discriminación, enfocadas con frecuencia a iniciativas en contextos institucionales, como el lugar de trabajo y los centros sanitarios*”.
- c) “*Derechos humanos y leyes, que utilizan medios jurídicos para afrontar la discriminación contra las personas que viven con el VIH y procurar reparar el daño causado y promover sus derechos humanos*”.

a) Enfoque: Reducción del estigma

Dentro de esta visión, algunas experiencias¹⁴ apuntaron a: “*Proporcionar asistencia integrada a las personas que viven con el VIH y/o TB reforzando la*

¹² ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Reporte 2001, pp. 27. Consulta: 15 de junio del 2010. <http://whqlibdoc.who.int/unaid/2002/9291732559_spa.pdf>

¹³ ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, abril de 2005, pp. 17

¹⁴ BOSWELL D. Y BANDA I. (2002). Home and community care in Zambia: an external evaluation of the AIDS integrated programme, Catholic Diocese of Ndola. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, abril de 2005, pp. 17-20

capacidad de las familias y comunidades para cuidarlas; sensibilizar sobre las formas de prevenir y controlar el VIH, y promover el desarrollo comunitario”, estableciéndose algunos logros como la mayor participación de las familias en el cuidado de las personas afectadas, disminuyendo por tanto, la estigmatización dentro de los ámbitos más inmediatos a los portadores, pero reconociendo al mismo tiempo, no haber obtenido logros en frenar el estigma en otros ámbitos de la vida social y comunitaria.

En otras regiones, como el sudeste asiático, que se convirtió en uno de las áreas más afectadas a fines de los años 90, se practicaron intervenciones basadas en la asistencia domiciliaria dentro de las zonas con mayor concentración de pacientes¹⁵, y la participación de grupos religiosos budistas¹⁶, para contribuir con las actividades comunitarias de prevención y asistencia. En ambos casos se registraron logros, como la mayor aceptación de las familias hacia los portadores en los lugares donde se aplicaron las visitas domiciliarias, toda vez que les brindaba nuevas estrategias para facilitar su cuidado en casa; pero fue la intervención de los grupos religiosos la que obtuvo mejores resultados, al favorecer la integración de las personas afectadas dentro de los espacios rituales y sociales convocados por los monjes, que resultaron ser muy importantes en estos países, por lo que se convirtió en una suerte de “puente” hacia su integración en otros ámbitos comunitarios. Otra experiencia con una visión muy cercana también se realizó en Namibia (África), cuando la Iglesia decidió participar inicialmente de tareas referidas a la prevención¹⁷ para luego, una vez sensibilizados sus diversos estratos –entre religiosos y seculares–, se decidieran enfrentar el estigma y la discriminación contra los afectados.

Otras experiencias, en cambio, privilegiaron estrategias con mayor participación de las personas viviendo con el VIH/SIDA, como ocurrió en Bielorrusia¹⁸, estableciéndose una red de soporte a los afectados, impulsando también la participación de éstos en actividades de prevención dirigidas a la comunidad general. Entre otros logros, se consiguió que los nuevos promotores dejaran de lado sus temores y revelaran su opción sexual ante sus comunidades, lo que significó en el mediano plazo, la disminución de su estigma como portadores.

Asimismo, otras estrategias para reducir el estigma también contemplaron la participación de los ámbitos educativos, como ocurrió con la Universidad de Pretoria (Sudáfrica)¹⁹, impulsando otras líneas de acción, como la mayor sensibilización de sus futuros técnicos y especialistas, para luego proceder a su involucramiento en la problemática.

¹⁵ WILKINSON D. (2000). Una asociación exitosa – estudio de caso de contrato entre el Ministerio de Salud y Khana para el desembolso de fondos del Banco Mundial para el trabajo en VIH/SIDA en Camboya. Publicación de la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA. EE.UU. marzo del 2007, pp. 7-13

¹⁶ UNICEF. Project Using the participatory approach, young novices show their understanding of HIV/AIDS and ways to manage the crisis. In Regional Review: Buddhist Leadership Initiative. Unicef publication, Thailand, 2009, pp. 15-21.

¹⁷ BYAMUGISHA G. et al (2002). Gender, religious involvement, and HIV/AIDS prevention in Mozambique. Social Science & Medicine 61 (2005), pp.1529–1539

¹⁸ MOVIMIENTO POSITIVO. Participación de las personas que viven con el VIH en actividades de prevención del VIH, Belarús. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, abril de 2005, pp. 17-20

¹⁹ CENTRO PARA EL ESTUDIO DEL SIDA (CSA) de la Universidad de Pretoria, Sudáfrica. Proyecto: Abordar las desigualdades más generales por medio de la educación participativa. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, abril de 2005, pp. 39-41

En otras latitudes, la sensibilización de los líderes comunitarios se convertiría en una estrategia de gran impacto en las áreas con las mayores prevalencias mundiales, como la República de Zambia²⁰, cuando se trabajó la participación de líderes de las más diversas esferas y ámbitos de la comunidad organizada – *religiosos, vecinales, deportivos y otros*–, quienes impulsaron diversos proyectos de organización, donde se trabajó no solo lo referente a la prevención, sino también a la aceptación y reinserción social de las personas afectadas.

Y por último, también en Sudáfrica, se desarrollaría otra estrategia, bastante utilizada en el plano mundial, como: “La sensibilización a través de los medios masivos de comunicación”²¹, logrando un cambio medianamente significativo en la percepción de la comunidad sobre las PVVS.

b) Enfoque: Medidas contra la discriminación

En este grupo se cuentan con experiencias muy concretas, algunas de las cuales resultaron muy exitosas y pioneras, que significaron movilizar amplios sectores como los empresarios en Tailandia²², hasta mejorar la calidad de vida y el acceso a la asistencia integrada de empleados viviendo con el VIH/SIDA en una empresa piloto, como ocurrió en Brasil con la filial de Volkswagen (VW)²³, que voluntariamente emprendió un proyecto con tales fines. En ambos casos se obtuvieron la concepción y formalización de medidas contra el estigma y la discriminación, como también el reconocimiento del derecho a la asistencia médica regular por parte de los afectados.

Mención aparte merecerían los esfuerzos por mejorar la asistencia clínica en las zonas más empobrecidas, donde subsisten muchas personas portadoras con evidente deterioro de su salud, como ocurrió en la India²⁴, con un proceso de sensibilización a todos los recursos humanos del sistema de salud en las ciudades donde el proyecto se aplicó, lográndose modificar, no solo la visión atávica y estigmatizante del personal hacia los afectados, sino también mejorar la calidad de prestación de sus servicios en los siguientes meses.

c) Enfoque: Derechos humanos y leyes

En este grupo, se cuenta con experiencias que impulsaron la indemnización de las víctimas por violación de sus derechos humanos²⁵, como se trabajó en

²⁰ PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD DE ZAMBIA (ZIHP). Proyecto: Movilizar a líderes comunitarios para fomentar una mayor apertura sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad y el VIH. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, abril de 2005, pp. 42-44

²¹ FAMILIAE Psicoterapia. Sensibilización a través de los medios de comunicación. Publicación de SOUL City, 2009. Consulta: 16 de junio del 2010. <http://www.centrodepsicologia.org/_articulo423_enesp.htm>

²² COALICIÓN EMPRESARIAL TAILANDESA SOBRE EL SIDA (TBCA), Tailandia. Movilizar el sector privado para que aplique políticas no discriminatorias sobre el SIDA y promueva el conocimiento de la epidemia. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, abril de 2005, pp. 48-51

²³ VOLSKWAGEN DO BRASIL. Proyecto: Mejorar la calidad de vida de los empleados mediante el acceso a asistencia integrada y la aplicación de políticas no discriminatorias. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, abril de 2005, pp. 51-52

²⁴ MAHENDRA V., GEORGE B. Y GILBORN L. (2002). Reducing stigma by promoting PLHA-friendly hospitals. Decimocuarta Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona, julio de 2002

²⁵ ACCIÓN CIUDADANA CONTRA EL SIDA (ACCSI). Promover los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y proporcionar reparación por las violaciones de tales derechos. En Violaciones de los derechos humanos,

Venezuela, ofreciendo asesorías judiciales a los afectados, o fortaleciendo centros de asesoría accesibles como ocurrió en Namibia, hasta la creación de unidades sobre el VIH/SIDA al interior de los estudios de abogados en la India²⁶. Entre los resultados de mayor impacto, se cuentan las querellas judiciales que permitieron poner, en el tapete de la opinión pública, la problemática de las PVVS en esos países.

Sin duda alguna, un ejemplo del impacto obtenido desde esta óptica lo constituye el acceso universal a los medicamentos antirretrovirales, uno de los procesos históricos más importantes en la salud pública mundial. Desde la fabricación de los primeros fármacos hacia el año 1987, se generaron movimientos sociales en búsqueda de disminuir los altos costos iniciales de tales medicinas, más aún cuando surgieron los primeros laboratorios en países como la India, ofertando copias de tales medicamentos a costos mucho más accesibles a las poblaciones empobrecidas de los países periféricos. Un ícono de la lucha por el acceso lo constituyó Sudáfrica, al romper el cerco comercial instaurado por la gran industria farmacéutica occidental a mediados de la década de los años 90, para comprar medicamentos alternativos de menor costo, con lo cual se fortaleció una gran corriente social y política, basada en la concepción de nuevas leyes en diversos países, acorde a la visión del derecho inalienable a la salud y la vida que tienen las poblaciones afectadas.

En nuestro país, se establecieron leyes desde 1996 para proteger los derechos humanos de los afectados y de las poblaciones más vulnerables (Cuadro II), pero el acceso universal a los medicamentos se generó a partir de las 100 demandas judiciales efectuadas al Estado Peruano por parte de personas viviendo con el VIH/SIDA, lográndose los primeros resultados en el año 2001, cuando se inicia la distribución gratuita de medicamentos a los niños y niñas afectados. Poco tiempo después, en el año 2004, la ley vigente es sometida a una modificatoria para consagrar el acceso gratuito y universal a los fármacos antirretrovirales, impulsando en ese mismo año el esfuerzo nacional del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad conocido como TARGA que, a la actualidad, ha significado la supervivencia y la ostensible mejora en su calidad de vida para más de 15,000 peruanos viviendo con el VIH/SIDA²⁷.

2.1.4 La problemática dentro de la cohesión social

La epidemia por el VIH-SIDA ejerce una importante presencia en la sociedad actual, desde su aparición a fines de los años 80. Los ingentes recursos, la movilización social más grande de la historia y su indudable impacto sobre la salud pública de los pueblos, la convierten en un proceso protagónico a ser incluido en los esfuerzos referidos a la cohesión social que buscan muchos países. Según la CEPAL²⁸, la cohesión social implica *“Vincular dimensiones de la realidad que por lo general transcurren por carriles divorciados: la política social y el valor de la solidaridad difundido en la sociedad”*.

estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, abril de 2005, pp. 57-60

²⁶ UNIDAD JURÍDICA SOBRE EL SIDA. Centro de asistencia jurídica en Namibia. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, abril de 2005, pp. 63-64

²⁷ Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS/VH/SIDA. Reporte anual. Ministerio de Salud del Perú. 2009

²⁸ CEPAL. Cohesión social, Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, enero del 2007

CUADRO II

Ley o dispositivo legal	Año de emisión	Principales contenidos
Constitución Política del Perú	1993	Incluye artículos sobre el derecho de todo ciudadano a la vida y la salud, como también a ser protegido por el Estado Peruano
Ley 26626 – CONTRASIDA	1996	Orienta la Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
Ley 26842 - General de Salud	1997	En su Art. 3, establece que "Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico- quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud"
Ley 27270	1999	Ley que penaliza la discriminación en sus diferentes formas
Ley 27450	2001	Ley que exonera de impuestos a los antirretrovirales
Ley 28243	2004	Ley que amplía y modifica la Ley Nro. 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el acceso universal a los tratamientos antirretrovirales y las principales pruebas de monitoreo para las personas afectadas

En países con una rica y compleja multiculturalidad como el Perú, se podría considerar la predominancia de una cultura basada en la negación del otro, negándose también *"el vínculo social y ciudadano de reciprocidad"*. Los segmentos poblacionales discriminados no solo tendrán un acceso más limitado a la educación, el trabajo y una mejor capacidad adquisitiva, pues también se ven excluidos de la representatividad política y cultural de *"sus valores, aspiraciones y modos de vida"*. Hay que considerar también que esta constante tendencia a la negación del otro *"instala en la cultura política y en la vida cotidiana un patrón de valoración que refuerza la desigualdad y la segmentación sociales. De esta manera, la exclusión socioeconómica y la discriminación cultural se potencian mutuamente"*.

En la actualidad, las prácticas de exclusión y de discriminación contra distintos actores sociales (las mujeres, las personas en pobreza y extrema pobreza, los adultos mayores, los discapacitados, las minorías religiosas o étnicas, o con opciones diferentes a la heterosexualidad), no permiten el logro de una identidad nacional, comprometiendo el sentido de pertenencia a ella por parte de las personas y grupos marginados afectando, como corolario final, la cohesión social²⁹. Desde tal punto de partida, los procesos como el estigma y la discriminación ligados al VIH/SIDA, se convertirán en un obstáculo social y político para integrar a las personas afectadas y a sus familias al desarrollo nacional. Vencer el estigma contra los grupos más vulnerables a la epidemia, constituidos por minorías marginadas de la visión política por generaciones, como han ocurrido con las poblaciones gay, trans y lésbicas, deberá convertirse en el eje inicial y prioritario de las agendas políticas en todo el mundo.

²⁹ Ibidem

Queda la posibilidad de generar futuras políticas de integración, acogiendo a todas las poblaciones con opciones sexuales y laborales diferentes y, como cúspide del esfuerzo como nación, se espera lograr la reinserción social e integración de las PVVS ya recuperadas gracias a los tratamientos, que podrían verse en desventaja por los continuos controles médicos a los que deben acudir, y por la persistencia de una visión poco objetiva acerca de sus capacidades, supuestamente limitadas por la infección.

2.1.5 La experiencia peruana

El Perú, no ha escapado, desde su espacio como nación y sistema político, a experimentar las mismas respuestas sociales frente a la epidemia del VIH/SIDA. Autores como Marcos Cueto³⁰, ya señalaron en su visión histórica del VIH/SIDA en el Perú, la evidencia sistemática del estigma y discriminación en torno a la epidemia, profundizando otros procesos sociales como la vulnerabilidad de género en detrimento de las mujeres, situación ya señalada en otros trabajos³¹.

El estigma y la discriminación en el Perú, han sido abordados por estudios impulsados por la cooperación internacional, que recogieron la percepción de las PVVS, estableciendo que tales fenómenos fácilmente comprometían todos los espacios de interacción social y emocional que rodean a las personas afectadas –*desde sus familias, hasta las instituciones públicas y civiles de diversa índole*– como se desprende del estudio efectuado por Francisco Díez Canseco y col, cuando examinaron en la ciudad de Lima, la percepción que tienen las personas viviendo con el VIH/SIDA sobre el estigma y la discriminación en sus entornos sociales, encontrando un alto índice de experiencias vividas por parte de los afectados, donde percibieron más de una forma de discriminación en relación a las personas que interactuaban con ellos, incluyendo al propio personal de salud³².

A partir de estos hallazgos, otras investigaciones demostraron la persistencia de comportamientos discriminatorios en el ámbito de los sistemas de salud como evidenció J. Maziel Girón y col, en un estudio efectuado en cinco ciudades del país, cuando más del 17% de las PVVS entrevistadas calificaron la atención en los servicios de salud entre muy mala y regular³³. En tal panorama, cuando la atención de las PVVS implica la participación de múltiples especialidades médicas y diversos estratos profesionales, persiste la dificultad de superar temores atávicos como el resto de la comunidad. Así lo demostró Martín Foreman y col. cuando evidenciaron que más del 50% de médicos y enfermeras de países con mediana prevalencia mostraron ansiedad al momento de atender a una persona viviendo con el VIH/SIDA³⁴.

³⁰ CUETO, Marcos. Culpa y Coraje: Historias sobre las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú (2001). En Consorcio de Investigación Económica y Social – CIES. Consulta: 30 de junio del 2010
<http://cies.org.pe/publicaciones/libros/diagnostico/culpa-y-coraje>

³¹ MACASSI, Ivonne. La situación de las mujeres viviendo con el VIH en el Perú. CMP Flora Tristán. Lima 2005. Consulta: 07 de julio del 2010. <<http://es.calameo.com/read/0000682380ac7189b71ca>>

³² DIEZ CANSECO, Francisco. Estigma y Discriminación Relacionados con el VIH/SIDA en el Perú: La Mirada de las Personas Viviendo con VIH/SIDA. Proyecto Policy-USAID-Peruanos Positivos. Lima, 2007; pp 17

³³ GIRÓN, Maciel. Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. Med Exp Salud Pública 2007; 24(3): 211-17

³⁴ FOREMAN, Martín y col. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud. Organización Panamericana de la Salud, 2003. Consulta: 10 de Julio del 2010
<<http://www.scribd.com/doc/11433149/ops-comprension-y-respuesta-al-estigma-y-a-la-discriminacion-por-el-vihsida-en-el-sector-salud>>

A pesar de una creciente y activa participación multisectorial, las políticas contra el estigma y la discriminación basadas primordialmente en la existencia de dispositivos legales como la Ley 26626, no solo han resultado insuficientes y su impacto bastante limitado, trasluciendo también el nivel de respuesta formal de las instituciones, tanto desde el Estado como de la propia sociedad civil, en revertir estos fenómenos en el Perú de hoy.

2.2 CONCEPTOS Y DEFINICIONES

En el esfuerzo de establecer las definiciones y conceptos que mejor reflejen el estigma y la discriminación relacionados al VIH/SIDA pareciera existir más divergencias que consensos. La mayoría de autores consideran que este fenómeno es uno de los menos comprendidos de la epidemia y con frecuencia se usan indistintamente los términos *estigma* y *discriminación* para referirse a un mismo proceso³⁵.

El estigma y la **discriminación** incluyen una variedad de prácticas y actitudes que comprenden desde gestos, observaciones impropias y violación de la confidencialidad, hasta retraso en la atención; e implican todas las formas de interacción humana –*desde las relaciones interpersonales hasta las existentes entre grupos sociales y poblaciones enteras*– resultando muy variables de acuerdo con el contexto social y cultural en que éstas se establecen.

Al respecto, Alice Desclaux (2003)³⁶ afirma que: “*la estigmatización y discriminación son términos bastante genéricos que engloban un amplio rango de prácticas y actitudes, y que tienen tres elementos comunes: (1) establecen una distinción o diferencia; (2) que es peyorativa o desvaloriza, y (3) que está basada en una marca o estigma asociada con la enfermedad o con el riesgo de transmisión*”, conformando el núcleo de las prácticas discriminatorias.

2.2.1 El estigma

Palabra de origen griego, el estigma se relacionó con la marca física hecha con fuego o con un instrumento cortante a las personas que se consideraban inferiores o extrañas, o fuera de lo común. Actualmente no hay marcas físicas, pero el estigma prevalece y se lo vincula al grupo étnico, raza, sexo, creencias religiosas, edad y enfermedades, entre otros. Goffman (1963)³⁷ definía el estigma como un atributo que “*desprestigia considerablemente a una persona frente a los demás*”, es decir, que la convierte en indigna ante los ojos de las demás personas. Parker y Aggleton (2001)³⁸ prefieren describir al estigma como un proceso “*que varía de acuerdo con la cultura, donde surgen nuevos estigmas y otros van desapareciendo*”.

La mayor parte del estigma relacionado con la infección por el VIH/SIDA, se basa en concepciones negativas previas, pues lo vinculan con la opción o la práctica sexual. Los hombres infectados son señalados como “*homosexuales,*

³⁵ NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH OF MEXICO (2004). Mo Kexteya: Reduction of Stigma and Discrimination Related to HIV/AIDS in Mexico - Final Report of Diagnostic Phase. México: INSP. Consulta: 10 de julio del 2010. <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACF288.pdf>

³⁶ DESCLAUX, Alice. Estigmatización y discriminación: ¿Qué tiene para ofrecer un enfoque cultural? En UNESCO. VIH/SIDA y discriminación: un enfoque antropológico. Estudios e informes. Serie especial 20. Paris 2002

³⁷ GOFFMAN, Erving. Stigma: Notes of the management of Spotted identity. Nueva Jersey: Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs. EE.UU. 1963. Consulta: 20 de Julio del 2010. <<http://www.scribd.com/doc/16661891/Goffman-Erving1963-Stigma>>

³⁸ PARKER, R. & Aggleton, P. (2002). *HIV/AIDS – related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action*. New York: The Population Council Inc. EE.UU. may 2002, pp. 1-4

bisexuales o clientes de prostitutas” y las mujeres son percibidas como “promiscuas o profesionales del sexo”³⁹. Todo lo anterior convierte al estigma en un medio de “control social”, al castigar a las personas que no responden a los modelos o estereotipos sociales. Además, refuerza las desigualdades prevalentes basadas en el género, la raza, el origen étnico y en la orientación sexual, propiciando una visión dual, donde algunos grupos son menos valorizados y otros se asumen superiores.

Se puede establecer dos dimensiones en este fenómeno: “el estigma percibido y el estigma efectivo o experimentado”⁴⁰. El percibido comprende a la auto estigmatización y el miedo al estigma, y se vincula con prácticas como el ocultamiento del diagnóstico por parte de las personas afectadas, con el fin de evitar la discriminación y las posibles reacciones de los demás frente a su estado seropositivo (como es el caso de las PVVS), mientras que el estigma efectivo o experimentado comprenderían la estigmatización formulada por miembros de la comunidad que, en algunas situaciones, terminarán conduciendo a la discriminación efectiva hacia las personas afectadas.

2.2.2 La discriminación

Al igual que lo sucedido con el estigma, la discriminación relacionada con el VIH, se fundamenta en una concepción preexistente de las relaciones de desigualdad, principalmente de género, racismo, xenofobia y homofobia⁴¹. Al hablar de la discriminación, no solo implica el trato diferenciado, abarcando dos ámbitos: el formal (o legislativo) y no formal (o comunitario). Lo primero contemplará las leyes o políticas, y lo segundo se establecerá en diversos contextos sociales como los centros de trabajo, hogares y comunidades de base. Se debe recordar que el estigma y la discriminación forman parte de un circuito, toda vez que el estigma promueve las actitudes discriminatorias y, a la vez, la discriminación enfatiza el estigma, en una ecuación dinámica y variable como se muestra a continuación:



Tomado de: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. Comprensión y respuesta al estigma y discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud. Washington 2003

³⁹ RODRIGUEZ, Enrique. VIH-SIDA y discriminación en Ica: Un problema de salud pública. Consorcio de Investigación Económica y Salud (CIES). Lima, 2007. Disponible en: <http://cies.org.pe/files/DyP/DyP28.pdf>

⁴⁰ PEIXOTO, José. el estigma percibido y el estigma efectivo o experimentado. Consulta: 15- de julio del 2010. <http://www.aidscongress.net/html/pdf/382.pdf?id_comunicacao=382>

⁴¹ DE ASSIS, Rafael y col. Discriminación y VIH/SIDA 2005. Estudio Fipse sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid con la colaboración de Cruz Roja Española. Publicación de la fundación FIPSE, 2005

También se debe asumir la discriminación como una cuestión de salud pública, toda vez que se constituye en un obstáculo para la prevención en grupos con mayor vulnerabilidad a la epidemia, los cuales verán más difícil su acceso a la información y a las pruebas diagnósticas. De igual forma, esta actitud limita la detección sistemática, provoca que las personas infectadas nieguen su enfermedad y abandonen con frecuencia sus tratamientos.

En resumen, el estigma relacionado al VIH/SIDA lleva a menudo a la discriminación, lo cual constituye una violación de los derechos humanos de las personas afectadas, que podría impactar negativamente en el control de su infección y su posterior recuperación. Como lo señala Alice Desclaux (2003), *“parecería, pues, que derechos humanos y salud pública están indisolublemente entrelazados”*.

Hoy en día, el estigma y la discriminación relacionadas con el VIH/SIDA deben verse como un *“proceso histórico-social que se da en estructuras de desigualdad social, política, de exclusión, y que se relacionan con el poder, puesto que articulan dispositivos de dominación y opresión entre categorías de clase, género, etnia y edad, entre otras variables”* (Grimberg 2003)⁴². Por esta razón, no se considera al estigma y a la discriminación como barreras culturales. No hay que verlos en forma segmentada sino interrelacionados con la estructura social y económica.

A la actualidad no se han registrado esfuerzos de sistematización que permitan información objetiva sobre la evolución del estigma y la discriminación en los diversos contextos que debieron enfrentar las PVVS en los últimos tiempos. El estudio iniciado en el año 2008 denominado: *“Estigma y Discriminación Relacionados con el VIH/SIDA en el Perú: La Mirada de las Personas Viviendo con VIH/SIDA”*, con financiamiento de la institución Policy de la Agencia para el Desarrollo Interamericano (AID), se ha constituido en el primer esfuerzo por comprender este problema, desentrañando la respuesta en los diferentes espacios sociales, familiares, laborales y de la atención ofrecida por el sistema nacional de salud, confirmándose la persistencia del estigma y la discriminación en sus diversas formas y expresiones⁴³. Las evidencias que involucran al sistema público de salud como un ámbito donde persisten estas manifestaciones no adecuadas en la actualidad, parecen ser más frecuentes de lo calculado por la mirada oficial de las instituciones que trabajan la problemática⁴⁴.

2.2.3 Otros conceptos a considerar

- La Marginación

En el ámbito de las ciencias sociales, se conocerá como marginación o exclusión a toda situación social de desventaja económica, profesional, política o de estatus social, producida por la dificultad que una persona o grupo tiene para integrarse a algunos de los sistemas de funcionamiento social (integración social). La marginación puede constituir el efecto de prácticas explícitas de

⁴² GRIMBERG, Mabel. Estigmatización y discriminación social relacionada al VIH en países de América Latina: sexualidad y uso de drogas en jóvenes en contextos de precarización social urbana. En UNESCO: VIH-SIDA, estigma y discriminación: un enfoque antropológico. Estudios e informes. Serie especial 20. París, 2003

⁴³ UNAIDS. Estudio “Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA en el Perú: la mirada de las PVVS (diapositivas). Perú 2008. Consulta: 30 de julio del 2010.

<http://www.consortio.edu.pe/admin/comf_actividades/archivos/9percy_minaya.pdf>

⁴⁴ GIRÓN, Maciel. Loc. Cit.

discriminación —*que dejan efectivamente a la clase social o grupo social segregado al margen del funcionamiento social en algún aspecto*— o, más indirectamente, ser provocada por la deficiencia de los procedimientos que aseguran la integración de los actores sociales, garantizándoles la oportunidad de desarrollarse plenamente⁴⁵.

La marginación conlleva a la separación efectiva de una persona, una comunidad, o un sector de la sociedad, respecto al trato social; el proceso puede mostrar diferentes grados y mecanismos, desde la indiferencia hasta la represión y reclusión geográfica, y con frecuencia trae aparejada la desconexión territorial. Su carácter definitorio, sin embargo, no es el aspecto geográfico, sino el aislamiento social. En el ámbito de la epidemia por el VIH/SIDA, la marginación se ha expresado en los innumerables casos de rechazo o expulsión de los ámbitos educativos y laborales, experimentados por miles de personas viviendo con el VIH/SIDA (PVVS) en las últimas décadas, a instancias de las legislaciones vigentes en los diversos países⁴⁶.

La discriminación marginal es un fenómeno vinculado con la estructura social, y está asociado con rezagos que se originan en patrones históricos y el desarrollo de un territorio determinado. Sus efectos implican repercusiones de tipo cultural, social, educacional, laboral, y económico, entre otras. Tal es el caso de las miles de PVVS que ven postergadas sus posibilidades de reinserción social, una vez que logran su recuperación.

- La segregación

El término *segregar* alude al acto de apartar o separar a alguien de algo o una cosa de otra⁴⁷. En tal sentido, la segregación implica toda acción que separa, excluye y aparta a grupos tales como: las minorías raciales y religiosas, las mujeres, las personas con opciones sexuales diferentes (gays, trans y lesbianas) y las personas con incapacidades, entre otros, del resto de la población humana, en base principalmente a planteamientos de tipo racial, sexual, religioso o de salud —*como las PVVS y los discapacitados*—.

La segregación se produce en diversas instancias de la vida diaria: desde el acceso a los recursos básicos (propiedad privada, trabajo, sanidad, educación, representación y sufragio político), hasta la separación de barrios residenciales en las ciudades con la consiguiente conformación de islas urbanas o "guetos", especialmente cuando las diferencias son de orden económico, de clases sociales, raza o nivel educativo.

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁴⁸, este término comprende los actos inhumanos cometidos para instituir o mantener la dominación de un grupo racial sobre cualquier otro grupo considerado como diferente, a fin de oprimirlo sistemáticamente, tales como:

- *“Negar a uno o más miembros de uno o más grupos raciales el derecho a la vida y a la libertad de la persona (asesinar a sus miembros; atentar contra su integridad física o mental, o contra su libertad; someterlos a torturas o a*

⁴⁵ FABRE, Miguel Marco. Consideraciones en torno al concepto de exclusión social. Acciones e investigaciones sociales, ISSN 1132-192X, N° 11, 2000

⁴⁶ Como la ley 26626 (CONTRASIDA) y la ley 27270 en sus artículos 127, 128 y 323 del Código Penal

⁴⁷ DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Vigésima Segunda Edición, 2010.

⁴⁸ ONU. Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1963 [resolución 1904 (XVIII)]

penas y tratos crueles, inhumanos o degradantes; detener arbitrariamente y encarcelar ilegalmente a sus miembros)”;

- *“Imponer deliberadamente a uno o más grupos raciales condiciones de vida destinadas a acarrear su destrucción física total o parcial”;*
- *“Tomar medidas destinadas a impedir a uno o a más grupos raciales su participación en la vida política, social, económica y cultural del país y crear deliberadamente condiciones que impidan el pleno desarrollo de esos grupos (denegando a sus miembros las libertades fundamentales del ser humano, entre ellas el derecho al trabajo, el derecho a formar sindicatos reconocidos, el derecho a la educación, el derecho a salir de su país y a regresar al mismo, el derecho a una nacionalidad, el derecho a la libertad de circulación y de residencia, el derecho a la libertad de opinión y de expresión y el derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas)”;*
- *“Tomar medidas destinadas a dividir a la población según criterios raciales, creando reservas y guetos separados para los miembros de uno o más grupos raciales; prohibiendo los matrimonios mixtos entre miembros de diferentes grupos raciales y expropiando los bienes raíces pertenecientes a uno o más grupos raciales o a miembros de esos grupos”;*
- *“Explotar el trabajo de los miembros de uno o más grupos raciales, en particular sometiéndolos a trabajo forzado”;*
- *“Perseguir a organizaciones o a personas que se oponen al apartheid⁴⁹, privándolas de las libertades y derechos fundamentales”.*

- El prejuicio

El prejuicio (del Lat. *praejudicium* = juzgado de antemano) es, como lo dice su nombre, el proceso de "pre-juzgar" algo. En general implica llegar a un juicio sobre el objeto antes de determinar la preponderancia de la evidencia, o la formación de un juicio sin experiencia directa o real⁵⁰.

El prejuicio surge por conveniencia, para discriminar, descartar o dominar a otras personas o, por el contrario, privilegiarlas o aceptarlas con criterios subjetivos y escasamente válidos. Comúnmente es una actitud hostil o menos favorable hacia una persona que pertenece a determinados grupos, simplemente por el hecho de pertenecer a tales, en la presunción de que posee las cualidades negativas o positivas atribuidas a los mismos. La opinión se produce respecto del grupo perjudicado y después incorpora al individuo.

El prejuicio es una evaluación preexistente de las personas: *“una idea preconcebida que se tiene sobre los otros”*⁵¹. Un ejemplo recurrente de este fenómeno es el prejuicio en torno a las minorías sexuales, como los hombres que tienen sexo con hombres *–en sus más diversas manifestaciones–* o a

⁴⁹ Este término deviene de un vocablo del *Afrikaans*, variante sudafricana del holandés, y significa separación. Apareció oficialmente en Sudáfrica en 1944 y sirvió para nominar la política de segregación racial y de organización territorial aplicada de forma sistemática en África del Sur, como estado multirracial hasta 1990. En GLOSARIO, Historia de las Relaciones Internacionales durante el siglo XX. En <http://www.historiasiglo20.org/GLOS/apartheid.htm>. Última revisión: 10 de mayo del 2011

⁵⁰ DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA Op. Cit. pp 211

⁵¹ La Prensa.hn internacionales. Entre el prejuicio y el rechazo. Consulta: 28 de agosto del 2009. <<http://www.laprensa.hn>>

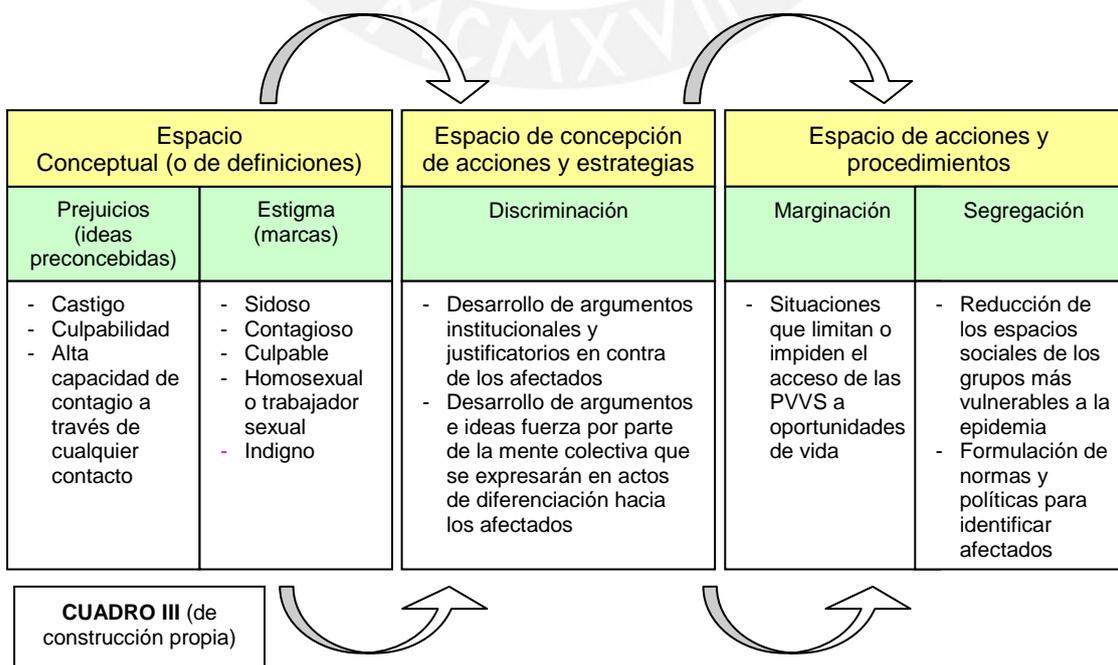
quienes representan opciones laborales consideradas como “no aceptables” por el grueso de la comunidad, constituyendo las trabajadoras del sexo el ejemplo más representativo. En este panorama, suele establecerse una visión enajenada en torno a la “dignidad y honestidad” que rodea a tales grupos, privándolos de toda posibilidad de aceptación o reinserción dentro de la comunidad, e impulsando los otros aspectos inherentes como el estigma, la discriminación y la segregación.

El prejuicio es *funcional* y se agudiza por el ambiente o medio social: el racismo, la homofobia, los puntos de vista políticos, religiosos o espirituales, que firmemente sostenidos surgen ante un enemigo potencial como posición defensiva que puede salvar la vida del individuo o grupo prejuicioso. En particular, la epidemia del VIH/SIDA, al igual que otros problemas de salud que afectaron a la humanidad en épocas pasadas –*recordemos lo que significó la peste bubónica o “peste negra”, la sífilis y la fiebre amarilla entre otras más*–, animaron la aparición de ideas apocalípticas con relación a la supervivencia de nuestra especie y el peligro de un desastre de proporciones globales.

En los primeros años de la epidemia, el impacto inicial de ésta sobre determinados grupos que resultaron ser más vulnerables a la infección, como los hombres que tienen sexo con hombres, multiplicaron los prejuicios ya existentes en contra de las minorías sexuales, como también a todo lo relacionado con la práctica de una sexualidad más libre. Es de dramática recordación, las ideas prevalentes en torno a la responsabilidad culposa de quienes se infectaron, y de su estrecha relación con sus estilos de vida.

2.2.4 Interacciones y dimensiones sociales

Los diferentes conceptos revisados podrían configurar diversos espacios en los cuales éstos se movilizan. Desde el momento de su construcción conceptual y filosófica, pasando por la concepción de posibles estrategias, hasta el desarrollo y ejecución de acciones que reflejarán la visión de quienes se han impregnado de conceptos y definiciones que consideran como válidas, conducirán a las actitudes prevalentes en torno al VIH/SIDA, que podrían resumirse en el siguiente cuadro:



2.2.5 Las definiciones operacionales

Luego de lo revisado en el marco teórico, y con miras a la construcción de los instrumentos de investigación se establecieron las siguientes definiciones en términos operacionales:

Variable	Definición
Condiciones inherentes al perfil de las PVVS	Comprenderá los aspectos psicológicos, sociales, económicos, culturales y de práctica sexual que caracterizan a las PVVS
Estrategias del proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS" que fueron aceptadas por los destinatarios	Se refiere al grado de aceptación, por parte de los destinatarios, de una o más de las estrategias que fueron propuestas por el proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS" para enfrentar el estigma y la discriminación
Estrategias del proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS" que fueron aplicadas por los destinatarios	Se refiere al grado de aplicación, por parte de las PVVS, de una o más de las estrategias que fueron propuestas por el proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS" para enfrentar el estigma y la discriminación
El impacto obtenido en la participación de las familias	Comprende el grado de involucramiento y el tipo de participación por parte de los miembros de las familias de las PVVS en relación al estigma y discriminación
Estrategias del proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS" que lograron impacto entre los destinatarios	Comprenderá las respuestas ejercidas por las PVVS contra experiencias vividas de discriminación, o respuestas potenciales y meditadas contra futuras situaciones también en relación a la discriminación
Propuestas desarrolladas por los participantes para fortalecer las capacidades de las PVVS en contra del estigma y la discriminación	Comprenderán todas las sugerencias y propuestas efectuadas por los participantes y sus familias con miras a nuevas intervenciones.

3 METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

El trabajo se enmarcó dentro de la investigación cualitativa, que comprendió herramientas como la entrevista individual a profundidad y la encuesta grupal, recurriendo a muestreos significativos que abarcaron las condiciones sociales y culturales más relevantes para los objetivos del estudio, y que incluyeron otras condicionantes para sufrir discriminación, como el nivel económico, la edad, el género y la opción sexual, o que influyeran en su capacidad de enfrentar situaciones de discriminación, como el nivel educativo, consumo de drogas y la situación de su entorno familiar.

La investigación se desarrolló en la Provincia Constitucional del Callao, y los pacientes fueron seleccionados desde los dos hospitales de referencia de la jurisdicción (Hospital Daniel A. Carrión y Hospital San José). Las entrevistas fueron efectuadas por el propio investigador y dos encuestadores de campo, que fueron reclutados entre los promotores educadores de pares en los hospitales a intervenir, considerándose como única condición que no hubiesen participado de las actividades del Proyecto a evaluar.

La metodología propuesta permitió:

- a) Caracterizar otros procesos inherentes a las personas, como su autoestima y la participación de sus espacios inmediatos, y que no tuvieron relevancia en el desarrollo del programa investigado.
- b) Identificar nuevas formas de abordaje que permitan, a su vez, el desarrollo de estrategias personales y grupales para enfrentar el estigma y la discriminación.
- c) Responder a las interrogantes planteadas desde nuestra hipótesis general, hasta las correspondientes a la investigación, al buscar las respuestas desde los propios individuos y sus espacios sociales más inmediatos, sumando las experiencias identificadas en diversas latitudes.

3.2 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES E INDICADORES

Variable	Indicadores
Condiciones inherentes al perfil de las PVVS	Edad
	Sexo
	Grado de instrucción
	Nivel social y/o económico
	Opción o práctica sexual
	Antecedente de trabajo sexual
	Antecedente de consumo de alcohol o estupefacientes
	Tiempo de diagnóstico como portador del VIH/SIDA
	Tipo de convivencia con el grupo familiar
	Nº de familias informadas sobre su condición de PVVS
	Porcentaje de experiencia en activismo social
	Nivel de conocimiento sobre lo que significa el estigma y/o la

	discriminación en relación a su condición como PVVS
	Nº de experiencias vividas por estigma y/o discriminación en su condición de PVVS antes de participar del proyecto
	Nº de experiencias vividas de estigma y/o discriminación por otras condiciones diferentes a ser PVVS
	Nivel de autoestima percibido por las propias PVVS
Estrategias del proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS" que fueron aceptadas por los destinatarios	Porcentaje de destinatarios que muestran aceptación de la estrategia "Conocimiento de las leyes vigentes"
	Porcentaje de destinatarios que muestran aceptación de la estrategia "Formulación de sus denuncias"
	Porcentaje de destinatarios que muestran aceptación de la estrategia "Acceso a una red de soporte"
Estrategias del proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS" que fueron aplicadas por los destinatarios	Porcentaje de destinatarios que aplicaron la estrategia "Conocimiento de las leyes vigentes" frente a situaciones de estigma y/o discriminación
	Porcentaje de destinatarios que aplicaron la estrategia "Formulación de sus denuncias" frente a situaciones de estigma y/o discriminación
	Porcentaje de destinatarios que aplicaron la estrategia "Acceso a una red de soporte" frente a situaciones de estigma y/o discriminación
Estrategias del proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS" que lograron impacto entre los destinatarios	Nivel de cambio en la actitud de las PVVS para enfrentar el estigma y la discriminación
	Nº de denuncias en relación al estigma y/o discriminación formuladas por las PVVS ante instituciones públicas y/o de la sociedad civil
	Tipo de respuestas ejercidas por las PVVS contra experiencias vividas de estigma y discriminación
	Tipo de respuestas potenciales o meditadas por las PVVS contra potenciales experiencias de estigma y discriminación
	Tipo de respuestas solidarias a favor de otras PVVS contra actos de estigma y/o discriminación
El impacto obtenido en la participación de las familias	Nº de miembros del grupo familiar que participan de la problemática del afectado
	Porcentaje de involucramiento en relación a la situación del afectado
	Tipo de soporte o ayuda que brinda el grupo familiar al afectado
	Nivel de convencimiento sobre posibilidad de luchar contra la discriminación
	Nº de experiencias vividas en relación a situaciones de estigma y/o discriminación como familiar de PVVS
	Nivel de aceptación del Proyecto por parte de los grupos familiares que participaron del Proyecto
Propuestas desarrolladas por los participantes para fortalecer las capacidades de las PVVS en contra del estigma y la	Requisitos mínimos para el desarrollo de actividades destinadas al fortalecimiento de las capacidades de las PVVS para enfrentar el estigma y/o la discriminación
	Metodologías apropiadas para el abordaje de las PVVS para fortalecer sus capacidades contra el estigma y la discriminación
	Temas básicos que deben contener las actividades destinadas a las PVVS para fortalecer sus capacidades contra el estigma y la discriminación

discriminación	Nivel de participación de las PVVS en el diseño y ejecución de proyectos destinados a fortalecer sus capacidades entorno al estigma y la discriminación
----------------	---

3.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS, FUENTES Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Variables	Indicadores	Unidad de análisis	Fuente	Técnicas de investigación
Condiciones inherentes al perfil de las PVVS	Edad	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Sexo	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Grado de instrucción	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Nivel social y/o económico	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Opción o práctica sexual	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Antecedente de trabajo sexual	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Antecedente de consumo de alcohol o estupefacientes	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
Condiciones inherentes al perfil de las PVVS	Tiempo de diagnóstico como portador del VIH/SIDA	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Tipo de convivencia con el grupo familiar	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Nº de familiares informados sobre su condición de PVVS	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Porcentaje de experiencia en activismo social	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Nivel de conocimiento sobre lo que significa el estigma y/o la discriminación en relación a su condición como PVVS	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Nº de experiencias vividas por estigma y/o discriminación en su condición de	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual

	PVVS antes de participar del proyecto			
	Nº de experiencias vividas de estigma y/o discriminación por otras condiciones diferentes a ser PVVS	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
	Nivel de autoestima percibido por las propias PVVS	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
Estrategias del proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS" que fueron aceptadas por los destinatarios	Porcentaje de aceptación de la estrategia "Conocimiento de las leyes vigentes"	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
	Porcentaje de aceptación de la estrategia "Formulación de sus denuncias"	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
	Porcentaje de aceptación de la estrategia "Acceso a una red de soporte"	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
Estrategias del proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de las PVVS" que fueron aplicadas por los destinatarios	Porcentaje de aplicación de la estrategia "Conocimiento de las leyes vigentes" frente a situaciones de estigma y/o discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
	Porcentaje de aplicación de la estrategia "Formulación de sus denuncias" frente a situaciones de estigma y/o discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
	Porcentaje de aplicación de la estrategia "Acceso a una red de soporte" frente a situaciones de estigma y/o discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
Estrategias del proyecto "Fortalecimiento de las capacidades de	Nivel de cambio en la actitud de las PVVS para enfrentar el estigma y la discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada

las PVVS” que lograron impacto entre los destinatarios	Nº de denuncias en relación al estigma y/o discriminación formuladas por las PVVS ante instituciones públicas y/o de la sociedad civil	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
	Tipo de respuestas ejercidas por las PVVS contra experiencias vividas de estigma y discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
	Tipo de respuestas potenciales o meditadas por las PVVS contra potenciales experiencias de estigma y discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
	Tipo de respuestas solidarias a favor de otras PVVS contra actos de estigma y/o discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
El impacto obtenido en la participación de las familias	Nº de miembros del grupo familiar que participan de la problemática del afectado	Familias de las PVVS	Familias de las PVVS	Entrevista semiestructurada grupal
	Porcentaje de involucramiento en relación a la situación del afectado	Familias de las PVVS	Familias de las PVVS	Entrevista semiestructurada grupal
	Tipo de soporte o ayuda que brinda el grupo familiar al afectado	Familias de las PVVS	Familias de las PVVS	Entrevista semiestructurada grupal
	Nivel de convencimiento sobre posibilidad de luchar contra la discriminación	Familias de las PVVS	Familias de las PVVS	Entrevista semiestructurada grupal
	Nº de experiencias vividas en relación a situaciones de estigma y/o discriminación como familiar de PVVS	Familias de las PVVS	Familias de las PVVS	Entrevista semiestructurada grupal
	Nivel de aceptación del Proyecto por parte de los grupos familiares que participaron del Proyecto	Familias de las PVVS	Familias de las PVVS	Entrevista semiestructurada grupal

Propuestas desarrolladas por los participantes para fortalecer las capacidades de las PVVS en contra del estigma y la discriminación	Requisitos mínimos para el desarrollo de actividades destinadas al fortalecimiento de las capacidades de las PVVS para enfrentar el estigma y/o la discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
	Metodologías apropiadas para el abordaje de las PVVS para fortalecer sus capacidades contra el estigma y la discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
	Temas básicos que deben contener las actividades destinadas a las PVVS para fortalecer sus capacidades contra el estigma y la discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada
	Nivel de participación de las PVVS en el diseño y ejecución de proyectos destinados a fortalecer sus capacidades entorno al estigma y la discriminación	PVVS	PVVS	Entrevista semiestructurada individual
				Entrevista grupal semiestructurada

3.4 DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA DE TRABAJO

La muestra fue de tipo significativa y se desprendió de un universo calculado en 200 PVVS que participaron de una o más actividades presénciales, como los talleres participativos que constituyeron el principal eje funcional del Proyecto.

El muestreo se basó en métodos no probabilísticos y, considerando ciertas características que potencialmente podrían modificar el impacto del estigma y la discriminación –*como el género, condición socio económica y la opción sexual, entre otros*– se propuso un muestreo por CUOTAS, estratificando a la población por tales características, inherentes a los diferentes subgrupos poblacionales que componen el universo que nos interesa.

En cada uno de los grupos señalados, se consideró una cuota significativa de los sectores sociales y económicos C, D y E, acorde a la clasificación vigente por el Ministerio de Economía en el Perú y que vienen trabajando las oficinas de Servicio Social de los hospitales. En total se trabajaron 45 encuestas con las PVVS que aceptaron voluntariamente participar del estudio.

Por otra parte, se accedió a una muestra de 15 grupos familiares –*que se calculó sobre la experiencia de las asistentes sociales para abordar a las familias, con un margen máximo de 30% sobre el total de PVVS encuestadas*–,

así como a los dos grupos de autoayuda hospitalarios vigentes en el Callao. Se aplicó una encuesta por cada grupo familiar o comunitario, significando un total de 15 encuestas grupales trabajadas con las familias y 2 encuestas aplicadas a los grupos de ayuda mutua que aceptaron su participación.

3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Instrumento	Población destinataria
Encuesta semiestructurada para entrevista personal	PVVS
Encuesta semiestructurada para entrevista grupal con las familias	Grupos familiares de PVVS
Guía de conducción para entrevista con los Grupos de Ayuda Mutua (G.A.M.)	Grupos de ayuda mutua de PVVS

De los instrumentos generados para la investigación, las encuestas semiestructuradas fueron sometidas a un proceso de validación por personas convocadas por el investigador que, acorde a su perfil –*como PVVS o familiar*–, validaron los cuestionarios, permitiendo contar con respuestas cerradas para algunas preguntas y manteniendo las opciones abiertas en otros casos. Una vez obtenidos los resultados, se consideró agrupar las opciones, cuando fueran múltiples en grupos de respuestas análogas y de contenidos comparables para su mejor sistematización. En tanto que la guía de conducción fue consultada con líderes de los G.A.M. a ser trabajados, para recibir los aportes necesarios y confeccionar el instrumento final.

4 RESULTADOS Y ANÁLISIS

La información obtenida de los instrumentos de recopilación ha resultado vasta y nutrida, por lo que ésta se nucleó alrededor de los hallazgos más relevantes que permitieran el análisis necesario en concordancia con los objetivos planteados. Los resultados cuantificados de las diferentes variables pueden verse en la sección de Anexos, para complementar cualquier información que resulte necesaria.

4.1 SOBRE EL PERFIL DE LAS PVVS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

a) Sus características personales

Entre las primeras preguntas de investigación que se formularon, se consideró que el proyecto evaluado no habría contemplado las múltiples condicionantes culturales, psicológicas y sociales que rodean a las personas que participaron, incluyendo su edad, sexo, situación social y económica, opción sexual y otros de potencial relevancia.

Por tales razones se consideró, para el diseño definitivo del estudio, la inclusión de una cuota significativa de 45 personas afectadas sobre un universo calculado en 200 PVVS que participaron de las actividades presenciales del Proyecto evaluado,

El muestreo se basó en métodos no probabilísticos y, considerando ciertas características que potencialmente podrían modificar el impacto del estigma y la discriminación –*como la edad, el género, condición socio económica y la opción sexual, entre otros*– se propuso un muestreo por CUOTAS, estratificando a la población por tales características, inherentes a los diferentes subgrupos poblacionales que componen el universo que nos interesa, especialmente en lo referente a su opción sexual –*heterosexual y homosexual, sea trans o gay*–

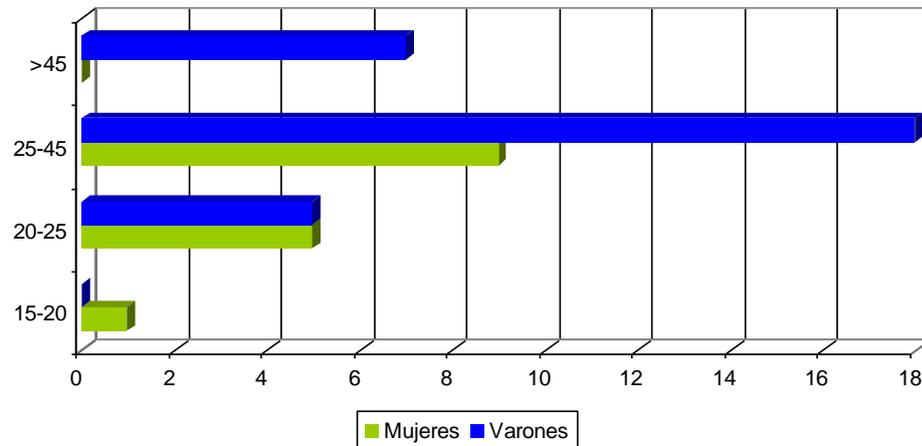
La segmentación por grupos etarios se efectuó acorde a los lineamientos del Modelo de Atención Integral propugnado por el Ministerio de Salud⁵², y de los resultados correspondientes se verifica una mayor presencia de participantes entre los 25 y 45 años de edad (60%) apreciado en el Gráfico 1, coincidente con la etapa de vida que registra la mayor actividad sexual según las encuestas de Demografía y Salud efectuadas en el país⁵³, que confirma las tendencias bastante conocidas en torno a la etapas de la vida con mayor vulnerabilidad para contraer infecciones de transmisión sexual.

Asimismo, se verificó un importante predominio de los varones (67%), todos dentro de alguna orientación HSH (con cifras pareadas entre los grupos gay y trans), en tanto que todas las mujeres se declararon heterosexuales (Gráfico 2). Para el estudio no fue posible lograr la participación de hombres heterosexuales, pues la mayoría de los mismos no suelen participar de las actividades comunitarias, como tampoco en los procesos de investigación.

⁵² El Modelo de Atención Integral (MAIS) fue impulsado desde el año 2001 y su propuesta se basó en la necesidad de disminuir los riesgos y los daños acorde a la edad y sexo de las personas, estableciéndose grupos etarios para los cuales se diseñaron paquetes de atención que incluirían la información y sensibilización en torno a los principales riesgos que se ciernen en función de su etapa de vida. Consulta: 02 de agosto del 2010. <<http://www.minsa.gob.pe>>

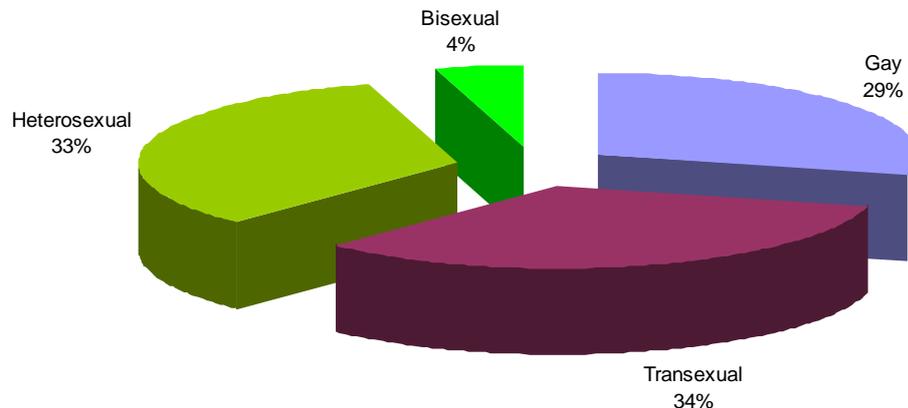
⁵³ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Encuesta de Demografía y Salud – ENDES. Perú. 2008. Consulta: 02 de agosto del 2010. <<http://desa.inei.gob.pe/endes/caractendes.asp>>

Gráfico 1: Distribución por sexo y edad



En general, el grupo participante constituyó una muestra representativa de los sectores con mayor vulnerabilidad biológica y social –*población HSH y mujeres*– acorde a los últimos reportes epidemiológicos, tanto del plano nacional⁵⁴ como mundial⁵⁵.

Gráfico 2: Opción sexual



Con relación a los aspectos sociales y económicos, cerca de la mitad de los entrevistados contaron con secundaria (49%) y la tercera parte con primaria (31%), que reflejarían los niveles de escolaridad obtenidos en las ciudades más pobladas del país en los últimos años⁵⁶. Por otra parte, se identificó una mayoría en el nivel económico D de pobreza (64%) y solo una minoría en el nivel E de extrema pobreza (9%), que representan los segmentos que suelen acudir al sistema público de salud (Gráfico 3), constituyéndose en un reflejo

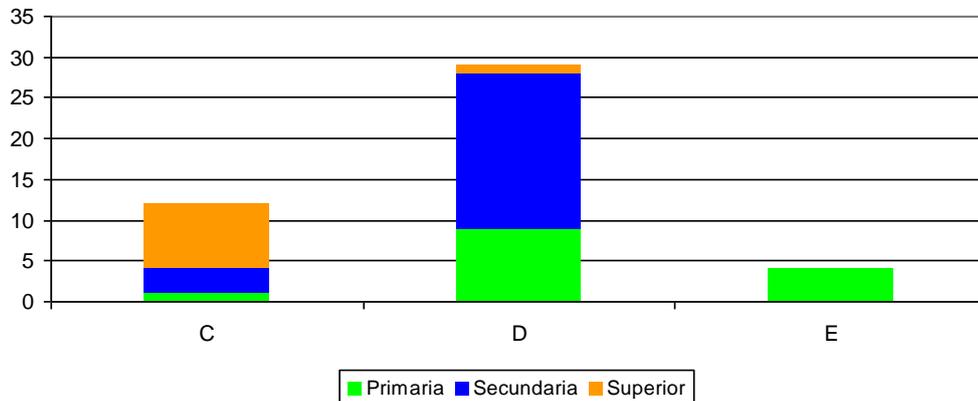
⁵⁴ OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA – OGE. Reporte estadístico de la infección por VIH-SIDA. Junio del 2010. Consulta: 30 de julio del 2010. <<http://www.oge.gob.pe>>

⁵⁵ PROGRAMA DE CONTROL DEL SIDA DE LAS NN.UU. – ONUSIDA. El SIDA en cifras. Reporte Anual. Ginebra 2009.

⁵⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – INEI. Censo X Población y V Vivienda 2005. Consulta: 02 de setiembre del 2010. <<http://www.inei.gob.pe>>

social de la distribución de la pobreza en el país⁵⁷, incrementando la vulnerabilidad de estas poblaciones frente a los riesgos de una potencial infección transmitida sexualmente, por la presencia de factores asociados como el escaso acceso a la información y la inequidad de género, muy frecuentes en estos estratos sociales⁵⁸.

Gráfico 3: Distribución por grado de instrucción y nivel económico



Abordando los antecedentes que implicaron situaciones o condiciones de mayor riesgo para infectarse de VIH, el 24% admitió dedicarse al trabajo sexual y el 40% al consumo de drogas de manera regular (Gráficos 4 y 5). Pero al segmentar a las poblaciones, se encontró que el grupo trans ejerce, en su mayoría, el trabajo sexual (60%) y muestra los índices más elevados de consumo de drogas y alcohol (hasta el 80%), seguidos de la población gay (46%), lo que incrementa su marginalidad y mayor vulnerabilidad a procesos de estigma y discriminación, corroborando los diferentes planteamientos formulados por los estudiosos de estos procesos⁵⁹, que relacionan el estado de marginación social en el cual estas poblaciones suelen vivir, y de cómo esta forma de vida al “*margen*” de la sociedad conlleva un menor nivel de información, baja autoestima, búsqueda de afecto en múltiples parejas y escaso acceso a los sistemas de salud en los lugares donde viven.

Asimismo, la mayor vulnerabilidad de estas poblaciones se refleja en el impacto epidemiológico sufrido por las mismas en los últimos 15 años a nivel mundial. El Perú atraviesa, en la actualidad, por una fase denominada como “*Epidemia Concentrada*”⁶⁰, que conlleva a una mayor prevalencia en poblaciones identificadas como “las más vulnerables” al contagio, que incluyen a los hombres que tienen sexo con otros hombres.

⁵⁷ PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO – PNUD. Informe del Índice de Desarrollo Humano. Perú, 2007

⁵⁸ SOLEDAD JARQUÍN, Edgar. La pobreza como factor de riesgo para el VIH/Sida. CimaNoticias, Publicado el viernes 5 de agosto del 2005. En <<http://www.cimacnoticias.com/noticias/05ago/05080510.html>>. Consulta: 03 de setiembre del 2010.

⁵⁹ DESCLAUX, Alice; GRINBERG, Mabel; REYNAUT, Claude; VIDAL, Laurent; ONATARRA, Fautamata; MICOLLIER, Evelyne. Estigma y Discriminación por el VIH/SIDA: un enfoque antropológico. Actas de la mesa redonda celebrada el 29 de noviembre de 2002 en la sede de la UNESCO en París. Estudios e Informes, Serie Especial, Número 20 División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural. UNESCO, 2003

⁶⁰ OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA – OGE. Reporte de la Vigilancia Centinela en VIH/SIDA. Reporte 2006, Ministerio de Salud. Consulta: 02 de junio del 2010. <<http://www.oge.gob.pe>>

Gráfico 4: ¿Es o ha sido trabajador(a) sexual?

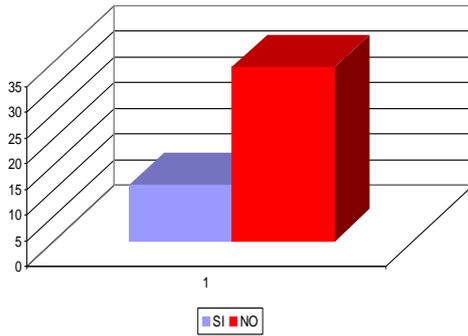
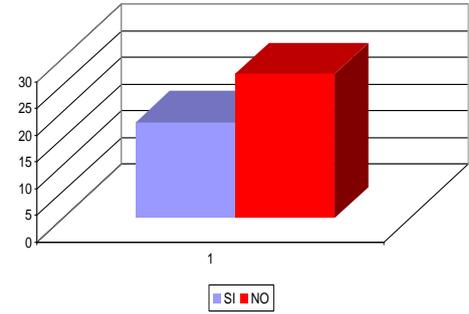
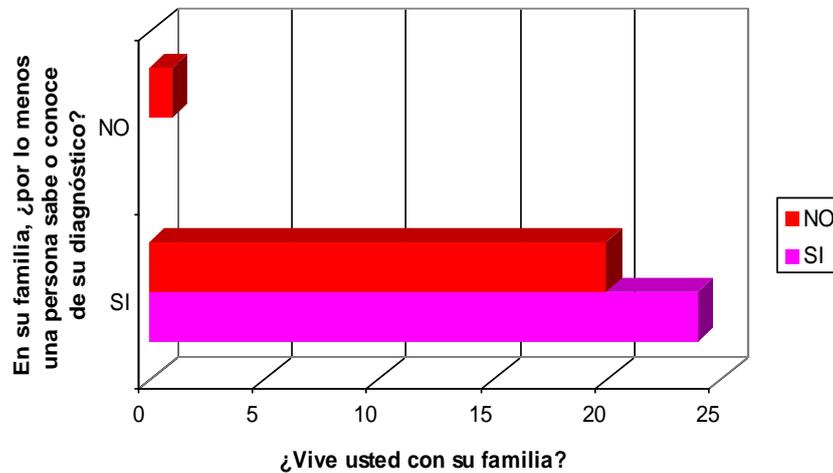


Gráfico 5: ¿Tiene o ha tenido problemas de drogación o alcoholismo?



Otros antecedentes en general, revelan que el 78% de los entrevistados cuenta con una experiencia entre 5 y 10 años con su diagnóstico, de los cuales el 53% vive con su familia que, en la casi totalidad de los casos (96%), conoce del problema (Gráfico 6). Si se considera que el proyecto se ejecutó hace cerca de cinco años, encontramos una población con una experiencia ganada en torno al hecho de vivir con un diagnóstico, y por cierto, la posibilidad de que la familia también conozca su realidad es, definitivamente, mayor. La convivencia con el grupo familiar, a pesar de tratarse de población adulta en edad económicamente activa, puede reflejar la situación de muchos individuos gay o trans que mantienen un fuerte vínculo con sus familias, especialmente con sus padres, situación frecuente en los países latinoamericanos⁶¹.

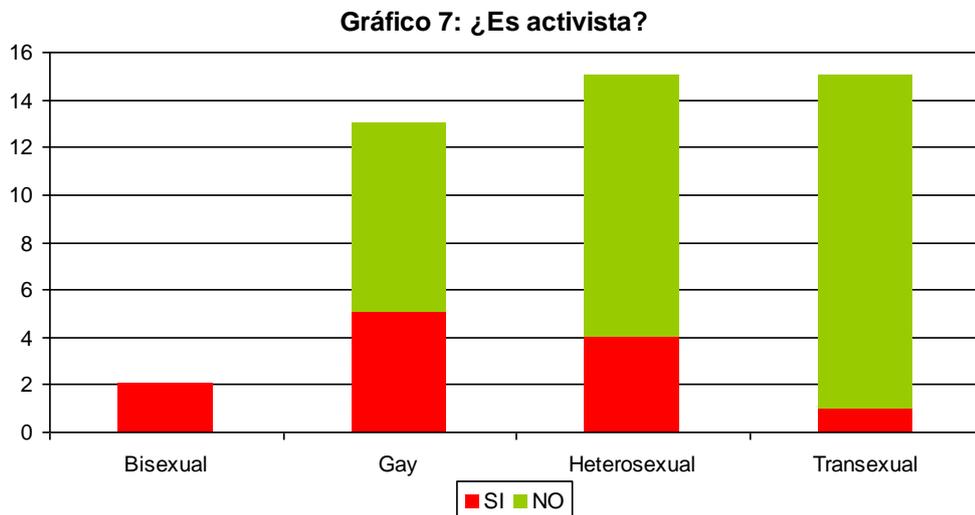
Gráfico 6: Relación con su familia



En relación a su experiencia en el activismo, solo un 24% dijo haber desarrollado actividades en tal sentido, pero recurriendo al análisis bivariado (Gráfico 7), más de la tercera parte (32%) de los entrevistados que admitieron ser gay, también contaban con experiencia en el activismo, lo que traduce los orígenes de este proceso en la epidemia del VIH/SIDA, a partir de las organizaciones comunitarias por los derechos de las minorías sexuales, que se iniciaron en la década de los años 70, especialmente en Europa y los

⁶¹ BARRETO, Idaly at el. Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB. Diversitas Vol. 6, N° 1. Bogotá, Colombia. Jan/Jun 2010

Estados Unidos de Norteamérica⁶². Por cierto, el nivel de información y de interpretación desde la experiencia y perspectiva de un activista, podría resultar diferente al resto de sus pares, en cuanto a información recibida y formas de analizarla, acorde a su visión política y de liderazgo, o como sostienen algunos estudiosos: acorde a su identidad social y política como seropositivo⁶³, que se analizará más adelante cuando se evalúe el proceso de las actividades desarrolladas.



En líneas generales, la población incluida en el Proyecto evaluado, de la cual se obtuvo la participación de un grupo significativo para el estudio, ha mostrado un mosaico de características sociales, económicas, culturales y sexuales que suman una complejidad individual y colectiva que refleja, no solo a las minorías sexuales o en condiciones de marginalidad social, sino también a importantes sectores de nuestra sociedad que representan problemas no resueltos en torno al género, en detrimento de millones de mujeres, especialmente de los sectores sociales más desfavorecidos, alrededor de los cordones de la pobreza en las grandes ciudades, donde las epidemias por las infecciones de transmisión sexual suelen diseminarse con más facilidad.

Desde tal visión, muchos de los proyectos sociales destinados a fortalecer las capacidades de los afectados para enfrentar la problemática del VIH/SIDA, no contemplaron todo el bagaje personal que conllevan los individuos que convocan, brindándoles herramientas y estrategias “estandarizadas”, sin considerar muchos de los factores que les rodean y que podrían limitar el impacto esperado a partir de tales esfuerzos. Se debe recalcar que no se han ubicado fuentes bibliográficas que contengan evaluaciones similares al presente estudio.

⁶² STOCKDILL, Brett C.. *Activismo contra el SIDA en las intersecciones de la sexualidad, la raza, Gender, and Class*. Género y Clase. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers, Inc. Boulder, CO: Lynne Rienner Editores, Inc. 2003

⁶³ TERTO, Veriano. La seropositividad al VIH como identidad social y política en Brasil. Presentación oral del autor en el Seminario Especial "La Epidemia de SIDA: Prioridades de la Agenda Social y Política" organizado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública, Maestría en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva en la ciudad de Lima los días 28 y 29 de noviembre de 2002. Consulta: 27 de setiembre del 2010. <<http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1>>

b) Sobre sus conceptos y experiencias en torno a la discriminación

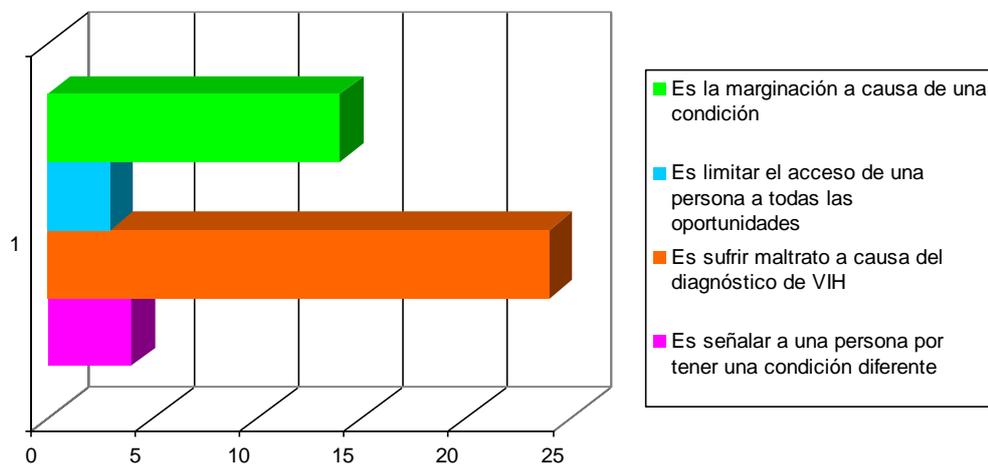
El conocimiento sobre lo que significan los diferentes términos, en especial, el concepto de discriminación que, por ser el más usado en las actividades dirigidas a las poblaciones afectadas, se incluyó como una variable a ser examinada, a fin de compararla con las experiencias vividas o por enfrentar, reflejando, no solo el impacto ejercido por el Proyecto, sino también lo obtenido de otras experiencias.

Entre los resultados logrados, la definición “*sufrir maltrato a causa del diagnóstico*” para referirse a la discriminación, constituyó la más frecuente (53%) entre los entrevistados, seguida de “*la marginación a causa de una condición*” (31%), como puede verse en el gráfico 6.

La gran mayoría (89%) experimentó algún tipo de discriminación por su condición de portador(a) del VIH y, de éstos, el 63% enfrentó esta experiencia en más de una oportunidad, reflejando una realidad actual no resuelta a pesar de los sucesivos esfuerzos por enfrentar estos fenómenos. La frustración fue la “reacción” más frecuente entre quienes sufrieron una discriminación (55%), seguida de la indignación (35%). Posteriormente, la mitad (50%) se limitó a buscar refugio o consuelo con amigos y familiares, mientras que una minoría optó por enfrentar a los discriminadores (18%), o denunciar el hecho (18%).

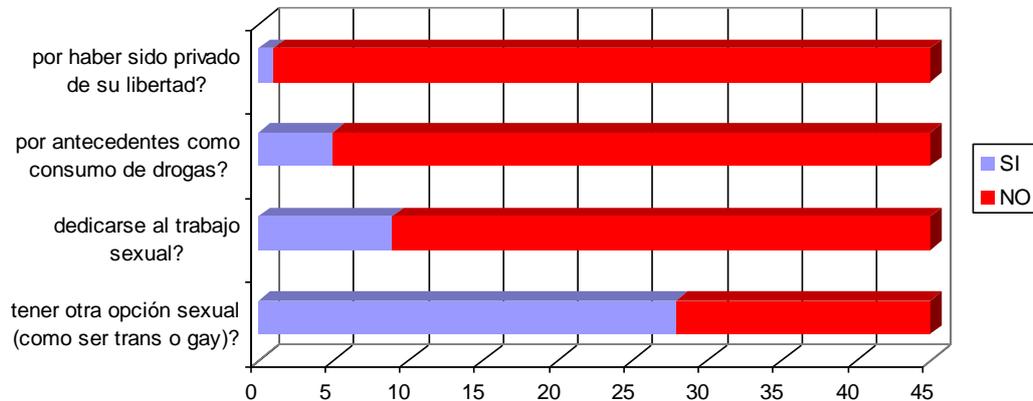
Estos últimos hallazgos, confirmarían la necesidad de modificar la actitud de las propias personas afectadas para ejercer sus derechos y combatir estos actos deleznable, como también reflejarían el limitado impacto de intervenciones efectuadas en el pasado, incluyendo al proyecto evaluado en esta investigación.

Gráfico 6: ¿Qué entiende por discriminación?



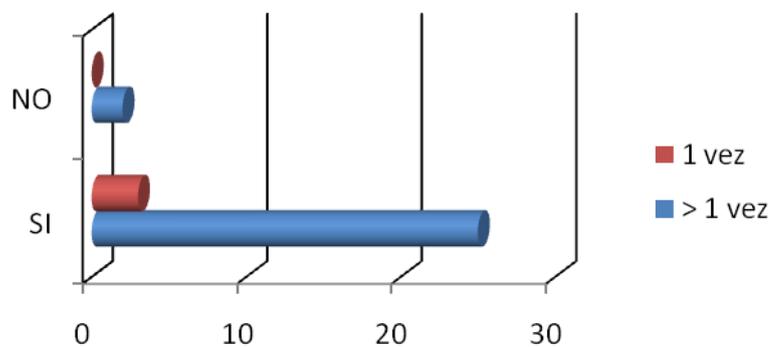
Y sobre la discriminación por otras razones inherentes a los entrevistados (Gráfico 7): tener una opción sexual diferente resultó ser la situación más frecuente para ser discriminado (62%), seguida, por el antecedente de trabajo sexual (20%).

Gráfico 7: ¿Ha sufrido algún tipo de discriminación por otras razones?



Y al examinar las poblaciones por segmentos (Gráfico 8), la casi totalidad de los entrevistados del grupo gay o trans fueron estigmatizados en varias oportunidades (93%), representando una situación social que no se ha modificado en los últimos años, y que se corrobora con informes emitidos por organismos de defensa de los derechos humanos de las poblaciones lésbicas, gay, bisexuales y trans en el Perú⁶⁴. La realidad descrita mantiene a estas poblaciones como “minorías sexuales”, siempre sujetas al estigma y marginación en los diferentes espacios sociales, económicos, políticos y laborales de la comunidad, donde tales grupos interactúan.

Gráfico 8: ¿Ha sido discriminado por otras razones? ¿Cuántas veces?



De manera similar a lo registrado en los casos de discriminación por su condición de infectados, la reacción ante la primera experiencia fue de miedo en el 47%, o de frustración en el 40% y, luego, más del 70% solo optaría por retirarse del lugar para no ser molestado, repitiéndose la misma actitud en situaciones de discriminación por otras razones.

Los resultados en esta sección reflejan, por una parte, una situación ya reconocida: la persistencia de procesos ligados al estigma y discriminación hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA y las poblaciones más vulnerables a la infección que, al mismo tiempo, están representadas por las llamadas “minorías sexuales” que son víctimas frecuentes en estos procesos

⁶⁴ LGBT. Informe Anual 2009. Ciudadanías – Activismo cultural y derechos humanos. Consulta: 03 de setiembre del 2010. <<http://www.ciudadaniasx.org>>

de rechazo social. Pero, desde otra mirada, se tiene una gama de actitudes y percepciones en torno a estos actos por parte de los afectados, que limitan la posibilidad de respuestas más vigorosas.

Los sentimientos de miedo y frustración como reacción primaria, seguidas de opciones como buscar refugio o retirarse de la agresión, fueron las respuestas más frecuentes entre los entrevistados. Las actitudes de los afectados no solo traducirían bajos niveles de autovaloración personal o autoestima, sino también el convencimiento de su situación como sujetos de discriminación. En algunas de las entrevistas se recogieron, frases como: “es inevitable enfrentar tal situación por ser quiénes somos”, “en parte es nuestra propia culpa”, o “no vale la pena hacer más, pues mi situación empeoraría”, que reflejan percepciones determinantes sobre lo inevitable de su situación y de lo poco que podrían hacer para cambiarla. Un proyecto social destinado al empoderamiento de sus derechos frente a la discriminación, tendría que ayudarles a cambiar, no solo su autoestima, sino también ayudar a la recuperación de su imagen como personas con derecho a una vida plena dentro de las comunidades en las que viven.

c) Sobre el nivel de la autoestima

Entre las variables más importantes en el estudio, se consideró incluir los procesos ligados a la autoestima en las poblaciones beneficiarias, toda vez que podría constituir un anclaje indispensable en el ejercicio de sus derechos. Para su medición, se aplicó algunas preguntas del Inventario de Autoestima de Coopersmith⁶⁵, que fueron escogidas en la fase de validación, tanto por los participantes convocados, como también por los encuestadores (Cuadro IV), y luego fueron mostradas a las personas que participaron en la fase de aplicación, ayudándoles a definir su nivel de autoestima. La clasificación de los niveles en alto, mediano y bajo se basaron en las experiencias obtenidas del ámbito latinoamericano⁶⁶, aplicadas sobre poblaciones marginales.

CUADRO IV

Solo si el entrevistado cuenta con un concepto previo de la autoestima. Luego de mostrarle las siguientes situaciones de vida (que se calificarán con la siguiente puntuación: muy alto: 7 a 8; alto: 5 a 6; mediano: 3 a 4; bajo: 0 a 2), y se sumarán las alternativas señaladas, debiendo expresar si lo obtenido es coincidente con la percepción de su propio nivel de autoestima.

1. Paso mucho tiempo soñando despierto.
2. Estoy seguro de mí mismo.
3. Nunca me preocupo por nada.
4. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.
5. Me doy por vencido fácilmente.
6. Me siento suficientemente feliz.
7. Las cosas en mi vida están muy complicadas.
8. Generalmente, las cosas no me importan.

Y por cierto, la exploración de sus conceptos y actitudes ha permitido dilucidar la relación existente entre la percepción de su autoestima –por parte de los

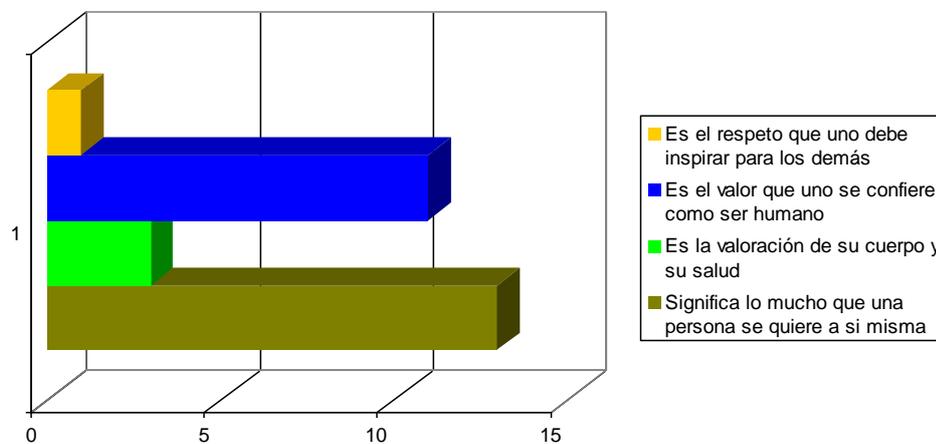
⁶⁵ Mendoza Santa Ana, M. F. 2004. *Diagnóstico de la autoestima de las estudiantes de la Universidad de las Américas-Puebla*. Tesis Licenciatura. Ciencias de la Comunicación. Departamento de Ciencias de la Comunicación, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas Puebla. Mayo, 2004

⁶⁶ Ruiz Castro Edgardo y col. Niveles de autoestima en los menores infractores de Oaxaca. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 1, Número 1, 2006 pag. 57-60

afectados– y la decisión de enfrentar un acto de discriminación real o supuesta.

El 62% (28/45) de los entrevistados afirmó haber escuchado de la autoestima, de los cuales, el 46% (13/28) la definió como “*lo mucho que una persona se quiere a sí misma*”, que podría enmarcarse dentro de uno de los componentes definidos por algunos autores como “eficacia personal” referido a la confianza hacia sí mismo⁶⁷, seguido del “*valor que uno se confiere como ser humano*” en el 39% (11/28), que se incluiría en el concepto del “*respeto hacia uno mismo*”⁶⁸ como puede verse en el gráfico 9. Luego, al evaluar su nivel de autoestima, el 64% consideró poseer un grado mediano, seguido de un 36% que se percibió en un nivel bajo, lo cual se correlaciona con las actitudes mostradas por el grupo entrevistado, cuando se trató de enfrentar situaciones de real o potencial marginación, como se vio en el párrafo (b).

Gráfico 9: ¿cómo definiría la autoestima?



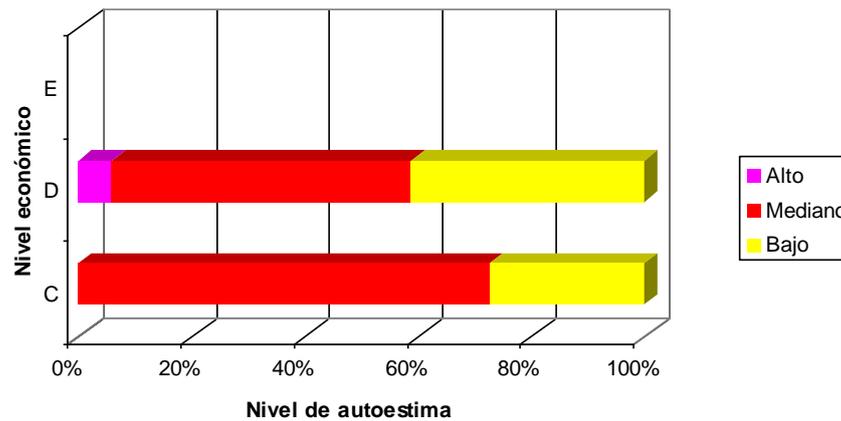
Por otra parte, al segmentar nuestra población en función del nivel económico, se evidenció que el sector económico D se percibió en un nivel bajo con un 25% (7/28), mientras que un 32% (9/28) se ubicó en un nivel mediano (Gráfico 10). El hallazgo resultó predecible, toda vez que la epidemia del SIDA resulta más ligada a la pobreza en sus diferentes contextos, por ser más frecuente en los países periféricos, especialmente del África subsahariana y en otras regiones como Latinoamérica, al concentrarse en las áreas más pobres de los centros urbanos⁶⁹.

⁶⁷ BRANDEN Nathaniel. Los seis pilares de la autoestima. En <http://bloccs.xtec.cat/feacsj/files/2010/04/los-seis-pilares-de-la-autoestima.doc>. Última revisión: 07 de febrero del 2011

⁶⁸ *Ibíd*em

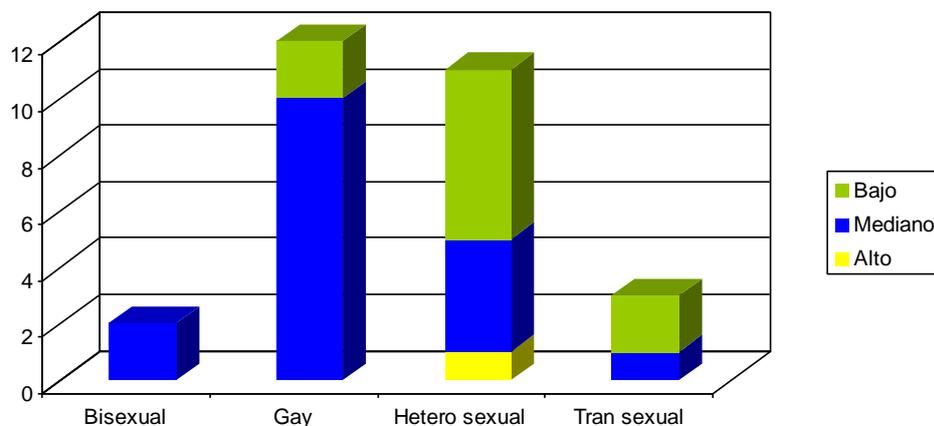
⁶⁹ COLLAZOS, María Fernanda y col. Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. *Colombia Médica*, Vol. 36 N° 3 (Supl 2), 2005 (Julio-Septiembre)

Gráfico 10: Nivel de autoestima vs nivel económico



Y cuando se efectuó la segmentación en función de la opción sexual, se encontró que la población de varones gay mostró un mayor nivel de autoestima (36%), en comparación a la población heterosexual primordialmente representada por mujeres (14%); tal situación podría revelar la persistencia de una mayor vulnerabilidad social y cultural por género, en detrimento de la mujer, muy comunes en los países periféricos, donde la percepción de su valor como persona corporal resulta bastante baja⁷⁰.

Gráfico 11: Nivel de autoestima por opción sexual



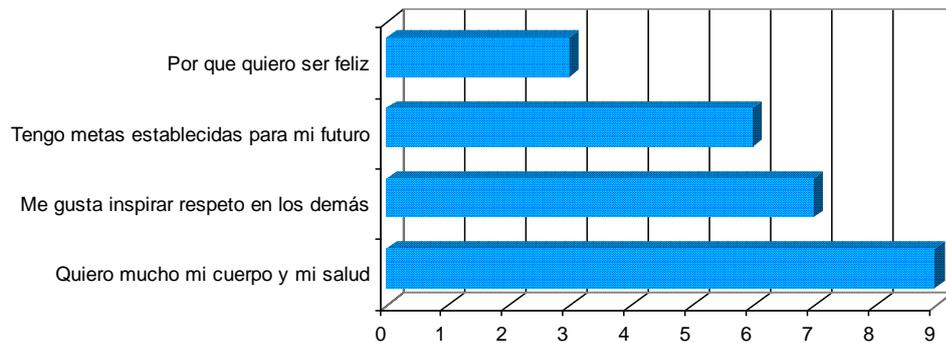
Y cuando se les preguntó sobre sus razones para tal autodefinición, entre quienes se consideraron con un nivel mediano, prevaleció la respuesta “quiero mucho mi cuerpo y mi salud” (50%), seguida de “me gusta inspirar respeto en los demás” (39%), o porque “tengo metas establecidas para mi futuro” (33%); aquí es necesario precisar que las opciones de respuesta fueron múltiples para los participantes (Gráfico 12).

Tales respuestas traslucen conceptos muy válidos y cercanos a lo que se espera de la autoestima, donde se combinan ideas como el respeto, el cuidado de su cuerpo y las metas personales a futuro. Sin embargo, subsiste la misma actitud de no enfrentar directamente el estigma y la discriminación

⁷⁰ CARBAJAL, Ana. La mujer con VIH – SIDA y los derechos humanos. Antibióticos e Infección. Volumen 11 Nº 34-Julio-Diciembre de 2003

como pudo verse al analizar sus experiencias frente a tales problemáticas, por lo que existen factores que mediarían entre sus conceptos, bastante concretos, y su actitud frente a situaciones reales, que partirían probablemente de la desconfianza hacia las instituciones tutelares, responsables de vigilar sus derechos humanos y de la visión de ineficacia que se desprende de los sectores públicos, como se verá más adelante cuando se evalúen las estrategias propuestas.

Gráfico 12: ¿Por qué cree tener ese nivel de autoestima?

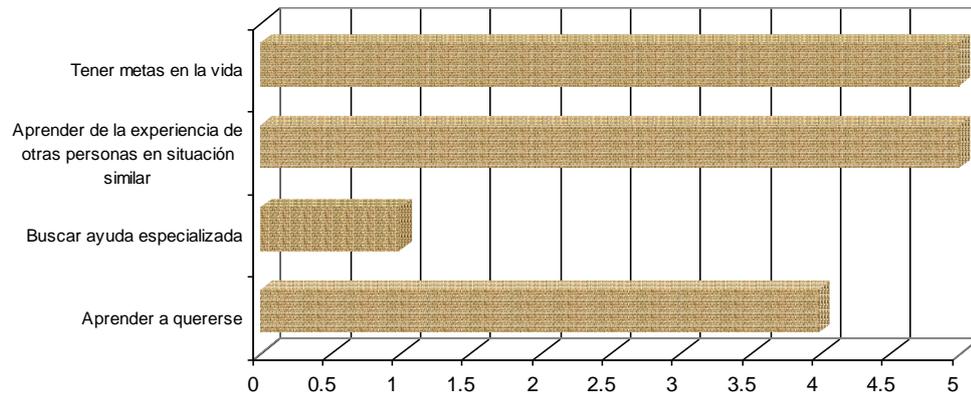


Y cuando se les preguntó a quienes se ubicaron en un nivel bajo, sobre cómo mejorar su autoestima (Gráfico 13), las respuestas (con opciones múltiples) fueron diversas: “*Aprender de la experiencia de otras personas*” (50%), “*tener metas en la vida*” (50%), o “*aprender a quererse*” (40%), configurando una mixtura de visiones individuales coincidentes con quienes mostraron un nivel mayor de autoestima, pero con la diferencia de presentarse como “*aspiraciones*”. Probablemente, la experiencia mostrada que, en promedio, supera los cinco años viviendo con el diagnóstico, explicaría la tenencia de conceptos reconocidos como parte de su bagaje personal, o por obtener en el futuro mediano⁷¹.

En lo que todos coincidieron fue que la autoestima si afecta la capacidad para luchar contra el estigma y la discriminación, y la principal razón para su afirmación fue que “*si la persona no se quiere, no luchará contra la discriminación*” (79%).

⁷¹ LOUISE, L. 2008 El año de la autoestima. Publicación de la Asociación VIVOPOSITIVO. Consulta: 10 de octubre del 2010. <<http://vivopositivo.blogspot.com/2007/12/2008-el-ao-de-la-autoestima-louise-l.html>>

Gráfico 13: ¿qué necesitaría para mejorar su autoestima?



Luego de todo lo revisado, entre los hallazgos de mayor relevancia se encontró que más de la mitad de los entrevistados tiene una idea precisa sobre la autoestima, situación que podría explicarse por la experiencia obtenida alternando con pares en espacios de interacción social y organizada; y se perciben con un nivel entre mediano y bajo de la misma, lo que traduce un auto reconocimiento de sus “limitadas” posibilidades para enfrentar la problemática. Asimismo, se evidencian auto percepciones que forman parte de una cultura de desigualdad de género en detrimento de la mujer, y de la “*aceptación*” de su marginalidad por parte de algunos grupos de fácil estigmatización como son las “*minorías sexuales*”, que podrían agravar su difícil situación social cuando se dedican al trabajo sexual o al consumo de drogas.

Por lo revisado, la autoestima si resultó ser una característica importante en las personas para enfrentar el estigma y la discriminación, y que no suele trabajarse en los proyectos sociales destinados a tales fines. Los autores citados en este capítulo, coinciden en la necesidad de propiciar intervenciones destinadas a mejorar la auto percepción como personas corporales, con el fin de garantizar lo que los propios destinatarios expresaron en su mayoría: “*la autoestima es lo mucho que una persona se quiere a sí misma*”.

4.2 LA ACEPTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DEL PROYECTO

El nivel de aceptación de las estrategias ofertadas por parte de los usuarios constituyó una de las variables centrales para la evaluación del proyecto, y se estableció a partir de una pregunta muy concreta: ¿qué tan aceptables resultaron tales estrategias para su visión personal?

Para tal efecto, como se puede ver en el capítulo correspondiente, (1.1 Descripción del proyectado evaluado), se consideraron las siguientes estrategias:

1. **Conocimiento de las leyes vigentes**, en especial de la ley 26626 y su posterior modificatoria en el año 2004, con una revisión general de sus diferentes articulados, sumándose también una visión de la Ley Nacional de Salud y de otras que pudieran ser de utilidad para el ejercicio de sus derechos.

2. **Formulación de sus denuncias**, abordando temas sobre que documentos generar o que formularios solicitar y a que instancias presentarlos.
3. **Acceso a una red de soporte**, brindando información sobre las diferentes instituciones que podrían aportar soporte legal y emocional, incluyendo listados de direcciones, horarios y teléfonos.

Para la calificación por parte de los entrevistados se consideró la siguiente puntuación: (1) Nula; (2) Escasa; (3) Buena; (4) Excelente

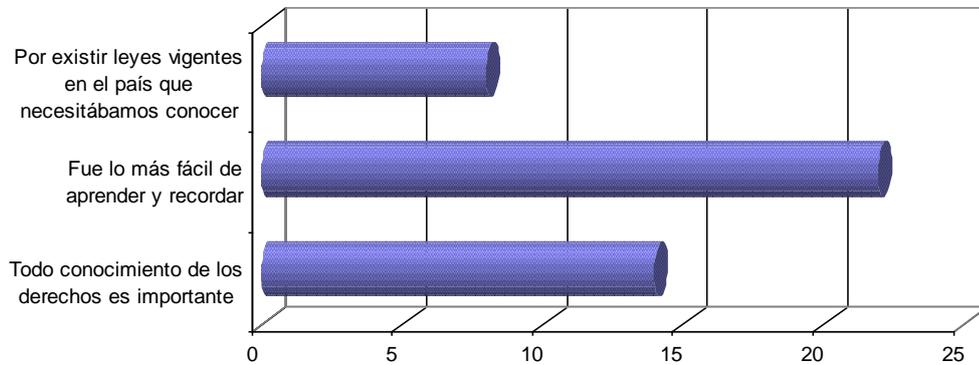
De las tres estrategias trabajadas en el proyecto, la mayoría de los entrevistados calificaron como buena (78%) la referida al “*Conocimiento de las leyes vigentes*”, y como nula o escasa a las dos restantes (entre el 94 y 96%) según el Cuadro V.

CUADRO V: Calificación de la aceptación de las estrategias ofertadas

	N°		%		N°		%		N°		%		N°		%	
Conocimiento de las leyes vigentes (que incluye tener conocimiento pleno de sus derechos ciudadanos)	Nula	0	(0%)	Escasa	8	(18%)	Buena	35	(78%)	Excelente	2	(4%)				
Formulación de sus denuncias (que incluye contar con una guía o manual de procedimientos sobre como canalizar sus denuncias)	Nula	3	(7%)	Escasa	40	(89%)	Buena	2	(4%)	Excelente	0	(0%)				
Acceso a una red de soporte (que incluye contar con información sobre una red de lugares adonde puede acudir para recibir asesoría u orientación sobre derechos)	Nula	21	(47%)	Escasa	21	(47%)	Buena	3	(7%)	Excelente	0	(0%)				

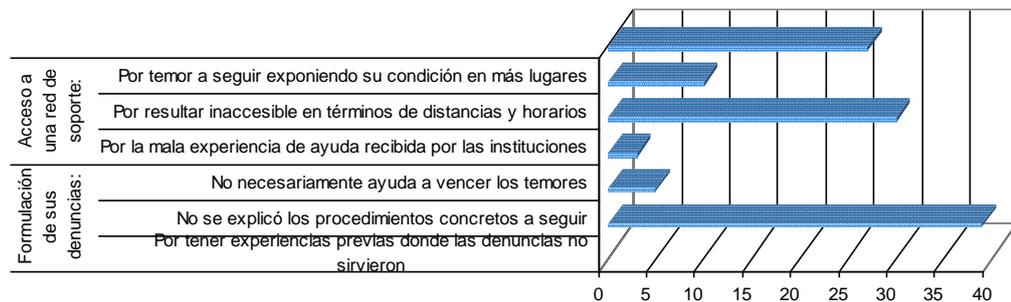
Para el análisis de las razones que sustentaron la calificación de las estrategias, que fueron variadas y por opciones múltiples, se consideró agruparlas por contenidos análogos y comparables, obteniéndose tres grupos de respuestas por cada interrogante. Es así que, entre quienes consideraron que el “*Conocimiento de las leyes vigentes*” fue una buena estrategia (Gráfico 14), esgrimieron como principales razones: que “*fue lo más fácil de aprender*” (59%) y porque “*todo conocimiento de los derechos es importante*” (38%).

Gráfico 14: Razones por las que se consideró con buena aceptación a la estrategia "Conocimiento de las leyes vigentes"



En tanto que, para los que consideraron nula o escasa a la estrategia "Formulación de sus denuncias", el 91% adujo "tener experiencias previas donde las denuncias no sirvieron". Y para el caso de la estrategia "Acceso a una red de soporte", el 71% tuvo una mala experiencia de ayuda recibida por las instituciones, mientras que un 64% expresó su temor a seguir exponiendo su condición en más lugares (Gráfico 15).

Gráfico 15: Razones por las que se consideró de poca o nula aceptación a las estrategias



En líneas generales, el conocimiento de sus derechos fue la estrategia más aceptada, toda vez que fue considerada como una necesidad básica para emprender cualquier acción en contra de los actos discriminatorios. Recurriendo a las opiniones dadas por algunos de los entrevistados, como: "si no se sabe lo indispensable, que difícil resultará efectuar una denuncia", o "si no conozco cuales son mis derechos, como podría saber que los tengo", revelan una predisposición para ejercerlos en algún momento, posibilidad que deberá confrontarse con la percepción de su autoestima y las actitudes mostradas en experiencias reales o potenciales de discriminación.

Asimismo, con la información obtenida, se pueden considerar otros dos aspectos de importancia; por una parte, se verifica la pobre aceptación de las instituciones que trabajan los derechos humanos desde la mirada de los afectados y por otro lado, se demuestra la resistencia de los participantes a

exhibir su condición como personas portadoras ante las instituciones públicas, probablemente por temor a futuros actos de discriminación en sus entornos habituales, y por existir una actitud intrínseca y determinista de ser portador de una enfermedad que no resulta fácil de exhibir ante los demás. Sobre esto último, algunas expresiones vertidas por los participantes resultaron muy elocuentes: “*todavía no logro superar el hecho de ser portador del VIH*”, “*no puedo evitar sentir vergüenza por lo que soy*”, “*ya bastante con que lo sepa mi familia*”, y “*quien me garantiza que mis posibilidades en la vida se reducirán si muestro mi diagnóstico*”. Tales respuestas tendrían una explicación basada en la experiencia de miles de personas: el proceso de la aceptación del problema puede durar muchos años, algunas veces toda una vida, y mientras no madure en la perspectiva personal del afectado, persistirán ideas que lo conducirán a su repliegue social, condicionándolo a ocultar su diagnóstico⁷².

El Proyecto también consideró una red de soporte constituida por las propias organizaciones impulsoras del Proyecto y de consorcios afines a las mismas. La visión imperante de que “*las denuncias no sirvieron*” evidenció un esfuerzo por formularlas en algunos afectados, apuntalando la sospecha de que tales redes probablemente no funcionaron en la fase en que debieron hacerlo, lo que merecería una evaluación a futuro sobre el rol que cumplen las llamadas instituciones de la sociedad civil que trabajan la problemática del SIDA en el país.

4.3 LA POSIBILIDAD APLICATIVA DE LAS ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES PROPUESTAS

Otra de las variables centrales, luego del nivel de aceptación, estuvo constituida por el nivel de aplicación de las estrategias propuestas, desde la visión personal de los propios participantes, partiendo de una interrogante muy precisa: ¿qué estrategias ofertadas por el Proyecto aplicaría en su vida personal? Como en el caso anterior, se recurrió a la misma escala de calificación por parte de los entrevistados, con la siguiente puntuación: (1) Nula; (2) Escasa; (3) Buena; (4) Excelente.

Partiendo de las mismas estrategias descritas en el acápite 4.2, los entrevistados vuelven a considerar la referida al “*Conocimiento de las leyes vigentes*” como la más aplicable (80%), en tanto que las dos restantes fueron consideradas como poco o no aplicables (entre el 96 y 97%), acorde a lo mostrado en el Cuadro VI.

⁷² FLORES, Enrique y col. VIH/SIDA: ¿Enfermedad o estigma? ¿Persona o colectivo?. En Infocop Online, publicado el 28/07/2006. Consulta: 30 de setiembre del 2010. <http://www.infocop.es/view_article.asp?id=970>

CUADRO VI: Calificación de la aplicación de las estrategias ofertadas

	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
Conocimiento de las leyes vigentes (que incluye tener conocimiento pleno de sus derechos ciudadanos)	No es aplicable	0	(0%)	Poco aplicable	8	(18%)	Aplicable	36	(80%)	Muy aplicable	1	(2%)
Formulación de sus denuncias (que incluye contar con una guía o manual de procedimientos sobre como canalizar sus denuncias)	No es aplicable	3	(7%)	Poco aplicable	41	(91%)	Aplicable	1	(2%)	Muy aplicable	0	(0%)
Acceso a una red de soporte (que incluye contar con información sobre una red de lugares adonde puede acudir para recibir asesoría u orientación sobre derechos)	No es aplicable	21	(47%)	Poco aplicable	22	(49%)	Aplicable	2	(4%)	Muy aplicable	0	(0%)

Para el análisis de las respuestas, que fueron variadas y por opciones múltiples, se consideró, al igual que en lo concerniente a la aceptación, agruparlas por contenidos análogos y comparables, obteniéndose tres grupos de respuestas por cada interrogante.

Entre las razones vertidas para considerar aplicable al “*Conocimiento de las leyes vigentes*” (Gráfico 16), se obtuvo respuestas como “*por constituir conocimientos básicos que ayudan a denunciar*” (59%) y “*porque al existir leyes, se tiene la esperanza de una denuncia*” (51%).

Y en cuando a las razones dadas para las estrategias consideradas como poco o no aplicables (Gráfico 17) como la “*Formulación de denuncias*”, se dieron respuestas como: “*me resulta difícil y frustrante tener que hacerlas*” (52%), “*es exhibir mi condición ante más personas*” (39%) y “*el trato en las instituciones judiciales no es el mejor*” (34%); en tanto que para la estrategia “*Acceso a una red de soporte*” prevaleció la respuesta “*no dieron soporte emocional y no mostraron mayor interés*” (74%), seguida de “*no resultó una solución adecuada, al no resolver los problemas*” (40%).

Gráfico 16: Razones por las que se consideró aplicable a la estrategia "Conocimiento de las leyes vigentes"

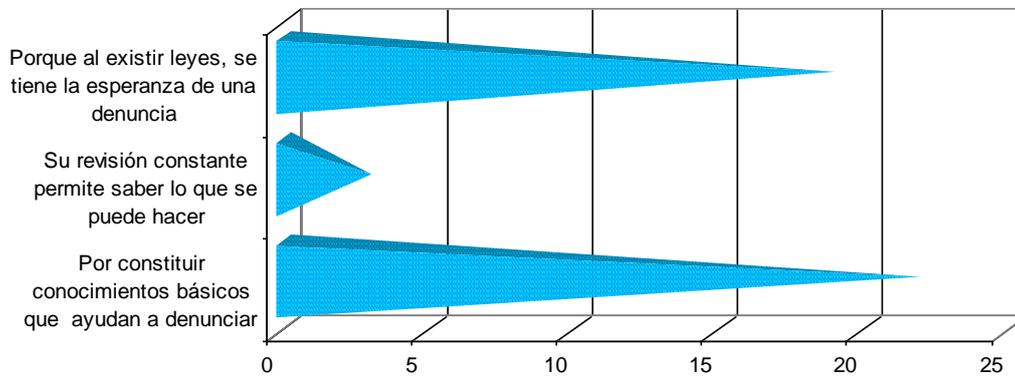
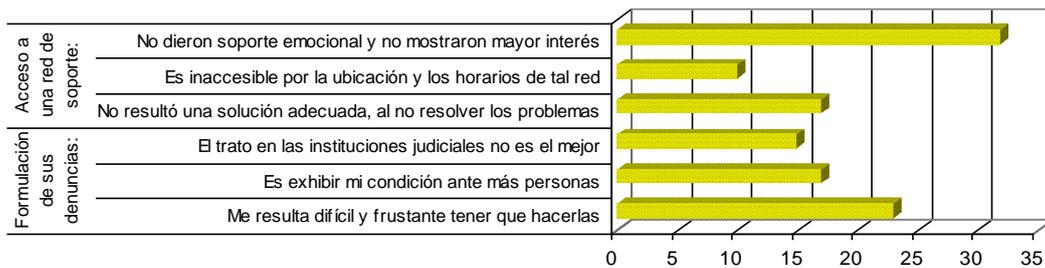


Gráfico 17: Razones por las que consideraron con poca o nula aplicación a las estrategias



Los resultados en esta sección, no solo confirmaron la mayor aceptación por un mejor conocimiento de las leyes, con una mayor certeza de su potencial aplicabilidad en escenarios reales, sino también reafirma el limitado impacto obtenido por las otras estrategias ofertadas, como la formulación de sus denuncias y el acceso a una red de soporte, no aceptadas y, por ende, no aplicables, esgrimiéndose las mismas razones enunciadas en la sección anterior.

Una vez más la desconfianza de una población específica, sobre las instituciones identificadas para brindar soporte en lo referente al ejercicio de sus derechos, vuelve a ser relevante, por lo que se tiene que examinar la institucionalidad existente en torno al VIH/SIDA, considerando que son muy escasas las aproximaciones efectuadas en torno a este tema, como lo hiciera Marcos Cueto en su ensayo "La historia del SIDA en el Perú"⁷³ hace más de una década.

Desde esta experiencia singular, se podría considerar una visión más amplia en torno a los procesos sociales que interactúan en la comunidad, donde la

⁷³ CUETO, Marcos (Loc. Cit)

inclusión social de los grupos signados por algún grado de estigma y discriminación, no forma parte de lo priorizado, no solo por los entes gubernamentales, sino también por toda la institucionalidad del país, comprendiendo, como es de esperarse, a la llamada “*sociedad civil*” organizada alrededor de las organizaciones sin fines de lucro y asociaciones comunitarias.

Postergar una verdadera cohesión social como nación, conllevaría a una marcada disminución de la credibilidad por lo institucional –*en cualquiera de sus matices y orígenes, sean públicos o privados*–, hasta desembocar en un cuestionamiento de su representatividad ante las poblaciones afectadas. Los resultados en estos últimos capítulos nos permiten inferir en estas apreciaciones.

4.4 EL IMPACTO OBTENIDO Y/O PERCIBIDO POR LOS PARTICIPANTES

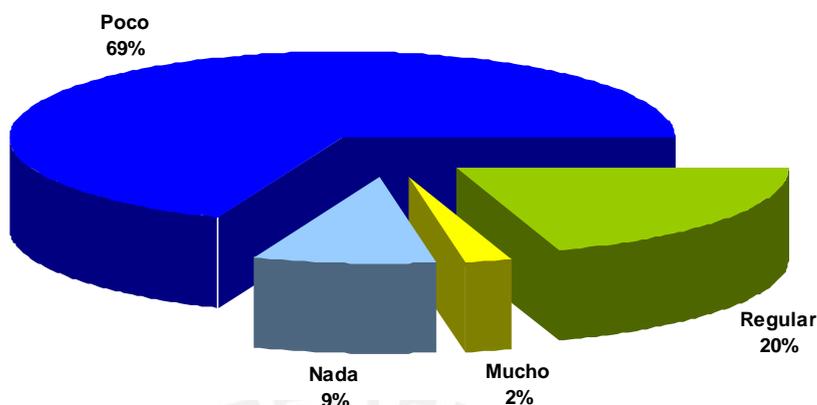
Luego de revisar las diversas variables inherentes al perfil de los participantes, sus experiencias, percepciones y actitudes, como también su expresa aceptación de las estrategias ofertadas por el Proyecto y su potencial aplicabilidad en sus experiencias diarias, se tendría que examinar como corolario final, el impacto obtenido en sus vidas después de su participación en las actividades, considerando que lo estimado por los organizadores del Proyecto fue: “*que más del 80% de los participantes y sus familiares utilizarán una de las tres propuestas ofertadas frente a una situación de discriminación*”.

Si bien es cierto que ya se evidenciaron en las secciones anteriores, algunas actitudes y experiencias en torno a situaciones reales o potenciales de discriminación, también resultó necesario, no solo corroborar los primeros hallazgos, sino también establecer el verdadero impacto ejercido por el Proyecto, percibido de forma consciente o no por los propios beneficiarios.

En tal sentido, se recurrió a situaciones identificables para los entrevistados, en cuando a su relación con el proyecto, como también a procesos que, indirectamente –*a instancias de percepciones meditadas*– podrían ayudar a medir los cambios que las actividades ejercieron sobre quienes participaron.

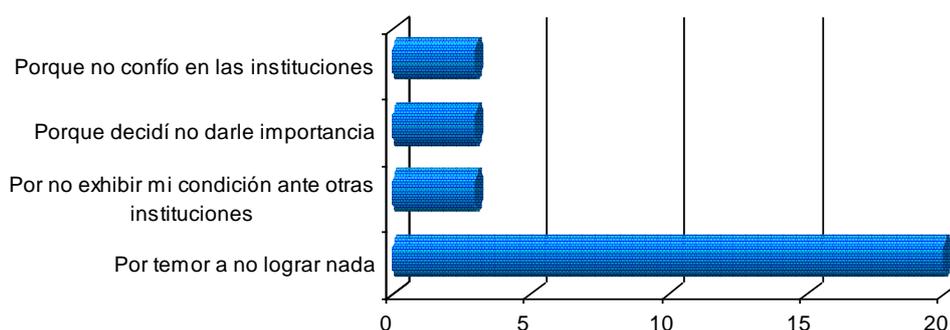
Entre los primeros resultados obtenidos, el 78% de los entrevistados consideraron que el Proyecto aportó poco o nada a lograr un cambio en su forma de enfrentar la discriminación (Gráfico 18), y el 91% no mejoró sus posibilidades para tales aspectos.

Gráfico 18: Después de participar en el proyecto, ¿que tanto cambió para usted lo que significa enfrentar la discriminación, de como usted lo veía antes?



Luego, en un esfuerzo por buscar un potencial impacto no percibido conscientemente por los beneficiarios, se recurrió a otros indicadores como su disposición a efectuar denuncias –*inicialmente explorados cuando se midieron los niveles de aceptación y de aplicación de las estrategias ofertadas*– pero ésta vez, abordando su experiencia y/o su percepción frente a situaciones concretas de discriminación, donde solo el 29% las formuló en algún momento, en tanto que el 60% no decidió recurrir a tal procedimiento; y al segmentar a este último grupo sobre sus razones para tal negativa (Gráfico 19), el 74% no presentó queja alguna por “*temor a no lograr nada*”, correlacionándose muy directamente con sus niveles de aceptación de las estrategias ofertadas por el Proyecto⁷⁴.

Gráfico 19: ¿cuáles fueron las razones por las cuales decidió no denunciar tal hecho?



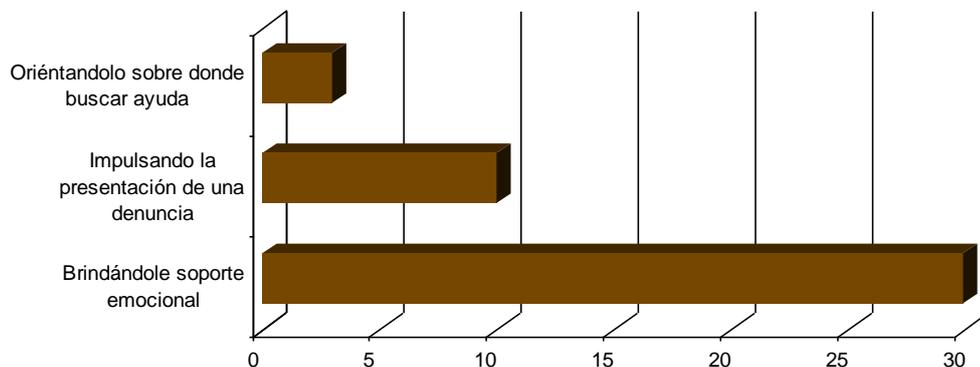
Asimismo, se identificó a un grupo que no ha vivido situaciones de discriminación para interrogarlo sobre qué estrategia aplicaría si le ocurriera hipotéticamente una situación de rechazo por su condición. El 70% (23/33) de los consultados consideraron formular una denuncia, por ser la opción más concreta a sus posibilidades, pero al finalizar las entrevistas (y recogiendo otros

⁷⁴ Como se puede ver en las secciones 4.2 y 4.3

comentarios), varios de los consultados expresaron diversas opiniones como “soy consciente de la necesidad de una denuncia, pero también sé que no sirve de mucho”, “al final de cuentas, terminaría por no denunciar nada, pues mi tiempo es más valioso” y “si no hay instituciones que te brinden un apoyo concreto, podrías terminar sólo con tu denuncia”, evidenciando la poca convicción que les despertaba recurrir a esta estrategia.

Otro indicador de relieve lo constituirían los actos de solidaridad (Gráfico 20), pues el 73% (33/45) de los encuestados ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación, pero de este grupo, el 91% (30/33) se limitó a brindar ayuda emocional, mientras que solo en el 30% (10/33) de tales situaciones, impulsó la presentación de una denuncia, confirmando una actitud más frecuente de no denunciar ni enfrentar decididamente la discriminación en sus vidas, ni en las personas a las que pudieran brindar un soporte en situaciones difíciles.

Gráfico 20: ¿cómo ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?



Luego de revisar las percepciones exhibidas por los usuarios con relación al proyecto en secciones anteriores, sumamos sus prácticas y decisiones frente a situaciones vividas o potenciales que nos permitieron confirmar, una vez más, el limitado impacto ejercido por el proyecto, al persistir las mismas actitudes de enfrentar el estigma y la discriminación, limitándose a una aceptación pasiva de su rol como sujetos de discriminación, tal como se ha analizado anteriormente⁷⁵ y que podría explicarse por procesos de auto culpabilidad, cuando el contagio, en muchos casos, es el producto de “*las fuerzas de una violencia estructural frente a las cuales a las personas afectadas les resulta difícil desarrollar y llevar a la práctica una mínima autonomía individual o colectiva*”⁷⁶, que hubiese disminuido su riesgo de exposición y, por ende, de contraer la infección.

El esfuerzo de la cohesión social y de la inclusión comunitaria para las personas afectadas por el VIH/SIDA deberá vencer, entre otros obstáculos, la visión imperante de actuar sobre el convencimiento basado en la información pasiva de sus propios derechos.

⁷⁵ Ver acápites 4.1, 4.2 y 4.3 de la sección 4 (Del Perfil de las PVVS participantes)

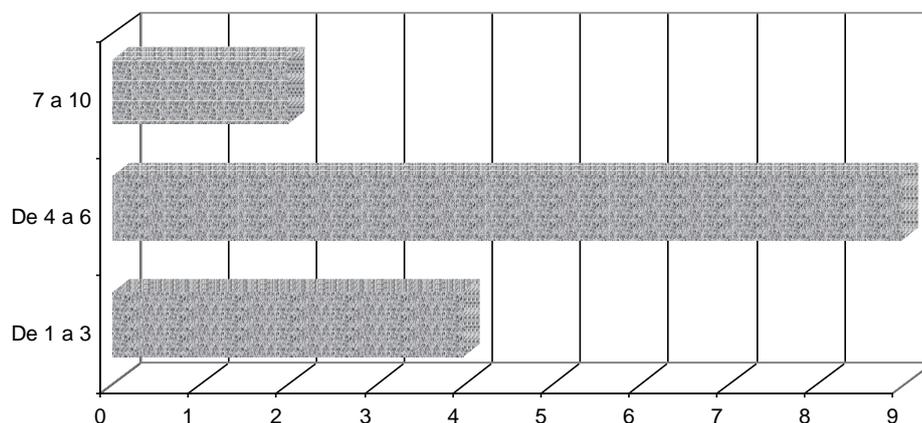
⁷⁶ CASTRO, Arachu y FARMER, Paul. El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social* N° 17, pp. 29-47, 2003

4.5 SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS FAMILIARES Y EL IMPACTO EJERCIDO POR EL PROYECTO

Las familias constituyen el entorno más inmediato e indispensable para todos los individuos, más aún cuando se debe enfrentar enfermedades de gran impacto para la vida y la salud, como es la infección por el VIH/SIDA. Considerando su inclusión en las actividades del proyecto, resultaba ineludible construir las variables necesarias para medir el impacto que pudo generar en los grupos familiares que participaron en el mismo.

En la presente investigación, se encuestaron a 15 grupos familiares –*que constituyeron una cuota proporcional al total de PVVS entrevistadas, acorde a la accesibilidad potencial para abordarlos*– encontrándose que, en más del 90% (13/15), solo participó un miembro del grupo en las actividades del Proyecto. Las entrevistas se efectuaron mayoritariamente en los propios domicilios (87%), con predominio de los grupos con más de nueve miembros involucrados (60%), como puede verse en el Gráfico 21. En las entrevistas, destacaron la presencia de uno a tres hermanos (97%), seguida de la madre en el 73% y el padre en el 40%.

Gráfico 21: ¿Cuántas personas participaron de la entrevista?



Sobre su forma de intervenir en el bienestar de la persona afectada, entre el 80 y 100% contribuyeron con soporte económico, nutricional, emocional y/o acompañamiento. Asimismo, en el 53% de las familias, todos sus miembros han participado de una u otra forma en la problemática de su PVVS, siendo los padres (73%) y hermanos (73%) quienes se han involucrado con más frecuencia.

Por lo examinado, resultó necesario establecer una escala de involucramiento, diseñada para fines del estudio y que se utilizó para el manejo de los cuestionarios por parte de los entrevistadores (Cuadro VII).

Posteriormente se agruparon las respuestas, que resultaron muy variadas, en tres grupos con contenidos análogos. Entre los primeros resultados se obtuvo que el 53% consideró su rol como medianamente activo, sin afectar sus propias necesidades o prioridades personales, en tanto que un 40% estimó su rol como activo a muy activo.

CUADRO VII

Muy activo, cuando se involucra a tiempo completo en todos los aspectos (emocional, económico y otros) referidos a la persona afectada, postergando sus propias necesidades o prioridades personales

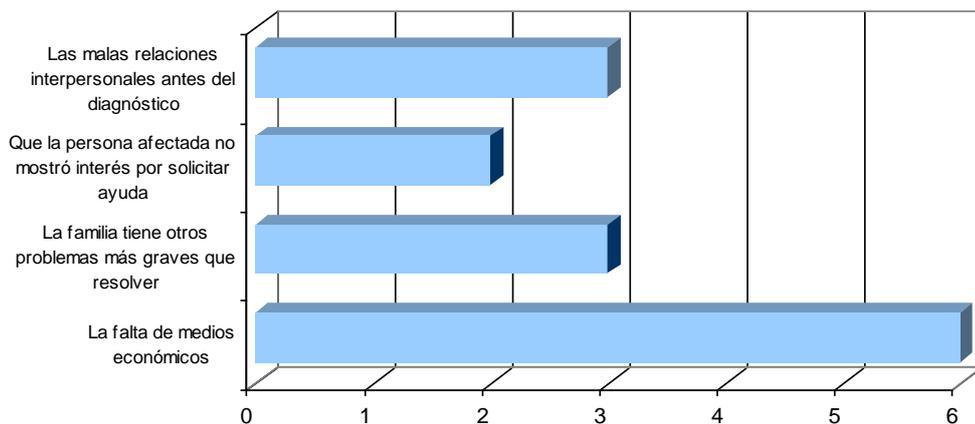
Activo, cuando se involucra en un porcentaje determinado del total de los aspectos inherentes, pudiendo postergar algunas prioridades o necesidades personales

Medianamente activo, cuando se involucra en un porcentaje determinado, sin afectar sus propias necesidades o prioridades personales

Escasamente activo, cuando NO se involucra o lo hace muy esporádicamente, sin afectar otras prioridades o necesidades personales

Cuando se solicitó las razones a quienes consideraron un rol medianamente activo de su familia, la respuesta más frecuente fue por *“la falta de medios económicos”* (67%); en tanto, que para los grupos que estimaron su rol como activo a muy activo (Gráfico 23), expusieron diversas razones (dentro de las opciones múltiples que se les brindó), tales como: *“por ser una visión del grupo ayudar a todos sus miembros”* (33%) y *“porque es el deber de toda familia”* (33%).

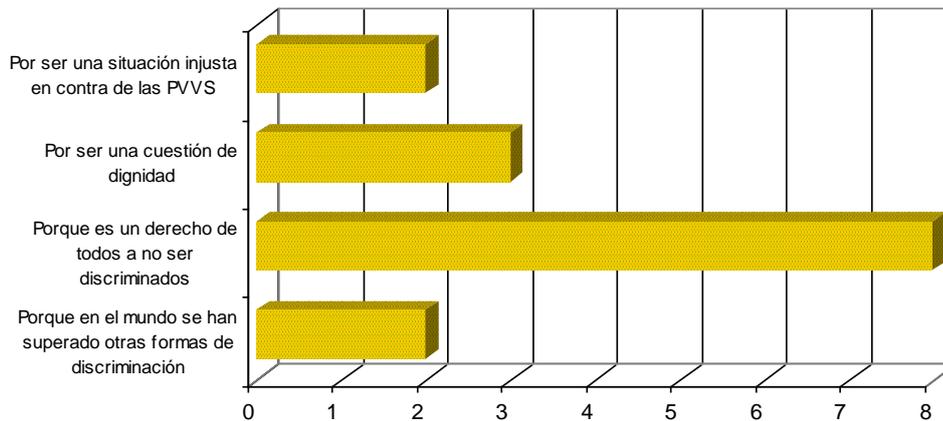
Gráfico 22: ¿Qué razones limitaron o impidieron una participación más importante



Por otra parte, todos los grupos familiares SI coincidieron en la posibilidad de luchar contra la discriminación (Gráfico 23), esgrimiéndose como la razón más frecuente *“el derecho de todos a no ser discriminados”*.

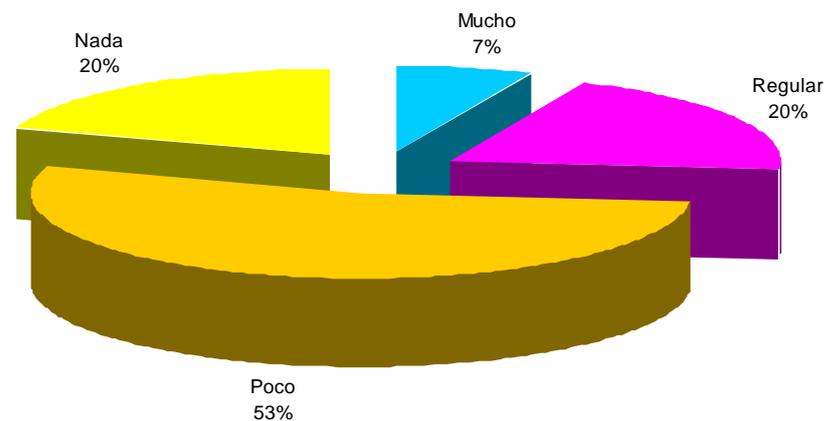
Asimismo, solo el 27% de los grupos experimentaron alguna forma de discriminación por ser familiares de un PVVS, mostrando diversas reacciones, con porcentajes similares, como rabia frente a lo injusto, frustración, vergüenza por tener un familiar con VIH, o indiferencia. Aquí se decidió interrogar al 73% restante sin experiencia previa, sobre cuál sería su primera reacción frente a un hipotético acto de discriminación, obteniéndose respuestas también diversas – *con porcentajes similares*– como vergüenza, indignación, tratar de restarle importancia al hecho o no saber qué haría, evidenciándose una actitud muy similar a las propias PVVS, al no generar actitudes más firmes, como denunciar o enfrentar decididamente la discriminación.

Gráfico 23: ¿Por qué considera posible luchar contra la discriminación?



Y por último, consultados sobre si el proyecto realmente impactó sobre sus vidas como familiares, la mayoría (73%) consideró que poco o nada (Gráfico 24), coincidiendo con la visión de las personas directamente afectadas.

Gráfico 24: El Proyecto contribuyó a mejorar sus actitudes en torno al estigma y la discriminación



De los hallazgos revisados, resulta relevante el protagonismo de las familias encuestadas, resaltando los niveles de soporte y solidaridad que brindan a sus seres queridos, como también el estado de conciencia que tienen sobre su nivel de involucramiento en la problemática. Es posible que, a pesar de las profundas transformaciones experimentadas en las últimas décadas, las familias “responden frente a los riesgos sociales movilizand sus activos”⁷⁷, que incluirán sus tradicionales formas de interacción y su cultura basada en la solidaridad entre sus miembros, procurando una identidad como núcleo dentro de su comunidad.

Para el ámbito de la infección por el VIH/SIDA, las familias atravesaron, junto con la sociedad en general, las diferentes etapas de aceptación de la epidemia, incluyendo una fase inicial de rechazo y temor, para luego pasar a una mayor tolerancia y culminar con una actitud más solidaria, siempre que existiera una

⁷⁷ SUNKEL, Guillermo. El papel de la familia en la protección social en América Latina. CEPAL . Santiago, Chile. 2006. 66 p

interacción saludable entre sus miembros⁷⁸. En los primeros años de la epidemia, el abandono y rechazo hacia las PVVS por parte de sus grupos familiares resultó frecuente, especialmente entre los estratos sociales más empobrecidos. Algunos actos como, separar sus utensilios de comer y vestir, además de los servicios higiénicos⁷⁹ formaron parte de la forma como muchas familias mostraron sus temores, algunas veces por falta de información y otras por no lograr vencer sus ideas atávicas.

Por otra parte, no pueden soslayarse otros aspectos importantes que bien han influenciado el rol de las familias frente a la epidemia del VIH/SIDA, como son las relaciones inter generacionales, los derechos reproductivos y el abordaje de la sexualidad, especialmente en el ámbito latinoamericano⁸⁰ y que probablemente, dificultaron un papel más decisivo y saludable en las primeras fases de la epidemia por parte de muchos grupos familiares involucrados.

Por lo revisado, los grupos familiares mostraron opiniones consensuadas de manera muy espontánea sobre lo que significó el proyecto, cuyo impacto les resultó muy limitado y ajeno, lo cual conduciría a establecer que las familias NO desarrollaron nuevas o mejores capacidades después de su participación.

Asimismo, se evidenció, un protagonismo saludable en la problemática de sus seres queridos; aquí las características culturales que impregnan a muchos grupos familiares en Latinoamérica, como la interacción basada en la ayuda mutua, eje de su identidad, especialmente cuando se involucran miembros de diferentes generaciones como abuelos, tíos y primos⁸¹, habrían contribuido a su rol bastante activo en la problemática de las personas afectadas. A tal situación agregaríamos otro hecho: que, probablemente por un mejor manejo de la información existente y por la claudicación de temores atávicos, producto de la experiencia social de nuestras comunidades, a más de 25 años de convivir con la epidemia, e independiente de intervenciones y proyectos generados para tal fin, muchas familias lograron vencer sus dudas y temores para convertirse en el mejor soporte con el que podrían contar las personas afectadas.

4.6 LAS PERCEPCIONES SOBRE EL EVENTO Y SUS ORGANIZADORES

De los comentarios generales al finalizar las entrevistas, se obtuvo una diversidad de opiniones y percepciones de los participantes (ver en sección 8.2: Tabla de variables cualitativas en Anexos).

Por la mayor frecuencia se identificaron tres variables que analizaremos en este acápite:

- a) Percepción general sobre el evento
- b) Percepción sobre los posibles intereses en la organización de tales actividades
- c) Percepción sobre el trato ofrecido por los organizadores

⁷⁸ GARCÍA, Álvaro. Ponencia sobre el rol de las familias en la epidemia del VIH/SIDA (diapositivas). Presentado en las Jornadas conmemorativas por el Día Mundial de Lucha contra el SIDA, organizadas por la Región de Salud del Callao. Octubre de 1994.

⁷⁹ PLATAFORMA NACIONAL DE MUJERES VIVIENDO CON EL VIH/SIDA. Presentación de testimonios, como parte de los actos conmemorativos al Día Mundial de Lucha contra el SIDA. Lima – Perú, 30 de noviembre del 2003.

⁸⁰ JELIN, Elizabeth. Las familias en América Latina. Documento para la Reunión Regional Preparatoria del Año Internacional de la Familia, a realizarse en Cartagena, Colombia, 10-13 de agosto de 1993. CEDES/CONICET. ISIS INTERNACIONAL 1994 - EDICIONES DE LAS MUJERES N° 20, 12-15 pp

⁸¹ LOMNITZ, Larissa, Pérez Lizaur Marisol. La Gran Familia como unidad básica de solidaridad en México. En: <http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2106/13.pdf>. Última revisión: 08 de febrero del 2011

a) Percepción general sobre el evento

Cuando se trató de participantes activistas o con alguna experiencia de tipo comunitario, desarrollaron comentarios mayoritariamente críticos en torno a los organizadores, señalando supuestos antecedentes y una aparente dinámica de acción que se repite en el tiempo. El resto de los participantes se mostraron poco optimistas en torno a los resultados obtenidos y de cómo éstos influenciarían en sus vidas diarias.

Decididamente un sector importante de participantes, máxime si contaban con experiencia de haber asistido a eventos anteriores, o con algún grado de involucramiento social, mostraron percepciones, probablemente a priori, en torno a lo que esperaban de la actividad y de quienes la organizaron, lo cual puede reflejar la presencia de diversas ópticas, como también de intereses en torno a los espacios de poder en los grupos comunitarios. Sin embargo, los propios entrevistados consideraron que esta percepción no necesariamente sesgó su visión de la actividad.

b) Percepción sobre los posibles intereses en la organización de tales actividades

Quienes parecieron tener experiencias previas, o por encontrarse involucrados en alguna forma de activismo, se mostraron muy seguros sobre los supuestos intereses económicos y hasta políticos que se establecerían detrás de estas capacitaciones. El resto de los participantes se mostraron más cautelosos, sin dejar de advertir su potencial malestar si tales intereses fueran ciertos.

La percepción sobre los intereses ocultos puede ser muy válida, siempre y cuando existan las suficientes evidencias que conduzcan a algunos de los asistentes a tales conclusiones. Lo potencialmente objetivo es la actitud pre disponente a no valorar lo que se les pueda ofrecer en la actividad, situación que solo comprendería a una minoría de quienes participaron, debiendo considerarse que han transcurrido más de cuatro años desde la actividad hasta el momento de efectuarse las entrevistas

c) Percepción sobre el trato ofrecido por los organizadores

La mayor parte coincidió en la amabilidad y buen trato recibido, pero algunos advirtieron, especialmente las mujeres heterosexuales sobre la supuesta conducta exhibicionista de algunos de los facilitadores de aparente tendencia gay.

Sobre este particular, la interacción en los espacios del VIH/SIDA, y a pesar de sus múltiples y encontradas diferencias, prima la cordialidad y los gestos amistosos

Por lo revisado, las percepciones en torno al Proyecto y sus organizadores, no parecen haber influenciado en sus respuestas referidas al impacto ejercido por las actividades en torno a su capacidad de enfrentar los actos de estigma y discriminación, pero evidencia otros procesos, como la potencial intolerancia a la diversidad sexual entre los propios afectados, a partir de las opiniones recopiladas (ver Tabla 8.2 de Anexos), que deberán ser analizadas en el ámbito de otras investigaciones, a fin de fortalecer la capacidad de respuesta colectiva contra la epidemia.

4.7 LA OPINIÓN DE LOS GRUPOS ORGANIZADOS SOBRE EL PROYECTO

El activismo social en torno al VIH/SIDA ha cumplido uno de los roles históricos más reconocidos a nivel mundial. Sus orígenes se remontan a los primeros grupos afectados por la epidemia, especialmente las comunidades gay de las ciudades más importantes de los E.E.U.U. de Norteamérica. En aquel entonces, la lucha por los derechos civiles de las mal llamadas “minorías sexuales”, condujo a la creación de movimientos sociales por los derechos de los grupos LGBT a inicios de la década de los 80⁸². Con la aparición de los primeros casos de SIDA a nivel mundial, esa efervescencia social constituiría la base para el futuro activismo político y social en torno a la nueva epidemia, estimulando la formación de redes nacionales e internacionales, con capacidad de negociación e intervención pocas veces vistas en otros ámbitos de la salud.

Por otra parte, desde los primeros esfuerzos por mitigar el impacto psicológico entre las personas afectadas por la epidemia, se generaron estrategias, ya utilizadas en otras patologías –como el *cáncer en la década de los años 60*– consistentes en grupos de ayuda mutua, universalmente conocidos por sus siglas: G.A.M.⁸³ Con el transcurso de los tiempos, los G.A.M. también incursionaron en el activismo social, hasta constituirse en la base comunitaria más legítima de los movimientos sociales que representan a las PVVS en países como el Perú.

Por todo lo expuesto, la investigación debía incluir este espacio para recoger más opiniones en torno al Proyecto, por lo que se convocó a dos grupos comunitarios representados por los denominados Grupos de Ayuda Mutua, que suelen funcionar al interior de los hospitales, y son integrados en su totalidad por personas viviendo con el VIH/SIDA. Para nuestro trabajo se logró la participación del GAM “Volver a Nacer” del Hospital Nacional Daniel A. Carrión y del GAM “Cómo las Águilas” del Hospital San José, ambos situados en la Provincia Constitucional del Callao, considerando que muchos de sus integrantes también participaron de las actividades del proyecto evaluado.

A continuación, se vierte un resumen de lo discutido en el seno de ambos grupos:

1) GAM “VOLVER A NACER” (del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao)

- Sobre la aceptación de las estrategias

El debate fue liderado por los miembros más antiguos, varios de los cuales participaron de las actividades del proyecto. Aquí consideraron que, a pesar de existir dispositivos como la ley 26626, conocida también como CONTRASIDA, son pocas las veces que se logró su cumplimiento, toda vez que persisten situaciones de discriminación de diversa índole, como viene ocurriendo en el acceso a ciertos trabajos –*especialmente en el sistema de bancos y en diversas actividades productivas, como la minería*– donde todavía se exige, a espaldas de la ley, las pruebas diagnósticas para detectar a potenciales infectados.

⁸² CÁCERES, Carlos. Transformaciones en el Discurso sobre la Epidemia al VIH como una Epidemia Sexuada – Paradojas y Enigmas en la Respuesta Global. Consulta: 25 de setiembre del 2010. <<http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2009/10/carlos-caceres-la-respuesta-mundial-a-la-epidemia-al-vih-ye280a6.pdf>>

⁸³ BONET, R. y col. Estrategias de grupo y SIDA: ayuda mutua. Rev. Psicol. Gral. y Aplic. 1994, 47(2), pp 193-200

Desde tal perspectiva, el conocimiento de las leyes resultó insuficiente y poco aceptable. Por otro lado, el grupo coincidió en lo frustrante de los esfuerzos para efectuar denuncias y la pobre respuesta de parte de las redes de protección que, supuestamente, debieron responder a las demandas, luego de terminado el proyecto, lo que también los convierte en estrategias poco aceptables.

- Sobre la aplicación de las estrategias

Una vez más, el grupo recalca sus argumentos en torno a las estrategias desarrolladas: en primer lugar, las leyes *-y su cabal conocimiento-* no son aplicables, salvo que exista una voluntad de los líderes políticos y de opinión en el país para hacerlas cumplir. Lo mismo se podría considerar para un potencial sistema de denuncias que, a pesar de la existencia de instituciones tutelares como la Defensoría del Pueblo y las fiscalías provinciales, terminan sin los resultados esperados. Y, por último, la red de soporte nunca se consolidó, pues las ONGs que supuestamente la conformarían, nunca terminaron por asumir un rol concreto al respecto. Para el grupo, no puede dejar de impulsarse la posibilidad que, en un futuro cercano, las denuncias y el soporte institucional realmente si funcionen en bien de las personas afectadas

- Sobre la importancia de la autoestima

Los miembros con mayor experiencia, orientaron una vez más la discusión en este punto. Luego de lograr un consenso en torno a lo que significa la autoestima *-considerada por la mayoría como el nivel de valoración que tiene la persona con relación a sí misma-* todos coincidieron en que muchos afectados provienen de grupos con algún grado de marginalidad, como las poblaciones gay y trans, lo que podría conllevar bajos niveles de autoestima. Esta situación, en opinión del grupo, dificultará los esfuerzos para luchar contra los abusos por parte de la población afectada. Definitivamente, tal situación tiene que cambiar.

- Sobre la percepción de un impacto positivo

Para el grupo, el proyecto no significó mayores cambios en la postura de los afectados con relación al estigma y la discriminación. Tales conclusiones parten, según lo expresado por sus líderes, en la cantidad de situaciones relatadas por sus integrantes y otras personas afectadas, frente a las cuales no contaron con ninguna estrategia convincente a utilizar, aún teniendo el conocimiento de las mismas, sea por haber participado en actividades o proyectos de fortalecimiento, o por su propia experiencia de vida.

- Sobre lo mejor y peor del Proyecto

La mayoría coincidió que lo mejor del Proyecto, fue constituirse en el primer esfuerzo por trabajar el problema del estigma a partir de las propias poblaciones afectadas. Lo peor, fue la percepción de que las metodologías y estrategias utilizadas fueron deficientes, partiendo también de un pobre análisis del contexto que rodea a las personas afectadas.

2) GAM “CÓMO LAS ÁGUILAS” (del Hospital San José del Callao)

- Sobre la aceptación de las estrategias

Al igual que el grupo Volver a Nacer, el debate fue liderado por los miembros más antiguos, varios de los cuales participaron de las actividades del proyecto. Aquí también consideraron que, a pesar de existir dispositivos como la ley 26626, y algunos artículos de la Ley General de Salud (aporte efectuado por un abogado miembro del grupo), son pocas las veces que se logró su cumplimiento, toda vez que persisten situaciones de discriminación de diversa índole, como viene ocurriendo, no solo en el acceso a los trabajos donde todavía se exige, a espaldas de la ley, las pruebas diagnósticas para detectar a potenciales infectados, sino también en la limitación de otros derechos, como es el libre desplazamiento (tal es el ejemplo de la solicitud de pruebas de Elisa para viajar a ciertos países del mundo). Desde tal perspectiva, el conocimiento de las leyes, resultó insuficiente y poco aceptable. Por otra parte, el grupo coincidió en lo frustrante de los esfuerzos por efectuar denuncias y la pobre respuesta de parte de las redes de protección que, supuestamente, debieron responder a las demandas luego de terminado el proyecto, lo que también los convierte en estrategias poco aceptables. Aquí utilizaron ejemplos más concretos, como la limitada respuesta de instituciones ligadas a la Red SIDA Perú, que nunca mostró el debido respaldo a las denuncias que les llegaron.

- Sobre la aplicación de las estrategias

Coincidentes con lo vertido por el grupo del hospital Carrión se concluyó, en primer lugar, que las leyes no son adecuadamente aplicadas, salvo que exista una voluntad de la clase política y de la opinión pública, para hacerlas cumplir. Algo parecido se podría considerar para un potencial sistema de denuncias donde, a pesar de existir instituciones tutelares como la Defensoría del Pueblo y las fiscalías provinciales, la mayor parte de las mismas terminaron archivadas. Y por otra parte, la red de soporte nunca se consolidó y las ONGs que supuestamente la conformarían, nunca terminaron por asumir un rol concreto al respecto, coincidiendo plenamente con lo vertido por sus pares del hospital Carrión. Para el grupo, debiera impulsarse la posibilidad que, en un futuro cercano, las denuncias y el soporte institucional realmente sí funcionen en bien de las personas afectadas

- Sobre la importancia de la autoestima

Los miembros con mayor experiencia, orientaron una vez más la discusión en este punto. Luego de lograr un consenso en torno a lo que significa la autoestima *-que fue considerada por la mayoría como el nivel de valoración que tiene la persona con relación a sí misma-*, todos coincidieron en que muchos afectados provienen de grupos con algún grado de marginalidad, especialmente entre la población gay y trans, lo que podría conllevar bajos niveles de autoestima. Esta situación, en opinión del grupo, dificultarán los esfuerzos para luchar contra los abusos en desmedro de la población afectada.

- Sobre la percepción de un impacto positivo

Para el grupo, el Proyecto no significó mayores cambios en la postura de los afectados con relación al estigma y la discriminación, tanto que invitaron a los investigadores a desarrollar otro estudio con el total de personas que se atienden en el hospital para verificar sus conclusiones.

- Sobre lo mejor y peor del Proyecto

Al igual que lo vertido en el hospital Carrión, la mayoría coincidió que lo mejor del Proyecto fue constituirse en el primer esfuerzo por trabajar el problema de estigma a partir de las propias poblaciones afectadas. Lo peor, fue la percepción de que las metodologías y estrategias utilizadas fueron poco convincentes para los participantes, y ciertamente, poco aplicables en sus realidades diarias.

4.8 LAS PROPUESTAS DE LA POBLACIÓN OBJETIVO SOBRE EL FORTALECIMIENTO DE SUS CAPACIDADES PARA ENFRENTAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Para la presente investigación, solicitar propuestas a la población objetivo, desde sus diferentes espacios –*individual, familiar y comunitario*– referidas a las actividades diseñadas para el fortalecimiento de sus capacidades ciudadanas, se convirtió en una variable que culminaría el análisis de los resultados obtenidos, y que ayudaron a desarrollar las propuestas a partir de este trabajo, como se revisará a continuación.

- Desde el plano individual y familiar

Dentro de un sistema de opciones múltiples, los participantes dieron una multiplicidad de opiniones sobre las características y requisitos que deberían cumplir los proyectos destinados a fortalecer sus capacidades –*y que fueron agrupados en grupos de respuestas análogas*– como las siguientes:

- a. Entre los requisitos mínimos que debieran tener las actividades, el 100% señaló la necesidad que debieran ser didácticas y motivadoras, y luego, un 73% consideró que deben formularse en términos accesibles para todos.
- b. Entre las estrategias más convenientes para las PVVS, consideraron mejorar la capacidad de los sectores responsables para resolver las denuncias (64%), e impulsar a las instituciones dedicadas a brindar soporte y orientación a cumplir con sus objetivos (58%).
- c. Entre los temas básicos a tenerse en cuenta, resalta el “como vencer sus temores para enfrentar la discriminación” (93%), seguido de cómo acceder a un lugar de soporte e información (49%) y como mejorar su autoestima (38%).
- d. El 96% señaló la necesidad de que debieran participar del diseño de estas intervenciones en el futuro, fundamentalmente por su propia experiencia de vida (95%).

- Desde el plano grupal comunitario (GAM)

Se han conjugado las conclusiones de los grupos comunitarios consultados en torno a los tópicos indispensables en los futuros eventos, obteniéndose las siguientes respuestas:

- a) Fortalecer a las organizaciones de base para que proporcionen soporte a los afectados en relación a los actos de discriminación.

- b) Trabajar la autoestima y las metas de vida.
- c) Reconocer las diferentes formas de estigma y discriminación.
- d) Mejorar la autovaloración o la percepción de su valor por parte de las personas afectadas.
- e) Buscar el apoyo de los medios de comunicación masiva para sensibilizar a la opinión pública en torno a esta problemática.

Como puede apreciarse, las opiniones vertidas no solo esbozan reclamos a la institucionalidad que trabaja el SIDA en el país, para que mejore su capacidad de resolución y garantice su compromiso de acción, sino también emplaza a los impulsores de futuros proyectos a desarrollar sus actividades desde la perspectiva de los beneficiarios, en cuanto sus contenidos y accesibilidad. Asimismo, también se reclama la participación de los mismos beneficiarios en el desarrollo de las diferentes fases de diseño y organización, habida cuenta de su experiencia de vida como portadores del VIH/SIDA.

A la actualidad, existen experiencias que han demostrado el mayor impacto de las intervenciones preventivas y promocionales, cuando se incorporó a las propias personas afectadas⁸⁴, e inclusive, en el Perú se cuenta con la experiencia pionera de los Consejeros Educadores de Pares, que ha permitido incorporar PVVS entrenadas, en los servicios de atención de enfermedades infecciosas, para orientar y brindar soporte emocional a sus pares, con un importante nivel de aceptación por parte de la población consultante, como también de los propios profesionales de la salud⁸⁵.

Visto desde una perspectiva general, las poblaciones beneficiarias, tanto desde su ámbito personal, familiar o comunitario, han mostrado una experiencia invaluable que deberá considerarse para el diseño de los futuros proyectos de desarrollo, y han señalado una serie de falencias que, en la práctica, estarían contribuyendo al diagnóstico situacional del proyecto.

⁸⁴ ESTRADA M., Jhon. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. Acta Bioethica 2006; 12 (1)

⁸⁵ Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Líneas de Acción. En http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/vih.htm. Última revisión: 03 de marzo del 2011

5 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permitieron confirmar gran parte de los supuestos elaborados para esta investigación. No solo identificó la escasa aceptación y aplicabilidad de las estrategias propuestas desde la visión de los beneficiarios y sus familias, sino también evidenció el escaso impacto ejercido sobre sus propias experiencias vividas, o en la potencial actitud de enfrentar eventos futuros.

Asimismo, se puede apreciar la complejidad de sus perfiles sociales y culturales, muchos de los cuales tampoco fueron considerados en el diseño del proyecto, incluyendo los procesos ligados a la autoestima, que constituyó una variable de importancia para fortalecer las actitudes frente al estigma y la discriminación, y que se centran en los siguientes acápite:

1. Sobre el perfil de los participantes

Partiendo de los siguientes hallazgos:

- Las 45 personas que se involucraron en este estudio reflejaron una serie de condiciones que los hacen más vulnerables a sufrir una discriminación, no solo por su condición de portadores del VIH, sino también por otros rasgos inherentes a su perfil, como opción sexual, género, condición económica y otros factores de mayor riesgo para su vulnerabilidad biológica, y que se evidenciaron en los resultados obtenidos.
- La mayoría de los participantes efectivamente si experimentaron, por lo menos, una situación de discriminación, tanto como portadores del VIH, como por otras condiciones.
- La mayoría solo se limitó a buscar refugio o alejarse de la agresión, sin optar por un ejercicio concreto de sus derechos ciudadanos.
- Que el nivel de autoestima se percibió entre mediano y bajo, correlacionándose con las actitudes y decisiones adoptadas frente a situaciones de discriminación experimentadas, donde se prefirió el repliegue y el refugio, antes que la denuncia y la resolución del problema.
- La percepción de su autoestima y la convicción de ejercer sus derechos resultó menor en los grupos trans y en las mujeres heterosexuales, lo cual reafirma la concepción de mayor vulnerabilidad social para tales grupos.
- Que, la gran mayoría cuenta con una experiencia personal de vivir con el VIH, con todos los cambios que tal situación determinó para sus vidas y sus entornos sociales y familiares. Después de iniciada la era del TARGA, con toda la suma de esperanzas para quienes acceden a tales tratamientos, se enfrentan a nuevos retos como la reinserción social a sus comunidades, pudiendo ventilarse nuevas formas de discriminación.

Partiendo de tales evidencias, se infieren en las siguientes conclusiones:

1. Que, en definitiva, existe una compleja y diversa gama de factores sociales, económicos, culturales y sexuales detrás de las PVVS en nuestro país, y que muy pocas veces es tomada en cuenta en los proyectos sociales para su fortalecimiento como ciudadanos activos, con pleno ejercicio de sus derechos civiles. Tal complejidad se evidencia en los diferentes espacios *–personal,*

familiar y social–, y el Proyecto ciertamente no los identificó para esbozar sus estrategias y la forma como éstas podrían ser internalizadas.

2. Que la problemática del VIH/SIDA está muy ligada a otros procesos sociales no resueltos en la actualidad, como es la situación, vivida entre el estigma y la marginación, de las comunidades LGBT de nuestros países. Es necesario recordar que la epidemia del SIDA, surgió con emblemas estigmatizantes, muy ligados a las mal llamadas “minorías sexuales”. Más de la mitad de los participantes en el proyecto y en el presente estudio, forman parte de tales grupos sociales, y ningún esfuerzo social por su fortalecimiento ciudadano resultará válido, si no se incluyen todos los factores que intervienen en sus vidas diarias.
3. Que persisten otras formas de discriminación en función del género, toda vez que las mujeres que participaron *–y que representaron a la población heterosexual, por la ausencia de los varones en tales eventos–* mostraron, no solo sus bajos niveles de autoestima, que probablemente las condujeron a una mayor exposición al virus, sino también sus escasas actitudes y convicciones para enfrentar los actos de discriminación, por su condición de portadoras. Algunas de las entrevistadas refirieron encontrarse, inclusive, en estado de abandono social por parte de sus parejas que, casi siempre, fueron su fuente de transmisión del VIH, lo cual agrava su condición de “marginables” al carecer de sus derechos más básicos, como la satisfacción de sus necesidades más urgentes.
4. Que dentro de los múltiples factores individuales que caracterizan a las PVVS, la autoestima constituye una característica imprescindible para fortalecer su capacidad en el ejercicio de sus derechos plenos y de su acceso al bienestar dentro de la comunidad, por lo que debe ser trabajada con antelación antes de proponer estrategias contra fenómenos como el estigma y la discriminación.
5. Que existen evidencias sobre el accionar bastante limitado de la institucionalidad *–léase como sociedad civil–* que ha generado una escasa credibilidad por parte de las poblaciones afectadas, a lo que se sumaría, la imagen cuestionada de las instituciones públicas responsables de velar por el ejercicio de los derechos, toda vez que existe una frecuente intención de formular denuncias, pero sin la suficiente convicción por ejecutarlas, debido a la falta de soporte institucional.

2. Sobre los niveles de aceptación y aplicación de las estrategias

De las tres estrategias propuestas, el conocimiento de las leyes, resultó ser la más aceptable, y potencialmente, la más aplicable para la mayor parte de los entrevistados. Detrás de esta tendencia, caben algunas consideraciones:

1. Que para muchos de los afectados, si existe una necesidad de denunciar los actos de estigma y discriminación, por lo que el conocimiento de las leyes fue visto como una *“necesidad básica e indispensable”*, convirtiéndose en la estrategia más aceptable, toda vez que se tomó conciencia de leyes que si existen en el país y que están destinadas a proteger sus derechos.
2. Sin embargo, el proceso se detiene cuando expresan su desconfianza hacia las instituciones tutelares *–sean de la sociedad civil o del sector público–* por lo que las alternativas, como la formulación de sus denuncias o recurrir a un

sistema de soporte, no resultaron aceptables ni aplicables para los afectados, al no existir una institucionalidad creíble o confiable.

3. Lo expresado, no soslaya otras condicionantes inherentes a los afectados, como la percepción del ejercicio de sus derechos, pues hubo respuestas como: *“qué más da... mejor evito problemas y sigo con mi vida sin importarle a los demás”*, que podría estar relacionado a una aceptación de su condición como sujeto de discriminación.

3. Sobre el impacto obtenido por el Proyecto

Que constituyó el rubro culminante del Proyecto, y permitió estimar que no se logró el impacto esperado, acorde a los objetivos declarados en sus documentos (que sobrepasaban el 80% de personas y familias con capacidades para enfrentar el estigma y la discriminación en sus comunidades), estableciéndose las siguientes consideraciones:

1. Que los bajos niveles de aceptación y de percepción *–para su aplicación–* de las estrategias trabajadas por parte de los participantes, como también las actitudes y comportamientos asumidos en situaciones reales o potenciales de discriminación, traslucieron, de manera inequívoca, el limitado impacto obtenido por el Proyecto.
2. El proyecto solo se basó en una transmisión pasiva de conceptos basados en el conocimiento de leyes y el ejercicio de sus derechos, a través de un sistema tutelar de soporte que, a decir de los participantes, no se concretó posteriormente al término de las actividades.
3. El Proyecto no convirtió a las PVVS en sujetos con mayor participación en el diseño y ejecución de las actividades dirigidas a sus familias y grupos organizados, soslayando su experiencia como portadores de una forma de existencia: vivir con el VIH/SIDA.
4. El Proyecto no se enmarcó dentro de la visión de integración y cohesión social, que se recomienda a nuestros países, como parte de su desarrollo nacional a partir del fortalecimiento de sus comunidades, incluyendo a las poblaciones más vulnerables a la discriminación.

4. Sobre los entornos familiares

Partiremos de los siguientes hallazgos:

- Los grupos familiares consultados fueron enfáticos en determinar que el proyecto no generó cambios en sus actitudes para enfrentar el estigma y la discriminación.
- Al igual que las personas afectadas, los grupos familiares mostraron una limitada actitud por denunciar hechos de discriminación o acogerse a una red de soporte.

- No deja de sorprender la participación de las familias en la última década, con un involucramiento e identidad no estimados por muchos científicos sociales⁸⁶. En nuestro estudio la cantidad de participantes, el porcentaje de involucrados más allá de los padres, y la calidad e intensidad de su contribución como grupo, resultaron bastante optimistas.

Tales hallazgos conducirían a las siguientes consideraciones:

1. Que, a pesar de su involucramiento, muy ligado a su nivel de afecto y solidaridad, las familias también replicaron las actitudes y comportamientos de sus afectados frente al estigma y la discriminación, lo que traduce no solo una visión pesimista en torno a la institucionalidad de soporte en la problemática, sino también la necesidad de “ocultar” el diagnóstico, aceptando, de manera indirecta, su condición de “marginables”.
2. Que su involucramiento también responde a otros aspectos culturales, muy propios de las familias latinoamericanas, basadas en la unidad del grupo y la solidaridad como base de su tejido social, a pesar de las transformaciones sociales experimentadas en las últimas décadas.
3. Que tal involucramiento no necesariamente trasluce una mejor relación generacional entre padres e hijos, incluyendo todo lo referente a los derechos sexuales y reproductivos, pues varios de los entrevistados, recién asumieron parte del bagaje sexual de sus afectados, como el hecho de tener una opción sexual diferente o la pérdida de su “virginidad” como el caso de las mujeres.

5. Sobre el Proyecto y su articulación con las políticas sociales en el país.

Luego de la revisión pormenorizada de los hallazgos evidenciados, cabe la necesidad de mirar al propio Proyecto desde su concepción, incluyendo su pertinencia en el momento que fue concebido, su potencial sostenibilidad y articulación con la visión social del sector correspondiente:

1. Por lo revisado, el nivel de exigencia para la elaboración del Proyecto por parte de los entes financiadores, no fue muy riguroso, toda vez que no se recurrió a metodologías o matrices recomendadas en el plano internacional, como el Marco Lógico. Los escasos documentos encontrados solo dan cuenta de una descripción, muy lineal, de propósitos, objetivos y actividades, acompañados de una matriz presupuestal en función de las actividades delineadas.
2. Como producto de lo anterior, la concepción del monitoreo y medición del impacto se redujo a encuestas de salida, referidas a la satisfacción del usuario por las actividades ofrecidas, como los talleres participativos.
3. Si bien las actividades se concibieron durante el desarrollo de un Plan Multisectorial para la prevención y control del VIH/SIDA, no necesariamente respondió a éste, toda vez que se efectuó bajo la consigna emanada desde el Programa de Lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA), que establecía diversas temáticas a ser priorizadas anualmente a nivel mundial.

⁸⁶ CASTRO, Roberto y col. Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. Salud pública Méx vol.39 n.1 Cuernavaca Jan / Feb. 1997

Considerando tales evidencias, se podrían efectuar las siguientes aseveraciones:

1. El proyecto concebido en tales condiciones, respondiendo a una coyuntura política y doctrinaria, emanada desde diversas instancias rectoras del plano mundial, podía responder, en términos mediáticos, a una situación vigente, constituida en un *“problema social aún no resuelto”*.
2. Sin embargo, las condiciones de su concepción disminuyeron sus posibilidades de sostenibilidad en el tiempo, pues al no contarse con un proceso bien diseñado para el monitoreo y evaluación del impacto, no permitiría generar otros esfuerzos posteriores a partir de este proyecto.
3. Asimismo, el proyecto debió articularse a las políticas sociales, en permanente construcción desde el plano nacional. Aquí, una vez más, la coyuntura dirigida desde otros entes internacionales, y la probable consigna de participar de esta convocatoria sin una visión para construir escenarios futuribles y futurables, no permitió una mejor arquitectura conceptual de este esfuerzo.

Tal vez, a partir de las limitaciones evidenciadas en este proyecto, el campo de la Gerencia Social permita orientar los siguientes esfuerzos para intervenir en la difícil problemática del estigma y la discriminación asociados a la epidemia del VIH/SIDA. Las futuras actividades deberán examinarse desde su propia concepción metodológica, impregnándose de la visión macro social que impulse a su articulación con las políticas sociales existentes y conlleve, por ende, a una mejor sostenibilidad de sus resultados, cuyo corolario final será su conversión como nuevas estrategias nacionales dentro de los planes políticos a desarrollarse en los siguientes quinquenios. Solo así será posible una verdadera cohesión social como nación a partir de la efectiva inclusión comunitaria de una población históricamente estigmatizada y discriminada.

6 PROPUESTAS

La investigación ha efectuado hallazgos en los diferentes espacios que rodean a las personas afectadas y a sus familias, como también ha identificado la multiplicidad de actores intervinientes, por lo que las propuestas dirigidas a los futuros esfuerzos destinados a la inclusión y el fortalecimiento social de las PVVS, deberían basarse en tres objetivos: 1) el abordaje integral de todos los espacios que rodean a las personas afectadas, 2) la participación multisectorial e interdisciplinaria de los diferentes actores, y 3) el impulso de impactos perceptibles sobre las políticas sociales de los sectores institucionales involucrados.

Ciñéndose a los esfuerzos nacionales de cohesión social, basados en la integración de todos los grupos poblacionales al desarrollo del país, se describen nuestras propuestas a continuación:

1. Identificar y abordar los diferentes espacios que rodean a los individuos

Las personas no son entes al margen de la dinámica social que los rodea, si consideramos los diferentes espacios en los que se movilizan (Esquema I) y la interacción que existe entre los mismos.

Si partimos que la individualidad de las personas estará influenciada y retroalimentada por sus espacios familiares, laborales y sociales, fuera del impacto de los macro entornos culturales y políticos de la región donde vivan, ningún proyecto social podrá intervenir si no efectúa un diagnóstico situacional, utilizando un análisis lógico basado en la identificación de problemas y alternativas en cada espacio, como veremos a continuación

- a) **Entorno político y cultural**, donde deben evaluarse la existencia de leyes y la visión política destinada a la inclusión social de las personas afectadas y sus familias, dentro de la corriente mundial de cohesión social recomendada a muchos países. También se procederá al análisis de la visión “cultural” imperante en la comunidad, a fin de disminuir los actos de estigma y discriminación por diversas causas, con intervenciones basadas en la sensibilización de la comunidad.
- b) **Entorno social**, referido a los espacios inmediatos a las personas, y que comprende amigos y pares comunitarios, donde resultará importante identificar estrategias de intervención para los propios afectados, a fin de manejar este espacio a partir de su situación como portador del VIH/SIDA. Tales estrategias deberán generar capacidades personales para la negociación, la sensibilización y la aceptación. En este espacio, la marginalidad en la que viven muchos portadores, especialmente si pertenecen a poblaciones fácilmente estigmatizables, deberá investigarse con detenimiento para establecer las mejores estrategias de convencimiento.
- c) **Entorno familiar**, que, independiente de su alto grado de involucramiento, también es importante empoderar otras actitudes, para lograr respuestas más firmes y coherentes frente a la discriminación de sus seres queridos, y para enfrentar otros retos que la enfermedad conlleve a través de los años, más aún en la era de los tratamientos antirretrovirales.

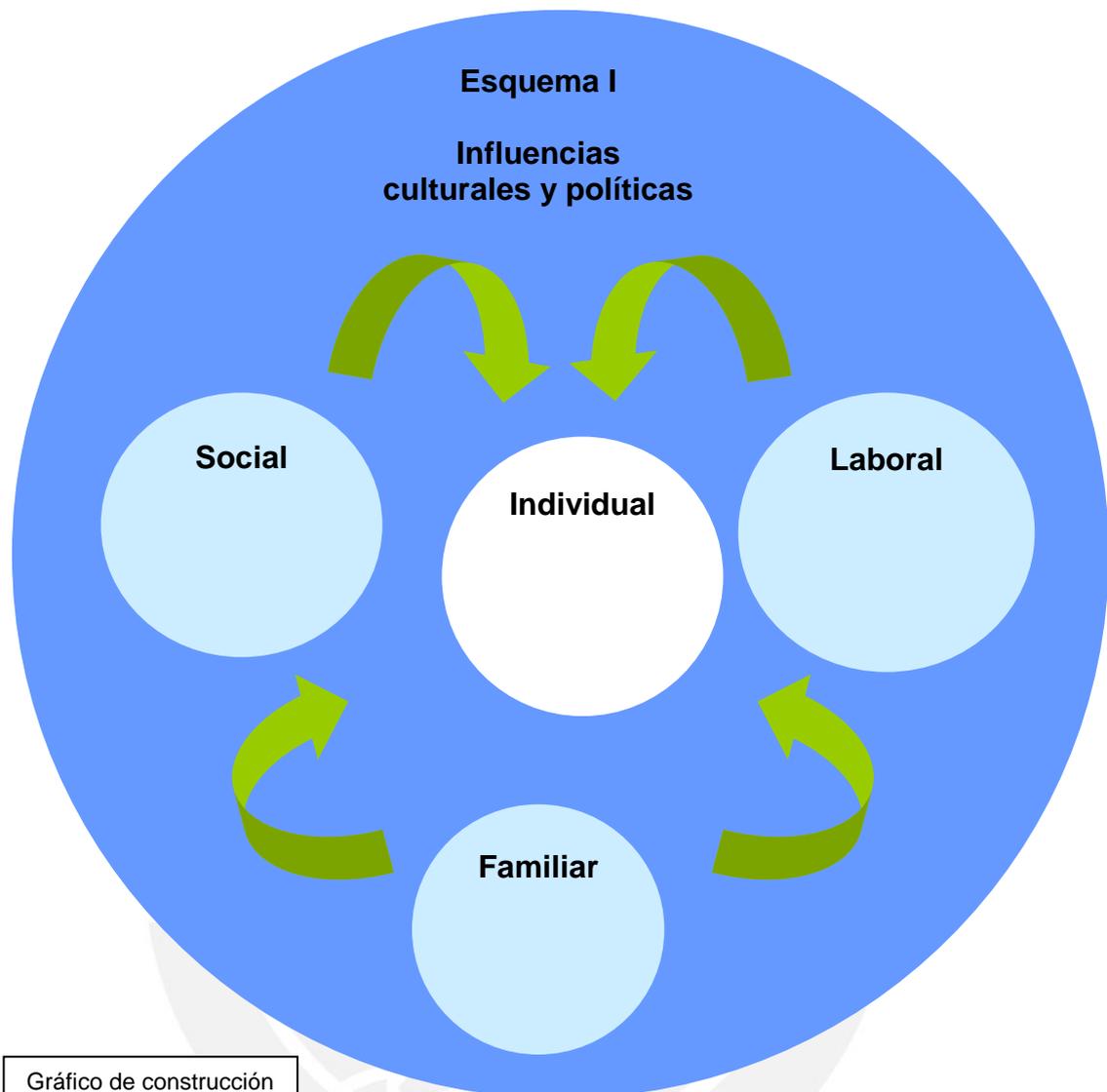


Gráfico de construcción propia

- d) **Espacio individual**, que implicará el fortalecimiento de la autoestima, la generación de metas individuales, incluyendo su reinserción social dentro de la comunidad, y la convicción de alcanzar una vida plena y la felicidad como corolario final de sus existencias.

2. Identificar a los actores con mayor influencia para la participación multisectorial e interdisciplinaria en el desarrollo de nuevos proyectos

Considerando la vasta experiencia social y política existente en el ámbito de la lucha contra el SIDA, resultará indispensable la identificación y posicionamiento de los diversos actores que liderarán y participarán de los futuros proyectos destinados a enfrentar el estigma y la discriminación.

Solo en el Perú existen alrededor de 60 instituciones que desarrollan actividades ligadas a la problemática del VIH-SIDA en el Perú, algunas de las cuales, como la Asociación Benéfica VIA LIBRE⁸⁷, muestran un desarrollo íntegramente ligado a la problemática. Existen conglomerados institucionales

⁸⁷ VIA LIBRE, Memoria institucional. Perú 2005

como la Red SIDA Perú, que representa a 12 instituciones de la sociedad civil dedicadas, en mayor o menor grado, al desarrollo de actividades afines al SIDA⁸⁸. A partir del año 2003, y con el impulso del llamado Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, se genera un proceso de mayor integración institucional representado por la Coordinadora Multisectorial de Salud contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria –CONAMUSA– destinada a la representación política de la sociedad civil en su conjunto, frente al Estado en tales problemáticas de la salud⁸⁹.

Desde tal perspectiva podría proponerse la siguiente distribución:

a) Actores institucionales

A través del involucramiento de todas las instituciones que, directa o indirectamente, participan o podrían participar en la problemática del estigma y la discriminación, con especial énfasis en las entidades públicas, aperturando un proceso de vigorosa vigilancia ciudadana. En la sección de “Enfoques de intervención”, ya se ventilaron algunas experiencias mundiales en la inclusión de diversos sectores que no suelen participar, como las empresas y los ámbitos religiosos, con resultados bastante alentadores. Un verdadero proyecto social deberá partir de un soporte multisectorial para emprender cualquier esfuerzo.

b) Entorno comunitario

Constituido por las organizaciones de base comunitaria, incluyendo a los Grupos de Ayuda Mutua existentes, habida cuenta de su innegable experiencia para aportar en el diseño y la construcción de futuras experiencias, como también a las organizaciones representativas de las poblaciones más vulnerables a la epidemia y, por ende, más estigmatizadas, como las asociaciones LGBT.

c) Entorno individual y familiar

No solo atendiendo a la demanda de las propias PVVS, de participar activamente en las diferentes fases de construcción de los futuros proyectos destinados a ellos y sus familias, sino también al hecho de valorar su propia experiencia personal viviendo con el VIH/SIDA. A nivel mundial, ya se verificó el éxito de experiencias inclusivas con los propios afectados⁹⁰, convirtiéndose en una constante demanda por parte de los beneficiarios, como se evidenció anteriormente⁹¹.

3. Impulsar un impacto perceptible sobre las políticas sociales de los sectores institucionales involucrados en la problemática

Sin duda alguna todo esfuerzo tendiente a enfrentar el estigma y la discriminación, debería contar con algún grado de participación por parte de los sectores públicos y privados, más aún si cuentan con liderazgo político y técnico en la problemática.

⁸⁸ RED SIDA PERÚ. Boletín Informativo. Mayo del 2007

⁸⁹ CONAMUSA. Portal de información. En <http://www.conamusa.org.pe>. Última consulta: 03 de febrero del 2011

⁹⁰ Ver en sección 2.1.3 sobre los diferentes enfoques estratégicos frente a la problemática

⁹¹ Ver en el acápite 4.8 (Las propuestas de la población objetivo sobre el fortalecimiento de sus capacidades para enfrentar el estigma y la discriminación)

Tal involucramiento permitiría, a partir de resultados potencialmente beneficiosos, facilitar el proceso de incorporación de nuevas metodologías y estrategias de intervención en las políticas sociales que se generen contra del estigma y la discriminación.

Dentro del proceso de incorporación, se establecerían nuevos planes multisectoriales, con una adecuada asignación presupuestal, para garantizar luego, un ámbito de aplicación en todo el plano nacional, más aún cuando ya existen ejemplos de nuevas políticas de inserción social basadas en otras experiencias, como el trabajo de los promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables y afectadas que, hoy en día, forman parte de la estructura funcional de las diferentes instancias del sistema público de salud. Tales estrategias se desarrollaron a partir de los alentadores resultados obtenidos de diversos proyectos sociales destinados a mitigar el impacto de la enfermedad entre los años 1996 y 2003⁹².

A la actualidad, dichas experiencias se han erigido en baluartes de como un proyecto social, aplicado a una población específica, en un tiempo y espacio determinados, puede lograr impactos decididamente importantes, hasta convertirse en una política nacional con el apoyo de todos los actores sociales de un país.

La experiencia acumulada a partir de esta gran pandemia mundial, no solo ha movilizado a todos los estratos de la sociedad de fines del siglo XX, pues también ha obligado a toda la comunidad a replantear sus formas de relación personal y social, generando nuevos rumbos en la convivencia y tolerancia, incluyendo una mayor aceptación de estilos de vida diferentes; y como resultado final: a concebir un mundo diferente del que conocimos décadas atrás.

⁹² Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Reportes técnicos. Ministerio de Salud del Perú, 2004. Sin publicar

7 BIBLIOGRAFÍA

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ 2005	Informe de gestión de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Perú,
PORTAL DE LA HISTORIA 2009	Las primeras epidemias de la historia. Consulta: 10 de enero del 2009 < http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/las_primeras_epidemias_de_la_historia.pdf >
BROWN, L., TRUJILLO, L. & MACINTYRE, K 2004	<i>Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?</i> New York: The Population Council Inc. Consulta: 20 de enero del 2010. < http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/litrvwstgdisc.pdf >
BENITO, Irene 2009	Un brote de discriminación en el brote de gripe. Diario El País, Madrid, Consulta: 30 de diciembre de 2009. < http://www.elpais.com/articulo/sociedad/brote/discriminacion/brote/gripe/elpepusoc/20090504elpepusoc_4/Tes >
CALZADA GÓMEZ, Mario 2009	Historia de las Epidemias. En Derecho y Ser, 1º de mayo del 2009. Consulta: 22 de diciembre del 2009. < http://derechoyser.blogspot.com/2009/05/historia-de-las-epidemias.html >
ONUSIDA 2002	Marco Conceptual y Base para la Acción: Estigma y Discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Campaña Mundial contra el SIDA 2002–2003. Ginebra, Informe ONUSIDA, pp 9. Consulta: 20 de mayo del 2010. < http://whqlibdoc.who.int/unaid/2002/global_report_2002_spa.pdf >
ONUSIDA 2004	Informe sobre la epidemia mundial de sida. Cuarto informe mundial. Ginebra, 2004, pp. 10-11. Consulta: 21 de mayo del 2010. < http://www.scribd.com/doc/11459881/informe-sobre-la-epidemia-mundial-de-sida-2004-onusida >
ONUSIDA 2001	Reporte 2001, pp. 27. Consulta: 15 de junio del 2010. < http://whqlibdoc.who.int/unaid/2002/9291732559_spa.pdf >

<p>ONUSIDA 2005</p>	<p>Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, pp. 17</p>
<p>BOSWELL D. Y BANDA I 2002</p>	<p>Home and community care in Zambia: an external evaluation of the AIDS integrated programme, Catholic Diocese of Ndola. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, abril de 2005, pp. 17-20</p>
<p>WILKINSON D 2000</p>	<p>Una asociación exitosa – estudio de caso de contrato entre el Ministerio de Salud y Khana para el desembolso de fondos del Banco Mundial para el trabajo en VIH/SIDA en Camboya. Publicación de la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA. EE.UU. marzo del 2007, pp. 7-13</p>
<p>UNICEF 2009</p>	<p>Project Using the participatory approach, young novices show their understanding of HIV/AIDS and ways to manage the crisis. In Regional Review: Buddhist Leadership Initiative. Unicef publication, Thailanh, pp. 15-21.</p>
<p>BYAMUGISHA G. et al 2002</p>	<p>Gender, religious involvement, and HIV/AIDS prevention in Mozambique. Social Science & Medicine 61 (2005), pp.1529–1539</p>
<p>MOVIMIENTO POSITIVO 2005</p>	<p>Participación de las personas que viven con el VIH en actividades de prevención del VIH, Belarús. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, pp. 17-20</p>
<p>CENTRO PARA EL ESTUDIO DEL SIDA (CSA) de la Universidad de Pretoria, Sudáfrica 2005</p>	<p>Proyecto: Abordar las desigualdades más generales por medio de la educación participativa. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, pp. 39-41</p>

<p>PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD DE ZAMBIA (ZIHP) 2005</p>	<p>Proyecto: Movilizar a líderes comunitarios para fomentar una mayor apertura sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad y el VIH. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, pp. 42-44</p>
<p>FAMILIAE Psicoterapia 2009</p>	<p>Sensibilización a través de los medios de comunicación. Publicación de SOUL City. Consulta: 16 de junio del 2010. <http://www.centrodepsicologia.org/_articulo423_enesp.htm></p>
<p>COALICIÓN EMPRESARIAL TAILANDESA SOBRE EL SIDA (TBCA), Tailandia 2005</p>	<p>Movilizar el sector privado para que aplique políticas no discriminatorias sobre el SIDA y promueva el conocimiento de la epidemia. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, pp. 48-51</p>
<p>VOLSKWAGEN DO BRASIL 2005</p>	<p>Proyecto: Mejorar la calidad de vida de los empleados mediante el acceso a asistencia integrada y la aplicación de políticas no discriminatorias. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, pp. 51-52</p>
<p>MAHENDRA V., GEORGE B. Y GILBORN L 2002</p>	<p>Reducing stigma by promoting PLHA-friendly hospitals. Decimocuarta Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona</p>
<p>ACCIÓN CIUDADANA CONTRA EL SIDA (ACCSI) 2005</p>	<p>Promover los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y proporcionar reparación por las violaciones de tales derechos. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa, UNAIDS/05.05E, Ginebra, pp. 57-60</p>
<p>UNIDAD JURÍDICA SOBRE EL SIDA 2005</p>	<p>Centro de asistencia jurídica en Namibia. En Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Publicación de ONUSIDA – Programa Mundial de lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas. Versión original inglesa,</p>

	UNAIDS/05.05E, Ginebra, pp. 63-64
Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS/VH/SIDA 2009	Reporte anual. Ministerio de Salud del Perú.
CEPAL 2007	Cohesión social, Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile
CUETO, Marcos 2001	Culpa y Coraje: Historias sobre las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú. En Consorcio de Investigación Económica y Social – CIES. Consulta: 30 de junio del 2010 http://cies.org.pe/publicaciones/libros/diagnostico/culpa-y-coraje
MACASSI, Ivonne 2005	La situación de las mujeres viviendo con el VIH en el Perú. CMP Flora Tristán. Lima. Consulta: 07 de julio del 2010. < http://es.calameo.com/read/0000682380ac7189b71ca >
DIEZ CANSECO, Francisco 2007	Estigma y Discriminación Relacionados con el VIH/SIDA en el Perú: La Mirada de las Personas Viviendo con VIH/SIDA. Proyecto Policy-USAID-Peruanos Positivos. Lima, pp. 17
GIRÓN, Maciel 2007	Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. Med Exp Salud Publica 2007; 24(3): 211-17
FOREMAN, Martín y col. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud 2003	Organización Panamericana de la Salud, Consulta: 10 de Julio del 2010 < http://www.scribd.com/doc/11433149/ops-comprension-y-respuesta-al-estigma-y-a-la-discriminacion-por-el-vihsida-en-el-sector-salud >
VIA LIBRE 2005	Memoria institucional. Perú
RED SIDA PERÚ 2007	Boletín Informativo. Perú
CONAMUSA 2008	

	Informe Institucional Anual. Perú.
NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH OF MEXICO 2004	Mo Kexteya: Reduction of Stigma and Discrimination Related to HIV/AIDS in Mexico - Final Report of Diagnostic Phase. México: INSP. Consulta: 10 de julio del 2010. < http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACF288.pdf >
DESCLAUX, Alice 2002	Estigmatización y discriminación: ¿Qué tiene para ofrecer un enfoque cultural? En UNESCO. VIH/SIDA y discriminación: un enfoque antropológico. Estudios e informes. Serie especial 20. Paris
GOFFMAN, Erwing 1963	Stigma: Notes of the management of Spotted identity. Nueva Jersey: Prentice Hall Inc.Englewod Cliffs. EE.UU. Consulta: 20 de Julio del 2010. < http://www.scribd.com/doc/16661891/Goffman-Erving1963-Stigma >
PARKER, R. & Aggleton, P. 2002	<i>HIV/AIDS – related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action.</i> New York: The Population Council Inc. EE.UU. may 2002, pp. 1-4
RODRIGUEZ, Enrique 2007	VIH-SIDA y discriminación en Ica: Un problema de salud pública. Consorcio de Investigación Económica y Salud (CIES). Lima. Disponible en: http://cies.org.pe/files/DyP/DyP28.pdf
PEIXOTO, José 2010	El estigma percibido y el estigma efectivo o experimentado. Consulta: 15- de julio del 2010. < http://www.aidscongress.net/html/pdf/382.pdf?id_comunicacao=382 >
DE ASSIS, Rafael y col 2005	DE ASSIS, Rafael y col. Discriminación y VIH/SIDA. Estudio Fipse sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid con la colaboración de Cruz Roja Española. Publicación de la fundación FIPSE.
GRIMBERG, Mabel 2003	Estigmatización y discriminación social relacionada al VIH en países de América Latina: sexualidad y uso de drogas en jóvenes en contextos de precarización social urbana. En UNESCO: VIH-

	SIDA, estigma y discriminación: un enfoque antropológico. Estudios e informes. Serie especial 20. París.
UNAIDS 2008	Estudio "Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA en el Perú: la mirada de las PVVS (diapositivas). Perú 2008. Consulta: 30 de julio del 2010. < http://www.consortio.edu.pe/admin/comf_actividades/archivos/9percy_minaya.pdf >
GIRÓN, Maciel 2007	Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2007; 24(3): 211-17
FABRE, Miguel Marco 2000	Consideraciones en torno al concepto de exclusión social. Acciones e investigaciones sociales, ISSN 1132-192X, N° 11, 2000
DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA 2010	Vigésima Segunda Edición.
ONU 1963	Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. <i>Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1963 [resolución 1904 (XVIII)]</i>
DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA 2010	"Loc. Cit."
La Prensa.hn internacionales 2009	Entre el prejuicio y el rechazo. Consulta: 28 de agosto del 2009. < http://www.laprensa.hn >
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS 2001	Modelo de Atención Integral. Ministerio de Salud del Perú. Documento de trabajo. Consulta: 02 de agosto del 2010. < http://www.minsa.gob.pe >
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA 2008	Encuesta de Demografía y Salud – ENDES. Perú. Consulta: 02 de agosto del 2010. < http://desa.inei.gob.pe/endes/caractendes.asp >

OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA – OGE 2010	Reporte estadístico de la infección por VIH-SIDA. Consulta: 30 de julio del 2010. < http://www.oge.gob.pe >
ONUSIDA 2009	El SIDA en cifras. Reporte Anual. Ginebra.
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA 2005	Censo X Población y V Vivienda. Consulta: 02 de setiembre del 2010. < http://www.inei.gob.pe >
PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO – PNUD 2007	Informe del Índice de Desarrollo Humano. Perú
SOLEDAD JARQUÍN, Edgar 2005	La pobreza como factor de riesgo para el VIH/Sida. Cimaconoticias, Publicado el viernes 5 de agosto del 2005. Consulta: 03 de setiembre del 2010. < http://www.cimaconoticias.com/noticias/05ago/05080510.html >
DESCLAUX, Alice; GRINBERG, Mabel; REYNAUT, Claude; VIDAL, Laurent; ONATARRA, Fautamata; MICOLLIER, Evelyne 2002	Estigma y Discriminación por el VIH/SIDA: un enfoque antropológico. Actas de la mesa redonda celebrada el 29 de noviembre de 2002 en la sede de la UNESCO en París. Estudios e Informes, Serie Especial, Número 20 División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural. UNESCO, 2003
OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA – OGE 2006	Reporte de la Vigilancia Centinela en VIH/SIDA. Ministerio de Salud. Consulta: 02 de junio del 2010. < http://www.oge.gob.pe >
BARRETO, Idaly at el 2010	Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB. Diversitas Vol. 6, N° 1. Bogotá, Colombia. Jan/Jun 2010
STOCKDILL, Brett C 2003	<i>Activismo contra el SIDA en las intersecciones de la sexualidad, la raza, Gender, and Class . Género y Clase.</i> Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers, Inc. Boulder, CO: Lynne Rienner Editores, Inc.
TERTO, Veriano 2002	La seropositividad al VIH como identidad social y política en Brasil. Presentación oral del autor en el Seminario Especial "La Epidemia de SIDA: Prioridades de la Agenda Social y Política"

	organizado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública, Maestría en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva en la ciudad de Lima los días 28 y 29 de noviembre de 2002. Consulta: 27 de setiembre del 2010. < http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1 >
LGBT 2009	Informe Anual. Ciudadanías – Activismo cultural y derechos humanos. Consulta: 03 de setiembre del 2010. < http://www.ciudadaniasx.org >
COLLAZOS, María Fernanda y col.	Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. Colombia Médica, Vol. 36 N° 3 (Supl 2), 2005 (Julio-Septiembre)
CARBAJAL, Ana 2003	La mujer con VIH – SIDA y los derechos humanos. Antibióticos e Infección-volumen 11 N° 34-Julio-Diciembre de 2003
LOUISE, L. 2008	El año de la autoestima. Publicación de la Asociación VIVOPOSITIVO. Consulta: 10 de octubre del 2010. < http://vivopositivo.blogspot.com/2007/12/2008-el-ao-de-la-autoestima-louise-l.html >
FLORES, Enrique y col. 2006	VIH/SIDA: ¿Enfermedad o estigma? ¿Persona o colectivo?. En Infocop Online, publicado el 28/07/2006. Consulta: 30 de setiembre del 2010. < http://www.infocop.es/view_article.asp?id=970 >
CASTRO, Arachu y FARMER, Paul 2003	El Sida y la violencia estructural:La culpabilización de la víctima. <i>Cuadernos de Antropología Social</i> N° 17, pp. 29-47
SUNKEL, Guillermo 2006	El papel de la familia en la protección social en América Latina. CEPAL . Santiago, Chile, pp. 66
GARCÍA, Álvaro. 1994	Ponencia sobre el rol de las familias en la epidemia del VIH/SIDA (diapositivas). Presentado en las Jornadas conmemorativas por el Día Mundial de Lucha contra el SIDA, organizadas por la Región de Salud del Callao.
PLATAFORMA NACIONAL DE MUJERES VIVIENDO CON EL VIH/SIDA.	Presentación de testimonios, como parte de los actos

2003	conmemorativos al Día Mundial de Lucha contra el SIDA. Lima – Perú, 30 de noviembre del 2003.
JELIN, Elizabeth 1994	Las familias en América Latina. Documento para la Reunión Regional Preparatoria del Año Internacional de la Familia, a realizarse en Cartagena, Colombia, 10-13 de agosto de 1993. CEDES/CONICET. ISIS INTERNACIONAL. EDICIONES DE LAS MUJERES N° 20, 12-15 pp
CÁCERES, Carlos 2009	Transformaciones en el Discurso sobre la Epidemia al VIH como una Epidemia Sexuada – Paradojas y Enigmas en la Respuesta Global. Consulta: 25 de setiembre del 2010. < http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2009/10/carlos-caceres-la-respuesta-mundial-a-la-epidemia-al-vih-ye280a6.pdf >
BONET, R. y col. 1994	Estrategias de grupo y SIDA: ayuda mutua. Rev. Psicol. Gral. y Aplic., 47(2), pp 193-200
CASTRO, Roberto y col. 1997	Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. Salud pública Méx vol.39 n.1 Cuernavaca Jan / Feb
BRANDEN Nathaniel 2004	Los seis pilares de la autoestima. En http://bloqs.xtec.cat/feacsj/files/2010/04/los-seis-pilares-de-la-autoestima.doc . Última revisión: 07 de febrero del 2011
LOMNITZ, Larissa, PÉREZ Lizauro Marisol. 2010	La Gran Familia como unidad básica de solidaridad en México. En: http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2106/13.pdf . Última revisión: 08 de febrero del 2011
ESTRADA M., Jhon 2006	Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. Acta Bioethica 2006; 12 (1)

8 ANEXOS

8.1 Tablas de resultados cuantitativos

En esta sección, se compilan todos los cuadros, inicialmente con una sola variable, para luego mostrar los resultados en cuadros con dos o más variables, obtenidas de las encuestas desarrolladas tanto a nivel individual como familiar.

Parte de la información mostrada ya fue insertada y analizada en los capítulos y secciones correspondientes a los resultados, conclusiones y propuestas. La priorización se efectuó en torno a la mayor importancia de los datos para los objetivos de la investigación; sin embargo, se consideró la necesidad de mostrar toda la información obtenida, con fines de análisis para otros investigadores y como fuente constante para trabajos ulteriores.



CONDICIONES INHERENTES AL PERFIL DE LAS PVVS RESULTADOS EN CUADROS CONSOLIDADOS POR UN SOLO INDICADOR

Cuadro Nº 1 Edad (en años)

Rangos de edad	Nº	%
15-20	1/45	(2%)
20-25	10/45	(22%)
25-45	27/45	(60%)
más de 45	7/45	(16%)

Cuadro Nº 2 Sexo

	Nº	%
Masculino	30/45	(67%)
Femenino	15/45	(33%)

Cuadro Nº 3 Grado de instrucción

	Nº	%
Primaria	14/45	(31%)
Secundaria	22/45	(49%)
Superior / técnica	9/45	(20%)

**Cuadro Nº 4 Nivel económico (según estudio
de servicio social del hospital):**

	Nº	%
(C)	12/45	(27%)
(D)	29/45	(64%)
Nivel económico (E)	4/45	(9%)

Cuadro Nº 5 Opción Sexual

	Nº	%
Gay	13/45	(29%)
Transexual	15/45	(33%)
Heterosexual	15/45	(33%)
Bisexual	2/45	(4%)

**Cuadro Nº 6 ¿Es o ha sido
trabajador(a) sexual?**

	Nº	%
SI	11/45	(24%)
NO	34/45	(76%)

**Cuadro Nº 7 ¿Tiene o ha tenido
problemas de drogadicción o
alcoholismo?**

	Nº	%
SI	18/45	(40%)
NO	27/45	(60%)

Cuadro Nº 8 Tiempo que vive con el diagnóstico de infección por VIH en años

Intervalos de tiempo	Nº	%
Más de 10	7/45	(16%)
Entre 5 y 10	35/45	(78%)
Entre 1 y 5	3/45	(7%)
Menos de 1	0/45	(0%)

Cuadro Nº 9 ¿Es activista? o ¿ha participado de actividades de activismo?

	Nº	%
SI	11/45	(24%)
NO	34/45	(76%)

Cuadro Nº 10 ¿Vive usted con su familia

	Nº	%
SI	24/45	(53%)
NO	21/45	(47%)

Cuadro Nº 11 En su familia, ¿por lo menos una persona sabe o conoce de su diagnóstico?

	Nº	%
SI	43/45	(96%)
NO	2/45	(4%)

Cuadro Nº 12 Dígame, ¿que entiende por DISCRIMINACIÓN? Intente definirla

	Nº	%
Es señalar a una persona por tener una condición diferente	4/45	(9%)
Es sufrir maltrato a causa del diagnóstico de VIH	24/45	(53%)
Es limitar el acceso de una persona a todas las oportunidades	3/45	(7%)
Es la marginación a causa de una condición	14/45	(31%)

Cuadro Nº 13 Ha sufrido algún tipo de discriminación por su condición como portador(a) del VIH antes de participar del proyecto?

	Nº	%
SI	40/45	(89%)
NO	5/45	(11%)

Cuadro N° 14 Si su respuesta fue afirmativa: ¿cuántas veces sufrió una discriminación?

	N°	%
Más de una vez	25/40	(63%)
Una sola vez	15/40	(38%)

Cuadro N° 15 ¿Cuál fue su reacción en la primera experiencia?

	N°	%
Frustración, sin saber que hacer	22/40	(55%)
Indignación	14/40	(35%)
Indiferencia	2/40	(5%)
Tristeza	2/40	(5%)

Cuadro N° 16 ¿Cómo intentó solucionarlo?

	N°	%
Enfrentando a las personas que están discriminando	7/40	(18%)
Denunciando ante las instancias pertinentes	7/40	(18%)
Tratando de no darle importancia al hecho	6/40	(15%)
Buscando refugio o consuelo con amigos o familiares	20/40	(50%)

Cuadro N° 17 ¿Ha sufrido algún tipo de discriminación por otras razones, como:

		N°	%		N°	%
Tener otra opción sexual (como ser trans o gay)?	SI	28/45	(62%)	NO	17/45	(38%)
Dedicarse al trabajo sexual?	SI	9/45	(20%)	NO	36/45	(80%)
Por antecedentes como consumo de drogas?	SI	5/45	(11%)	NO	40/45	(89%)
Por haber sido privado de su libertad?	SI	1/45	(2%)	NO	44/45	(98%)

Cuadro N° 18 Si tiene una o más respuestas afirmativas: ¿cuántas veces sufrió una discriminación?

	N°	%
Más de 1 vez	27/45	(60%)
Una sola vez	3/45	(7%)

Cuadro Nº 19 ¿Cuál fue su primera reacción?

	Nº	%
Miedo	14/30	(47%)
Frustración, sin saber que hacer	12/30	(40%)
Indiferencia	2/30	(7%)
Indignación	2/30	(7%)

Cuadro Nº 20 ¿Cómo intentó solucionarlo?

	Nº	%
Tratando de no darle importancia al hecho	1/30	(3%)
Enfrentando a las personas que están discriminando	2/30	(7%)
Alejándose del lugar, para no continuar siendo molestado	21/30	(70%)
Buscando refugio o consuelo con amigos o familiares	6/30	(20%)

Cuadro Nº 21 ¿Ha escuchado hablar sobre la autoestima y/o autovaloración

	Nº	%
SI	28/45	(62%)
NO	17/45	(38%)

Cuadro Nº 22 Si la respuesta es afirmativa ¿Podría darme una definición?

	Nº	%
Significa lo mucho que una persona se quiere a si misma	13/28	(46%)
Es la valoración de su cuerpo y su salud	3/28	(11%)
Es el valor que uno se confiere como ser humano	11/28	(39%)
Es el respeto que uno debe inspirar para los demás	1/28	(4%)

Cuadro Nº 23 (Solo si el entrevistado tiene un concepto claro) ¿Cuál cree que es su nivel de autoestima?:

	Nº	%
Muy alto	0/28	(0%)
Alto	1/28	(3%)
Mediano	17/28	(61%)
Bajo	10/28	(36%)

Cuadro Nº 24 Si el nivel definido por el entrevistado es de bajo a mediano, ¿cuáles son las alternativas que usted cree que necesita para mejorar tal nivel?

	Nº	%
Aprender a quererse	7/27	(26%)
Buscar ayuda especializada	4/27	(15%)
Aprender de la experiencia de otras personas en situación similar	7/27	(26%)
Tener metas en la vida	9/27	(33%)

Cuadro N° 25 Si el nivel definido por el entrevistado es de alto a muy alto, ¿en que se basa usted para considerar que se encuentra en esos niveles?

	N°	%
Quiero mucho mi cuerpo y mi salud	1/1	(100%)

Cuadro N° 26 ¿Considera que la autoestima afecte la capacidad para luchar contra el estigma y la discriminación?

	N°	%
SI	28/28	(100%)
NO	0/28	(0%)

Cuadro N° 27 Si su respuesta es afirmativa, ¿Por qué?

	N°	%
Si la persona no se quiere, no luchará contra la discriminación	22/28	(79%)
Si no hay autoestima, la persona no puede inspirar respeto	3/28	(11%)
Si hay autoestima, habrá disposición de ejercer sus derechos	9/28	(32%)
Si una persona se quiere no permitirá que la maltraten	5/28	(18%)



**CONDICIONES INHERENTES AL PERFIL DE LAS PVVS
 RESULTADOS EN CUADROS CON DOS O MÁS INDICADORES**

Cuadro N° 28

Edad	Sexo				Total general
	F	%	M	%	
15-20	1/1	(100)	0/1	(0)	1
20-25	5/10	(50)	5/10	(50)	10
25-45	9/27	(33)	18/27	(67)	27
>45	0/7	(0)	7/7	(100)	7
Total general	15/45	(33)	30/45	(67)	45

Cuadro N° 29

Nivel económico	Grado de instrucción						Total general
	Primaria	%	Secundaria	%	Superior	%	
C	1/23	(8)	3/12	(25)	8/12	(67)	12
D	9/29	(31)	19/29	(66)	1/29	(3)	29
E	4/4	(100)	0/4	(0)	0/4	(0)	4
Total general	14/45	(31)	22/45	(49)	9/45	(20)	45

Cuadro N° 30

Opción sexual	¿Es o ha sido trabajador (a) sexual?				Total general
	SI	%	NO	%	
Bisexual	0/2	(0)	2/2	(100)	2
Gay	0/13	(0)	13/13	(100)	13
Heterosexual	2/15	(13)	13/15	(87)	15
Transexual	9/15	(60)	6/15	(40)	15
Total general	11/45	(24)	34/45	(76)	45

Cuadro N° 31

Opción sexual	¿Tiene o ha tenido problemas de drogadicción o alcoholismo?				Total general
	SI	%	NO	%	
Bisexual	0/2	(0)	2/2	(100)	2
Gay	6/13	(46)	7/13	(54)	13
Heterosexual	0/15	(0)	15/15	(100)	15
Transexual	12/15	(80)	3/15	(20)	15
Total general	18/45	(40)	27/45	(60)	45

Cuadro N° 32

Opción sexual	¿Es activista?				Total general
	SI	%	NO	%	
Bisexual	2/2	(100)			2
Gay	5/13	(38)	8/13	(62)	13
Heterosexual	4/15	(27)	11/15	(73)	15
Transexual	1/15	(7)	14/15	(93)	15
Total general	12/45	(27)	33/45	(73)	45

Cuadro N° 33

¿Vive usted con su familia?	En su familia, ¿por lo menos una persona sabe o conoce de su diagnóstico?				Total general
	SI	%	NO	%	
SI	24/24	(100)	0/24	(0)	24
NO	20/21	(95)	1/25	(5)	21
Total general	44/45	(98)	1/45	(2)	45

Cuadro N° 34

¿Ha sufrido algún tipo de discriminación por su condición como portador(a) del VIH?	Si su respuesta fue afirmativa: ¿cuántas veces sufrió una discriminación?						Total general
	> 1 vez	%	1 vez	%	(en blanco)	%	
SI	26/40	(65)	14/40	(35)	0/40	(0)	40
NO	0/5	(0)	0/5	(0)	5/5	(100)	5
Total general	26/45	(65)	14/45	(35)	5/45	(11)	45

Cuadro N° 35

Opción sexual	¿Ha sufrido algún tipo de discriminación por su condición como portador(a) del VIH?				Total general
	SI	%	NO	%	
Bisexual	1/2	(50)	1/2	(50)	2
Gay	11/13	(85)	2/13	(15)	13
Heterosexual	14/15	(93)	1/15	(7)	15
Transexual	14/15	(93)	1/15	(7)	15
Total general	40/45	(89)	5/45	(11)	45

Cuadro N° 36

¿Es o ha sido trabajador (a) sexual?	¿Ha sufrido algún tipo de discriminación por su condición como portador(a) del VIH?				
	SI	%	NO	%	Total general
SI	10/11	(91)	1/11	(9)	11
NO	30/34	(88)	4/34	(12)	34
Total general	40/45	(89)	5/45	(11)	45

Cuadro N° 37

¿HA SUFRIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN POR OTRAS RAZONES, COMO:	tener otra opción sexual (como ser trans o gay)?				
¿Cuántas veces sufrió una discriminación?	SI	%	NO	%	Total general
> 1 vez	25/27	(93)	2/27	(7)	27
1 vez	3/3	(100)	0/3	(0)	3
No	0/15	(0)	15/15	(100)	15
Total general	28/45	(62)	17/45	(38)	45

Cuadro N° 38

¿HA SUFRIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN POR OTRAS RAZONES, COMO:	dedicarse al trabajo sexual?				
¿Cuántas veces sufrió una discriminación?	SI	%	NO	%	Total general
> 1 vez	9/27	(33)	18/27	(67)	27
1 vez	0/3	(0)	3/3	(100)	3
No	0/15	(0)	15/15	(100)	15
Total general	9/45	(20)	36/45	(80)	45

Cuadro Nº 39

¿HA SUFRIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN POR OTRAS RAZONES, COMO:	tener antecedentes como consumo de drogas?				
	SI	%	NO	%	Total general
¿Cuántas veces sufrió una discriminación?					
> 1 vez	5/27	(19)	22/27	(81)	27
1 vez	0/3	(0)	3/3	(100)	3
No	0/15	(0)	15/15	(100)	15
Total general	5/45	(11)	40/45	(89)	45

Cuadro Nº 40

¿HA SUFRIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN POR OTRAS RAZONES, COMO:	por haber sido privado de su libertad?				
	SI	%	NO	%	Total general
¿Cuántas veces sufrió una discriminación?					
> 1 vez	1/27	(4)	26/27	(96)	27
1 vez	0/3	(0)	3/3	(100)	3
No	0/15	(0)	15/15	(100)	15
Total general	1/45	(2)	44/45	(98)	45

Cuadro Nº 41

¿Ha escuchado hablar sobre la autoestima?	Sexo				Total general
	F	%	M	%	
SI	11/28	(39)	17/28	(61)	28
NO	4/17	(24)	13/17	(76)	17
Total general	15/45	(33)	30/45	(67)	45

Cuadro Nº 42

¿Ha escuchado hablar sobre la autoestima?	Opción sexual								Total general
	Bisexual	%	Gay	%	Hetero sexual	%	Tran sexual	%	
SI	2/28	(7)	12/28	(43)	11/28	(39)	3/28	(11)	28
NO	0/17	(0)	1/17	(6)	4/17	(24)	12/17	(71)	17
Total general	2/45	(4)	13/45	(29)	15/45	(33)	15/45	(33)	45

Cuadro N° 43

¿Ha escuchado hablar sobre la autoestima?	¿Es o ha sido trabajador (a) sexual?				
	SI	%	NO	%	Total general
SI	4/28	(14)	24/28	(86)	28
NO	7/17	(41)	10/17	(59)	17
Total general	11/45	(24)	34/45	(76)	45

Cuadro N° 44

¿Ha escuchado hablar sobre la autoestima?	Nivel económico						Total general
	C	%	D	%	E	%	
SI	11/28	(39)	17/28	(61)	0/28	(0)	28
NO	1/17	(6)	12/17	(71)	4/17	(24)	17
Total general	12/45	(27)	29/45	(64)	4/45	(9)	45

Cuadro N° 45

¿Ha escuchado hablar sobre la autoestima?	Grado de instrucción						Total general
	Primaria	%	Secundaria	%	Superior	%	
SI	1/28	(4)	18/28	(64)	9/28	(32)	28
NO	13/17	(76)	4/17	(24)	0/17	(0)	17
Total general	14/45	(31)	22/45	(49)	9/45	(20)	45

Cuadro N° 46

¿Ha escuchado hablar sobre la autoestima?	Edad								Total general
	>45	%	15-20	%	20-25	%	25-45	%	
SI	1/28	(4)	1/28	(4)	8/28	(29)	18/28	(64)	28
NO	6/17	(35)	0/17	(0)	2/17	(12)	9/17	(53)	17
Total general	7/45	(16)	1/45	(2)	10/45	(22)	27/45	(60)	45

Cuadro N° 47

¿Ha escuchado hablar sobre la autoestima?	Tiempo que vive con el diagnóstico de infección por VIH						Total general
	1-5 años	%	5-10 años	%	>10 años	%	
SI	3/28	(7)	21/28	(47)	4/28	(9)	28
NO	0/17	(0)	14/17	(31)	3/17	(7)	17
Total general	3/45	(7)	35/45	(78)	7/45	(16)	45

Cuadro N° 48

¿Ha escuchado hablar sobre la autoestima?	¿Es activista?				Total general
	SI	%	NO	%	
SI	12/28	(43)	16/28	(57)	28
NO	0/17	(0)	17/17	(100)	17
Total general	12/45	(43)	16/45	(57)	45



**ESTRATEGIAS DEL PROYECTO “FORTALECIMIENTO DE LAS
CAPACIDADES DE LAS PVVS” QUE FUERON ACEPTADAS POR LOS
DESTINATARIOS
RESULTADOS EN CUADROS CONSOLIDADOS**

Cuadro N° 49

En relación al proyecto dirigido por ONUSIDA y el Ministerio de Salud durante los años 2004 y 2005, ¿qué tan aceptables fueron las siguientes estrategias dirigidas a las PVVS y que fueron propuestas durante las actividades?

Puntaje: (1) Nula; (2) Escasa; (3) Buena; (4) Excelente

	N°		%		N°		%		N°		%		N°		%	
Conocimiento de las leyes vigentes (que incluye tener conocimiento pleno de sus derechos ciudadanos)	Nula	0/45	(0%)	Escasa	8/45	(18%)	Buena	35/45	(78%)	Excelente	2/45	(4%)				
Formulación de sus denuncias (que incluye contar con una guía o manual de procedimientos sobre como canalizar sus denuncias)	Nula	3/45	(7%)	Escasa	40/45	(89%)	Buena	2/45	(4%)	Excelente	0/45	(0%)				
Acceso a una red de soporte (que incluye contar con información sobre una red de lugares adonde puede acudir para recibir asesoría u orientación sobre derechos)	Nula	21/45	(47%)	Escasa	21/45	(47%)	Buena	3/45	(7%)	Excelente	0/45	(0%)				

Cuadro Nº 50

Para aquellas estrategias donde su opinión se situó entre buena o excelente, dígame ¿cuales fueron sus razones para tal opinión? Considere su respuesta por cada estrategia elegida.

		Nº	%
Conocimiento de las leyes vigentes:	Todo conocimiento de los derechos es importante	14/37	(38%)
	Fue lo más fácil de aprender y recordar	22/37	(59%)
	Por existir leyes vigentes en el país que necesitábamos conocer	8/37	(22%)
Formulación de sus denuncias:	Por proporcionar una forma concreta para actuar	2/2	(100%)
	Por ser lo mejor que una persona discriminada debe hacer	1/2	(50%)
	Por ayudar a vencer los temores frente a la discriminación	1/2	(50%)
Acceso a una red de soporte:	Por constituir una cadena de solidaridad	2/3	(67%)
	Por que todo respaldo ayuda a impulsar las denuncias	2/3	(67%)
	Por ser una estrategia muy concreta para actuar	1/3	(33%)

Cuadro Nº 51

Para aquellas estrategias donde su opinión se situó entre escasa a nula, dígame ¿cuales fueron sus razones para tal opinión? Considere su respuesta por cada estrategia elegida.

		Nº	%
Conocimiento de las leyes vigentes:	Las leyes difícilmente se cumplen en el país	8/8	(100%)
	La cantidad de información fue excesiva y poco lo aprendido	2/8	(25%)
	Los términos y conceptos no son fáciles de entender	1/8	(13%)
Formulación de sus denuncias:	Por tener experiencias previas donde las denuncias no sirvieron	39/43	(91%)
	No se explicó los procedimientos concretos a seguir	5/43	(12%)
	No necesariamente ayuda a vencer los temores	3/43	(7%)
Acceso a una red de soporte:	Por la mala experiencia de ayuda recibida por las instituciones	30/42	(71%)
	Por resultar inaccesible en términos de distancias y horarios	10/42	(24%)
	Por temor a seguir exponiendo su condición en más lugares	27/42	(64%)

**ESTRATEGIAS DEL PROYECTO “FORTALECIMIENTO DE LAS
CAPACIDADES DE LAS PVVS” QUE FUERON APLICADAS POR LOS
DESTINATARIOS
RESULTADOS EN CUADROS CONSOLIDADOS**

Cuadro Nº 52

En relación al proyecto dirigido por ONUSIDA y el Ministerio de Salud durante los años 2004 y 2005, ¿que tan APLICABLES resultaron las siguientes estrategias dirigidas a las PVVS y que fueron propuestas durante las actividades? Puntaje: (1) No es aplicable; (2) Poco aplicable; (3) Aplicable; (4) Muy aplicable

	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
Conocimiento de las leyes vigentes (que incluye tener conocimiento pleno de sus derechos ciudadanos)	No es aplicable	0/45	(0%)	Poco aplicable	8/45	(18%)	Aplicable	36/45	(80%)	Muy aplicable	1/45	(2%)
Formulación de sus denuncias (que incluye contar con una guía o manual de procedimientos sobre como canalizar sus denuncias)	No es aplicable	3/45	(7%)	Poco aplicable	41/45	(91%)	Aplicable	1/45	(2%)	Muy aplicable	0/45	(0%)
Acceso a una red de soporte (que incluye contar con información sobre una red de lugares adonde puede acudir para recibir asesoría u orientación sobre derechos)	No es aplicable	21/45	(47%)	Poco aplicable	22/45	(49%)	Aplicable	2/45	(4%)	Muy aplicable	0/45	(0%)

Cuadro Nº 53

Para aquellas estrategias donde su opinión se situó entre aplicable y muy aplicable, dígame ¿cuáles fueron sus razones para tal opinión? Considere su respuesta por cada estrategia elegida.

		N°	%
Conocimiento de las leyes vigentes:	Por constituir conocimientos básicos que ayudan a denunciar	22/37	(59%)
	Su revisión constante permite saber lo que se puede hacer	3/37	(8%)
	Porque al existir leyes, se tiene la esperanza de una denuncia	19/37	(51%)
Formulación de sus denuncias:	Por existir procedimientos establecidos para las denuncias	1/1	(100%)
	Por existir instituciones donde se pueden formular las denuncias	1/1	(100%)
	Porque los medios de comunicación también son buenos canales	1/1	(100%)
Acceso a una red de soporte:	Porque si tuvo una buena experiencia	2/2	(100%)
	Por ser accesibles debido a su ubicación y horarios adecuados	1/1	(50%)
	Por que tales instituciones son confiables	2/2	(100%)

Cuadro Nº 54

Para aquellas estrategias donde su opinión se situó entre poco aplicable o no aplicable, dígame ¿cuáles fueron sus razones para tal opinión? Considere su respuesta por cada estrategia elegida.

		N°	%
Conocimiento de las leyes vigentes:	Las leyes difícilmente se cumplen en el país	7/8	(88%)
	Existen leyes que no contemplan todas las situaciones	2/8	(25%)
	Hay percepción de que las leyes no abarcan su condición	1/8	(13%)
Formulación de sus denuncias:	Me resulta difícil y frustrante tener que hacerlas	23/44	(52%)
	Es exhibir mi condición ante más personas	17/44	(39%)
	El trato en las instituciones judiciales no es el mejor	15/44	(34%)
Acceso a una red de soporte:	No resultó una solución adecuada, al no resolver los problemas	17/43	(40%)
	Es inaccesible por la ubicación y los horarios de tal red	10/43	(23%)
	No dieron soporte emocional y no mostraron mayor interés	32/43	(74%)

**ESTRATEGIAS DEL PROYECTO “FORTALECIMIENTO DE LAS
CAPACIDADES DE LAS PVVS” QUE LOGRARON IMPACTO ENTRE LOS
DESTINATARIOS
RESULTADOS EN CUADROS CONSOLIDADOS**

**Cuadro N° 55 Después de participar en el proyecto,
¿que tanto cambió para usted lo que significa
enfrentar la discriminación, de cómo usted lo veía
antes?:**

	N°	%
Nada	4/45	(9%)
Poco	31/45	(69%)
Regular	9/45	(20%)
Mucho	1/45	(2%)

**Cuadro N° 56 El proyecto, ¿le brindó
mejores posibilidades de enfrentar
cualquier acto de discriminación?**

	N°	%
SI	4/45	(9%)
NO	41/45	(91%)

Cuadro N° 57 Si su respuesta es afirmativa ¿por qué?

	N°	%
Tengo menos temores	1/4	(25%)
Estoy dispuesto a ejercer mejor mis derechos	1/4	(25%)
Se cuenta con ayuda de diferentes instituciones	1/4	(25%)
Sé que hacer frente a situaciones de discriminación	3/4	(75%)

**Cuadro N° 58 ¿Ha denunciado algún acto de
discriminación ejercido por instituciones o
personas por su condición de PVVS?**

	N°	%
SI	13/45	(29%)
NO	27/45	(60%)
No he vivido experiencias de discriminación	5/45	(11%)

**Cuadro N° 59 Si la respuesta es negativa ¿cuáles fueron las razones
por las cuales decidió no denunciar tal hecho?**

	N°	%
Por temor a no lograr nada	20/27	(74%)
Por no exhibir mi condición ante otras instituciones	3/27	(11%)
Porque decidí no darle importancia	3/27	(11%)
Porque no confío en las instituciones	3/27	(11%)

Cuadro N° 60 ¿Ha vivido experiencias donde decidió aplicar alguna estrategia frente a una probable discriminación?

	N°	%
SI	12/45	(27%)
NO	33/45	(73%)

Cuadro N° 61 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué métodos de los aprendidos aplicó?

	N°	%
Conocimiento de las leyes vigentes	0/12	(0%)
Formulación de sus denuncias	12/12	(100%)
Acceso a una red de soporte	1/12	(8%)

Cuadro N° 62 Si no ha tenido oportunidad de aplicar estrategias frente a situaciones de discriminación vividas, ¿qué estrategias aplicaría frente a una eventual discriminación por su condición de PVVS?

	N°	%
Conocimiento de las leyes vigentes	1/33	(3%)
Formulación de sus denuncias	23/33	(70%)
Acceso a una red de soporte	9/33	(27%)

Cuadro N° 63 ¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?

	N°	%
SI	33/45	(73%)
NO	12/45	(27%)

Cuadro N° 64 Si su respuesta es afirmativa, explique como intervino

	N°	%
Brindándole soporte emocional	30/33	(91%)
Impulsando la presentación de una denuncia	10/33	(30%)
Orientándolo sobre donde buscar ayuda	3/33	(9%)

**ESTRATEGIAS DEL PROYECTO “FORTALECIMIENTO DE LAS
CAPACIDADES DE LAS PVVS” QUE LOGRARON IMPACTO ENTRE LOS
DESTINATARIOS
RESULTADOS DE CUADROS CON DOS O MÁS ENTRADAS**

Cuadro Nº 65

¿Qué tanto cambió para usted lo que significa enfrentar la discriminación, de cómo la veía antes?	Edad								Total general
	15-20	%	20-25	%	25-45	%	>45	%	
MUCHO	0/1	(0)	0/1	(0)	1/1	(100)	0/1	(0)	1
NADA	0/4	(0)	0/4	(0)	4/4	(100)	0/4	(0)	4
POCO	0/31	(0)	10/31	(32)	15/31	(48)	6/31	(19)	31
REGULAR	1/9	(11)	0/9	(0)	7/9	(78)	1/9	(11)	9
Total general	1/45	(2)	10/45	(22)	27/45	(60)	7/45	(16)	45

Cuadro Nº 66

¿Qué tanto cambió para usted lo que significa enfrentar la discriminación, de cómo la veía antes?	Grado de instrucción						Total general
	Primaria	%	Secundaria	%	Superior	%	
MUCHO	0/1	(0)	1/1	(100)	0/1	(0)	1
NADA	1/4	(25)	1/4	(25)	2/4	(50)	4
POCO	7/31	(23)	19/31	(61)	5/31	(16)	31
REGULAR	6/9	(67)	1/9	(11)	2/9	(22)	9
Total general	14/45	(31)	22/45	(49)	9/45	(20)	45

Cuadro Nº 67

¿Qué tanto cambió para usted lo que significa enfrentar la discriminación, de cómo la veía antes?	Nivel económico						Total general
	C	%	D	%	E	%	
MUCHO	0/1	(0)	1/1	(100)	0/1	(0)	1
NADA	3/4	(75)	1/4	(25)	0/4	(0)	4
POCO	6/31	(19)	23/31	(74)	2/31	(6)	31
REGULAR	3/9	(33)	4/9	(44)	2/9	(22)	9
Total general	12/45	(27)	29/45	(64)	4/45	(9)	45

Cuadro Nº 68

¿Qué tanto cambió para usted lo que significa enfrentar la discriminación, de cómo la veía antes?	Opción sexual								
	Bisexual	%	Gay	%	Hetero sexual	%	Tran sexual	%	Total general
MUCHO	0/1	(0)	0/1	(0)	1/1	(100)	0/1	(0)	1
NADA	1/4	(25)	2/4	(50)	0/4	(0)	1/4	(25)	4
POCO	1/31	(3)	9/31	(29)	9/31	(29)	12/31	(39)	31
REGULAR	0/9	(0)	2/9	(22)	5/9	(56)	2/9	(22)	9
Total general	2/45	(4)	13/45	(29)	15/45	(33)	15/45	(33)	45

Cuadro Nº 69

¿Qué tanto cambió para usted lo que significa enfrentar la discriminación, de cómo la veía antes?	¿Es o ha sido trabajador (a) sexual?				
	SI	%	NO	%	Total general
MUCHO	1/1	(100)	0/1	(0)	1
NADA	1/4	(25)	3/4	(75)	4
POCO	7/31	(23)	24/31	(77)	31
REGULAR	2/9	(22)	7/9	(78)	9
Total general	11/45	(24)	34/45	(76)	45

Cuadro Nº 70

¿Qué tanto cambió para usted lo que significa enfrentar la discriminación, de cómo la veía antes?	¿Tiene o ha tenido problemas de drogadicción o alcoholismo?				
	SI	%	NO	%	Total general
MUCHO	0/1	(0)	1/1	(100)	1
NADA	1/4	(25)	3/4	(75)	4
POCO	15/31	(48)	16/31	(52)	31
REGULAR	2/9	(22)	7/9	(78)	9
Total general	18/45	(40)	27/45	(60)	45

Cuadro Nº 71

¿Qué tanto cambió para usted lo que significa enfrentar la discriminación, de cómo la veía antes?	Tiempo que vive con el diagnóstico de infección por VIH						Total general
	1-5 años	%	5-10 años	%	>10 años	%	
MUCHO	0/1	(0)	0/1	(0)	1/1	(100)	1
NADA	0/4	(0)	2/4	(50)	2/4	(50)	4
POCO	2/31	(6)	27/31	(87)	2/31	(6)	31
REGULAR	1/9	(11)	6/9	(67)	2/9	(22)	9
Total general	3/45	(7)	35/45	(78)	7/45	(16)	45

Cuadro Nº 72

¿Qué tanto cambió para usted lo que significa enfrentar la discriminación, de cómo la veía antes?	¿Es activista?				Total general
	SI	%	NO	%	
MUCHO	1/1	(100)	0/1	(0)	1
NADA	3/4	(75)	1/4	(25)	4
POCO	8/31	(26)	23/31	(74)	31
REGULAR	0/9	(0)	9/9	(100)	9
Total general	12/45	(27)	33/45	(73)	45

Cuadro Nº 73

¿El proyecto le brindó mejores posibilidades de enfrentar actos de discriminación?	Edad								Total general
	15-20	%	20-25	%	25-45	%	>45	%	
SI	0/4	(0)	0/4	(0)	2/4	(50)	2/4	(50)	4
NO	1/41	(2)	10/41	(24)	25/41	(61)	5/41	(12)	41
Total general	1/45	(2)	10/45	(22)	27/45	(60)	7/45	(16)	45

Cuadro Nº 74

¿El proyecto le brindó mejores posibilidades de enfrentar actos de discriminación?	Sexo				Total general
	F	%	M	%	
SI	2/4	(50)	2/4	(50)	4
NO	13/41	(32)	28/41	(68)	41
Total general	15/45	(33)	30/45	(67)	45

Cuadro Nº 75

¿El proyecto le brindó mejores posibilidades de enfrentar actos de discriminación?	Grado de instrucción						
	Primaria	%	Secundaria	%	Superior	%	Total general
SI	1/4	(25)	1/4	(25)	2/4	(50)	4
NO	13/41	(32)	21/41	(51)	7/41	(17)	41
Total general	14/45	(31)	22/45	(49)	9/45	(20)	45

Cuadro Nº 76

¿El proyecto le brindó mejores posibilidades de enfrentar actos de discriminación?	Nivel económico						Total general
	C	%	D	%	E	%	
SI	2/4	(50)	1/4	(25)	1/4	(25)	4
NO	10/41	(24)	28/41	(68)	3/41	(7)	41
Total general	12/45	(27)	29/45	(64)	4/45	(9)	45

Cuadro Nº 77

¿El proyecto le brindó mejores posibilidades de enfrentar actos de discriminación?	Opción sexual								Total general
	Bisexual	%	Gay	%	Hetero sexual	%	Tran sexual	%	
SI	0/4	(0)	1/4	(25)	2/4	(50)	1/4	(25)	4
NO	2/41	(5)	12/41	(29)	13/41	(32)	14/41	(34)	41
Total general	2/45	(4)	13/45	(29)	15/45	(33)	15/45	(33)	45

Cuadro Nº 78

¿El proyecto le brindó mejores posibilidades de enfrentar actos de discriminación?	¿Es o ha sido trabajador (a) sexual?				
	SI	%	NO	%	Total general
SI	0/4	(0)	4/4	(100)	4
NO	11/41	(27)	30/41	(73)	41
Total general	11/45	(24)	34/45	(76)	45

Cuadro N° 79

¿El proyecto le brindó mejores posibilidades de enfrentar actos de discriminación?	¿Tiene o ha tenido problemas de drogadicción o alcoholismo?				
	SI	%	NO	%	Total general
SI	2/4	(50)	2/4	(50)	4
NO	16/41	(39)	25/41	(61)	41
Total general	18/45	(40)	27/45	(60)	45

Cuadro N° 80

¿El proyecto le brindó mejores posibilidades de enfrentar actos de discriminación?	Tiempo que vive con el diagnóstico de infección por VIH						Total general
	1-5 años	%	5-10 años	%	>10 años	%	
SI	0/4	(0)	3/4	(75)	1/4	(25)	4
NO	3/41	(7)	32/41	(78)	6/41	(15)	41
Total general	3/45	(7)	35/45	(78)	7/45	(16)	45

Cuadro N° 81

¿El proyecto le brindó mejores posibilidades de enfrentar actos de discriminación?	¿Es activista?				
	SI	%	NO	%	Total general
SI	1/4	(25)	3/4	(75)	4
NO	11/41	(27)	30/41	(73)	41
Total general	12/45	(27)	33/45	(73)	45

Cuadro N° 82

¿Ha denunciado algún acto de discriminación por su condición de PVVS?	Edad								Total general
	15-20	%	20-25	%	25-45	%	>45	%	
SI	0/13	(0)	1/13	(8)	11/13	(85)	1/13	(8)	13
NO	1/27	(4)	7/27	(26)	13/27	(48)	6/27	(22)	27
No experiencia	0/5	(0)	2/5	(40)	3/5	(60)	0/5	(0)	5
Total general	1/45	(2)	10/45	(22)	27/45	(60)	7/45	(16)	45

Cuadro Nº 83

¿Ha denunciado algún acto de discriminación por su condición de PVVS?	Sexo				
	F	%	M	%	Total general
SI	5/13	(38)	8/13	(62)	13
NO	9/27	(33)	18/27	(67)	27
No experiencia	1/5	(20)	4/5	(80)	5
Total general	15/45	(33)	30/45	(67)	45

Cuadro Nº 84

¿Ha denunciado algún acto de discriminación por su condición de PVVS?	Grado de instrucción						
	Primaria	%	Secundaria	%	Superior	%	Total general
SI	1/13	(8)	7/13	(54)	5/13	(38)	13
NO	12/27	(44)	14/27	(52)	1/27	(4)	27
No experiencia	1/5	(20)	1/5	(20)	3/5	(60)	5
Total general	14/45	(31)	22/45	(49)	9/45	(20)	45

Cuadro Nº 85

¿Ha denunciado algún acto de discriminación por su condición de PVVS?	Nivel económico						
	C	%	D	%	E	%	Total general
SI	7/13	(54)	6/13	(46)	0/13	(0)	13
NO	2/27	(7)	21/27	(78)	4/27	(15)	27
No experiencia	3/5	(60)	2/5	(40)	0/5	(0)	5
Total general	12/45	(27)	29/45	(64)	4/45	(9)	45

Cuadro Nº 86 ¿Ha denunciado algún acto de discriminación por su condición de PVVS?

Nivel económico	Grado de instrucción	SI	%	NO	%	No experiencia	%	Total general
C	Primaria	0	(0)	1	(2)	0	(0)	1
	Secundaria	2	(4)		(0)	1	(2)	3
	Superior	5	(11)	1	(2)	2	(4)	8
Total C		7	(16)	2	(4)	3	(7)	12
D	Primaria	1	(2)	7	(16)	1	(2)	9
	Secundaria	5	(11)	14	(31)	0	(0)	19
	Superior	0	(0)		(0)	1	(2)	1
Total D		6	(13)	21	(47)	2	(4)	29
E	Primaria	0	(0)	4	(9)	0	(0)	4
Total E		0	(0)	4	(9)	0	(0)	4
Total general		13	(29)	27	(60)	5	(11)	45

Cuadro Nº 87

¿Ha denunciado algún acto de discriminación por su condición de PVVS?	Opción sexual								Total general
	Bisexual	%	Gay	%	Hetero sexual	%	Tran sexual	%	
SI	1/13	(8)	6/13	(46)	5/13	(38)	1/13	(8)	13
NO	0/27	(0)	5/27	(19)	9/27	(33)	13/27	(48)	27
No experiencia	15	(20)	2/5	(40)	1/5	(20)	1/5	(20)	5
Total general	2/45	(4)	13/45	(29)	15/45	(33)	15/45	(33)	45

Cuadro Nº 88

¿Ha denunciado algún acto de discriminación por su condición de PVVS?	¿Es o ha sido trabajador (a) sexual?				
	SI	%	NO	%	Total general
SI	3/13	(23)	10/13	(77)	13
NO	7/27	(26)	20/27	(74)	27
No experiencia	1/5	(20)	4/5	(80)	5
Total general	11/45	(24)	34/45	(76)	45

Cuadro N° 89

¿Ha denunciado algún acto de discriminación por su condición de PVVS?	¿Tiene o ha tenido problemas de drogadicción o alcoholismo?				
	SI	%	NO	%	Total general
SI	1/13	(8)	12/13	(92)	13
NO	16/27	(59)	11/27	(41)	27
No experiencia	1/5	(20)	4/5	(80)	5
Total general	18/45	(40)	27/45	(60)	45

Cuadro N° 90

¿Ha denunciado algún acto de discriminación por su condición de PVVS?	Tiempo que vive con el diagnóstico de infección por VIH						Total general
	1-5 años	%	5-10 años	%	>10 años	%	
SI	1/13	(8)	8/13	(62)	4/13	(31)	13
NO	1/27	(4)	23/27	(85)	3/27	(11)	27
No experiencia	1/5	(20)	4/5	(80)	0/5	(0)	5
Total general	3/45	(7)	35/45	(78)	7/45	(16)	45

Cuadro N° 91

¿Ha denunciado algún acto de discriminación por su condición de PVVS?	¿Es activista?				
	SI	%	NO	%	Total general
SI	11/13	(85)	2/13	(15)	13
NO	0/27	(0)	27/27	(100)	27
No experiencia	1/5	(20)	4/5	(80)	5
Total general	12/45	(27)	33/45	(73)	45

Cuadro N° 92

¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?	Edad								Total general
	15-20	%	20-25	%	25-45	%	>45	%	
SI	0/33	(0)	9/33	(27)	18/33	(55)	6/33	(18)	33
NO	1/12	(8)	1/12	(8)	9/12	(75)	1/12	(8)	12
Total general	1/45	(2)	10/45	(22)	27/45	(60)	7/45	(16)	45

Cuadro Nº 93

¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?	Sexo				
	F	%	M	%	Total general
SI	9/33	(27)	24/33	(73)	33
NO	6/12	(50)	6/12	(50)	12
Total general	15/45	(33)	30/45	(67)	45

Cuadro Nº 94

¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?	Grado de instrucción						Total general
	Primaria	%	Secundaria	%	Superior	%	
SI	7/33	(21)	21/33	(64)	5/33	(15)	33
NO	7/12	(58)	1/12	(8)	4/12	(33)	12
Total general	14/45	(31)	22/45	(49)	9/45	(20)	45

Cuadro Nº 95

¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?	Nivel económico						Total general
	C	%	D	%	E	%	
SI	7/33	(21)	24/33	(73)	2/33	(6)	33
NO	5/12	(42)	5/12	(42)	2/12	(17)	12
Total general	12/45	(27)	29/45	(64)	4/45	(9)	45

Cuadro Nº 96

¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?	Opción sexual								Total general
	Bisexual	%	Gay	%	Hetero sexual	%	Tran sexual	%	
SI	1/33	(3)	10/33	(30)	9/33	(27)	13/33	(39)	33
NO	1/12	(8)	3/12	(25)	6/12	(50)	2/12	(17)	12
Total general	2/45	(4)	13/45	(29)	15/45	(33)	15/45	(33)	45

Cuadro Nº 97

¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?	¿Es o ha sido trabajador (a) sexual?				
	SI	%	NO	%	Total general
SI	9/33	(27)	24/33	(53)	33
NO	2/12	(17)	10/12	(83)	12
Total general	11/45	(24)	34/45	(76)	45

Cuadro N° 98

¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?	¿Tiene o ha tenido problemas de drogadicción o alcoholismo?				
	SI	%	NO	%	Total general
SI	15/33	(45)	18/33	(55)	33
NO	3/12	(25)	9/12	(75)	12
Total general	18/45	(40)	27/45	(60)	45

Cuadro N° 99

¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?	Tiempo que vive con el diagnóstico de infección por VIH						Total general
	1-5 años	%	5-10 años	%	>10 años	%	
SI	1/33	(3)	28/33	(85)	4/33	(12)	33
NO	2/12	(17)	7/12	(58)	3/12	(25)	12
Total general	3/45	(7)	35/45	(78)	7/45	(16)	45

Cuadro N° 100

¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?	¿Es activista?				Total general
	SI	%	NO	%	
SI	11/33	(33)	22/33	(67)	33
NO	1/12	(8)	11/12	(92)	12
Total general	12/45	(27)	33/45	(73)	45

MCMXVII

ESTRATEGIAS QUE TUVIERON IMPACTO EN LA PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS

RESULTADOS DE CUADROS CONSOLIDADOS

Cuadro N° 101 Lugar donde se efectuó la entrevista:

	N°	%
Hospital	1/15	(7%)
Domicilio	13/15	(87%)
GAM	1/15	(7%)

Cuadro N° 102 ¿Cuántas personas participaron?

	N°	%
De 1 a 3	4/15	(27%)
De 4 a 6	9/15	(60%)
7 a 10	2/15	(13%)
Más de 10	0/15	(0%)

Cuadro N° 103 ¿Quiénes participaron?

	N°	%
Padre	6/15	(40%)
Madre	11/15	(73%)
Esposo(a)	0/15	(0%)
Abuelo	2/15	(13%)
Abuela	6/15	(40%)
Un hermano(a)	3/15	(20%)
Dos hermanos(as)	7/15	(47%)
Tres hermanos(as)	4/15	(27%)
Cuatro hermanos(as)	1/15	(7%)
Un hijo(a)	3/15	(20%)
Dos hijos(as)	3/15	(20%)
Tres hijos(as)	1/15	(7%)

Cuadro N° 104 El grupo familiar, de qué manera ha contribuido a enfrentar la problemática que rodea a su PVVS?

	N°	%
Con soporte económico o nutricional	12/15	(80%)
Con soporte emocional	15/15	(100%)
Con acompañamiento	12/15	(80%)
Otros (especifique):	0/15	(0%)

Cuadro N° 105 Del grupo familiar, incluyendo todo aquel que tenga una filiación nuclear (pareja, padres y hermanos) o emocional (otras personas con disposición de intervenir) ¿cuántos miembros han participado por lo menos una vez para ayudar a su PVVS?

	N°	%
Todos	8/15	(53%)
La mitad	6/15	(40%)
Menos de la mitad	1/15	(7%)
Solo la pareja	0/15	(0%)
Ninguno	0/15	(0%)

Cuadro N° 106 Indiquen quienes han participado en el proceso:

	N°	%
Padres	11/15	(73%)
Hermanos	11/15	(73%)
Abuelos	4/15	(27%)
Hijos	6/15	(40%)
Otros parientes	0/15	(0%)
Amigos cercanos	0/15	(0%)

Cuadro N° 107 Para el grupo familiar, ¿consideran que su rol, como grupo, en la problemática de su PVVS es:

	N°	%
Muy activo, cuando se involucra a tiempo completo en todos los aspectos (emocional, económico y otros) referidos a la persona afectada, postergando sus propias necesidades o prioridades personales	3/15	(20%)
Activo, cuando se involucra en un porcentaje determinado del total de los aspectos inherentes, pudiendo postergar algunas prioridades o necesidades personales	3/15	(20%)
Medianamente activo, cuando se involucra en un porcentaje determinado, sin afectar sus propias necesidades o prioridades personales	8/15	(53%)
Escasamente activo, cuando NO se involucra o lo hace muy esporádicamente, sin afectar otras prioridades o necesidades personales	1/15	(7%)

Cuadro N° 108 Si su rol ha sido escaso o medianamente activo, ¿Qué razones limitaron o impidieron una participación más importante?

	N°	%
La falta de medios económicos	6/9	(67%)
La familia tiene otros problemas más graves que resolver	3/9	(33%)
Que la persona afectada no mostró interés por solicitar ayuda	2/9	(22%)
Las malas relaciones interpersonales antes del diagnóstico	3/9	(33%)

Cuadro N° 109 Si su rol ha sido de activo a muy activo, ¿Qué razones les ayudaron a asumir un papel tan importante?

	N°	%
Por ser una visión del grupo para ayudar a todos sus miembros	2/6	(33%)
Por tratarse de una persona muy querida	1/6	(17%)
Porque es el deber de toda familia	2/6	(33%)
Por constituir un reto para el grupo familiar	1/6	(17%)

Cuadro N° 110 El grupo familiar ¿considera posible luchar contra la discriminación?

	N°	%
SI	15/15	(100%)
NO	0/15	(0%)

Cuadro N° 111 Si la respuesta es afirmativa, ¿Por qué?

	N°	%
Porque en el mundo se han superado otras formas de discriminación	2/15	(13%)
Porque es un derecho de todos a no ser discriminados	8/15	(53%)
Por ser una cuestión de dignidad	3/15	(20%)
Por ser una situación injusta en contra de las PVVS	2/15	(13%)

Cuadro N° 112 Alguna vez, algún miembro del grupo familiar ¿ha sido discriminado por su parentesco con un PVVS?

	N°	%
SI	4/15	(27%)
NO	11/15	(73%)

Cuadro N° 113 Si su respuesta fue afirmativa: ¿Cuál fue su primera reacción? y ¿Cómo intentó solucionarlo?

	N°	%
De rabia frente a lo injusto	1/4	(25%)
Frustración, sin saber que hacer	1/4	(25%)
Vergüenza por tener a un familiar como PVVS	1/4	(25%)
Indiferencia, restando importancia al hecho	1/4	(25%)

Cuadro N° 114 Si su respuesta fue negativa: ¿Cuál cree el grupo que sería su primera reacción?

	N°	%
Vergüenza, tratando de huir de la situación	2/11	(18%)
Indignación frente a cualquier hecho de discriminación	3/11	(27%)
Mantener la calma, tratando de no darle importancia al hecho	3/11	(27%)
No sabría que reacción tener	3/11	(27%)

Cuadro N° 115 ¿Cuántos miembros de la familia participaron de las actividades del Proyecto?

	N°	%
Solo uno	14/15	(93%)
Más de uno	1/15	(7%)

Cuadro N° 116 El Proyecto contribuyó a mejorar sus actitudes en torno al estigma y la discriminación

	N°	%
Mucho	1/15	(7%)
Regular	3/15	(20%)
Poco	8/15	(53%)
Nada	3/15	(20%)



PROPUESTAS DESARROLLADAS POR LOS PARTICIPANTES PARA FORTALECER LAS CAPACIDADES DE LAS PVVS EN CONTRA DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

RESULTADOS DE CUADROS CONSOLIDADOS

Cuadro N° 117 En líneas generales, ¿Cuáles son los requisitos mínimos que debieran tener las actividades dirigidas a ustedes con relación a la discriminación?

	N°	%
Deben ser didácticas y motivadoras	45/45	(100%)
Deben reforzarse constantemente en el tiempo	11/45	(24%)
Deben formularse en términos accesibles para todos	33/45	(73%)
Deben contemplar todas las situaciones de discriminación	7/45	(16%)

Cuadro N° 118 En su opinión, ¿Qué estrategias serían las más convenientes para las PVVS en nuestro país en relación a la discriminación?

	N°	%
Mejorar la capacidad de las instituciones para resolver denuncias	29/45	(64%)
Impulsar instituciones dedicadas a brindar soporte y orientación	26/45	(58%)
Fortalecer los grupos de ayuda mutua en torno al problema	18/45	(40%)
Debe existir un reforzamiento constante a las personas	14/45	(31%)

Cuadro N° 119 En su opinión, ¿Qué temas básicos deberían tener las actividades dirigidas a ustedes en relación a la discriminación?

	N°	%
Como mejorar su autoestima	17/45	(38%)
Como vencer sus temores para enfrentar la discriminación	42/45	(93%)
Como acceder a lugares de soporte e información	22/45	(49%)
Como generar una red de soporte con su familia y amigos	24/45	(53%)

Cuadro N° 120 ¿Considera que ustedes deberían participar en el diseño de estas intervenciones?

	N°	%
SI	43/45	(96%)
NO	2/45	(4%)

Cuadro N° 121 Si su respuesta es afirmativa, ¿Por qué?

	N°	%
Por nuestra experiencia de vida	41/43	(95%)
Por que conocer todos los elementos en torno a la discriminación	12/43	(28%)
Por haber contribuido en el desarrollo de leyes y normas	5/43	(12%)
Por el derecho de participar en las políticas a su problemática	6/43	(14%)

Cuadro N° 122 ¿Qué propuestas podría sugerir usted para mejorar las actividades destinadas a las PVVS en relación a la discriminación?

	N°	%
Deben ser didácticas y motivadoras	44/45	(98%)
Deben reforzarse constantemente en el tiempo	10/45	(22%)
Deben formularse en términos accesibles para todos	34/45	(76%)
Deben contemplar todas las situaciones de discriminación	7/45	(16%)



8.2 Tabla de resultados cualitativos

En esta sección se muestran las opiniones individuales de los 45 entrevistados, obtenidas del rubro “Comentarios” al finalizar las encuestas.

Como puede observarse, la mayor parte de las opiniones estuvieron orientadas hacia detalles inherentes a las actividades desarrolladas y a los aspectos de organización.

En función de su mayor frecuencia, se consideraron los siguientes aspectos:

- **Percepción general sobre el evento**, incluyendo información sobre el nivel de organización, la percepción sobre los organizadores y otros detalles que los encuestados encontraran relevantes.
- **Percepción sobre los posibles intereses en la organización de tales actividades**, más allá de los objetivos declarados para el evento.
- **Percepción sobre el trato ofrecido por los organizadores**, incluyendo la calidad de la información y orientación, como de la calidez y fluidez en su trato para con los participantes.



COMENTARIOS SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL EVENTO

VARIABLE	Percepción general sobre el evento	Percepción sobre los posibles intereses en la organización de tales actividades	Percepción sobre el trato ofrecido por los organizadores
Informante 1	Encuentro caras conocidas todo el tiempo. Son casi siempre los mismos.	Pienso que se mueve mucho dinero en todo esto	Por lo general son amigables
Informante 2	He ido a varios talleres, y encuentro que la mayor parte de los organizadores están ligados a la comunidad gay, lo que me parece podría constituir un sesgo	Son muchos los talleres y actividades a los que invitan a las PVVS. No he asistido a muchas, pero por lo que sé, siempre se cuenta con muchos recursos para volver a lo de siempre	Son amistosos y muy preactivos
Informante 3	Siempre es bueno encontrar caras conocidas entre los organizadores y asistentes, en especial por dedicarme al activismo	Considero que todo esfuerzo es bueno, siempre que se cumplan los objetivos	Muchos de los organizadores y asistentes son conocidos y amigos míos
Informante 4	No son muchas las actividades de este tipo a las que he asistido. Los organizadores son amigables, percibo que muchos son de la comunidad gay y percibo un engranaje institucional muy fuerte	Algunos participantes y compañeros del taller sospechan de los múltiples intereses que existirían detrás de estas actividades. Yo no puedo afirmar que tan cierto sea, pero sé de lo repetitivas que resultan muchas de estas actividades en torno a los temas que tratan	Simpáticos y agradables, aunque se percibe actitudes exageradas, imagino por su opción sexual.
Informante 5	Es el primer taller al que asisto. Los organizadores y facilitadores parecen conocer lo suyo, aunque me causó cierta extrañeza la inclinación sexual de algunos de ellos	Escuché algunos comentarios en torno a los intereses ocultos de los organizadores, pero no puedo emitir una opinión sobre el particular. Espero que no existan tales intereses	Amables, pero me pareció percibir más de una insinuación sexual por algunos de ellos. De repente solo fue mi percepción personal.
Informante 6	Me gustó, en especial por conocí gente de todas las clases. Los organizadores muy chéveres	Escuché cosas, pero como puedo estar seguro de si son ciertas. Escuché que solo nos utilizan para justificar sus gastos. Ojalá que no sea cierto.	Fueron buena gente, nos reconocieron hasta nuestra movilidad

Informante 7	Considero que la metodología y los instrumentos utilizados son muy similares a otros eventos a los que asistí, por lo tanto no aportó nada nuevo en mis conocimientos	Es bien sabido que detrás de estas actividades existen muchos recursos y una necesidad urgente de gastarlos. En realidad todos los que desarrollamos algún nivel de activismo social lo sabemos	Conozco a la gran mayoría, y siempre procuran mostrarse amigables
Informante 8	Procuro no perderme ninguna actividad para formarme y los amigos que lo organizan siempre tienen nuevos detalles	Existe mucha ayuda que debe utilizarse. No estoy de acuerdo con la sospecha de algunos sobre supuestos intereses escondidos	Muchos son mis amigos, y los estimo.
Informante 9	Tengo más de 10 años con el diagnóstico y es la primera vez que asistí. Mi impresión es buena y aprendí nuevas cosas	Conocí gente nueva, y escuché comentarios que no sé si serán ciertos. Espero que no lo sean porque no me gusta ser utilizado	Los organizadores estuvieron bien, aunque más de una vez sentí alguna insinuación de tipo sexual
Informante 10	No es el primer taller al que asisto, si bien existen novedades, otras cosas me resultan repetitivas	Tengo la impresión de que se usan demasiados recursos para los mismos objetivos. Debería investigarse por parte de las instituciones donantes	Existe trato amable, es lo menos que se espera
Informante 11	Fue mi primer taller, y si bien es cierto que hablaron de cosas que yo sabía, hubo algunas novedades, pero sin llegar a convencerme	Hubo algunos comentarios de ciertos asistentes, sobre los cuales no me es fácil pronunciarme. Ojalá que no sean ciertos	El trato fue amable, aunque debo confesar que por lo menos un facilitador dejó la impresión de querer agradar sexualmente
Informante 12	Asistí a varios talleres anteriores, y fue la primera vez que nos brindaron novedades sobre como ver la discriminación, lo que fue útil para mi; sin embargo no creo que cambien las cosas al final de cuentas	Que existen intereses creados, más allá de nuestras necesidades, si existen. Es mucho el dinero que se moviliza detrás de estos eventos.	El trato fue bueno, pero escuché que algunos facilitadores homosexuales quisieron aprovechar alguna oportunidad sexual con algún asistente
Informante 13	Por lo general no pierdo estas oportunidades, pues siempre hay novedades, aunque en esta oportunidad tengo la sensación de no haber logrado cambiar algo en mi vida con relación a la discriminación	En todas partes existen intereses creados, pero hay que ser proactivo. Para mí el esfuerzo desarrollado si fue valioso especialmente para los más nuevos	Siempre me siento en familia, y conozco a muchos de los organizadores y asistentes

<p>Informante 14</p>	<p>Son pocas las veces que he participado. Percibo mucho entusiasmo, aunque a veces observo actitudes con las que no estoy de acuerdo. Y ciertamente si aprendí nuevos conceptos para aplicar en mi vida diaria</p>	<p>Los muchachos hablaban de la cantidad de dinero que se moviliza detrás de estas actividades. Es seguro que más de uno se esté beneficiando económicamente, pero lo importante es lo que se logre con la gente</p>	<p>Yo respeto las opciones sexuales, pero algunos de los promotores debieran ser más discretos. Por lo general el trato fue amigable</p>
<p>Informante 15</p>	<p>Un taller más de tantos. Asistí considerando lo novedoso de la temática, pues antes no se abordó temas tan específicos. Sin embargo no internalizé nuevos conceptos ni el deseo de incorporarlos en mi vida diaria</p>	<p>Estoy seguro de que los recursos son muchos para tan pobres resultados. Quien se encargará de denunciar todo esto en el futuro?</p>	<p>Yo soy gay, y algunos de los organizadores no tuvieron el cuidado de guardar la discreción con respecto a sus gustos o deseos por algunos de los asistentes.</p>
<p>Informante 16</p>	<p>Son varios los talleres a los que asistí y muchas veces somos los mismos que asistimos. El tema es interesante y pudo lograrse más. Fue poco lo cambió dentro de mi</p>	<p>Muchos sabemos de la gran cantidad de recursos asignados y de la percepción de que las actividades no tendrán el impacto deseado. Alguien debería auditar todo esto</p>	<p>La gente es amigable, pero no debería olvidar que hay que respetar todas las opciones sexuales, pues no todos tienen porque saturarse de las mismas actitudes</p>
<p>Informante 17</p>	<p>Son pocas las veces que asisto a estos eventos. Esta vez me interesó el tema por haber sufrido discriminación. Aprendí nuevas cosas, pero no sé si cambiará mi situación frente a la sociedad</p>	<p>No sé de cosas que rayan con la política. Espero que no sean ciertas algunas cosas que escuché durante los recesos</p>	<p>El ambiente fue simpático, aunque algunos chicos debieron ser discretos.</p>
<p>Informante 18</p>	<p>Me gusta participar con cierta frecuencia, pues soy activista. Esta vez me gustó la temática a tratar. Aprendí nuevas cosas, pero nada puede cambiar si no se intervienen en otros aspectos como es la comunidad</p>	<p>Estoy convencido de que existen intereses de toda clase detrás de estos eventos: mucho dinero, no siempre existen buenos resultados y nadie que vigile desde alguna institución</p>	<p>Yo soy heterosexual, y siempre veo lo mismo: que los compañeros gay no aprenden a disimular sus entusiasmos sexuales. Si bien terminamos por conocernos todos, tampoco hay que olvidarse del respeto mutuo</p>
<p>Informante 19</p>	<p>No dejo de participar en cuanto evento exista. Los temas tratados realmente fueron novedosos, pero no creo que hayan impactado en mi, toda vez que tengo una experiencia acumulada con aprendizajes de vida</p>	<p>Intereses existen en todas partes, sino que me den un ejemplo de procesos o problemáticas que estén exentas de tales intereses</p>	<p>Por lo general me siento a gusto en estos eventos que me permiten fortalecer mi amistad y mis vínculos con otros asistentes y organizadores</p>

<p>Informante 20</p>	<p>Asistí con la convicción de aprender nuevas cosas, pero mi experiencia de vida me permitió saber lo que significa la discriminación que la sufrimos con más frecuencia los transexuales, mucho más que los amigos de la comunidad gay que casi siempre están detrás de estos eventos</p>	<p>Me parece que los intereses que movilizan a los organizadores echan a perder los objetivos que supuestamente quieren alcanzar con estas actividades. Es mi percepción personal, pues detrás de ellos están otras instituciones que solo nos ven como un simple objetivo</p>	<p>Me siento a gusto, pero con la sensación de ser nuevamente utilizado</p>
<p>Informante 21</p>	<p>Es la primera vez que asisto a un evento, y realmente aprendí algunas cosas nuevas, pero la vida te enseña más, especialmente cuando eres transexual</p>	<p>No sé de intereses creados o de otras cosas, espero que no existan</p>	<p>Me trataron bien, no me quejo</p>
<p>Informante 22</p>	<p>Esta es mi segunda o tercera vez que asisto a un evento. Aprendí nuevas cosas, pero no sé si podré aplicarlas en mi vida diaria</p>	<p>Seguro que existen intereses, pero mientras exista algún beneficio para nosotros, hay que darle para adelante</p>	<p>El ambiente fue bueno y amistoso, teniendo en cuenta que soy transexual</p>
<p>Informante 23</p>	<p>Es mi primera vez como asistente a un curso. Nunca me hablaron de la discriminación, a pesar de que muchos me han discriminado anteriormente. No logré entender algunas cosas</p>	<p>Si hay intereses que yo no conozca, que mal, se supone que todo estos esfuerzos se hacen por nosotros</p>	<p>No tengo quejas sobre el trato que me dieron</p>
<p>Informante 24</p>	<p>De tanto en tanto asisto a estos eventos. Aquella vez me interesó el tema, pues los transexuales somos víctimas frecuentes de maltratos; sin embargo no estoy segura de poder aplicar lo que nos han dicho</p>	<p>No sé de intereses creados o cosas parecidas. Espero que no existan esas cosas, por que de ser así que lástima, estos eventos solo serían una pantalla</p>	<p>El trato fue bueno, pero los expositores debieron hacer un mejor esfuerzo para hacerse entender</p>
<p>Informante 25</p>	<p>Son pocas las veces que asisto. Aquella vez varias de mis amigas me convencieron, pero el tema lo conocemos, pues no hay día en que no me discriminen</p>	<p>Ojalá que no existan intereses detrás, pues no me gusta que me utilicen</p>	<p>Aprendí nuevas cosas, y fueron amables conmigo</p>

<p>Informante 26</p>	<p>No me gusta la idea de asistir a eventos, pero la gente del hospital me convenció para ir. Algunas cosas me parecieron interesantes y otras no son novedad, pues nadie me puede enseñar sobre lo que significa ser rechazado</p>	<p>Que tal raza, si es verdad lo que me dijeron algunos de los asistentes, sobre los intereses de los organizadores, entonces que no me utilicen</p>	<p>Me trataron bien, pero no quiero sentirme utilizada por nadie</p>
<p>Informante 27</p>	<p>Estuvo interesante esto de hablar de la discriminación. Yo siempre fui discriminada, y es la primera vez que me enseñan sobre como defenderme</p>	<p>No sé, si existen tales intereses, entonces que se vayan a la porra</p>	<p>El trato estuvo bien, aunque hubiese preferido que expliquen las cosas de una manera mas sencilla</p>
<p>Informante 28</p>	<p>Tengo la sensación de saber más que ellos, quien sino cuando se es discriminada todo el tiempo. Pero no dejo de reconocer su esfuerzo por enseñarnos</p>	<p>Algo escuché, y sé por otras personas que a veces nos dá la sensación de ser utilizadas para justificar sus gastos. Si tengo como probarlo seguramente les iría mal</p>	<p>La gente se portó bien, y las cosas salieron dentro de sus horarios</p>
<p>Informante 29</p>	<p>Yo no quería ir, pero mis amigas y unos promotores me convencieron. Entendí algunas cosas y otras no me quedaron claras. No sé si esto va a cambiar mi situación como travestí</p>	<p>No escuché nada, o por lo menos nadie me dijo nada sobre cosas ocultas en esta actividad</p>	<p>Me trataron bien, creo que era lo mínimo que podían hacer</p>
<p>Informante 30</p>	<p>Una más de las veces que he ido a un evento, aunque esta vez si estuvo algo más interesante por el tema de la discriminación, pues nosotras que salimos a las calles somos maltratadas por lo que somos</p>	<p>No sé nada de estas cosas políticas, y no quiero enterarme por que sino se los voy a reclamar</p>	<p>Bien, el trato fue bueno, aunque pudo ser mejor</p>
<p>Informante 31</p>	<p>No siempre voy a un evento, pues trabajo de noche, y siempre estoy agotada. Esta vez un grupo de nosotras decidió ir por esto de la discriminación, pues siempre nos maltratan en todas partes. Algunas cosas nos parecieron interesantes</p>	<p>Si escuché comentarios sobre las cosas ocultas, pero mientras no las vea, no pasa nada conmigo</p>	<p>Me gustó que nos trataran como personas, fue lo mejor del evento</p>

Informante 32	Asisto de vez en cuando. Es la primera vez que hablaron de este tema de la discriminación, aunque no aprendí nada nuevo, valió el esfuerzo	Igual que otras compañeras, mientras no se vea nada, no hay problema de nuestra parte	Siempre se esfuerzan por hacerla sentir bien a una parte
Informante 33	No siempre voy a tales eventos, pues hay que dedicarse a nuestras propias vidas, pero me interesó el tema. Aprendí algunas cosas y otras no sé que tan realistas puedan ser	De vez en cuando escucho sobre las cosas que no vemos detrás de estos eventos. Es cuestión de que las instituciones sean más serias si es que realmente les interesa seguir adelante	El ambiente resulta agradable, aunque algunos muchachos no oculten sus intenciones de agradar a alguien, lo cual no está bien dentro de un evento
Informante 34	El tema siempre es interesante, pues quien no ha sufrido un maltrato por ser PVVS, pero debo decir que no se cubrieron mis expectativas	Encima de no haber impactado de forma realista sobre quienes asistimos, tenemos que enfrentar la sospecha de otros intereses. Pues, ya basta	El trato siempre resulta agradable, aunque a algunos heterosexuales les resulte contraproducente las actitudes de algunos de nosotros
Informante 35	Un tema como la discriminación siempre es interesante, pues todos la hemos sufrido por diferentes razones. Algo nuevo aprendí	En estos eventos, siempre sospechamos sobre que tanto nos utilizan para otros fines. Ojalá que lo ganado sea más que lo utilitario	Trato agradable y el esfuerzo por hacernos sentir bien es algo que no puedo negar
Informante 36	Nosotros vamos en grupo, pues pertenecemos al mismo hospital. Son varias las veces que hemos asistido. El tema pareció importante, pero no dijeron nada que no supiéramos	De hecho que los intereses más allá de nuestras necesidades están presentes. Algún día pagarán el precio según las cosas que hayan hecho de forma egoísta	El trato siempre es amigable
Informante 37	No soy de asistir con frecuencia por la falta de tiempo. Me convencieron por lo interesante del tema, pero no colmó mis expectativas	No sé mucho de estos aspectos inherentes a otros intereses utilizándonos a nosotros. Espero que las cosas sean claras	No me quejo del trato recibido
Informante 38	Me gusta participar en estos eventos, algo nuevo se aprende. Tal vez no entendí muchas cosas, pero algo queda	Algo se escucha sobre los verdaderos intereses de los organizadores. Gustosa ayudaría a esclarecer las cosas	Nos tratan bien, pero los chicos gay prefieren a los suyos
Informante 39	No acostumbro ir a causa de mis hijos pequeños, pero algo se aprendió. Ojalá pueda aplicarlo algo de lo aprendido	No sé nada de otras cosas detrás del evento. Y si ocurren en realidad, será la primera en denunciarlo	A pesar de sus preferencias entre ellos (es decir los gays), nos trataron con amabilidad

<p>Informante 40</p>	<p>Tengo familia que cuidar, pero a pesar de eso pude ir a este evento. Lástima no aprendí mucho y no sé que tan realistas son sus soluciones</p>	<p>Si se escuchan cosas, que se prueben y seré la primera en señalarlos</p>	<p>Buen trato, creo que en ese sentido son muy caballeros, a pesar de su inclinación sexual</p>
<p>Informante 41</p>	<p>Es bueno asistir a estos eventos, más aun por el tema, pues me tocó en lo personal por haber vivido discriminación por mi diagnóstico</p>	<p>No sé de otras cosas que no se puedan ver con facilidad</p>	<p>Me trataron bien el tiempo que duró el evento</p>
<p>Informante 42</p>	<p>Toda capacitación es bienvenida, aprendí nuevas cosas y ví el problema de la discriminación de una manera diferente, aunque no sé que tan efectivas sean las soluciones que nos dieron</p>	<p>Siempre escucho las mismas quejas, pero al no tener pruebas contundentes es mejor ser cuidadosos</p>	<p>El trato es amigable de parte de todos, incluyendo a los asistentes</p>
<p>Informante 43</p>	<p>Voy algunas veces, cuando el tiempo me lo permite. Aquella vez asistí la mayor parte del tiempo, aprendí algunas cosas, pero no comprendí otras</p>	<p>Y pensar que en el mundo del SIDA no existirían esas cosas, pero en fin, en todas partes se pueden ver</p>	<p>No dejan de tratar bien a todos, aunque a veces observo a los chicos gay dedicarse más tiempo entre ellos</p>
<p>Informante 44</p>	<p>Es la primera vez que asisto a este tipo de charlas. Mi balance es que se aprendió algunas cuantas cosas y otras pudieron aprovecharse mejor</p>	<p>Cuando no la posibilidad de intereses creados, en el SIDA se ve con mucha frecuencia con tantos recursos económicos venidos de todas partes</p>	<p>Buen trato, muy amistosos, pero no creo que sea suficiente</p>
<p>Informante 45</p>	<p>No es la primera vez que asisto a estas actividades. Es la primera vez que nos enseñan a defendernos, pero no sé que tan realistas sean las soluciones</p>	<p>Y encima, tener la sospecha de otros intereses que no seamos nosotros mismos. Veremos más adelante</p>	<p>En líneas generales, buen trato.</p>

8.3 Resultados de las entrevistas grupales

En esta sección se muestra la información obtenida de las entrevistas efectuadas a los dos Grupos de Autoayuda Mutua que fueron abordados para este estudio, como fueron el G.A.M. “Volver a Nacer” del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao y el G.A.M. “Como las Águilas” del Hospital San José del Callao.

Se observará que la información está incluida en los instrumentos que se utilizaron originalmente para la entrevista grupal.



Resultados de la entrevista grupal abierta a grupos de PVVS sobre la campaña contra el estigma y discriminación desarrollada entre los años 2004 y 2005 en Lima y Callao

Lugar de la reunión:	Auditorio del Hospital Daniel A. Carrión del Callao	Fecha de aplicación del instrumento: 24 / 08 / 09
----------------------	---	---

Total de personas que participaron del grupo focal: 15

Denominación del grupo (solo si los participantes pertenecen a una misma organización):	Grupo de Ayuda Mutua "Volver a Nacer", creado en el año de 1993
---	---

Desarrollo de la reunión

Se presentó los saludos del caos y se procedió a explicar sobre todo lo referente a la campaña, incluyendo sus bases conceptuales, actividades cumplidas y resultados obtenidos, antes de iniciar la sesión, como también los objetivos de la investigación y de cómo ellos pueden ayudar

Se propuso al grupo emita una primera opinión sobre el proyecto emprendido y estimularlos a identificar que grado de aceptación considera que tuvo estrategia entre la población beneficiaria, aplicando la siguiente escala: (1) Nula; (2) Escasa; (3) Buena; (4) Excelente

Conocimiento de las leyes vigentes (que incluye tener conocimiento pleno de sus derechos ciudadanos)	1	2	X	3	4
Formulación de sus denuncias (que incluye contar con una guía o manual de procedimientos sobre como canalizar sus denuncias)	1	2	X	3	4
Acceso a una red de soporte (que incluye contar con información sobre una red de lugares adonde puede acudir para recibir asesoría u orientación sobre derechos)	1	2	X	3	4

<p>Se solicitó al grupo que sustente las razones de sus diferentes calificaciones</p>	<p>El debate fue liderado por los miembros más antiguos, varios de los cuales participaron de las actividades del proyecto. Aquí consideraron que, a pesar de existir dispositivos como la ley 26626, conocida también como CONTRASIDA, son pocas las veces que se logró su cumplimiento, toda vez que persisten situaciones de discriminación de diversa índole, como viene ocurriendo en el acceso a ciertos trabajos - especialmente en el sistema de bancos y en diversas actividades productivas, como la minería- donde todavía se exige, a espaldas de la ley, las pruebas diagnósticas para detectar a potenciales infectados. Aquí, el conocimiento de las leyes, resulta insuficiente y poco aceptable. Por otra parte, el grupo coincidió en lo frustrante de los esfuerzos por efectuar denuncias y la pobre respuesta de parte de las redes de protección que, supuestamente, debieron responder a las demandas, luego de terminado el proyecto, lo que también los convierte en estrategias poco aceptables</p>
---	---

Se propuso al grupo identificar el nivel de aplicación que considera tendría cada estrategia entre la población beneficiaria, aplicando la siguiente escala: (1) Nula; (2) Escasa; (3) Buena; (4) Excelente

<p>Conocimiento de las leyes vigentes (que incluye tener conocimiento pleno de sus derechos ciudadanos)</p>	<p>1</p>	<p>2 X</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>Formulación de sus denuncias (que incluye contar con una guía o manual de procedimientos sobre como canalizar sus denuncias)</p>	<p>1</p>	<p>2 X</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>Acceso a una red de soporte (que incluye contar con información sobre una red de lugares adonde puede acudir para recibir asesoría u orientación sobre derechos)</p>	<p>1 X</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>

<p>Se solicitó al grupo que sustente las razones de sus diferentes calificaciones</p>	<p>Una vez más el grupo, recalca sus argumentos en torno a las estrategias desarrolladas: en primer lugar, las leyes -y su cabal conocimiento- no son aplicables, salvo que exista una voluntad de los líderes políticos y de opinión en el país, para hacerlas cumplir, y para lograr eso, se necesitará de estimular una mayor demanda social. Lo mismo se podría considerar para un potencial sistema de denuncias que, a pesar de existir instituciones tutelares como la Defensoría del Pueblo y las fiscalías provinciales, la mayor parte de las denuncias terminan sin los resultados esperados y, por último, la red de soporte nunca se consolidó y las ONGs que supuestamente la conformarían nunca terminaron por asumir un rol concreto al respecto. Para el grupo, no puede dejar de impulsar la posibilidad que, en un futuro cercano, las denuncias y el soporte institucional realmente si funcionen en bien de las personas afectadas</p>
<p>Se pidió al grupo poner ejemplos de las experiencias vividas en que debieron aplicar alguna estrategia en contra de actos de discriminación</p>	<p>Formulación de denuncias, especialmente en el ámbito hospitalario cuando una persona afectada no fue adecuada u oportunamente atendida</p> <p>Protestas públicas en el marco de fechas significativas como el día mundial de lucha contra el SIDA</p> <p>Información a los miembros del grupo sobre como efectuar procedimientos policiales o judiciales frente a una arbitrariedad que tenga que ver un acto de discriminación</p>
<p>Se desarrolló una exposición sobre los conceptos y definiciones en torno a la autoestima y/o autovaloración, y de experiencias previas en el plano nacional e internacional para generar una discusión más sólida. Se propuso al grupo una discusión sobre el significado de la autoestima y/o autovaloración, y de cual es el nivel promedio que existe entre las PVVS</p>	
<p>Se solicitó al grupo discuta sobre si considera que la autoestima afecta la capacidad para luchar contra el estigma y la discriminación</p>	<p>Los miembros con mayor experiencia, orientaron una vez más la discusión en este punto. Aquí, luego de lograr un consenso en torno a lo que significa la autoestima -que fue considerada por la mayoría como el nivel de valoración que tiene la persona con relación a si misma-, todos coincidieron en que muchos afectados provienen de grupos con algún grado de marginalidad, especialmente entre la población gay y trans, lo que podría conllevar bajos niveles de autoestima. Esta situación, en opinión del grupo, dificultarán los esfuerzos para luchar contra los abusos por parte de la población afectada. Definitivamente, tal situación tiene que cambiar.</p>

Se pidió al grupo proponer temas indispensables en las actividades de un proyecto futuro sobre la problemática del estigma y la discriminación?	Como fortalecer las organizaciones de base para que proporcionen soporte a los afectados en relación a los actos de discriminación
	Trabajar la autoestima y las metas de vida
	Como reconocer las diferentes formas de estigma y discriminación

Después del proyecto, ¿cómo percibió el grupo al común de las PVVS en torno a si ¿cuentan con mejores posibilidades de enfrentar cualquier acto de estigma o discriminación?	Para el grupo, el proyecto no significó mayores cambios en la postura de los afectados con relación al estigma y la discriminación.
--	---

Se pidió al grupo proponer al grupo una discusión sobre ¿qué fue lo mejor y lo peor del proyecto? y ¿Por qué?	La mayoría coincidió que lo mejor del proyecto fue constituirse en el primer esfuerzo por trabajar el problema de estigma a partir de las propias poblaciones afectadas. Lo peor, fue la percepción de que las metodologías y estrategias utilizadas fueron deficientes, partiendo también de un pobre análisis del contexto, para evaluar el impacto de conocer (por ejemplo) todas leyes existentes.
---	--

Se pidió al grupo que proponga las estrategias más aplicables para enfrentar actos de discriminación	Mejorar la autovaloración y la percepción de su valor por parte de las personas afectadas
	Fortalecer a las instituciones comunitarias de base para que se conviertan en la red de soporte que requieran las víctimas de discriminación
	Buscar el apoyo de los medios de comunicación masiva para sensibilizar a la opinión pública en torno a esta problemática

Resultados de la entrevista grupal abierta a grupos de PVVS sobre la campaña contra el estigma y discriminación desarrollada entre los años 2004 y 2005 en Lima y Callao

Lugar de la reunión:	Auditorio del Hospital San José del Callao	Fecha de aplicación del instrumento: 26 / 08 / 09
----------------------	--	---

Total de personas que participaron del grupo focal: 12

Denominación del grupo (solo si los participantes pertenecen a una misma organización):	Grupo de Ayuda Mutua "Como las Águilas", creado en el año de 1997
---	---

Desarrollo de la reunión

Se procedió al saludo y exposición sobre todo lo referente a la campaña, incluyendo sus bases conceptuales, actividades cumplidas y resultados obtenidos, antes de iniciar la sesión, como también los objetivos de la investigación y de cómo ellos pueden ayudar

Se propuso al grupo emita una primera opinión sobre el proyecto emprendido y estimularlos a identificar que grado de aceptación considera que tuvo estrategia entre la población beneficiaria, aplicando la siguiente escala: (1) Nula; (2) Escasa; (3) Buena; (4) Excelente

	1	2	3	4
Conocimiento de las leyes vigentes (que incluye tener conocimiento pleno de sus derechos ciudadanos)		X		
Formulación de sus denuncias (que incluye contar con una guía o manual de procedimientos sobre como canalizar sus denuncias)	X			
Acceso a una red de soporte (que incluye contar con información sobre una red de lugares adonde puede acudir para recibir asesoría u orientación sobre derechos)	X			

<p>Se solicitó al grupo que sustente las razones de sus diferentes calificaciones</p>	<p>Al igual que con el grupo Volver a Nacer, el debate fue liderado por los miembros más antiguos, varios de los cuales participaron de las actividades del proyecto. Aquí también consideraron que, a pesar de existir dispositivos como la ley 26626, y algunos artículos de la Ley General de Salud (aporte efectuado por un abogado miembro del grupo) son pocas las veces que se logró su cumplimiento, toda vez que persisten situaciones de discriminación de diversa índole, como viene ocurriendo no solo en el acceso a los trabajos donde todavía se exige, a espaldas de la ley, las pruebas diagnósticas para detectar a potenciales infectados, sino también en la limitación de otros derechos, como es el libre desplazamiento (como la solicitud de pruebas de Elisa para viajar a ciertos países del mundo). Aquí, el conocimiento de las leyes, resulta insuficiente y poco aceptable. Por otra parte, el grupo coincidió en lo frustrante de los esfuerzos por efectuar denuncias y la pobre respuesta de parte de las redes de protección que, supuestamente, debieron responder a las demandas, luego de terminado el proyecto, lo que también los convierte en estrategias poco aceptables. Aquí pusieron ejemplos más concretos, como la pobre respuesta de instituciones como Vía Libre, que nunca mostró el debido respaldo a las denuncias que les llegaron.</p>
---	---

<p>Se propuso al grupo identificar el nivel de aplicación que considera tendría cada estrategia entre la población beneficiaria, aplicando la siguiente escala: (1) Nula; (2) Escasa; (3) Buena; (4) Excelente</p>				
<p>Conocimiento de las leyes vigentes (que incluye tener conocimiento pleno de sus derechos ciudadanos)</p>	<p>1</p>	<p>2 X</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>Formulación de sus denuncias (que incluye contar con una guía o manual de procedimientos sobre como canalizar sus denuncias)</p>	<p>1 X</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>Acceso a una red de soporte (que incluye contar con información sobre una red de lugares adonde puede acudir para recibir asesoría u orientación sobre derechos)</p>	<p>1 X</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>

<p>Se solicitó al grupo que sustente las razones de sus diferentes calificaciones</p>	<p>Coincidentes con lo vertido por el grupo del hospital Carrión, se concluyó, en primer lugar, que las leyes no son adecuadamente aplicadas, salvo que exista una voluntad de la clase política y de la opinión pública, para hacerlas cumplir. Algo parecido se podría considerar para un potencial sistema de denuncias donde, a pesar de existir instituciones tutelares como la Defensoría del Pueblo y las fiscalías provinciales, la mayor parte de las denuncias terminan archivadas. Y por otra parte, la red de soporte nunca se consolidó y las ONGs que supuestamente la conformarían nunca terminaron por asumir un rol concreto al respecto, coincidiendo plenamente con lo vertido por el otro grupo hospitalario. Para el grupo, no puede dejar de impulsar la posibilidad que, en un futuro cercano, las denuncias y el soporte institucional realmente si funcionen en bien de las personas afectadas</p>
<p>Se desarrolló una exposición sobre los conceptos y definiciones en torno a la autoestima y/o autovaloración, y de experiencias previas en el plano nacional e internacional para generar una discusión más sólida. Proponer al grupo una discusión sobre el significado de la autoestima y/o autovaloración, y de cual es el nivel promedio que existe entre las PVVS</p>	
<p>Se solicitó al grupo discuta sobre si considera que la autoestima afecta la capacidad para luchar contra el estigma y la discriminación</p>	<p>Los miembros con mayor experiencia, orientaron una vez más la discusión en este punto. Aquí, luego de lograr un consenso en torno a lo que significa la autoestima -que fue considerada por la mayoría como el nivel de valoración que tiene la persona con relación a si misma-, todos coincidieron en que muchos afectados provienen de grupos con algún grado de marginalidad, especialmente entre la población gay y trans, lo que podría conllevar bajos niveles de autoestima. Esta situación, en opinión del grupo, dificultarán los esfuerzos para luchar contra los abusos por parte de la población afectada. Definitivamente, tal situación tiene que cambiar.</p>
<p>Después del proyecto, como percibió el grupo al común de las PVVS en torno a si ¿cuentan con mejores posibilidades de enfrentar cualquier acto de estigma o discriminación?</p>	<p>Para el grupo, el proyecto no significó mayores cambios en la postura de los afectados con relación al estigma y la discriminación.</p>

Se propuso al grupo una discusión sobre ¿qué fue lo mejor y lo peor del proyecto? y ¿Por qué?

Al igual que lo vertido en el hospital Carrión, la mayoría coincidió que lo mejor del proyecto fue constituirse en el primer esfuerzo por trabajar el problema de estigma a partir de las propias poblaciones afectadas. Lo peor, fue la percepción de que las metodologías y estrategias utilizadas fueron deficientes, partiendo también de un pobre análisis del contexto, para evaluar el impacto de conocer (por ejemplo) todas leyes existentes.

Se pidió al grupo que proponga las estrategias más aplicables para enfrentar actos de discriminación

Mejorar la autovaloración y la percepción de su valor por parte de las personas afectadas

Fortalecer a las instituciones comunitarias de base para que se conviertan en la red de soporte que requieran las víctimas de discriminación

Buscar el apoyo de los medios de comunicación masiva para sensibilizar a la opinión pública en torno a esta problemática



8.4 Fichas de investigación

Que muestra los principales instrumentos de recopilación de datos:

- La encuesta individual
- La encuesta grupal familiar

Que fueron aplicadas a 45 personas viviendo con el VIH/SIDA y a 15 grupos familiares con un miembro afectado, y que participaron de las actividades del Proyecto evaluado



ENCUESTA SOBRE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN en VIH/SIDA

1. Edad (en años)	Rangos de edad							
	15-20		20-25		25-45		Más de 45	
2. Sexo:	2.1 (M)		2.2 (F)					
3. Grado de instrucción:	3.1 Primaria		3.2 Secundaria		3.3 Sup / téc			
4. Nivel económico (según estudio de servicio social del hospital):	4.1 (C)		4.2 (D)		4.3 (E)			
5. Opción sexual:	5.1 Gay		5.2 Trans		5.3 Hetero		5.4 Bisexual	
6. ¿Es o ha sido trabajador(a) sexual?	6.1 SI		6.2 NO					
7. ¿Tiene o ha tenido problemas de drogadicción o alcoholismo?	7.1 SI		7.2 NO					
8. Tiempo que vive con el diagnóstico de infección por VIH en años	Intervalos de tiempo							
	Más de 10		Entre 5 y 10		Entre 1 y 5		Menos de 1	
9. ¿Es activista? o ¿ha participado de actividades de activismo?	9.1 SI		9.2 NO					
10. ¿Vive usted con su familia?	10.1 SI		10.2 NO					
11. En su familia, ¿por lo menos una persona sabe o conoce de su diagnóstico?	11.1 SI		11.2 NO					

12. Dígame, ¿que entiende por DISCRIMINACIÓN? Intente definirla	12.1 Es señalar a una persona por tener una condición diferente			
	12.2 Es sufrir maltrato a causa del diagnóstico de VIH			
	12.3 Es limitar el acceso de una persona a todas las oportunidades			
	12.4 Es la marginación a causa de una condición			

13. Ha sufrido algún tipo de discriminación por su condición como portador(a) del VIH antes de participar del proyecto?	13.1 SI		13.2 NO	
14. Si su respuesta fue afirmativa: ¿cuántas veces sufrió una discriminación?	14.1 Más de una vez		14.2 Una sola vez	

15. ¿Cuál fue su reacción en la primera experiencia?	15.1 Frustración, sin saber que hacer			
	15.2 Indignación			
	15.3 Indiferencia			
	15.4 Tristeza			

16. ¿Cómo intentó solucionarlo?	16.1 Enfrentando a las personas que están discriminando			
	16.2 Denunciando ante las instancias pertinentes			
	16.3 Tratando de no darle importancia al hecho			
	16.4 Buscando refugio o consuelo con amigos o familiares			

¿Ha sufrido algún tipo de discriminación por otras razones, como:

17. tener otra opción sexual (como ser trans o gay)?	17.1 SI		17.2 NO	
18. dedicarse al trabajo sexual?	18.1 SI		18.2 NO	
19. por antecedentes como consumo de drogas?	19.1 SI		19.2 NO	
20. por haber sido privado de su libertad?	20.1 SI		20.2 NO	

21. Si tiene una o más respuestas afirmativas: ¿cuántas veces sufrió una discriminación?	21.1 Más de 1 vez		21.2 Una sola vez	
--	-------------------	--	-------------------	--

22. ¿Cuál fue su primera reacción?	22.1 Miedo	
	22.2 Frustración, sin saber que hacer	
	22.3 Indiferencia	
	22.4 Indignación	

23. ¿Cómo intentó solucionarlo?	23.1 Tratando de no darle importancia al hecho	
	23.2 Enfrentando a las personas que están discriminando	
	23.3 Alejándose del lugar, para no continuar siendo molestado	
	23.4 Buscando refugio o consuelo con amigos o familiares	

24. ¿Ha escuchado hablar sobre la autoestima y/o autovaloración?	24.1 SI		24.2 NO	
--	---------	--	---------	--

25. Si la respuesta es afirmativa ¿Podría darme una definición?	25.1 Significa lo mucho que una persona se quiere a si misma	
	25.2 Es la valoración de su cuerpo y su salud	
	25.3 Es el valor que uno se confiere como ser humano	
	25.4 Es el respeto que uno debe inspirar para los demás	

<p>24. Solo si el entrevistado cuenta con un concepto previo de la autoestima. Luego de mostrarle las siguientes situaciones de vida (que se calificarán con la siguiente puntuación: muy alto: 7 a 8; alto: 5 a 6; mediano: 3 a 4; bajo: 0 a 2), se sumarán las alternativas señaladas, debiendo expresar si lo obtenido es coincidente con la percepción de su propio nivel de autoestima.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paso mucho tiempo soñando despierto. 2. Estoy seguro de mí mismo. 3. Nunca me preocupo por nada. 4. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera. 5. Me doy por vencido fácilmente. 6. Me siento suficientemente feliz. 7. Las cosas en mi vida están muy complicadas. 8. Generalmente, las cosas no me importan. <p>Luego de su lectura, ¿cuál cree que es su nivel de autoestima?</p>	24.1 Muy alto	24.2 Alto	24.3 Mediano	24.4. Bajo
---	---------------	-----------	--------------	------------

25. Si el nivel definido por el entrevistado es de bajo a mediano, ¿cuáles son las alternativas que usted cree que necesita para mejorar tal nivel?	25.1 Aprender a quererse	
	25.2 Buscar ayuda especializada	
	25.3 Aprender de la experiencia de otras personas en situación similar	
	25.4 Tener metas en la vida	

26. Si el nivel definido por el entrevistado es de alto a muy alto, ¿en que se basa usted para considerar que se encuentra en esos niveles?	26.1 Quiero mucho mi cuerpo y mi salud	
	26.2 Me gusta inspirar respeto en los demás	
	26.3 Tengo metas establecidas para mi futuro	
	26.4 Por que quiero ser feliz	

27. ¿Considera que la autoestima afecte la capacidad para luchar contra el estigma y la discriminación?	27.1 SI		27.2 NO	
---	---------	--	---------	--

28. Si su respuesta es afirmativa, ¿Por qué?	28.1 Si la persona no se quiere, no luchará contra la discriminación	
	28.2 Si no hay autoestima, la persona no puede inspirar respeto	
	28.3 Si hay autoestima, habrá disposición de ejercer sus derechos	
	28.4 Si una persona se quiere no permitirá que la maltraten	

En relación al proyecto dirigido por ONUSIDA y el Ministerio de Salud durante los años 2004 y 2005, ¿que tan aceptables fueron para usted las siguientes estrategias dirigidas a las PVVS y que fueran propuestas durante las actividades en las que participó? Asigne un puntaje por cada una (de 1 a 4):

(1) Nula; (2) Escasa; (3) Buena; (4) Excelente

29. Conocimiento de las leyes vigentes (que incluye tener conocimiento pleno de sus derechos ciudadanos)	29.1 (1)		29.2 (2)		29.3 (3)		29.4 (4)	
30. Formulación de sus denuncias (que incluye contar con una guía o manual de procedimientos sobre como canalizar sus denuncias)	30.1 (1)		30.2 (2)		30.3 (3)		30.4 (4)	
31. Acceso a una red de soporte (que incluye contar con información sobre una red de lugares adonde puede acudir para recibir asesoría u orientación sobre derechos)	31.1 (1)		31.2 (2)		31.3 (3)		31.4 (4)	

Para aquellas estrategias donde su opinión se situó entre buena o excelente, dígame ¿cuales fueron sus razones para tal opinión? Considere su respuesta por cada estrategia elegida.

32. Conocimiento de las leyes vigentes:	32.1 Todo conocimiento de los derechos es importante	
	32.2 Fue lo más fácil de aprender y recordar	
	32.3 Por existir leyes vigentes en el país que necesitábamos conocer	
33. Formulación de sus denuncias:	33.1 Por proporcionar una forma concreta para actuar	
	33.2 Por ser lo mejor que una persona discriminada debe hacer	
	33.3 Por ayudar a vencer los temores frente a la discriminación	
34. Acceso a una red de soporte:	34.1 Por constituir una cadena de solidaridad	
	34.2 Por que todo respaldo ayuda a impulsar las denuncias	
	34.3 Por ser una estrategia muy concreta para actuar	

Para aquellas estrategias donde su opinión se situó entre escasa a nula, dígame ¿cuales fueron sus razones para tal opinión? Considere su respuesta por cada estrategia elegida.

35. Conocimiento de las leyes vigentes:	35.1 Las leyes difícilmente se cumplen en el país	
	35.2 La cantidad de información fue excesiva y poco lo aprendido	
	35.3 Los términos y conceptos de las leyes no son fáciles de entender	
36. Formulación de sus denuncias:	36.1 Por tener experiencias previas donde las denuncias no sirvieron	
	36.2 No se explicó los procedimientos concretos a seguir	
	36.3 No necesariamente ayuda a vencer los temores	
37. Acceso a una red de soporte:	37.1 Por la mala experiencia de ayuda recibida por las instituciones	
	37.2 Por resultar inaccesible en términos de distancias y horarios	
	37.3 Por temor a seguir exponiendo su condición en más lugares	

En relación al proyecto dirigido por ONUSIDA y el Ministerio de Salud durante los años 2004 y 2005, ¿que tan APLICABLES resultaron para usted las siguientes estrategias dirigidas a las PVVS y que fueron propuestas durante las actividades en las que participó? Asigne un puntaje por cada una (de 1 a 4):

(1) No es aplicable; (2) Poco aplicable; (3) Aplicable; (4) Muy aplicable

38. Conocimiento de las leyes vigentes (que incluye tener conocimiento pleno de sus derechos ciudadanos)	38.1 (1)		38.2 (2)		38.3 (3)		38.4 (4)	
39. Formulación de sus denuncias (que incluye contar con una guía o manual de procedimientos sobre como canalizar sus denuncias)	39.1 (1)		39.2 (2)		39.3 (3)		39.4 (4)	
40. Acceso a una red de soporte (que incluye contar con información sobre una red de lugares adonde puede acudir para recibir asesoría u orientación sobre derechos)	40.1 (1)		40.2 (2)		40.3 (3)		40.4 (4)	

Para aquellas estrategias donde su opinión se situó entre aplicable y muy aplicable, dígame ¿cuales fueron sus razones para tal opinión? Considere su respuesta por cada estrategia elegida.

41. Conocimiento de las leyes vigentes:	41.1 Por constituir conocimientos básicos que ayudan a denunciar	
	41.2 Su revisión constante permite saber lo que se puede hacer	
	41.3 Porque al existir leyes, se tiene la esperanza de una denuncia	
42 Formulación de sus denuncias:	42.1 Por existir procedimientos establecidos para las denuncias	
	42.2 Por existir instituciones donde se pueden formular las denuncias	
	42.3 Por que los medios de comunicación también son buenos canales	
43 Acceso a una red de soporte:	43.1 Por que si tuvo una buena experiencia	
	43.2 Por ser accesibles debido a su ubicación y horarios adecuados	
	43.3 Por que tales instituciones son confiables	

Para aquellas estrategias donde su opinión se situó entre poco aplicable o no aplicable, dígame ¿cuáles fueron sus razones para tal opinión? Considere su respuesta por cada estrategia elegida.

44. Conocimiento de las leyes vigentes:	44.1 Las leyes difícilmente se cumplen en el país	
	44.2 Existen leyes que no contemplan todas las situaciones	
	44.3 Hay percepción de que las leyes no abarcan su condición	
45. Formulación de sus denuncias:	45.1 Me resulta difícil y frustrante tener que hacerlas	
	45.2 Es exhibir mi condición ante más personas	
	45.3 El trato en las instituciones judiciales no es el mejor	
46. Acceso a una red de soporte:	46.1 No resultó una solución adecuada, al no resolver los problemas	
	46.2 Es inaccesible por la ubicación y los horarios de tal red	
	46.3 No dieron soporte emocional y no mostraron mayor interés	

47. Después de participar en el proyecto, ¿que tanto cambió para usted lo que significa enfrentar la discriminación, de cómo usted lo veía antes?:	47.1 Nada	
	47.2 Poco	
	47.3 Regular	
	47.4 Mucho	

48. El proyecto, ¿le brindó mejores posibilidades de enfrentar cualquier acto de discriminación?	48.1 SI		48.2 NO	
--	---------	--	---------	--

49. Si su respuesta es afirmativa ¿por qué?	49.1 Tengo menos temores	
	49.2 Estoy dispuesto a ejercer mejor mis derechos	
	49.3 Se cuenta con ayuda de diferentes instituciones	
	49.4 Sé que hacer frente a situaciones de discriminación	

50. ¿Ha denunciado algún acto de discriminación ejercido por instituciones o personas por su condición de PVVS?	50.1 SI		50.2 NO		50.3 No he vivido experiencias de discriminación	
---	---------	--	---------	--	--	--

51. Si la respuesta es negativa ¿cuáles fueron las razones por las cuales decidió no denunciar tal hecho?	51.1 Por temor a no lograr nada	
	51.2 Por no exhibir mi condición ante otras instituciones	
	51.3 Porque decidí no darle importancia	
	51.4 Porque no confío en las instituciones	

52. ¿Ha vivido experiencias donde decidió aplicar alguna estrategia frente a una probable discriminación?	52.1 SI		52.2 NO	
---	---------	--	---------	--

53. Si la respuesta es afirmativa, ¿qué métodos de los aprendidos aplicó?	53.1 Conocimiento de las leyes vigentes	
	53.2 Formulación de sus denuncias	
	53.3 Acceso a una red de soporte	

54. Si no ha tenido oportunidad de aplicar estrategias frente a situaciones de discriminación vividas, ¿qué estrategias aplicaría frente a una eventual discriminación por su condición de PVVS?	54.1 Conocimiento de las leyes vigentes	
	54.2 Formulación de sus denuncias	
	54.3 Acceso a una red de soporte	

55. ¿Ayudó a otras PVVS frente a situaciones de discriminación?	55.1 SI		55.2 NO	
---	---------	--	---------	--

56. Si su respuesta es afirmativa, explique como intervino	56.1 Brindándole soporte emocional	
	56.2 Impulsando la presentación de una denuncia	
	56.3 Orientándolo sobre donde buscar ayuda	

57. En líneas generales, ¿Cuáles son los requisitos mínimos que debieran tener las actividades dirigidas a ustedes con relación a la discriminación?	57.1 Deben ser didácticas y motivadoras	
	57.2 Deben reforzarse constantemente en el tiempo	
	57.3 Deben formularse en términos accesibles para todos	
	57.4 Deben contemplar todas las situaciones de discriminación	

58. En su opinión, ¿Qué estrategias serían las más convenientes para las PVVS en nuestro país en relación a la discriminación?	58.1 Mejorar la capacidad de las instituciones para resolver denuncias	
	58.2 Impulsar instituciones dedicadas a brindar soporte y orientación	
	58.3 Fortalecer los grupos de ayuda mutua en torno al problema	
	58.4 Debe existir un reforzamiento constante a las personas	

59. En su opinión, ¿Qué temas básicos deberían tener las actividades dirigidas a ustedes en relación a la discriminación?	59.1 Como mejorar su autoestima	
	59.2 Como vencer sus temores para enfrentar la discriminación	
	59.3 Como acceder a lugares de soporte e información	
	59.4 Como generar una red de soporte con su familia y amigos	

60. ¿Considera que ustedes deberían participar en el diseño de estas intervenciones?	60.1 SI		60.2 NO	
--	---------	--	---------	--

61. Si su respuesta es afirmativa, ¿Por qué?	61.1 Por nuestra experiencia de vida	
	61.2 Por que conocer todos los elementos en torno a la discriminación	
	61.3 Por haber contribuido en el desarrollo de leyes y normas	
	61.4 Por el derecho de participar en las políticas referentes a su problemática	

62. ¿Qué propuestas podría sugerir usted para mejorar las actividades destinadas a las PVVS en relación a la discriminación?	62.1 Deben ser didácticas y motivadoras	
	62.2 Deben reforzarse constantemente en el tiempo	
	62.3 Deben formularse en términos accesibles para todos	
	62.4 Deben contemplar todas las situaciones de discriminación	



Guía de entrevista grupal semiestructurada a familiares de PVVS sobre la campaña contra el estigma y discriminación desarrollada entre los años 2004 y 2005 en Lima y Callao

1. Lugar donde se efectuó la entrevista:	1.1 Hospital		1.2 Domicilio		1.3 GAM	
--	--------------	--	---------------	--	---------	--

2. ¿Cuántas personas participaron? N°:	De 1 a 3		De 4 a 6		7 a 10		Más de 10	
--	----------	--	----------	--	--------	--	-----------	--

¿Quiénes participaron?

3. Padre	3.1 SI		3.2 NO				
4. Madre	4.1 SI		4.2 NO				
5. Espos(a) 5.1 Si 5.2 No Edad:	5.1 SI		5.2 NO				
6. Abuelo	6.1 SI		6.2 NO				
7. Abuela	7.1 SI		7.2 NO				
8. Hermano(a)	8.1 SI		8.2 NO		8.3 Sexo M		8.4 Sexo F
9. Hermano(a)	9.1 SI		9.2 NO		9.3 Sexo M		9.4 Sexo F
10. Hermano(a)	10.1 SI		10.2 NO		10.3 Sexo M		10.4 Sexo F
11. Hermano(a)	11.1 SI		11.2 NO		11.3 Sexo M		11.4 Sexo F
12. Hijo(a)	12.1 SI		12.2 NO		12.3 Sexo M		12.4 Sexo F
13. Hijo(a)	13.1 SI		13.2 NO		13.3 Sexo M		13.4 Sexo F
14. Hijo(a)	14.1 SI		14.2 NO		14.3 Sexo M		14.4 Sexo F
15. Hijo(a)	15.1 SI		15.2 NO		15.3 Sexo M		15.4 Sexo F
16. Otro (Especificar grado de parentesco o vínculo):	16.1 SI		16.2 NO		16.3 Sexo M		16.4 Sexo F
17. Otro (Especificar grado de parentesco o vínculo):	17.1 SI		17.2 NO		17.3 Sexo M		17.4 Sexo F
18. Otro (Especificar grado de parentesco o vínculo):	18.1 SI		18.2 NO		18.3 Sexo M		18.4 Sexo F

19. El grupo familiar, de qué manera ha contribuido a enfrentar la problemática que rodea a su PVVS?:	19.1 Con soporte económico o nutricional	
	19.2 Con soporte emocional	
	19.3 Con acompañamiento	
	19.4 Otros (especifique):	

20. Del grupo familiar, incluyendo todo aquel que tenga una filiación nuclear (pareja, padres y hermanos) o emocional (otras personas con disposición de intervenir) ¿cuántos miembros han participado por lo menos una vez para ayudar a su PVVS?	20.1 Todos	
	20.2 La mitad	
	20.3 Menos de la mitad	
	20.4 Solo la pareja	
	20.5 Ninguno	

21. Indiquen quienes han participado en el proceso:	21.1 Padres	
	21.2 Hermanos	
	21.3 Abuelos	
	21.4 Hijos	
	21.5 Otros parientes	
	21.6 Amigos cercanos	

22. Para el grupo familiar, ¿consideran que su rol, como grupo, en la problemática de su PVVS es:	22.1 Muy activo, cuando se involucra a tiempo completo en todos los aspectos (emocional, económico y otros) referidos a la persona afectada, postergando sus propias necesidades o prioridades personales	
	22.2 Activo, cuando se involucra en un porcentaje determinado del total de los aspectos inherentes, pudiendo postergar algunas prioridades o necesidades personales	
	22.3 Medianamente activo, cuando se involucra en un porcentaje determinado, sin afectar sus propias necesidades o prioridades personales	
	22.4 Escasamente activo, cuando NO se involucra o lo hace muy esporádicamente, sin afectar otras prioridades o necesidades personales	

23. Si su rol ha sido escaso o medianamente activo, ¿Qué razones limitaron o impidieron una participación más importante?	23.1 La falta de medios económicos	
	23.2 La familia tiene otros problemas más graves que resolver	
	23.3 Que la persona afectada no mostró interés por solicitar ayuda	
	23.4 Las malas relaciones interpersonales antes del diagnóstico	

24. Si su rol ha sido de activo a muy activo, ¿Qué razones les ayudaron a asumir un papel tan importante?	24.1 Por ser una visión del grupo para ayudar a todos sus miembros		
	24.2 Por tratarse de una persona muy querida		
	24.3 Porque es el deber de toda familia		
	24.4 Por constituir un reto para el grupo familiar		

25. El grupo familiar ¿considera posible luchar contra la discriminación?	25.1 SI	1	25.2 NO	
---	---------	---	---------	--

26. Si la respuesta es afirmativa, ¿Por qué?	26.1 Porque en el mundo se han superado otras formas de discriminación		
	26.2 Porque es un derecho de todos a no ser discriminados		
	26.3 Por ser una cuestión de dignidad		
	26.4 Por ser una situación injusta en contra de las PVVS		

27. alguna vez, algún miembro del grupo familiar ¿ha sido discriminado por su parentesco con un PVVS?	27.1 SI		27.2 NO	
---	---------	--	---------	--

28. Si su respuesta fue afirmativa: ¿Cuál fue su primera reacción? y ¿Cómo intentó solucionarlo?	28.1 De rabia frente a lo injusto		
	28.2 Frustración, sin saber qué hacer		
	28.3 Vergüenza por tener a un familiar como PVVS		
	28.4 Indiferencia, restando importancia al hecho		

29. Si su respuesta fue negativa: ¿Cuál cree que sería su primera reacción?	29.1 Vergüenza, tratando de huir de la situación		
	29.2 Indignación frente a cualquier hecho de discriminación		
	29.3 Mantener la calma, tratando de no darle importancia al hecho		
	29.4 No sabría que reacción tener		