

INFORME FINAL: ESTIGMA Y DISCRIMINACION HACIA LAS POBLACIONES CLAVES EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y POBLACION GENERAL

Diagnóstico de la situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana

Dra. Claudia Valdez

PRODUCTO 5

Consejo Nacional del VIH
y el SIDA (CONAVIHSIDA)

Enero 2017

El apoyo fue proporcionado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y la Malaria, implementado por el Consejo Nacional del VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA). El contenido del informe no necesariamente refleja los puntos de vista de la agencia financiadora.

Autores:

Dra. Claudia Valdez, Consultora Líder.
Dr. Edgar Barillas, Experto en Salud Pública.
Lic. Isabel Cepeda, Socióloga.

Agradecimientos a:

Lic. Ernesto Díaz, Asesor en Derechos Humanos.

Colaboradores

Equipo de la Unidad de proyectos del CONAVIHSIDA: Lic. Ivelisse Sabbagh, Dra. Rosa Sánchez y Lic. María Castillo.

Equipo del Servicio Nacional de Salud (SNS): Dr. Nelson Rodríguez y Dra. Ilda Natera.

Equipos de profesionales para el desarrollo del trabajo de campo, conformado por: Dra. Edna Nadal, Lic. Rosa Mayra Rodríguez, Lic. Orquídea Ramírez, Lic. Magaly González, Lic. Yoleyda Marte, Dra. Kilvis Acosta y Dra. Silvana Caritat, bajo la coordinación de la Lic. Leidy Ledesma.

Equipos médicos, enfermería, psicólogos y consejeros de los Servicios de Atención Integral participantes:

*Dr. Luis Eduardo Aybar
Centro sanitario
Instituto Dominicano de Estudios Viroológico (IDEV)
Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN)
Fuerzas Armada
BRA Dominicana
Juan Pablo Pina
José María Cabral y Báez
Rosa Cisneros (PROFAMILIA) Santiago
Centro de promoción y solidaridad humana (CEPROSH)
Leopoldo pou
Hospital Jaime Mota
General Melenciano
Clínica de Familia
Hospital Gonzalvo
Hospital Rosa Duarte
Hospital Matías Ramón Mella
Padre Fantino*

Cita recomendada

Valdez, C; Barillas E; Cepeda I; Ledesma L. (2017). *Diagnóstico de la Situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana*. Presentado al proyecto del Fondo Mundial del Consejo Nacional del VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA) en Santo Domingo, República Dominicana.

Contenido

1. Antecedentes, contexto y justificación	1
2. Objetivos generales.....	1
3. Objetivos específicos	2
4. Grupos clave	2
5. Población de estudio	2
6. Metodología.....	2
6.1. Descripción general del diseño.....	2
6.2. Criterios de inclusión del SAI	4
6.3. Descripción de métodos y técnicas	5
7. Marco conceptual	8
8. Hallazgos	8
9. Análisis	25
10. Intervenciones recomendadas	27
11. ANEXOS	1

Siglas

ARV	Antirretrovirales
CEAS	Centros Especializados de Atención en Salud
CONAVIHSIDA	Consejo Nacional del VIH y el SIDA
DIGECITSS	Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
E&D	Estigma y Discriminación
DDHH	Derechos Humanos
FM	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
GTH	Gays, TRANS y Hombres que tienen sexo con hombres
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organizaciones no gubernamentales.
PNAI	Programa Nacional de Atención Integral de VIH y SIDA
PVVS	Personas Viviendo con el VIH y SIDA
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
SAI	Servicio de Atención Integral VIH
SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceutical Services
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SRS	Servicios Regionales de Salud
SNS	Servicio Nacional de Salud
TRSX	Trabajadores del Sexo
TRANS	Transgéneros y transexuales.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

1. Antecedentes, contexto y justificación

En Mayo del 2014, el Fondo Mundial de la Lucha Contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (FM) notifica, el resultado de la revisión de la Nota Conceptual de VIH presentada por la República Dominicana e informa sobre las medidas requeridas por el Panel de Revisión Técnica (PRT) y la Secretaría para proceder a la elaboración de la subvención, cuyo monto estimado es de USD 17,644,924. La Nota Conceptual aprobada se elaboró partiendo del análisis del contexto epidemiológico descrito en el documento *Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Respuesta a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y al VIH-SIDA 2015-2018*.

Dicho proyecto propone como objetivos:

- Contribuir al fortalecimiento de los programas de educación y prevención de las ITS-VIH/SIDA, con énfasis en los derechos humanos (DDHH), igualdad de género y el respeto a las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género, a través de la gestión comunitaria y la participación de las poblaciones clave.
- Impulsar el acceso equitativo a servicios de atención, tratamiento y apoyo que promuevan la salud y aseguren la retención de las personas que viven con el VIH a lo largo de la cascada de tratamiento, asegurando así la supresión de la carga vírica.

El programa de “*Apoyo a las Poblaciones de Clave de Mayor Riesgo al VIH: 2016-2018*” se elaboró partiendo del análisis del contexto epidemiológico descrito en el documento *PEN para la Respuesta a las ITS y al VIH-SIDA 2015-2018*.

Los expertos y las comunidades han identificado de manera sistemática el estigma y la discriminación (E&D) en relación con el VIH como obstáculos para el tratamiento eficaz del VIH y lograr el acceso universal a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento. El estigma y la discriminación son realidades diarias para las personas que viven con el VIH y para quienes pertenecen a grupos vulnerables a la infección por el VIH. Estas poblaciones, en el contexto específico de la República Dominicana, incluyen a: poblaciones transexuales/transgéneros, mujeres en vulnerabilidad social, grupos de gay, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales (TRSX) y migrantes haitianos.

Por todo lo anterior, se ha establecido la importancia de realizar un estudio de E&D con el objetivo de identificar los mitos, creencias erróneas y conceptualización que la población general y personal de salud, posee del VIH y sus vinculaciones con los grupos clave definidos para el estudio. El estudio caracteriza los niveles de estigma y discriminación prevalecientes en los Servicios de Atención Integral (SAI) priorizados, vinculados con poblaciones afectadas, en riesgo o vulnerables ante el VIH, con la finalidad de diseñar intervenciones programáticas y comunicacionales a través de campañas para la reducción del E&D.

El presente informe muestra los resultados del diagnóstico de E&D a las grupos claves por parte del personal de salud de los SAI y la población general.

2. Objetivos generales

- Identificar los mitos, creencias erróneas y conceptualización que la población general y personal de salud, posee del VIH y sus vinculaciones con los grupos claves definidas para el estudio.
- Caracterizar los niveles de estigma y discriminación prevalecientes en los SAI priorizados, vinculados con poblaciones afectadas, en riesgo o vulnerables al VIH.

3. Objetivos específicos

- a) Identificar en la población general y personal de salud, la percepción sobre los grupos clave del estudio y su vinculación con el VIH.
- b) Identificar las acciones de estigma y discriminación más recurrentes por parte de la población general y el personal de salud, dirigidas a los grupos clave.
- c) Identificar los principales elementos a ser abordados en una campaña de reducción de estigma y discriminación ligados al VIH.
- d) Establecer los medios más apropiados para hacer llegar los mensajes.
- e) Identificar las audiencias a las cuales debiera enfocarse la campaña.

4. Grupos clave

Se definieron para fines del diagnóstico como grupos clave ^{1,2}:

- **Hombres que tienen sexo con hombres, gays, transexuales/ transgéneros (GTH y Trans).**
- **Trabajadoras/es sexuales (TRSX):** Hombres y mujeres.
- **Migrantes:** Hombres y mujeres de nacionalidad haitiana.
- **Mujeres en condición de vulnerabilidad social:** Mujeres que carecen de una educación formal residentes en zonas rurales.
- **Personas viendo con el VIH y el SIDA (PVVS).** Población diagnosticada con el VIH.

5. Población de estudio

- **Población general:** Mujeres y hombres entre rangos de edad 18-24, 25-49 y + 50 años, que asisten al establecimiento de salud por cualquier otra condición que no es VIH, ya sea como usuario o acompañante.
- **Personal de salud:** Personal que ofrece servicios directos a personas con VIH en los SAI priorizados incluyendo personal médico, y no médico: enfermera/o, psicólogo/a, trabajadores/as sociales y consejeros/as.
- **Personal administrativo que labora en los centros de salud:** Personal que no ofrece servicios de salud a personas con VIH, pero juegan un rol importante en la gestión y desarrollo del programa de VIH y tienen contacto directo con el paciente. Este personal puede laborar en las áreas de administración, seguridad, financieras, contables y de mantenimiento.

6. Metodología

6.1. Descripción general del diseño

Estudio descriptivo de corte transversal, con una metodología mixta o combinada, a fin de obtener de las fuentes principales la información sobre el estigma externo e interno³ y las conductas de discriminación hacia las personas de grupos clave. Los métodos y técnicas utilizadas fueron:

¹ Proyecto de la nota conceptual de VIH presentada por la República Dominicana 2016-2018. Clasificación en seis poblacionales clave de mayor vulnerabilidad al VIH. Pág. 7-10. Plan Estratégico Nacional para la Respuesta a las ITS y al VIH-sida 2015-2018.

² "Gays, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; mujeres, hombres y personas transgénero que se inyectan drogas, y/o que son trabajadores sexuales; así como todas las personas transgénero⁴, están marginados socialmente, a menudo criminalizados y deben hacer frente a una serie de abusos de los derechos humanos que aumentan su vulnerabilidad al VIH"; <http://www.theglobalfund.org/en/keypopulations/>

³ El estigma interno es la forma en que las PVV asumen como verdaderas las ideas, prejuicios y preconceptos erróneos que la sociedad en general tiene en torno al VIH/SIDA. Estigma externo o estigma promulgado o discriminación - percepciones, sentimientos o acciones hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

- **Cualitativas:** (a) Revisión documental y (b) Grupos focales (GF). La perspectiva cualitativa permitió capturar las representaciones sociales, los modos de percibir, categorizar y significar que poseen los sujetos o población de estudio. Para el análisis de las percepciones e identificación de los comentarios o referencias personales, se asignaron códigos para cada uno de los grupos focales realizados.

Grupos focales	Códigos
Grupo focal de personal médico CEAS:	GFM-CEAS
Grupo focal de personal NO médico CEAS:	GFNM-CEAS
Grupo focal de personal médico ONG:	GFM-ONG
Grupo focal de personal NO médico ONG:	GFNM-ONG

- **Cuantitativa:** Entrevistas semi-estructuradas: Encuesta estándar de E&D. La perspectiva cuantitativa permitió medir el grado y niveles en que se manifiestan las formas del estigma y las variantes en torno a las conductas de discriminación hacia cada tipo de grupo clave.

¿QUE MEDIMOS?	¿EN QUIEN/QUIENES?	¿HACIA QUIENES?	¿PARA QUE?
ESTEREOTIPOS PREJUICIOS ESTIGMA DISCRIMINACION	PROVEEDORES/AS DE SALUD PERSONAL ADMINISTRATIVO POBLACION GENERAL	GAYs HSH TRANS MIGRANTES MUJERES V PVVS	REDUCIR ESTIGMA Y DISCRIMINACION

En la siguiente tabla se describen los temas claves y variables explorados.

Tabla 1. Temas claves y variables exploradas.

Criterios de inclusión y exclusión por tipo de población a estudiar

Fuente: Elaborada por el equipo de consultoría. 2016

Variables	Fuente de datos	Métodos e instrumentos aplicados
NIVEL COGNITIVO Y EMOCIONAL Estereotipos: Creencias con una categoría social (dimensión cognitiva). Prejuicios: Creencias con una orientación y evaluación negativa con relación a una categoría social (componente emocional). Estigma y sus dimensiones: Anticipada, experimentada, percibida, secundaria, internalizada, compuesta/capas y testigo de estigma.	Población general. Mujeres y hombres mayores de 18 años, recibiendo o esperando un servicio médico ambulatorio en los centros priorizados o acompañantes.	Entrevista semi-estructurada/ escala de E&D.
	Personal de salud Médicos/as que ofrece servicios directos a personas con VIH en SAI. Personal de salud no médico que ofrece servicios directos a personas con VIH en los SAI: enfermera/o, psicólogo/a, consejeros/as, etc.	Grupos focales (GF)
	Personal administrativo que labora en los centros de salud. Personal que no ofrece servicios de salud directos a personas con VIH, pero están vinculados a las áreas de gestión y desarrollo del programa de VIH: seguridad, conserjes, digitador/a SAI, trabajador/a social, encargado de farmacia, recepcionista, secretaria.	Encuesta con aplicación de escala de E&D

Los criterios incluidos en la tabla 2 se establecieron como parámetros para seleccionar a las y los participantes del estudio.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión por población a estudiar.

POBLACION	INCLUSION	EXCLUSION
Población general	<ul style="list-style-type: none"> • Tener 18 años de edad o más • Personas que estén en capacidad de dar su consentimiento voluntariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedores/personal administrativo que posean menos de un año en el puesto • Persona que exhiba un comportamiento violento, sufra de enfermedad mental o física que le impida responder a las preguntas, o esté bajo la influencia de drogas o alcohol previo o durante la entrevista • Persona que no dispuesta a dar el consentimiento voluntariamente
Personal de salud del SAI	<ul style="list-style-type: none"> • Tener 18 años de edad o más. • Ser proveedor de servicios de VIH en los hospitales/ SAIs seleccionados, trabajando al menos durante un año en ese puesto, y que de su consentimiento voluntariamente. 	
Personal administrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Tener 18 años de edad o más • Ser personal administrativo que labore en los hospitales seleccionados y directamente con servicios de VIH, trabajando al menos durante un año en ese puesto y que den su consentimiento voluntariamente. 	

Fuente: Elaborada por el equipo de consultoría. 2016.

6.2. Criterios de inclusión del SAI

Las 12 provincias priorizadas fueron incluidas en Nota Conceptual del país y, por lo tanto, consideradas por CONAVIHSIDA en los términos de referencia (TDR) de la consultoría. Los TDR establecían la priorización de 15 SAI; sin embargo, la muestra incluyó 18 SAI tanto públicos en Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) como en organizaciones no gubernamentales (ONG), ubicados en 12 provincias de 7 regiones de salud. En total se incluyeron 12 SAI públicos y 6 de ONG (Tabla 3). El número de SAI se aumentó debido a la existencia de un gran número de SAI públicos y privados en provincias priorizadas.

Para las provincias donde existían más de un SAI, como Santo Domingo, Santiago y La Romana, se utilizaron los siguientes criterios para identificar los SAIs incluidos en la muestra:

- SAI de atención a adultos.
- SAI de CEAS y ONG en igual número. Total, de 12 CEAS y 6 ONG.
- Alta y baja productividad: Se elaboró un análisis de Pareto, para conocer los SAI que agrupan un mayor y menor número de pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en terapia antiretroviral (ARV) y seguimiento clínico. Los SAI seleccionados representan el 40% de las atenciones del país y el 25% de los SAI a nivel nacional.
 - Se calculó el porcentaje de población clave que podrían atender, en función de la prevalencia estimada 4.8% (promedio de todas las poblaciones claves). Fuente: PEN 2015.
- Ruralidad: SAI que estuvieran en áreas urbanas y rurales. El 70% de los SAI se encuentran en áreas urbanas y el 30% en rurales.
- Se incluyó un SAI que oferta servicios a uniformados.

Tabla 3. Áreas geográficas priorizadas distribuidas por región de salud, provincia y tipo de SAI.

REGION	PROVINCIA	SAI	Tipo
REGION 0	DISTRITO NACIONAL	DR. LUIS EDUARDO AYBAR	CEAS
		CENTRO SANITARIO	CEAS
		INSTITUTO DOMINICANO DE ESTUDIOS VIROLOGICO (IDEV)	ONG
		COIN	ONG
		FUERZA ARMADA	CEAS
REGION 1	MONTE PLATA	BRA DOMINICANA	ONG
REGION 1	SAN CRISTOBAL	JUAN PABLO PINA	CEAS
REGION 2	SANTIAGO	JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ	CEAS
		ROSA CISNERO (PROFAMILIA) SANTIAGO	ONG
REGION 2	PUERTO PLATA	CENTRO DE PROMOCION Y SOLIDARIDAD HUMANA(CEPROSH)	ONG
REGION 3	SAMANA	LEOPOLDO POU	CEAS
REGION 4	BARAHONA	HOSPITAL JAIME MOTA	CEAS
	INDEPENDENCIA	GENERAL MELENCIANO	CEAS
REGION 5	LA ROMANA	CLINICA DE FAMILIA LA ROMANA	ONG
		H. GONZALVO	CEAS
REGION 6	ELIAS PINA	ROSA DUARTE	CEAS
REGION 7	DAJABON	H. MATIAS RAMON MELLA	CEAS
	MONTE CRISTI	PADRE FANTINO	CEAS

**Pedernales se encuentra dentro de las provincias priorizadas, pero el Hospital Elio Fiallo, pero no cuenta con servicios de atención a VIH, por lo que se excluyó de la muestra.

Fuente: Elaborada por el equipo de consultoría. 2016.

6.3. Descripción de métodos y técnicas

A continuación, se describen los métodos de estudio, la muestra y la metodología de recolección de información utilizados.

6.3.1. Revisión documental

Se realizó una búsqueda de documentos referente a: informes nacionales e internacionales, investigaciones, reportes estadísticos e informes de estudios similares, recursos e instrumentos correspondientes al marco legislativo analizado, documentos de proyectos y planes estratégicos.

La búsqueda de información, permitió identificar los documentos claves para el desarrollo de los instrumentos de campo y guía de grupos focales. Entre otros, se identificó la encuesta o escala internacional “*Health Policy Project, USAID, PEPFAR (2013). “Midiendo Estigma y Discriminación hacia el VIH entre Personas que Trabajan en Servicios de Salud”*”, que fue adaptada y utilizada en las encuestas a la población general y en personal de salud.

6.3.2. Grupos focales (GF)

Esta técnica permitió obtener información asociada a valores, actitudes y opiniones de las y los entrevistados/as. Para el desarrollo de los GF, la selección del personal incluyó grupos de médicos/as y personal de salud no médicos/as: psicólogos/as, consejeros/as y enfermeras/os.

La muestra fue no probabilística con propósito definido, por conveniencia y de tipo heterogénea, basada en la segmentación de los y las participantes por características pre-establecidas vinculadas a las responsabilidades dentro de los centros de salud. Se solicitó una lista de nombres y cargos del personal que cumplía con los

criterios de inclusión; se seleccionaron a los que participaron en el grupo focal y se comunicó a la dirección del SAI el personal convocado y la fecha y hora en la que se realizarían los grupos focales.

Un total de 10 GF fueron realizados en 3 provincias: Santo Domingo, Santiago y Barahona. Estas fueron puntos geográficos para la convocatoria del personal de los SAI seleccionados. En total participaron 30 profesionales del sector público y 18 de ONG (Tabla 4).

Tabla 4. Profesionales que participaron en los grupos focales

POBLACION	# GF		DESCRIPCION
	Público	ONG	
Personal de SAI/ Centros de salud públicos y ONG			
Santo Domingo			
Médicos/as	5	4	Grupos focales en Santo Domingo. 20 participantes. Tuvieron una representación de provincias elegibles en el sur/sureste: La Romana, Monte Plata, San Cristóbal y SDQ.
Personal de salud NO médico que ofrece servicios a PVVS	4	7	
Santiago			
Médicos/as	5	3	Grupos Focales en Santiago. 17 participantes. Tuvieron una representación de provincias elegibles en el norte-noroeste: Santiago, Montecristi y Samaná. Dajabón no pudo participar.
Personal de salud NO médico que ofrece servicios a PVVS.	5	4	
Barahona			
Médicos/as	5	0	Grupos Focales en Barahona: tendrán 11 participantes. Representación de provincias elegibles en el sur: Barahona, Elías Pina y Jimaní.
Personal de salud NO médico que ofrece servicios a PVVS/	6	0	
Total de grupos focales	30	18	48 profesionales en 10 grupos focales

Fuente: Elaborada por el equipo de consultoría. 2016.

6.3.3. Entrevistas semi-estructuradas con aplicación de escala de estigma y discriminación

Esta técnica permitió medir el grado y niveles en que se manifiestan las formas del estigma y las variantes en torno a las conductas de discriminación. Se utilizaron indicadores o variables establecidas en la escala de medición cuantitativas del estigma y discriminación⁴ del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR, por sus siglas en Ingles) (Anexos 1 y 2). La población encuestada incluyó:

1. Personal de salud (médico y no médico) que participó de los grupos focales.
2. Personal administrativo que fue captado en los centros de salud que tienen contacto con PVVS: seguridad, conserje, digitador/a del SAI, trabajador/a social, encargado/a de farmacia (que entrega medicamentos en VIH), recepcionista y/o secretaria.
3. Población general que fue captada en los centros de salud en el área de consulta ambulatoria.

La muestra para el personal de salud y administrativo fue no probabilística con propósito definido, lo cual permitió la selección de los participantes basado en el tipo de población. Se realizó una combinación del tipo de muestreo por cuotas y aleatorio simple. La selección de participantes para este método se realizó en etapas y bajo las siguientes reglas:

⁴ Health Policy project, USAID, PEPFAR (2013). "Midiendo Estigma y Discriminación hacia el VIH entre Personas que Trabajan en Facilidades de Salud".

Regla 1. Selección de los lugares o centros de salud donde se captó a población general: De la lista de 18 SAI seleccionados, se identificó un subgrupo de establecimientos que cumplía con dos criterios: (1) Hospital con mayor volumen de atenciones generales y servicios a población de adultos y jóvenes; (2) ONG con servicios de salud a población general (Tabla 5).

Regla 2. Selección de participantes: Para el muestreo por cuota, se dividió la población de referencia en varios estratos definidos por variables de distribución: sexo y edad. Para la determinación de la cuota se utilizaron dos criterios por: (1) Asignación de una constante o número fijo (Total 10), (2) por el peso proporcional de cada estrato, es decir, la parte proporcional de población que representan. La identificación de los participantes, fue secuencial hasta llenar la cuota del establecimiento, por sexo y rango de edad: 18-24, 25-49 y mayores de 50 años. Cada encuestador/a identificó la población para alcanzar la cuota.

Tabla 5. Establecimientos de salud (SAI) seleccionados para las entrevistas a personal administrativo y población general.

Hospitales Públicos	(1) Centro Sanitario (SDQ) (CEAS)
	(2) José María Cabral y Báez (Norte) (CEAS)
	(3) Jaime Mota (Sur) (CEAS)
	(4) Dr. Francisco Antonio Gonzalvo (Este) (CEAS)
	(5) Juan Pablo Pina
ONG	(6) Clínica de Familia La Romana (Este) (ONG)
	(7) COIN (SDQ) (ONG)

Fuente: Elaborada por el equipo de consultoría. 2016.

Fueron realizadas 430 encuestas utilizando la escala de E&D preestablecida. De estas, 391 encuestas fueron realizadas en 7 establecimientos de salud. Un total de 339 encuestas fueron realizadas a población general y 52 encuestas a personal administrativo. Además, se suman 39 encuestas a personal de salud (médicos/as, consejeros/as, psicólogos/as y enfermeras/os) procedentes de los 18 SAI seleccionados, que fueron entrevistados después de participar en los grupos focales; para un total de 91 encuestas a personal de salud. (Tabla 6).

Tabla 6. Total de personas encuestadas.

Establecimientos	Encuesta población general	Encuesta personal administrativo
Centro Sanitario	59	6
Cabral y Báez	62	7
COIN	17	7
Jaime Mota	65	10
Juan Pablo Pina	60	8
Clínica de Familia	16	6
Dr. Francisco Gonzalvo	60	8
Total establecimientos	339	52
Grupo Focal		Encuesta personal médico (después de los GF)
Grupos Focales Santo Domingo		18
Grupos Focales Santiago		13
GF Barahona		8
Total grupos focales		39
Total personal de salud		91
Gran total		430

Las secciones y variables exploradas en las encuestas de población general y personal de salud fueron adoptadas de la escala de E&D de PEPFAR, e incluyeron:

1. Información general de la población entrevistada
2. Conocimientos sobre el VIH y formas de transmisión
3. Control de infecciones
4. Ambiente en los establecimientos y en la comunidad
5. Políticas de salud en los establecimientos
6. Opiniones sobre los grupos clave y el VIH
7. Elementos y medios de comunicación más usados por la población general y personal de salud

7. Marco conceptual ⁵

¿Qué es el estigma? El estigma se ha definido como un proceso de desacreditar a las personas ante los ojos de los demás. Las razones que justifican el estigma hacia las personas pueden ser totalmente arbitrarias; por ejemplo, el color de la piel, la manera de hablar o las preferencias sexuales.

¿Qué es la discriminación? La discriminación consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas contra los individuos estigmatizados. La discriminación, tal como la define el ONUSIDA (2000) en su *Protocol for Identification of Discrimination Against People Living with HIV*, hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecte a una persona, generalmente pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto; en el caso del VIH y el SIDA, el estado seropositivo, confirmado o sospechado, de una persona, con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas.

8. Hallazgos

Los hallazgos fueron organizados conforme a las secciones y variables exploradas en las encuestas de E&D aplicadas a población general y personal de salud.

8.1. Información general

Un total de 430 participantes pertenecientes a población general y personal de salud fueron entrevistados a través de las técnicas propuestas en el estudio.

Los 91 participantes del personal de salud incluyeron 39 médicos/as de los SAI participantes en los grupos focales, que completaron la encuesta posteriormente. El 45% (41/91) fueron del área administrativa, incluyendo secretarías, recepcionistas, conserjes, porteros, farmacéuticos/os y técnicos del área financiera; el 41% (38/91) fue personal médico y de enfermería que proveen atención directa de salud. El 75% (68/91) de los entrevistados fueron mujeres (Tabla 7).

⁵ Estigma y discriminación en el VIH. ONUSIDA 2008.

Tabla 7. Personal de salud encuestado por profesión, grupo de edad y sexo

Trabajo Actual	F	%	M	%	Total	%
Enfermero/a	13	14%	1	1%	14	15%
Médicos/as	15	16%	9	10%	24	26%
Personal administrativo	32	35%	9	10%	41	45%
Psicólogo/a	6	7%	2	2%	8	9%
Voluntarios	2	2%	2	2%	4	4%
Total, general	68	75%	23	25%	91	100%

Fuente: Elaborada por el equipo de consultoría. 2016.

En población general fueron encuestadas 339 personas. El 46% (155/339) entre las edades de 25-49 años; el 71% (242/339) fueron mujeres (Tabla 8).

Tabla 8. Población general entrevistada por grupo de edad y sexo.

Edad	F	%	M	%	Total	%
18 a 24 años	88	26%	21	6%	109	32%
25 a 49 años	102	30%	53	16%	155	46%
50 años y más	52	15%	23	7%	75	22%
Total	242	71%	97	29%	339	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

8.2. Conocimiento sobre el VIH y sus formas de transmisión

El estudio exploró variables asociadas al conocimiento y formas de trasmisión del VIH, en personal de salud y población general.

Personal de Salud

El 34% (31/91) del personal de salud entrevistado, expresó no haber recibido entrenamientos en áreas de control de infecciones, E&D y formas de transmisión, siendo la mayoría del área administrativa tanto de CEAS como de ONG. El 29% (7/24) de los médicos entrevistados expresaron no haber sido capacitado, siendo la mayoría de los CEAS (Tabla 9).

Tabla 9. Entrenamiento del personal de salud

No ha recibido capacitación en VIH, formas de transmisión, control de infecciones y estigma y discriminación	Profesionales que no han recibido entrenamiento	Total de profesionales	%
Personal médico	7	24	29%
Personal psicología y consejería	3	12	25%
Personal enfermería	6	14	43%
Personal administrativo (Conserjes, seguridad, secretarías y financieros)	15	41	37%
Gran total	31	91	34%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

Las opiniones expresadas en los grupos focales corroboran lo obtenido en las encuestas con el mismo personal de salud de los SAI. Entre las y los participantes existe la percepción de que el desconocimiento sobre el VIH favorece el rechazo y la negación del servicio. Cito:

“...porque ese personal no está sensibilizado, no está sensibilizado, no tanto a la sensibilización al VIH, sino que no conoce también el tema de VIH, es que no conoce el centro de VIH, porque el que conoce el tema de VIH, sabe cómo él trabaja VIH, no tiene por qué tenerle miedo, el como el trabajador de la salud que es médico, que por que nosotros no somos médicos, nos mandamos a las embarazadas de puerta en puerta...” “...ha pasado también con pacientes que están en etapa SIDA, que están presentando síntomas, se les manda a un centro de tercer nivel a que lo consulten con un especialista y los médicos dicen: “no, que vaya a la SAI, que eso es falta de medicamentos para el VIH”, eso ha pasado mucho. **GFNM-ONG**

“...y hay municipios donde tenemos nosotros que ir a interceder cuando aparece una persona positiva y se le niega, a veces, un personal que le toca ese día el servicio y dice: yo no voy a trabajar con esa persona que está ahí porque es VIH. Entonces, eso hace que nosotros tengamos que llamar a otra persona que sí tiene más conocimiento, sabe un poquito de lo que es sensibilidad...”. **GFNM-CEAS**

“...regularmente un paciente que tenga VIH y es internado por una gastritis, el gastroenterólogo no lo va a ver, lo va a ver el médico de la SAI, aunque él no sea el gastroenterólogo, ese es tuyo...” **[Razones]** “...irresponsabilidad, si tiene un problema de gastritis pero algo tiene que tratar la gastritis primero, que se yo, eso es irresponsabilidad, porque si tu llegas a emergencia con una deshidratación, oye el problema tuyo no es de VH, el problema tuyo es de deshidratación, tú tienes que poner ese paciente en condiciones para que él vaya a la SAI...” **GFNM-CEAS**

“...la falta de conocimiento, que pensamos que porque son médicos, tienen que saberlo y no es así. Hay muchos médicos que no tienen conocimiento y la falta de conocimiento lo hace ignorante a la realidad. Igualmente, porque a veces llegan los médicos allá para profilaxis..., histéricos, vamos a educarlos. Hay hospitales que no saben que existe una profilaxis post exposición. **GFNM-ONG**

Población General

El 5% (12/339) de la población general entrevistada, expresó no conocer lo que era el VIH y el SIDA. El 33% (112/339) consideró que el VIH se transmite exclusivamente por vía sexual; mientras que cerca de un 11% (36/339) considera otras vías de transmisión, incluyendo cualquier contacto físico y el aire. (Tabla 10).

Tabla 10. Conocimiento de las vías de transmisión en población general

Vías de transmisión	Total (N=339)	%
Por contacto sexual y contaminación con sangre	191	56%
Exclusivamente por contacto sexual	111	33%
Otra: Aire.	35	10%
Por cualquier tipo de contacto físico	2	1%
Total	339	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

Con respecto al conocimiento y riesgo de transmisión del VIH en grupos clave, el 87% (295/339) de la población general entrevistada, creen que estos grupos poseen un mayor riesgo de contraer el VIH. (Tabla 11). El 13% (44/339) no considera a estos grupos en mayor riesgo de contraer VIH.

Tabla 11. Riesgo de contraer el VIH en grupos clave

Cree usted que los HSH/gays, las/os trabajadores/as sexuales, los trans, migrantes y mujeres en V, tienen más riesgo de contraer el VIH?	No		Sí		Total	%
	No	%	Sí	%		
2 - 18 a 25 años	20	6%	89	26%	109	32%
3 - 25 a 49 años	20	6%	135	40%	155	46%
4 - 50 años y más	4	1%	71	21%	75	22%
Total	44	13%	295	87%	339	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

En los grupos focales también se evidenció que la falta de conocimiento o creencias erróneas asociadas a las formas en que se transmite el VIH contribuyen a la aparición de estigmas o moteos hacia las personas con la condición del VIH como “ta corta”. Esto genera conductas de rechazo o discriminación, como evitar el contacto físico o la no utilización de los mismos utensilios de cocina. Cito:

“..si tú dices que ‘ta cortá’ y anda con varios tipos y esos tienen que hacerse la prueba, porque ya eso está sospechoso..”
“..ejemplo, un motorista, vamos a hablar así, ah no, que las personas de por acá [Comunidad], no se quieren montar con él, porque tiene “el monstro”, eso es un ejemplo..” **GFNM-CEAS**

“...Porque cuando se hacen visitas domiciliarias, tú ves que la familia lo tiene con el plato y una cuchara y un vaso aparte, le lavan la ropa aparte....” **GFM-CEAS**

“..La misma discriminación que tienen principalmente los hospitales o donde se encuentre los SAI, los pacientes que tienen tuberculosis sabemos que porque es una, su forma de transmisión es por unas vías, cualquier cosa, eso sí se entiende que estén un poquito apartado, pero también el VIH es la misma cosa, sabemos que en esos lugares en el rinconcito de allá, ahí es que está el VIH sabemos que todo el que coge por esa puerta es paciente VIH y eso hace que las personas no viene al centro, o a un centro específico que nada más atiende VIH. **GFNM-ONG**

“..lo miran mal, lo manifiestan con palabras despectivas, diciendo que son sidosos, que son personas mala fe, cuando usan un plato, un vaso, una cuchara, lo botan, lo mismo he escuchado que dicen: mira, tú le diste agua a ese sidoso, bota el vaso, después que se vaya, bóvalo..” **GFM-CEAS**

Entre los 295 entrevistados que consideran a estos grupos en mayor riesgo, las razones expresadas fueron diversas; el 59% (175/295) de los entrevistados consideró que esta población es más promiscua; el 19% (56/295) expresó el sexo entre hombres en más peligroso y el 8% (25/295) manifestó que la falta de creencias religiosas que los colocan un mayor riesgo de contraer la infección (Tabla 12).

Tabla 12. Razones por las que los grupos clave contraen el VIH, según la población general.

Razones por las que los HSH/gays, las/os trabajadores/as sexuales, los trans, migrantes y mujeres en V, tienen más riesgo de contraer el VIH?	Total	%
El sexo entre hombres es más “peligroso”	56	19%
Falta de creencias religiosas	25	8%
Mayor promiscuidad sexual	175	59%
Todas las anteriores	40	14%
Total	295	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

El estudio mostró que el 20% (69/339) de la población general expresó que prefiere evitar contacto con: HSH/Gays, trabajadores sexuales, TRANS, migrantes y mujeres en condición de vulnerabilidad. El 25% (19/75) de los entrevistados en la población mayor de 50 años y el 21% (33/155) entre las edades de 25-49 años prefieren evitar un contacto con estos grupos; sin embargo, solo un 16% (17/109) de los jóvenes de 18-24 años prefieren evitar un contacto (Tabla 13).

Tabla 13. Población general entrevistada por grupo de edad que expresó preferir evitar contacto con grupos clave

Prefiere evitar tener un contacto cercano (conversar, saludar con la mano) con gays, trabajadores/as sexuales y trans	No	%	Sí	%	Total	%
2 - 18 a 24 años	92	84%	17	16%	109	100%
3 - 25 a 49 años	122	79%	33	21%	155	100%
4 - 50 años y más	56	75%	19	25%	75	100%
Total	270	80%	69	20%	339	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

Entre las y los informantes de los grupos focales, se obtuvieron opiniones sobre las conductas de rechazo hacia los grupos clave, tanto en la comunidad, como dentro de los servicios. Como se observan en las narrativas, el rechazo está asociado a las creencias estereotipadas subyacentes y el estigma relacionado a ser una persona con VIH y pertenecer a un grupo clave. Las manifestaciones referidas con mayor frecuencia fueron: (a) no querer atenderlos/negarles un servicio por ser “pájaros” o “estar sin documentos”, (b) burlas en públicos, (c) rechazo de otros/as pacientes que evitan sentarse cerca. Cito:

[Manifestación estigma asociado a la provisión de servicios de VIH] [TRABAJADORA SEXUAL]....Mi tía que me dijo: mira, ella es conocida del sector de COIN, ten cuidado no le tiendas la mano, y si tú le vas a poner algo ponte dos guantes y no hables mucho con ellos, y la puerta déjala abierta pues tú no sabes si te van a violar. GFNM-ONG

[HOMBRE POBLACION GENERAL CON VIH] “....., a mí me paso cuando yo empecé en el centro, tengo una hermana que vive en Estados Unidos, ay sí, tengo una práctica en un centro, estoy empezando con pacientes VIH: ten cuidado porque esas gentes son malísimos y te pueden hacer cualquier cosa.....y le dije yo no me acuesto con los pacientes. GFNM-ONG

[Diferencia entre la atención a hombres con VIH homosexuales y a hombres heterosexuales VIH]...“Sí, claro que sí. Muy marcado. Hay hombres, es mucha homofobia y muchas personas los buscan y los discriminan diciendo que por qué tiene ese estilo de vida, que cuántas mujeres hay....hay médicos que no lo ven, así de sencillo, que no ve a un pájaro. Dicen: yo no veo con pájaros. GFM-CEAS

[Manifestación del rechazo en el Servicio] [TRANS] “....., incluso otros pacientes con la misma condición de VIH los discriminan y a veces hemos tenido que se mueven del asiento y se van para otro lugar. Porque no quieren estar sentados ahí para que no le peguen su.... hay muchas personas que tienen el concepto que los HSH, los gay o los trans, si yo soy un hombre trans, yo me voy a dar todos los hombres que yo vea, no sé si les ha pasado, que viene un gay y está en un salón con varios hombres, los hombres se sienten...porque piensan que los van a enamorar, muchas personas tienen esa idea”. GFNM-ONG

[Manifestación del rechazo en el Servicio] [HAITINOS/AS] “... yo los atendería, pero cuando te digo los atendería de una forma regularizada, si usted tiene sus documentos, su seguro, si usted trabaja aquí, si ya usted es un ciudadano dominicano, claro. Tienen el mismo derecho...si pero vamos a hablar español, es cuestión de política, si ahí hay un letrado que diga: aquí no se atiende a tal persona, tal persona, tal persona. GFNM-CEAS

8.3. Control de infecciones

El estudio incluyó variables sobre el control de infecciones para conocer las preocupaciones y/o miedos sobre la infección en el establecimiento de salud, en el vecindario y la comunidad, tanto en el personal de salud como en población general.

Personal de salud

El 18% (17/91) del personal de salud, expresó preocuparle tocar a un paciente (Tabla 14). El 25% (15/59) de los que laboran en CEAS y el 6% (2/32) de los que trabajan en ONGs, expresaron esta preocupación. Ningún médico/a o enfermera/a manifestó preocupación al tocar un paciente; entre el personal administrativo la proporción fue del 39% (16/41).

Del personal médico y de enfermería que proveen atención directa, al 21% (8/38) le preocupa colocar un vendaje a un PVVS y al 28% (11/38) le preocupa tomar una muestra de sangre. La totalidad de médicos/as y enfermeras/os que expresaron estas preocupaciones laboran en establecimientos públicos (Tabla 14).

Tabla 14. Miedo a la infección por VIH, según personal de salud

Tocar a un paciente	Total (N=91)	%
Me preocupa	17	19%
No me preocupa	74	81%
Total	91	100%

Colocar vendajes a una herida de un/a paciente que vive con VIH (médicos/as y enfermeras/os)	Total (N=38)	%
Me preocupa	8	21%
No me preocupa	30	79%
Total	38	100%

Tomar una muestra de sangre a un/a paciente que vive con VIH (médicos/as y enfermeras/od)	Total (N=38)	%
Me preocupa	11	29%
No me preocupa	27	71%
Total	38	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

El 29% (27/91) del personal de salud, expresó utilizar medidas de seguridad como doble guante, guantes en todo el proceso de la atención (incluyendo llenado de historia clínica) y medidas especiales de protección.

El personal de los SAI que participó en los grupos focales considera el miedo a contraer el VIH como la razón principal para el rechazo o la discriminación de un paciente con VIH, principalmente al realizar actividades que conllevan el tocar o examinar, el uso de agujas y cirugías. Consideran que el personal médico que está en contacto directo con los pacientes VIH está mucho más expuesto y en riesgo. Cito:

“...Miedo,, el miedo hace que la gente rechace ese grupo, nadie quiere perder su salud, entonces, por eso los rebotan, incluso, las cirugías, un caso de VIH para hacer una cirugía, lo rebotan... (marcan los expedientes (Ej. Embarazadas VIH))”
GFM-CEAS

“..[Miedo] Si, los que hacen emergencia, por ejemplo. Como tenemos médicos que trabajan con nosotros en la mañana y en la noche hacen servicio y hay riesgo, porque si tú te pinchas con la aguja. Claro, no necesariamente tiene que ser de manera sexual. Durante la formación del médico, nosotros rotamos por un, o sea, es rotatorio, a nosotros nos exponen, nos ponen a practicar cierto tipo, por ejemplo, de cirugía menor con los pacientes y a veces, por equivocación o por ser inmaduro en la práctica, podemos pincharnos, incluso, yo he tenido compañeros que tomando una muestra sanguínea se han pinchado y han tenido que acudir a (...). GFM-CEAS

“...[Trabajar con VIH supone una amenaza] No, no es una amenaza, pero uno, como médico, tiene que cuidarse mucho, porque hay veces que por andar rápido, muchos pacientes en el área, mucho estrés, uno puede equivocarse o puede exponerse sin uno querer. Y por más condicionada que sea la persona, un pinchazo puede ocurrir. GFM-CEAS

“... mientas más miedo tienen, más riesgo tienen de pincharse, porque lo van a hacer con temores.. GFM-ONG

Población General

El 71% (244/339) de la población general entrevistada, expresó sentirse preocupada de “sacarse sangre” en el mismo laboratorio que toma muestras a personas que viven con el VIH. El 74% (81/109) de los jóvenes entre 18-24 años, el 72% (109/155) de la población de 25-49 años y el 72% (54/75) de los mayores de 50 años, expresaron esta preocupación.

El 76% (259/339) refirió preocupación al utilizar los mismos utensilios de comida que una persona que vive con VIH. El 75% (82/109) de los jóvenes entre 18-24 años, el 76% (118/155) de la población de 25-49 años y el 75% (59/75) de los mayores de 50 años, expresaron esta preocupación. El 48% (166/339) de la población general expresó preocuparle recostarse en la misma camilla que una PVVS (Tabla 15).

Tabla 15. Miedo a la infección por VIH, según población general

Sacarse sangre en un laboratorio donde se atiende a PVVS	Total (N=339)	%
No me preocupa	95	28%
Preocupado/a	244	72%
Total	339	100%

Utilizar los mismo utensilios de comida que utilizo una PVVS	Total (N=339)	%
No me preocupa	80	24%
Preocupado/a	259	76%
Total	339	100%

Recostarse en la misma camilla donde fue examinado una PVVS	Total (N=339)	%
No me preocupa	173	51%
Preocupado/a	166	49%
Total	339	100.00%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

8.4. Ambiente laboral en los establecimientos y ambiente en la comunidad

El estudio incluyó preguntas acerca de prácticas en el establecimiento de salud y experiencias del personal que provee cuidado a PVVS. Se obtuvo también información de la población general sobre el ambiente en el vecindario y la comunidad y experiencias en el establecimiento.

Personal de salud

El 78% (71/91) del personal de salud entrevistado refirió no haber oído hablar despectivamente de los grupos clave que viven con VIH, el 18% (16/91) refirió haber oído a trabajadores de la salud, más de una vez o varias veces, hablar despectivamente de las poblaciones claves y con VIH; el 4% (4/91) expresó observar esta conducta casi todo el tiempo. De los entrevistados que laboran en CEAS, el 25% (15/59) expresó haber oído hablar despectivamente más de una vez de los grupos clave; esta proporción fue de solo 3% (1/32) entre el personal que labora en ONG. (Tabla 16).

El 85% (77/91) del personal de salud entrevistado expresó nunca haber visto a un empleado rehusar la prestación de un servicio a PVVS o personas de grupos clave; el 15% (14/91) restante expresó haber visto rehusar la prestación de un servicio, más de una vez. El 18% (11/59) del personal entrevistado de CEAS y el 9% (3/32) de ONGs expresaron haber visto rehusar la prestación de un servicio más de una vez. El 41% (10/24) de los/a médicos/as entrevistados expresó haber observado esta conducta (Tabla 16).

Tabla 16. Ambiente laboral

Personas que trabajan en su centro de salud que hablan despectivamente de los grupos clave que viven con VIH o que creen que viven con la condición	Total (N=91)	%
Nunca	71	78%
Una o dos veces	10	11%
Varias veces	6	7%
Casi todo el tiempo	4	4%
Total	91	100%

Personas que trabajan en el centro de salud que rehúsan atender a un/a PVVS o que creen que viven con la condición	Total (N=91)	%
Nunca	77	85%
Una o dos veces	8	9%
Varias veces	6	7%
Casi todo el tiempo	0	0%
Total	91	100.00%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

El estudio mostró que el 19% (18/91) del personal de salud expresó sentirse inseguro/a al trabajar junto a otros/as empleados/as que viven con VIH, independientemente de sus responsabilidades en el área de trabajo.

Con respecto al ambiente laboral en los centros de salud, en los grupos focales con el personal de los SAI se corroboraron los hallazgos de las encuestas en establecimientos, evidenciándose conductas de rechazo y discriminación a PVVS y grupos clave. Este rechazo se manifiesta en: (a) en la negación de los servicios, (b) el rechazo en público, (c) hablar despectivamente, burlas y ridiculizaciones en público. Los narrativos sugieren, que unos grupos pueden experimentar más rechazo que otros: hombre gay con VIH más que hombres heterosexuales con VIH, o trabajadoras sexuales con VIH; una PVVS haitiano, más que un dominicano, por ejemplo. Cito:

[En los servicios discriminación hacia TRSX] "...el lugar donde uno ve más ese tipo de controversia, otro tipo de paciente, lo referimos allá, y muchas veces por la forma en que van vestidas y su forma de expresión, a lo mejor, por el bajo recurso económico no tiene una adecuada vestimenta, de que tú entras por la puerta, ya el portero te está mirando cómo entra la persona en forma discriminatoria. A diferencia de otras personas que tienen sus recursos, que van bien vestidas buscando una ayuda, regularmente el trato es diferente..." **GFM-ONG**

[Poblaciones claves] "Sí, allá en la zona nuestra, es más fácil aceptar a una mujer que tenga trabajo sexual que a un homosexual que llegue". **GFNM-CEAS**

[Población general con VIH] hubo una doctora que renunció, porque dijo que no la iba a hacer, que no la iba a hacer esa cesárea de esa mujer y tuvo que renunciar, bueno exacto, usted no está cumpliendo con los parámetros del ministerio, pues renuncie, entonces renuncio y se fue hasta el sol de hoy, pero ya han transcurrido varios años y todos los gineco-obstetras de allá se han empoderado en hacer las cesáreas, de manera eficiente..., ninguna complicación..." **GFNM-CEAS**

[Diferencia entre la atención a hombres con VIH homosexuales y a hombres heterosexuales VIH]..."Sí, claro que sí. Muy marcado. Hay hombres, es mucha homofobia y muchas personas los buscan y los discriminan diciendo que por qué tiene ese estilo de vida, que cuántas mujeres hay....hay médicos que no lo ven, así de sencillo, que no ve a un pájaro. Dicen: yo no veo con pájaros. **GFM-CEAS**

[GAY/HSH] "...buueeno, a veces que...cuando son muy amanerados, porque hay gay que son extravagantes y muchas veces no pueden pasar desapercibidos, y siempre...¿Viste como que se partió? (risas) no, lo lindo del caso, tu viste ese que paso por ahí? ¿tu viste el plumero que dejó atrás? (risas)..o si no le voceas uno: mira te buscan (risas). **GFNM-CEAS**

[Migrantes haitianos/as] "... yo los atendería, pero cuando te digo los atendería de una forma regularizada, si usted tiene sus documentos, su seguro, si usted trabaja aquí, si ya usted es un ciudadano dominicano, claro. Tienen el mismo derecho...si pero vamos a hablar español, es cuestión de política, si ahí hay un letrado que diga: aquí no se atiende a tal persona, tal persona, tal persona. **GFNM-CEAS**

[TRXS] "donde estaba trabajadora sexual y más nadie está cerca....no entiendo, porque si estamos trabajando con estigma y discriminación, existe un lugar así, donde solo un día para la trabajadora sexual..." **GFNM-ONG**

[TRANS] "...incluso otros pacientes con la misma condición de VIH los discriminan y a veces, y a veces hemos, tenido que se mueven del asiento y se van para otro lugar. Porque no quieren estar sentados ahí para que no le peguen su.... hay muchas personas que tienen el concepto que los HSH, los gay o los trans, si yo soy un hombre trans, yo me voy a dar todos los hombres que yo vea, no sé si les ha pasado, que viene un gay y está en un salón con varios hombres, los hombres se sienten...porque piensan que los van a enamorar, muchas personas tienen esa idea". **GFNM-ONG**

Población General

El 60% (203/339) de la población general entrevistada refirió nunca haber oído hablar despectivamente de los grupos clave o que viven con VIH en su vecindario o centro asistencial; el 40% (136/339) restante refirió haber oído, varias veces, a personas en su entorno o trabajadores de la salud, hablar despectivamente de los grupos clave y PVVS. (Tabla 17).

El 71% (240/339) expresó nunca haber visto a personal de salud rehusar la prestación de un servicio a personas de grupos clave o PVVS; el 29% (99/339) restante expresó haber visto rehusar la prestación de un servicio, más de una vez. (Tabla 17).

Tabla 17. Ambiente en el vecindario o comunidad

Personas que en su vecindario o en este centro asistencial hablan despectivamente de las poblaciones claves que viven con VIH o que creen que viven con la condición.	Total (N=339)	%
Nunca	203	60%
Varias veces	136	40%
Total	339	100%
Personas que en su vecindario o en este centro asistencial se niegan a atender o prestar cualquier tipo de servicio a personas que vive con VIH o que creen que viven con la enfermedad.	Total (N=339)	%
Nunca	240	71%
Varias veces	99	29%
Total	339	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

El estudio mostró que el 31% (107/339) de la población general entrevistada se siente insegura o preferiría no ser atendida (o que su familiar sea atendido) por un médico/a que previamente atendió a una PVVS.

Las opiniones del personal de los SAI en los grupos focales, sobre el ambiente en la comunidad o vecindario no difiere mucho de lo observado dentro de los servicios, donde se corroboró que una razón poderosa para rechazar o discriminar a una persona son las creencias estereotipadas subyacentes y el estigma generado relacionados a: (a) ser una PVVS y/o (b) pertenecer a un grupo clave. Este rechazo se manifiesta en: (a) rechazo al contacto físico, (b) rechazo a recibir un servicio de una persona con VIH, (c) burlas y descalificaciones en público, (d) expresiones de miedo o temor de la persona con VIH. El estigma es doble en caso de ser un PVVS y pertenecer a un grupo clave (Ej. Gay y ser VIH). Cito:

[Hombres de población con VIH] "Allá nosotros teníamos un caso, que yo lo vi desde pequeña, que era una persona que incluso, ahora trabaja en la SAI, que él jugaba baloncesto, y cuando él jugaba, cuando él tenía la bola, ninguno se le pegaba, porque con el sudor creían que se le iba a pegar eso. Yo creo que si se hace una campaña fuerte en los medios de comunicación, en los barrios, la gente se concientiza. GFNM-CEAS

[Población general] "...si tú dices que 'ta cortá' y anda con varios tipos y esos tienen que hacerse la prueba, porque ya eso está sospechoso..." ".ejemplo, un motorista, vamos a hablar así, ah no, que las personas de por acá, no se quieren montar con él, porque tiene el monstro, eso es un ejemplo, pero si también hay muchas personas, que con tan solo escuchar no saber ni tener un resultado en mano, tienen miedo de esa persona, tienen miedo porque se dice que esa persona es, tienen miedo, muchos, muchos, yo personalmente lo he escuchado, yo misma me he puesto y he hablado con esa misma persona, verdaderamente falta mucha educación,, generalizado en todo, educación completa..." GFNM-CEAS

[Población general] "...les dicen cosas en sus sectores porque tienen VIH, o sea, cosas ofensivas, sidoso, que tú estás cortado, cosas así, que son muy dolorosas en verdad. Todavía eso existe. También hay muchas personas que se hacen llevar por rumores, es decir, que en el vecindario comienzan a decirle que tienen VIH porque estuvieron con una persona que murió de repente y que no se sabe y que esa persona tenía VIH. Entonces, van allá, que se quieren hacer la prueba por esos rumores, para hacer la prueba. Uno trata siempre que llegan con eso decirles primero que la prueba es voluntaria, no se puede hacer una prueba simplemente para demostrarle al vecindario que no tiene VIH, eso es personal GFNM-ONG

[GAY/HSH] "...estamos viviendo una situación parecida, un joven de 24 y 22 años, todavía ellos no se lo ha dicho a su familia aunque se vea, pero la familia no lo iba a aceptar si tiene preferencia sexual, entonces dicen ¿y ahora? ¿Con esto, que yo le vaya a decir que soy positivo? Como que quien dice, me van a juzgar sabiendo que por esto es que aquí vino el asunto del VIH, entonces es muy emocionalmente para ellos es muy engorroso. **GFNM-CEAS**

8.5. Políticas en los establecimientos de salud

El estudio incluyó preguntas acerca de las políticas institucionales en el establecimiento de salud y experiencias del personal trabajando en un establecimiento que provee cuidado a PVVS. Esta sección exploró las encuestas al personal de salud; no incluyó población general.

El estudio mostró que el 86% (78/91) del personal refirió la posibilidad de consecuencias administrativas si discriminan a un PVVS. Cerca de un 14% refirió que no conocen o no saben de consecuencias adversas en una situación de discriminación. La mayoría de participantes que expresaron la existencia de políticas de salud en protección de las PVVS, laboran en las ONG. El estudio no pudo evidenciar o corroborar cuales acciones concretas se toman en las ONG, como medidas administrativas contra la discriminación. (Tabla 18).

Tabla 18. Políticas de salud en el establecimiento

Estaría en problemas en el trabajo si discrimino contra PVVS?	Total (N=91)	%
No	10	11%
No se	3	3%
Si	78	86%
Total	91	100.00%

En mi centro de salud existen políticas que protegen a PVVS	Total (N=91)	%
No	9	9.89%
No se	12	13.19%
Si	70	76.92%
Total	91	100.00%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

El 99% (90/91) del personal de salud expresó que en el establecimiento no es aceptable realizar la prueba de VIH sin un consentimiento previo. No se evidenció diferencias entre los CEAS y ONG. El 95% (86/91) refirió que en su establecimiento existen recursos (ej. guantes y batas) y procedimientos que reducen el riesgo de infección por el VIH; el 5% restante manifestó que no existían recursos y procedimientos. (Tabla 19).

Tabla 19. Ambiente en el establecimiento.

En establecimiento no es aceptable realizarle la prueba de VIH a un paciente sin su consentimiento.	Total (N=91)	%
De acuerdo	90	99%
Desacuerdo	1	1%
Total	91	100%

Hay recursos, procedimientos/protocolos estandarizados que reducen el riesgo de infectarme con VIH.	Total (N=91)	%
De acuerdo	86	95%
Desacuerdo	5	5%
Total	91	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

Opiniones obtenidas del personal de salud en los grupos focales, revelan que la forma en que están organizados los servicios en los centros de salud, es una razón para el rechazo o discriminación hacia PVVS (grupos clave o no). Fue referido, por ejemplo, que las personas saben o identifican la “puerta” o “rinconcito” donde se atienden a las personas con VIH, lo que genera la exposición e identificación de su condición, solo por el hecho de verlo/a entrar o dirigirse al servicio para PVVS. Esta práctica viola la confidencialidad y la privacidad y fomenta la discriminación con *etiquetas* como “ta corta’o”, “tiene el monstro” y la divulgación de su condición en el entorno comunitario. Cito.

[Factores/condiciones que contribuyen al rechazo en el Servicio] “..La misma discriminación que tienen principalmente los hospitales o donde se encuentre los SAI, los pacientes que tienen tuberculosis sabemos que porque es una, su forma de transmisión es por unas vías, cualquier cosa, eso sí se entiende que estén un poquito apartado, pero también el VIH es la misma cosa, sabemos que en esos lugares en el rinconcito de allá, **[Razones]** ahí es que esta el VIH sabemos que todo el que coge por esa puerta es paciente VIH y eso hace que las personas no viene al centro, o a un centro específico que nada más atiende VIH. **GFNM-ONG**

[Manifestación estigma asociado a la provisión de servicios de VIH] “...uno escucha de todo. Por ejemplo, en el centro donde uno trabaja un paciente que no es positivo, ellos por ejemplo, van a psicología o algún tipo de consulta, ah pero mira, ese tiene el monstro... ta cortao... así se dirigen, pero no son personas que trabajan en el centro, sino que están en otro tipo de consulta. Ha ocurrido alguna vez, no es que no ha ocurrido, me acuerdo en una vez que ocurrió, se le llamo la atención a una persona, incluso del mismo servicio, que da servicio, no necesariamente con nosotros en VIH, fue y dijo en el barrio que había visto una persona, ya eso es un atentado, fue... una violación. Fue y dijo en el barrio, que a esa persona que ella la vio, que fue allá arriba a VIH, que parece que tiene VIH... y la puso en las cuatro esquinas, o sea, esos son los factores por las cuales las gentes tienen temor. **GFNM-ONG**

Manifestación del rechazo en el Servicio] “.. Están identificadas, que tiene un día de consulta, por ejemplo hay un hospital que nosotros conocemos el caso, hay una consulta, por ejemplo el lunes, el lunes en ese consultorio, el consultorio uno de ginecología es solamente trabajadora sexual, desde que entran, que no puede entrar con esa ropa, que mira cállate usan lenguaje que no tienen que usarlo, a veces hay que reconocer que ellas misusan lenguajes y vestuarios inapropiados...**GFNM-ONG**

Sí, pero tú sabes muy bien que como eso, todas las personas que saben que se acepta, mucha gente dice que creen que todo el que va allá arriba son porque tiene HIV. **GFNM-CEAS**

8.6. Opiniones sobre las poblaciones claves y VIH

El estudio abordó la percepción y opiniones de la población general y el personal de salud hacia los grupos claves de HSH/Gays, TRANS, trabajadores sexuales, migrantes y mujeres en vulnerabilidad y su vinculación con el VIH.

Personal de Salud

El gráfico 1 muestra que el 45% (41/91) del personal de salud entrevistado refirió estar de acuerdo con que a la mayoría de los grupos clave que viven con VIH no les importa si infectan a otras personas. El 59% (24/41) del personal administrativo entrevistado; el 33% (8/24) de los médicos/as; el 42% (6/14) de las enfermeras/os y el 12% (1/8) de los psicólogos/as y consejeros/as refirió estar de acuerdo con esta aseveración. El 66% (39/59) del personal de salud de los CEAS comparte estos criterios; mientras que en las ONG la proporción es de solo el 6 % (2/32).

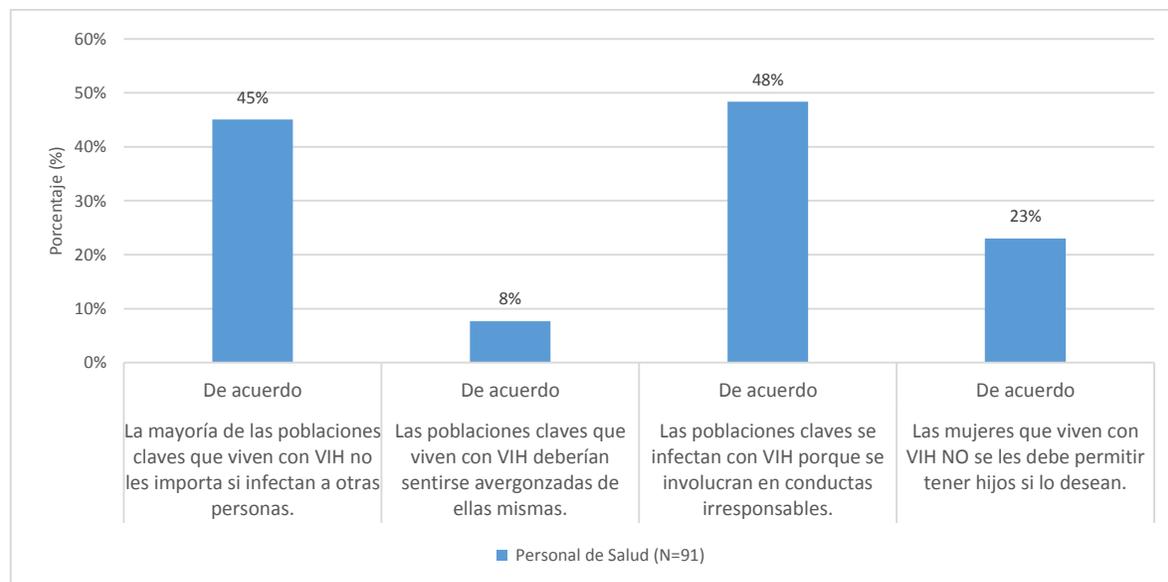
El 7% (7/91) del personal entrevistado expresó estar de acuerdo con que las personas pertenecientes a los grupos claves que viven con VIH, deberían sentirse avergonzadas. Todo el personal que comparte este criterio fue administrativo: 5 de CEAS y 2 de ONG. El resto del personal de salud entrevistado estuvo en desacuerdo con esta opinión.

El 48% (44/91) de los entrevistados expresaron estar de acuerdo con que la población clave se infectan con VIH es porque se involucran en conductas irresponsables. El 59% (24/41) del personal administrativo; el 45%

(11/24) de los médicos; el 42% (6/14) de las enfermeras y el 75% (3/4) de voluntarios refirió estar de acuerdo con esta aseveración. Todos los psicólogos y consejeros entrevistados estuvieron en desacuerdo. El 62% (37/59) personal de salud de establecimientos públicos y el 21% (7/32) personal de las ONG, comparten esta opinión.

El 23% (21/91) del personal expresó estar en de acuerdo con que a las mujeres que viven con VIH no debe permitírseles tener hijos, aunque lo deseen. El 39% (16/41) del personal administrativo; el 8% (2/24) de los médicos/as (no de CEAS y uno de ONG); el 7% (1/14) de las enfermeras/os y el 25% (1/4) de voluntarios/as refirió estar de acuerdo con esta aseveración.

Gráfico 1. Opiniones de personal de salud sobre los grupos claves y personas que viven con VIH



Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

El estudio exploró las opiniones del personal de salud con relación a cada uno de los grupos clave de estudio. (Anexo 2. Tabla con el desglose de respuestas por tipo de profesión).

El 27% (25/91) del personal de salud expresó preferir no proveer servicios a población de TRANS debido al mayor riesgo de transmisión de una enfermedad. El 42% (25/59) de personal que labora en establecimientos públicos, comparte esta opinión. El 37% (34/91) del personal de salud prefiere no proveer servicios debido a que perciben que esta población se involucra en conductas inmorales. Esta opinión es compartida por el 97% del personal de establecimientos públicos y solo 1% de ONG. El 39% (16/41) del personal administrativo; el 16% (4/24) de los médicos/as; el 14% (2/14) de las enfermeras/os y el 50% (2/4) de voluntarios/as refirió estar de acuerdo con esta aseveración. Todos/as los psicólogos expresaron desacuerdo. El 30% (27/91) de todo el personal de salud expresó no haber recibido entrenamiento en el abordaje de estas poblaciones.

El 56% (51/91) del personal de salud expresó que prefiere no proveer servicios a población de HSH/Gays debido a que esta población se involucra en conductas inmorales. El 43% (18/41) del personal administrativo; el 58% (14/24) de los médicos/as; el 50% (7/14) de las enfermeras/os; el 50% (4/8) de los psicólogos/as y el 50% (2/4) de voluntarios/as refirió estar de acuerdo con esta aseveración. El 27% (25/91) expresó no haber recibido entrenamientos en el abordaje esta población. El 76% (44/59) del personal que labora en CEAS y un empleado de ONG, expresaron que prefieren no proveer servicios a este grupo de población.

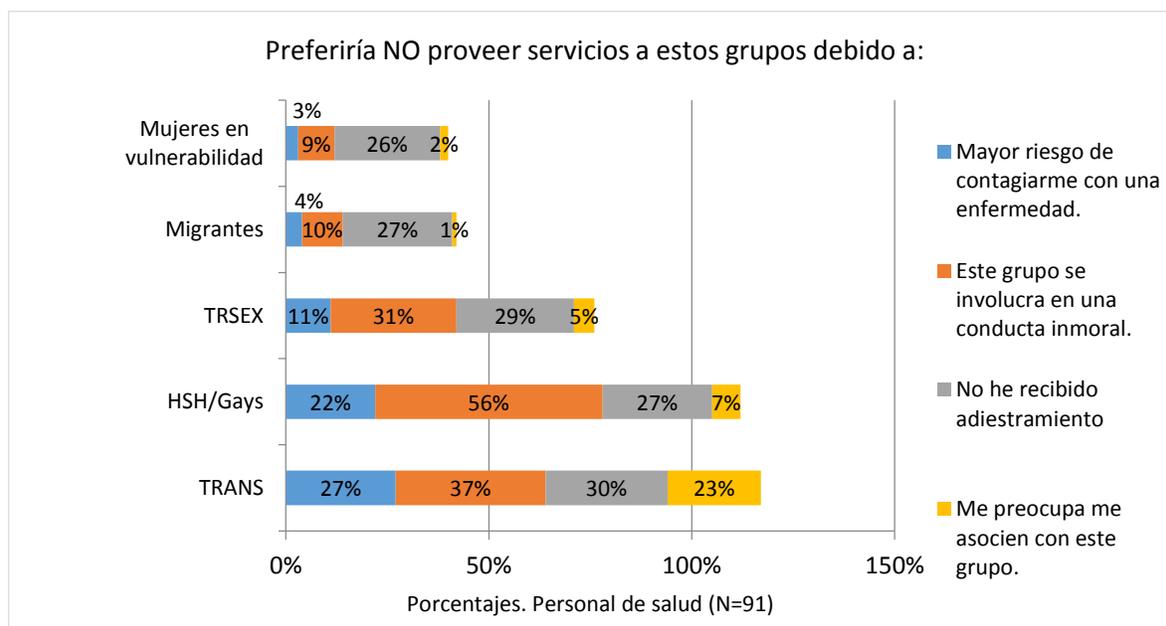
El 31% (28/91) del personal de salud, todos trabajadores en establecimientos públicos, expresó que prefiere no proveer servicios a trabajadores/a del sexo (TRSEX) debido a que esta población se involucra en conductas inmorales. El 43% (18/41) del personal administrativo; el 20% (5/24) de los médicos/as; el 21% (3/14) de enfermeras/os y el 50% (2/4) de voluntarios/as refirió estar de acuerdo con esta aseveración. Todos los psicólogos/as no estuvieron de acuerdo. El 29% (26/91) del personal de salud expresó no haber recibido entrenamientos en el abordaje de esta población.

El 10% (9/91) del personal de salud, todos laborantes en establecimientos públicos, expresó que prefiere no proveer servicios a población de migrantes debido a que esta población se involucra en conductas inmorales. El 12% (5/41) del personal administrativo; el 4% (1/24) de médicos/as; el 7% (1/14) de enfermeras/os y el 50% (2/4) de voluntarios/os refirió estar de acuerdo con esta aseveración. Los psicólogos no estuvieron de acuerdo. El 27% (25/91) expresó no haber recibido entrenamientos en el abordaje esta población.

El 9% (8/91) del personal de salud, todos laborantes en establecimientos públicos, expresó que prefiere no proveer servicios a población de mujeres en condiciones de vulnerabilidad debido a que esta población se involucra en conductas inmorales. El 9% (4/41) del personal administrativo; el 4% (1/24) de médicos/as; el 14% (2/14) de enfermeras/os y el 25% (1/4) de voluntarios/os refirió estar de acuerdo con esta aseveración. El 26% (24/91) expresó no haber recibido entrenamientos en el abordaje de esta población.

Otras razones por las cuales el personal de salud preferiría no proveer servicios a grupos clave, se presentan en el gráfico 2.

Gráfico 2. Opiniones del personal de salud hacia los grupos claves y la provisión de servicios.



Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

Con respecto a las opiniones sobre los grupos clave, en los grupos focales con el personal de salud, se evidenciaron estereotipos sobre normas sociales y roles de género. Para los hombres que viven con el VIH, se especula que su condición está relacionada con “multiplicidad de parejas”, el ser “mujeriego” o homosexual. En el caso de las mujeres, el estigma está asociado a lo “moral” y a comportamientos sexuales no esperados socialmente (roles de género) para las mujeres. Su condición de VIH positivo se asocia a ser “prostituta” o “ser infiel al marido” o “promiscua”, o ser “mujeres bajas”; ideas asociadas con la generación de “culpa”. Tanto para hombres como para mujeres, el estigma se asocia a ser “personas malas”, que “desean infectar a otros”. Cito:

"[Hombre] Que es un homosexual, que es mujeriego, drogadicto, un corrupto.....si nos vamos a lo social, bueno si el hombre tiene VIH eso fue porque estaba por ahí haciendo de lo de él porque eso es un hombre de verdad tenía muchas mujeres y eso está, socialmente esta aceptado, que, porque tenga muchas mujeres, estaba buscando algo y lo encontró..." GFM-CEAS.

"[Mujeres] Prostitutas...es la etiqueta...que son mujeres de la calle, mujeres infieles...que no son fiel a su marido...que son mujeres bajas..." GFM-CEAS

[Mujeres] "...pero si son las mujeres, entonces ya ahí hay una baja en lo que es la moral porque ya ella estaba de promiscua, aunque ella haya tenido un solo pareja, hizo cosas que no debía de hacer o no se cuidó.." GFNM-CEAS

[Ambos] "... Que son personas iguales a los demás, no hay diferencias. Que viven con una condición, pero son igual que todos, tienen los mismos derechos. A veces he encontrado maltrato, he escuchado el término, algunos son mala fe porque no dicen su condición cuando van a las emergencias, por miedo de ser rechazados cuando van a las emergencias, no lo dicen..." GFM-CEAS

Otras creencias u opiniones asociadas a pertenecer a las poblaciones claves. La percepción de personal médico y no médico que trabajan en los SAIs (CEAS y ONGs) sobre las personas que pertenecen a grupos clave, varía de grupo a grupo. Es frecuente observar, sin embargo, creencias estereotipadas de índole moral (lo que está "bien y mal"), o conductas esperadas apegadas a comportamientos sociales y sexuales o aprobados por la sociedad: "ser heterosexual", "tener una sola pareja" y "creer en Dios". Cito:

"..[TRSX] Inmoral, que no creen en Dios también, algunos dicen, están apartadas de Dios. son mujeres malas, y más cuando llegan embarazadas, entonces, sabían su condición y no lo dijeron; son malas, no tienen conciencia. yo puedo decir que a nivel general no son bien vistas, porque entienden que la condición que tiene, eso lo digo desde afuera, no por dentro de la SAI, que su condición la adquirieron por llevar una vida desorganizada, pudiendo haber tomado otro tipo de trabajo, las juzgan, las discriminan..." GFM-CEAS

"..[GAY/HSH] ...los gay son bien promiscuos, bien promiscuos. Tienen muchas parejas sexuales, lo ve como algo aberrante, algo que es el mismo demonio que tiene dentro, que ese muchacho no le dio su pela cuando chiquito.." GFNM-ONG

[TRANS] "...esos son unos sinvergüenzas, unos aberrados, al igual que los homosexuales. Falta de respeto, lo que les está faltando una buena pela para que se enderecen." GFM-CEAS

[MIGRANTES] "Como con miedo, porque ellos sienten como que al no estar en su país, como que el dominicano tiene más autoridad donde quiera que esté, ellos se sienten un poquito con baja autoestima GFM-CEAS

[MUJERES] "...Tienen también muchos tabúes, muchos mitos, creencias, todo lo que escuchan, debido a su baja escolaridad, lo creen. Por ejemplo, hay religiones que dicen que el VIH es un muerto echado..." GFM-CEAS

En los grupos focales con personal de salud, se corroboran los resultados de la escala de E&D, evidenciándose que las principales concepciones sobre el contagio del VIH están asociadas al comportamiento sexual, particularmente el sexo anal, al no uso del condón, a la multiplicidad de pareja y, en el caso de haitianos/as, a su condición migratoria. Cito:

[HSH/GAY] "...El no uso del condón, por eso es como se infectan ellos y también la misma conciencia de la enfermedad, de lo que es el VIH, la manera cómo se transmite, el sexo anal...esa es la vía más riesgosa para contraer el virus de VIH...falta de educación, no negocian el uso del preservativo..." GFM-CEAS

[TRSX] "...El no uso del condón y la no concientización y la ignorancia, el uso de múltiples parejas, porque entre más parejas usan, más posibilidades tienen de la enfermedad". GFM-CEAS

[Migrantes-Haitianos].. Porque, por ejemplo, en Haití hay una alta prevalencia de VIH, el migrante, ellos la traen de su país. " Otra parte importante en ese orden es que ellos son pobres y muchos de ellos, indigentes, el VIH está muy ligado a la pobreza y además, a la ignorancia...el peso más grande con que carga el haitiano es la ignorancia, ustedes saben que la mayoría de ellos son analfabetos". GFM-CEAS

[TRANS] "...Igual que otra población, no usan el condón, a veces la gente, por efecto de la droga, hay una población del sector que también es usuario de drogas y a base, como usan muchas cosas, se desenfrenan y viven situaciones de riesgo...pierden su control, tienen sexo sin condones..." GFNM-CEAS.

Población General

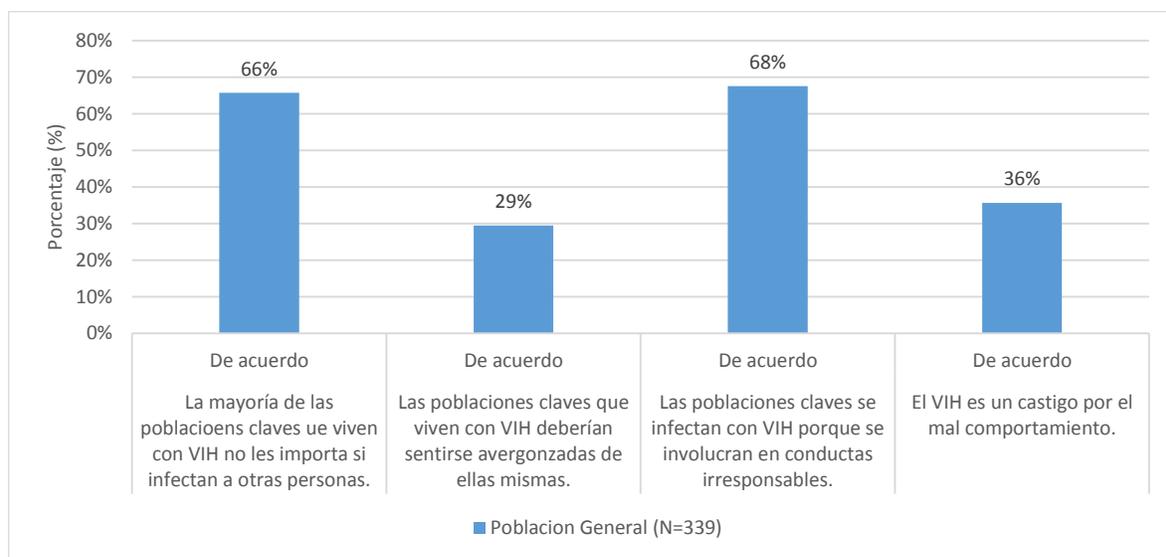
El gráfico 3, muestra que el 66% (223/339) de la población general entrevistada refirió estar de acuerdo con que a la mayoría de los grupos claves que viven con VIH no les importa si infectan a otras personas. El 68% (75/109) de los jóvenes entre 18-24 años, el 60% (94/155) de la población de 25-49 años y el 72% (54/75) de la población mayores de 50 años, expresaron estar de acuerdo.

El 19% (100/339) de la población general expresó estar de acuerdo con que las personas que viven con VIH deberían sentirse avergonzadas. El 32% (35/109) de los jóvenes entre 18-24 años, el 25% (40/155) de la población de 25-49 años y el 33% (25/75) de los mayores de 50 años, expresaron estar de acuerdo.

El 67% (229/339) de los entrevistados expresaron estar de acuerdo con que estos grupos claves se infectan con VIH porque se involucran en conductas irresponsables. El 71% (78/109) de los jóvenes entre 18-24 años, el 64% (99/155) de la población de 25-49 años y el 69% (52/75) de los mayores de 50 años, expresaron estar de acuerdo.

El 35% (121/339) expresó estar en de acuerdo con que el VIH es un castigo por el mal comportamiento. El 32% (35/109) de los jóvenes entre 18-24 años, el 31% (48/155) de la población de 25-49 años y el 50% (38/75) de los mayores de 50 años, expresaron estar de acuerdo.

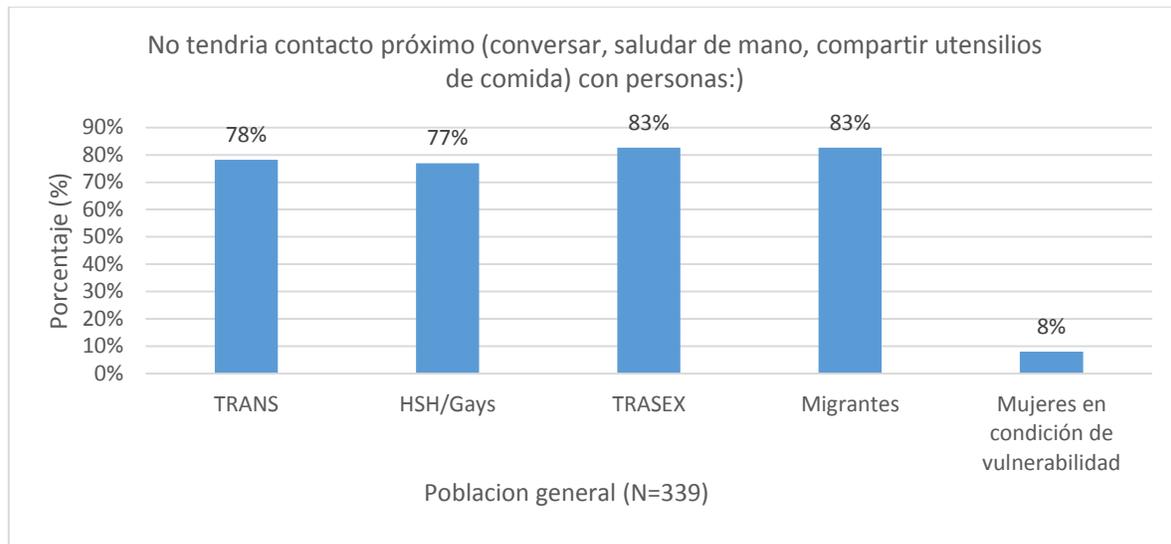
Gráfico 3. Opiniones de la población general sobre los grupos claves y su vinculación al VIH



Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

El estudio exploró las opiniones de la población general acerca de su relacionamiento y/o contacto cercano (como conversar, saludar de mano y compartir utensilios de comida con los grupos claves). El gráfico 4, muestra que el 78% (265/339) de la población general entrevistada expresó que preferiría no tener contacto con la población de TRANS, el 77% (261/339) de los entrevistados prefiere no tener contacto con HSH/Gays, el 82% (280/339) expresó que prefiere no tener contacto con trabajadoras/es sexuales ni con migrantes y solo el 8% (27/339) de los entrevistados no prefiere un contacto cercano con mujeres en condición de vulnerabilidad.

Gráfico 4. Preferencias de la población general sobre el relacionamiento cercano con grupos claves.

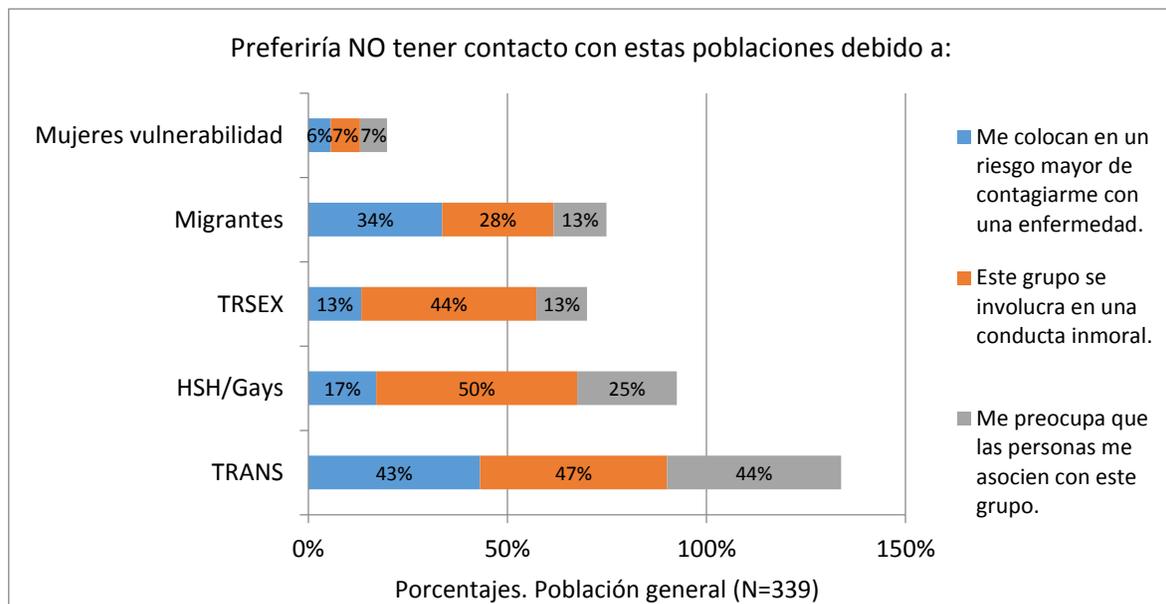


Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

Las razones por la que población general preferiría no tener contacto con los grupos claves, fueron diversas. La tabla 20 muestra que el 47% (161/339) de los entrevistados considera que la población de TRANS se involucran en conductas inmorales; el 50% (171/339) considera que los HSH/Gays y el 44% (151/339) considera que las/os trabajadoras/es sexuales que se involucran en conductas inmorales.

El 33% (114/339) de la población general entrevistada considera a los migrantes como un grupo de riesgo para la transmisión de enfermedades y el 28% (98/339) lo consideran un grupo que se involucra en conductas inmorales. Con respecto a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad, solamente el 7% (25/339) de la población general las consideran un grupo que se involucra en conductas inmorales.

Gráfico 5. Opiniones de la población general hacia los grupos claves y relacionamiento con esos grupos.



Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

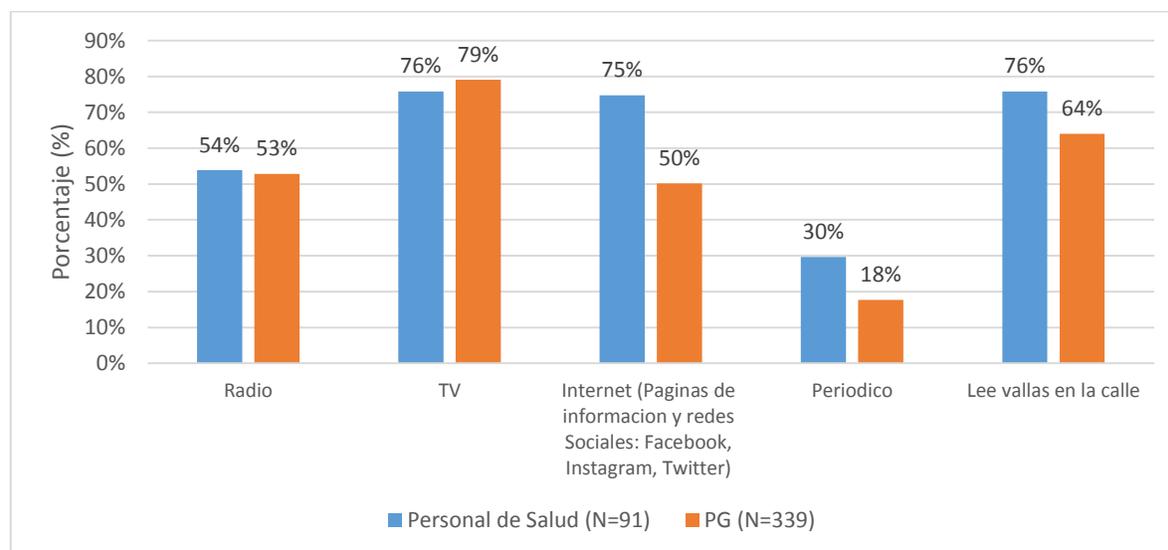
8.7. Medios de comunicación y redes sociales para reducción del E&D

El estudio incluyó variables que permitieron conocer cuales medios de telecomunicación y redes sociales ve, escucha y usa la población general y el personal de salud para mantenerse informado.

El gráfico 6 muestra que para el 79% (268/339) de la población general y 75% (69/91) del personal de salud el medio de comunicación de mayor uso es la televisión. Para el 74% (68/91) del personal de salud y el 50% (170/339) de la población general el segundo medio de comunicación más importante fue el Internet, para tener acceso a páginas de información y redes sociales. Las vallas publicitarias en la calle son un medio con una alta aceptación para la población entrevistada. Solo el 20% de la población refirió leer el periódico en su versión impresa.

La población general de rangos de edades entre 18-24 años tuvo preferencia por el internet, sin distinción entre hombres y mujeres. La población en edades entre 25-45 años prefiere el internet y la televisión, sin distinción por sexo. La población mayor de 50 años prefiere la radio y televisión, con un mayor número de respuestas en los hombres. Dentro del personal de salud los/as médicos/as, psicólogos/as y personal administrativo prefieren el internet para comunicarse y estar informados; las/os enfermeras/os citaron preferencia por la televisión. El anexo 5, describe los medios más usados de estudio y aspectos educativos por los grupos.

Gráfico 6. Exposición a medios por parte de la población general y personal de salud.



Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

En los grupos focales, las y los participantes identifican como los medios más efectivos para una estrategia de reducción de estigma y discriminación el uso de: (1) los medios de comunicación masiva y destacan que los más efectivos serían las redes sociales como Facebook, Instagram y Twitter y medios más convencionales como la radio y la televisión a través de spots publicitarios que puedan alcanzar una mayor audiencia y donde se puedan utilizar personas de las grupos claves y mensajes como “*El VIH no se ve en la cara*”. Otra estrategia sugerida sería la de: (2) los contactos o intervenciones cara a cara en la comunidad, a través de estrategias de pares, líderes o comités comunitarios. Los lugares claves serían las escuelas, clubes, organizaciones de base comunitaria, puntos de encuentros de las poblaciones a las que se les llevaría el mensaje. Las y los participantes no hacen distinción de poblaciones, consideran que debe hacerse una estrategia global para una audiencia amplia. Cito:

“..Con spot publicitarios televisivos, radiales, comunitarios, o sea, que se les lleve también a las comunidades esa campaña de estigma y discriminación y que escuchen el spot en las radios que más se escuchan en la zona donde se vaya a llevar el mensaje. Y charlas, conferencias. Los cara a cara en las comunidades funcionan mejores que cualquier otro programa. Son los mismos spot, los mismos mensajes que puedan llegar por el Instagram, por el Facebook, por el Twitter, que pueden sonar por esas vías, porque todo el mundo tiene teléfonos”. **GFNM-CEAS**

“.., Nosotros en 2012, 2013, se inició esa parte y nosotros, lo que hacíamos era ir a programas de radio a llevar los mensajes y el cara a cara en las juntas de vecinos, en las escuelas, en los barrios. Que ellos, los que vivían con la condición, iban a cualquier lugar y a cualquier reunión y asistían todos y se daban hasta en otros pueblos. Pudimos nosotros reunir cientos de pacientes junto”. **GFNM-CEAS**

“También las campañas que suenan mucho: el VIH no se ve en la cara”. **GFNM-CEAS**

“.., Tuvimos una campaña también que fue: el VIH es una realidad, protégete. Hicimos murales. También allá hubieron brochure con la cintita roja que decía: te toca a ti detenerlo”. **GFNM-CEAS**

“.., Las redes sociales, porque ya todo el mundo tiene Facebook, Instagram, yo digo que se puede hacer un video y compartirlo a través de las redes sociales, donde puedan hablar todo tipo de personas, donde puede ir un gay, una trabajadora sexual, aunque no lo diga directamente, pero donde cada quien vaya explicando por qué debemos cuidarnos, de qué hay que protegernos”. **GFNM-CEAS**

“.., Yo diría que esa campaña tendría que ser global y se puede hacer tanto por televisión, pero creo que es mejor como que se trabaje de campo, que se haga un trabajo de campo, ¿cómo?, se prepare un equipo cada provincia, cada municipio, que vaya a los sectores, a todos los barrios, los bateyes, se vaya con bocinas, carteles grandes, donde tú te pares, por ejemplo, con un grupo de gente en un colmado y dice: ¿ustedes nos pueden dedicar 10 minutos de su tiempo?, queremos darle una breve charla sobre lo que es el virus de HIV, cómo cuidarse para no infectarse”. **GFNM-CEAS**

“.. Yo lo veo diferente, que se pueden hacer así, si uno va, por televisión, se puede también el personal en las escuelas, en clubes, madres, junta de vecinos, así las personas adquieren más el conocimiento, cuando se paran ante un grupo y se da una charla a un grupo de niñas y adolescentes que están ahí, como de 13, 14 años que están yendo a la charla en la escuela”. **GFNM-CEAS**

9. Análisis

El estudio evidencia que existe E&D en el personal de salud y la población general hacia PVVS y los grupos claves de HSH/Gays, TRANS, trabajadores del sexo, migrantes y mujeres en condición de vulnerabilidad. Esto ratifica los resultados del estudio de ONUSIDA del 2005 sobre “Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH: estudios de caso de intervenciones exitosas”, que concluye que el estigma preexistente a “pertenecer a una población clave” agrava el estigma relacionado con el VIH, porque los grupos ya estigmatizados sufren una ulterior estigmatización a causa del VIH.

El presente estudio muestra que una tercera parte del personal médico y de enfermería, tanto de CEAS como de ONG, refirió que no había sido capacitado en VIH, control de infecciones y estigma y discriminación, a pesar de su importancia para la respuesta a la epidemia del VIH. El grupo con menor acceso a formación en estos temas es el personal administrativo. La falta de capacitación en temas clínicos y de derechos humanos contribuye a la generación de estigmas y a comportamientos discriminatorios en los centros de salud.

A pesar que un gran número de la población general reconoce correctamente las vías de transmisión del VIH, existen personas que creen que el VIH se transmite por el aire y solo por contacto físico. Sin embargo, el que las personas tengan un conocimiento correcto sobre las formas de transmisión, no evita que posean ideas estereotipadas sobre las razones por las que una persona adquiere el VIH.

Se observan creencias estereotipadas de índole “moral” (normas sociales), lo que está “bien vs mal”, o una conducta apegada a comportamientos sociales y sexuales esperados o aprobados por la sociedad: “ser heterosexual”, “tener una sola pareja” y “creer en Dios”. Estas creencias erróneas, generan un sinnúmero de etiquetas o estigmas como “mujeres mala/ de la Mala vida”, desviados/ anormales/ aberración”, “promiscuos”, “invasores”, generando así una condición que les hace ser más vulnerables al “rechazo” o “discriminación”, en

especial si estas características son “físicamente” evidentes como: “amaneramientos”, “raza negra”, “tipo de vestimenta”, entre otras. El uso común de estos términos perpetua el E&D en la comunidad y establecimientos de salud.

Las referidas creencias exponen a las PVVS, particularmente de grupos claves, a actos de discriminación y rechazo extendido, no solo en la comunidad, sino a la hora de buscar servicios de salud. El principal grupo etario de la población general que prefiere evitar el contacto cercano con grupos claves se encuentran entre las edades de 25-49 años y mayores de 50 años. Los datos sugieren, sin embargo que un número de jóvenes comparten estos estigmas. Las intervenciones para reducir el estigma y discriminación, por lo tanto, deben estar incluidas en la formación educativa básica.

El “miedo al contagio” es la razón principal de rechazo en los centros de salud. La población general que visita los centros asistenciales evita tener contacto con PVVS o personas de grupos clave, utilizar los mismos servicios de laboratorio o la misma camilla. Del lado del personal de salud, el temor no está fundamentado en evidencias científicas y, por lo tanto, se toman medidas de bioseguridad extremas y no justificadas que, además de ser discriminatorias, tienen repercusiones sobre la salud de los pacientes. Los testimonios recogidos dan cuenta de referencias y contra-referencias clínicas injustificadas, postergación y negación de servicios clínicos.

La prestación de servicios a PVVS suele estar organizada alrededor de horarios y lugares de atención particulares o exclusivos para esta condición. Esto permite a las personas que visitan los centros de salud, la fácil identificación de los PVVS, práctica que viola los derechos de confidencialidad.

Las prácticas discriminatorias son mayores en establecimientos públicos. La mayor parte de ONGs estudiadas cuentan con políticas o códigos de conducta que regulan la conducta del personal prestador de servicios a PVVS y grupos claves (el estudio no pudo evidenciar cuales acciones se toman en las ONG). Otros factores también pueden contribuir a las mejores condiciones de atención en las ONGs: 1) Programas educativos y de formación continua regulares en estos temas; 2) Baja movilidad del personal médico y/o de enfermería; 3) Mejores incentivos laborales; 4) Códigos o reglamentos internos de manejo del personal que provee servicios; 5) Ambientes cerrados, que favorecen la confidencialidad; 6) Existencia de servicios especializados solo para poblaciones claves; 7) Manejo de los pacientes por su identidad y/o preferencias (ej. Llamar a la paciente TRANS por el nombre que desea, no necesariamente el que está en la cedula). Varias de estas prácticas pueden ser incorporadas en los hospitales públicos.

Aunque este estudio no estableció una relación de estos factores con la salud de los pacientes⁶, resulta razonable establecer que estas prácticas discriminatorias tienen como consecuencia la búsqueda tardía de atención (pacientes consultan en estado de deterioro clínico avanzado), en el abandono del tratamiento y -en última instancia- en mayores índices de mortalidad y transmisión de la enfermedad. El personal administrativo en hospitales públicos fue el mayor grupo con estas opiniones, seguido de médicos y enfermeras. El personal de psicología y consejería fue en menor proporción. Esto es debido a que el personal de apoyo en el establecimiento no está ligado a la atención directa y por ende no es beneficiario – en la mayoría de las veces- de intervenciones educativas y de manejo ético de la población usuaria de los servicios de salud.

El grupo que recibe mayor rechazo por parte del personal de salud fueron los HSH/Gays, seguidos por las TRSX y TRANS, atribuyéndoles comportamientos y/o conductas inmorales. Esta conducta es de esperarse, cuando el estigma se fundamenta en estereotipos o prejuicios hacia estos grupos y su comportamiento sexual.

En la población general, el rechazo y preferir de no estar en contacto casual y social, fue en mayor número hacia los/as trabajadores del sexo (TRSX) y migrantes haitianos, seguidos de la población de TRANS y HSH/Gays. Las mujeres en condición de vulnerabilidad son menos discriminadas. Sin embargo, desde la perspectiva del rechazo por considerar estos grupos involucrados en conductas sexuales inmorales el grupo

⁶ Otros estudios establecen esta relación: *Factores implicados en el abandono de los servicios, por parte de los pacientes en seguimiento y en tratamiento ARVs que asisten a los servicios de atención integral apoyados por APC, 2015.*

con mayor rechazo por la población general fueron los HSH/Gays, los TRANS y trabajadores del sexo, obteniéndose igual resultado que en el personal de salud.

La necesidad de abordar los problemas identificados de E&D se justifican por las repercusiones negativas en la salud de los pacientes y en el control de la epidemia y también por la violación de derechos humanos. La Constitución de la República establece que *el Estado debe promover las condiciones jurídicas y administrativas para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas para prevenir y combatir la discriminación, la marginalidad, la vulnerabilidad y la exclusión*⁷. La Ley General de Salud establece que *todos los dominicanos y dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna*⁸. Finalmente, la Ley VIH/Sida en la República Dominicana establece que la discriminación se reconoce como *actitudes o prácticas que tengan por objeto o resultado disminuir o limitar los derechos, afectando el desarrollo de las actividades normales de una persona o grupo de personas dentro de su contexto social, familiar, laboral o asistencial, o rechazar o excluir, por la sospecha o confirmación de vivir con el VIH o con SIDA*⁹.

Las intervenciones derivadas de los hallazgos de este estudio consideran, por lo tanto, no solo la transmisión de conocimiento sobre la etiología de la enfermedad y sus mecanismos de transmisión, sino sobre los derechos humanos de los dominicanos/as y las consecuencias potenciales de sus violaciones.

10. Intervenciones recomendadas

Con fundamento en los hallazgos de este estudio se proponen intervenciones que afecten tanto el estigma y sus causas, como las prácticas discriminatorias. Los abordajes consideran tanto medidas educativas como administrativas, dirigidas a las causas modificables del estigma:

Intervención I. Acciones educativas y de formación: Sensibilización y capacitación.

1. **Sensibilización y conocimientos sobre el estigma y la discriminación** en el personal de salud y población general hacia grupos claves y PPVS y sus consecuencias en la salud física, mental-emocional y social. A través actividades que estimulan el diálogo, la interacción con estos grupos y el pensamiento crítico; “Estrategias de contacto”, que implican una interacción directa o indirecta entre las personas que viven con el VIH, poblaciones claves y los destinatarios para disipar los mitos.
2. **Programas de sensibilización y capacitación:** El contenido debe incluir aspectos éticos y morales, la formación y expresión de la sexualidad, legislación vigente en relación a los derechos humanos, aspectos etiológicos y clínicos del VIH y las consecuencias del E&D en la salud de la población y en el *capital social*. Los mensajes y estrategias educativas deberán de ajustarse a distintas audiencias:
 - a. **A maestro y líderes comunitarios:** El efecto de la sensibilización y capacitación a maestros y líderes comunitarios es multiplicador, afectando *de raíz*, las causas fundamentales del estigma. Los mensajes y metodologías educativas deberán considerar la pedagogía infantil y técnicas educativas para adultos con bajo nivel de instrucción. Discutir y analizar los “tabúes” o estereotipos/ creencias hacia los grupos claves y el VIH con la población general mediante una combinación de actividades que promuevan el cambio social y comportamental: educación participativa y estrategias de contacto o cara a cara con la comunidad. La sensibilización de líder a líder y las exhibiciones públicas de solidaridad pueden abrir espacios

⁷ Constitución de la República Dominicana, artículo 39, párrafo 3

⁸ Ley 42-01, Ley General de Salud, art 3

⁹ La Ley 135-11, de VIH/Sida en la República Dominicana, Artículo 3

- para el diálogo y reducir el temor con poblaciones claves. Actividades de comunicación para el cambio de comportamiento (por ejemplo, campañas en medios masivos de comunicación y “entretenimiento educativo”); educación participativa (que promueve que las personas reflexionen sobre sus propias actitudes y acciones).
- b. **A líderes religiosos comunitarios:** Para un efecto positivo habrá que identificar a los líderes – menos radicales- de la comunidad religiosa y asegurar que los mensajes no riñan con sus fundamentos teológicos. Discutir y analizar los “tabúes” o estereotipos/ creencias hacia los grupos claves y el VIH mediante una combinación de actividades que promuevan el cambio social y comportamental: educación participativa y estrategias de contacto o cara a cara en las iglesias.
 - c. **A profesionales de la salud:** Se sugiere abordar dos aspectos: a) conocimientos en estudiantes en diversas áreas de salud y a profesionales en estudios de postgrado o residencias médicas en hospitales, en aspectos fundamentales del aseguramiento del respeto de los derechos humanos, código de ética y evidencia científica que esclarezca, entre otros aspectos, la transmisión del VIH y las medidas efectivas de control de infecciones, seguridad y bioseguridad. b) discutir y analizar temores y las ideas erróneas (mitos) acerca de la transmisión del VIH en el personal de salud del SAI, personal administrativo y áreas de atención hospitalarias fuera del SAI. Se proponen actividades de comunicación para el cambio de comportamiento (por ejemplo, campañas en medios masivos de comunicación y “entretenimiento educativo”); educación participativa (que promueve que las personas reflexionen sobre sus propias actitudes y acciones) y líneas telefónicas gratuitas de consulta/ayuda.
 - d. **A representantes de los grupos claves:** El énfasis hacia representantes de grupos claves debe estar en la legislación vigente que protege sus derechos como ciudadano y paciente en un centro asistencial y en los mecanismos institucionales para canalizar quejas, denuncias y/o demandas ante la violación de sus derechos. Se proponen estrategias combinadas de movilización social, derechos humanos y activismo que convierten a las “víctimas” del estigma y la discriminación en grupos facultados comprometidos con la autodeterminación, empoderamiento y el cambio social. Las actividades deben orientarse a la generación de habilidades para el manejo y control del estigma interno y externo, a través de la educación participativa, estrategias de contacto o cara a cara orientadas a reforzar mensajes de “conoce tus derechos.” y actuar en forma conjunta para hacer frente a la discriminación y promover el anti-estigma
 - e. **A otros formadores de opinión:** Otros formadores de opinión, como conductores de radio, periodistas, deben ser sensibilizados en el papel fundamental que juegan en la educación de público y en el control de la epidemia. Las jornadas de capacitación deben ofrecer orientación sobre los mensajes al público que son conducentes al respeto de los derechos humanos y al control de la epidemia y aquellos que contribuyen al estigma y discriminación.

Intervención II: Directrices y procedimientos en establecimientos de salud

La forma en que la prestación de servicios de salud está organizada contribuye al estigma y discriminación y no conduce o contribuye al control de la epidemia. Junto a la implementación de intervenciones educativas y administrativas, deben implementarse acciones para una prestación de servicios más inclusiva, *de calidad y cálida*.

- f. **Organización de los servicios:** Transformar e integrar la prestación de servicios específica de PVVS o grupos claves (trabajadores del sexo, por ejemplo), a servicios de atención ambulatorios a la población sin “particularidades”. Un decreto ministerial, o directriz del Servicio Nacional de Salud podría inducir cambios en cascada o progresivos en los establecimientos públicos, que permitan la atención a estas poblaciones en las áreas de consulta ambulatoria general, con previa formación de los prestadores.

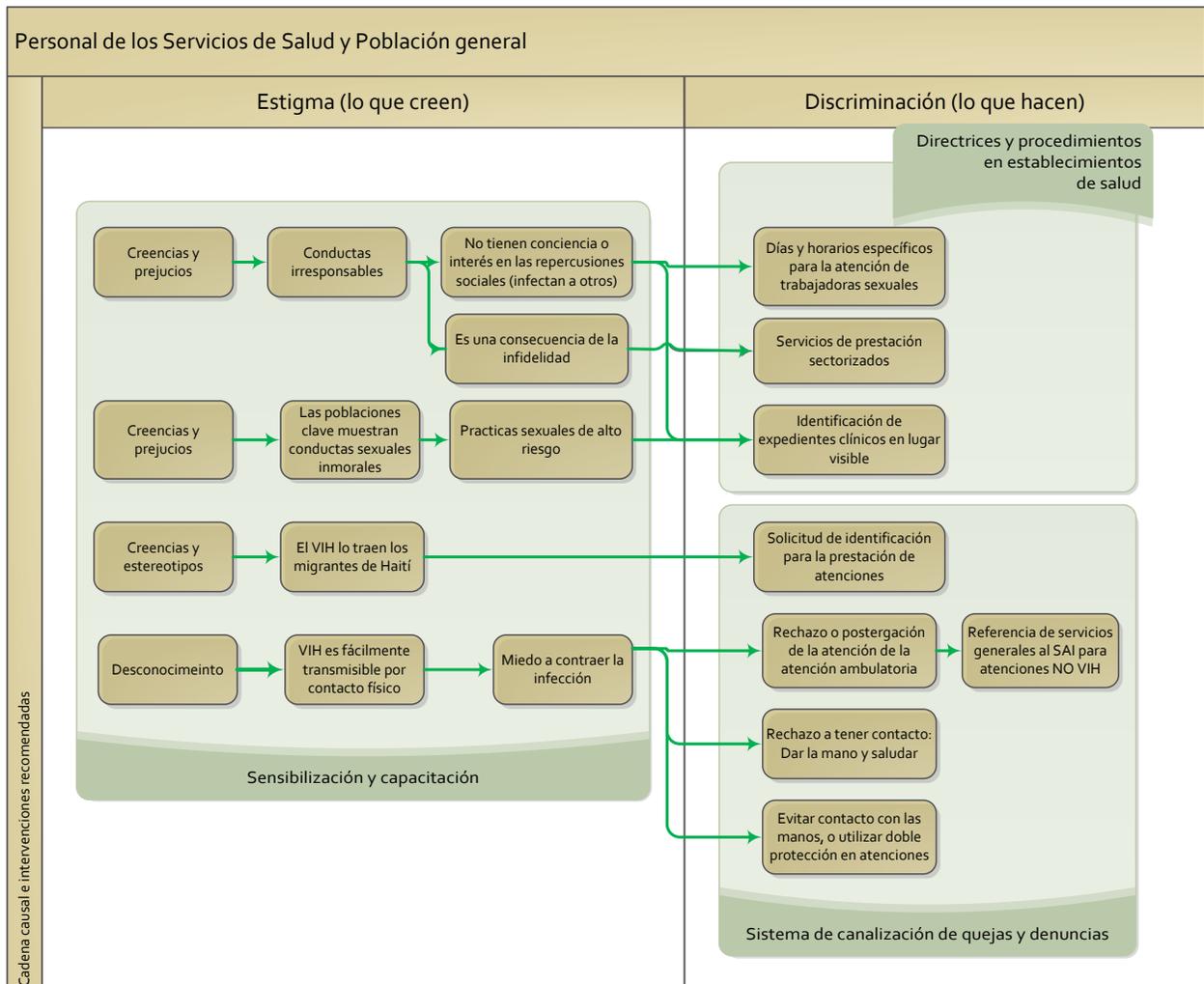
- g. **Elaborar procedimientos operativos para mejorar prácticas del personal de salud:** Desarrollar procedimientos operativos sobre cómo prevenir la exposición ocupacional al VIH, seguridad, bioseguridad, control de infecciones, atención de calidad a la población no importa la condición y sobre el manejo ético en pacientes con condiciones crónicas.
- h. **Códigos de conducta:** Los establecimientos públicos y privados (ONG) deben asegurar el cumplimiento de códigos de conducta que eviten comportamientos discriminatorios en los servicios. El Servicio Nacional de Salud, con el apoyo de agencias de cooperación técnica, si fuera necesario, podría desarrollar un código de conducta basados en aspectos de derecho y ética para proporcionar a los proveedores de atención sanitaria las competencias y herramientas necesarias para garantizar los derechos de los pacientes al trato igualitario, respetuoso y a la no discriminación en todas sus manifestaciones. Una vez desarrollados, deben ser difundidos y observados.

Intervención III. Sistema de canalización de quejas y denuncias:

Con fundamento en la legislación vigente, se propone la creación de un sistema de quejas y denuncias ante la violación de los derechos ciudadanos y de salud fundamentales. Se proponen tres intervenciones no excluyentes:

- i. **Mecanismo formal de quejas y denuncias en los establecimientos:** Los centros asistenciales deben designar a un departamento y personal específico que garantice la calidad de la atención a los usuarios, fundamentado en ética profesional y derechos humanos. Este sería el receptor de las quejas y denuncias y presente periódicamente a la Dirección un informe consolidado que permita: a) deducir responsabilidades y aplicar sanciones; y, b) implementar estrategias institucionales que corrijan las causas subyacentes de las quejas.
- j. **Establecer un sistema de sanciones o consecuencias al personal de salud que niegue a prestar un servicio.** A través de las instituciones rectoras y proveedoras de la salud – Ministerio de Salud y el Programa Nacional de VIH y SIDA-; así como el Servicio Nacional de Salud (SNS), establecer un canal de comunicación formal para presentar quejas, situaciones o demandas por discriminación y que se obtenga consecuencias al respecto en la red de servicios públicos y privados.
- k. **Aplicaciones electrónicas:** El Servicio Nacional de Salud, Ministerio de Salud, CONAVIHSIDA, Ministerio Público, Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) debe crear un portal electrónico (accesible por tecnología móvil) para canalizar deficiencias en la atención y/o violaciones a los derechos humanos. La dirección electrónica debe estar disponible y visible en los establecimientos de salud y debe ofrecer un sistema de seguimiento a la denuncia.
- l. **Asesoría legal para demandas:** La quejas y denuncias que no fueron atendidas por los mecanismos institucionales anteriores podrían seguir, si el afectado lo considera conveniente, un curso legal. Se sugiere que los departamentos legales del Servicio Nacional de Salud u ONG, ofrezcan asesoría legal a potenciales demandantes en cortes civiles dominicanas.

Gráfico 7. Exposición a medios por parte de la población general y personal de salud



11. ANEXOS

Anexo 1. Escalas de E&D estándares utilizadas.

(Ver versión adjunta)

Anexo 2. Opiniones del personal de salud por tipo de profesión sobre la provisión de servicios a poblaciones claves.

Yo preferiría no proveer servicios a:		Médicos		Enfermeras		Administrativo		Psicólogos/ Consejeros		Otros		Total	%
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
TRANS	Me colocan en un riesgo mayor de contagiarme con una enfermedad.	10	40%	5	20%	5.00	20%	5.00	20%	-	0%	25	27%
	Este grupo se involucra en una conducta inmoral.	13	38%	5	15%	9.00	26%	4.00	12%	3.00	9%	34	37%
	No he recibido adiestramiento para trabajar con este grupo.	5	19%	2	7%	16.00	59%	1.00	4%	3.00	11%	27	30%
	Me preocupa que las personas me asocien con este grupo.	9	43%	5	24%	3.00	14%	4.00	19%	-	0%	21	23%
HSH/Gays	Me colocan en un riesgo mayor de contagiarme con una enfermedad.	6	29%	2	10%	8.00	38%	4.00	19%	1.00	5%	21	23%
	Este grupo se involucra en una conducta inmoral.	13	29%	7	16%	18.00	40%	4.00	9%	3.00	7%	45	49%
	No he recibido adiestramiento para trabajar con este grupo.	3	12%	2	8%	15.00	60%	1.00	4%	4.00	16%	25	27%
	Me preocupa que las personas me asocien con este grupo.	0	0%	-	0%	1.00	17%	-	0%	-	0%	6	7%
TRASEX	Me colocan en un riesgo mayor de contagiarme con una enfermedad.	3	30%	1	10%	6.00	60%	-	0%	-	0%	10	11%
	Este grupo se involucra en una conducta inmoral.	5	23%	2	9%	12.00	55%	-	0%	3.00	14%	22	24%
	No he recibido adiestramiento para trabajar con este grupo.	3	12%	-	0%	18.00	69%	1.00	4%	4.00	15%	26	29%
	Me preocupa que las personas me asocien con este grupo.	0	0%	-	0%	3.00	60%	-	0%	1.00	20%	5	5%
Migrantes	Me colocan en un riesgo mayor de contagiarme con una enfermedad.	0	0%	1	25%	3.00	75%	-	0%	-	0%	4	4%
	Este grupo se involucra en una conducta inmoral.	1	11%	1	11%	5.00	56%	-	0%	2.00	22%	9	10%
	No he recibido adiestramiento para trabajar con este grupo.	4	16%	3	12%	15.00	60%	1.00	4%	2.00	8%	25	27%
	Me preocupa que las personas me asocien con este grupo.	0	0%	-	0%	1.00	100%	-	0%	-	0%	1	1%
Mujeres en condiciones de vulnerabilidad	Me colocan en un riesgo mayor de contagiarme con una enfermedad.	0	0%	1	33%	2.00	67%	-	0%	-	0%	3	3%
	Este grupo se involucra en una conducta inmoral.	1	13%	2	25%	4.00	50%	-	0%	1.00	13%	8	9%
	No he recibido adiestramiento para trabajar con este grupo.	3	13%	2	8%	16.00	67%	1.00	4%	2.00	8%	24	26%
	Me preocupa que las personas me asocien con este grupo.	0	0%	1	50%	1.00	50%	-	0%	-	0%	2	2%

Anexo 3. Infografía con resultados del estudio E&D

(Ver versión adjunta)

Anexo 4. INFOGRAFIA: Opiniones y percepciones del personal de salud hacia las poblaciones claves.

Anexo 5. Tablas de medios: Propuesta de medios de comunicación y mensajes por población target.

DASHBOARD 1. TIPS PARA EL DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN HACIA PERSONAS CON VIH Y POBLACIONES CLAVES DIRIGIDA A PERSONAL DE SALUD		
POBLACIÓN/ TARGET	CANAL/MEDIO PARA LOS MENSAJES	CREENCIAS/CONOCIMIENTO A TRANSFORMAR (*Los mensajes de la estrategia de reducción deben estar dirigidos a cuestionar, redefinir y transformar, lo siguiente: :)
SECTOR SALUD PERSONAL DE SALUD: Médicos/as PERSONAL NO MEDICO SERVICIO A VIH: enfermeras/os, psicólogos/as, consejeros/as. PERSONAL ADMINISTRATIVO Conserje, secretaria, seguridad, etc.	Medios de comunicación: Más utilizado/ día anterior a la entrevista: TV (77%); Redes Sociales/ Internet (74%); Radio (56%) *Médicos/as, psicólogas/os y personal administrativo, prefieren el internet para comunicarse y estar informados. *Las/os enfermeras/os citaron preferencia por la televisión.	Sobre el VIH <ul style="list-style-type: none"> • Miedos al contagio • Formas de transmisión • Manejo de los fluidos / seguridad y bioseguridad. Sobre la atención a pacientes con VIH <ul style="list-style-type: none"> • Estereotipos sobre las poblaciones y su responsabilidad como transmisores de la infección. • Lugares específicos o exclusivos de PVVS y poblaciones claves. • Medidas excesivas de seguridad al manejo del paciente. Sobre las Poblaciones Claves <ul style="list-style-type: none"> • Estereotipos sobre comportamientos sexuales y conductas de los grupos claves. . • Discriminación o rechazo a un servicio por ser de poblaciones claves.
	Intervenciones de contacto A) Conocimientos en estudiantes en diversas áreas de salud y a profesionales en estudios de postgrado o residencias médicas, en aspectos fundamentales del aseguramiento del respeto de los derechos humanos, código de ética y evidencia científica que esclarezca, la transmisión del VIH y las medidas efectivas de control de infecciones, seguridad y bioseguridad. B) Discutir y analizar temores y las ideas erróneas (Mitos) acerca de la transmisión del VIH en el personal de salud del SAI, personal administrativo y áreas de atención hospitalarias fuera del SAI. A través de actividades de comunicación para el cambio de comportamiento (por ejemplo, campañas en medios masivos de comunicación y “entretenimiento educativo”); Educación participativa (que promueve que las personas reflexionen sobre sus propias actitudes y acciones) y Líneas telefónicas gratuitas de consulta/ayuda.	RESUMEN:
		Resultados: <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del estigma y discriminación en el personal de salud de los establecimientos de salud públicos y privados (ONG).

DASHBOARD 2. TIPS PARA EL DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN HACIA PERSONAS CON VIH Y POBLACIONES CLAVES DIRIGIDA A POBLACION GENERAL		
POBLACIÓN/ TARGET	CANAL/MEDIO PARA LOS MENSAJES	CREENCIAS A TRANSFORMAR (*Los mensajes de la estrategia de reducción deben estar dirigidos a cuestionar, redefinir y transformar lo siguiente:)
POBLACION GENERAL/ COMUNIDAD	<p>Hombres y Mujeres de 18-24 años</p> <p>Medios de comunicación: TV (55%), Redes sociales (52 %); Radio (30%), periódico (6%)</p> <p>Intervenciones de contacto: Cara a cara/ método de contacto en la comunidad</p> <p>A líderes jóvenes comunitarios: Multiplicadores. Discutir y analizar los “tabúes” o estereotipos/ creencias hacia los grupos claves y el VIH con la población general mediante una combinación de actividades que promuevan el cambio social y comportamental: Educación participativa y estrategias de contacto o cara a cara con la comunidad. La sensibilización de líder a líder y las exhibiciones públicas de solidaridad pueden abrir espacios para el diálogo y reducir el temor con poblaciones claves. Actividades de comunicación para el cambio de comportamiento (por ejemplo, campañas en medios masivos de comunicación y “entretenimiento educativo”); Educación participativa (que promueve que las personas reflexionen sobre sus propias actitudes y acciones).</p>	<p>Sobre el VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas de transmisión • Miedos al contagio <p>Sobre las Poblaciones Claves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estereotipos sobre las poblaciones y su responsabilidad como transmisores de la infección. • Estereotipos sobre comportamientos sexuales y conductas de los grupos claves. . • Discriminación o rechazo en la comunidad a personas de las poblaciones claves. • Estereotipos de que los migrantes traen las enfermedades.
	<p>Hombres y Mujeres de 25 a 49 años</p> <p>Medios de comunicación: Televisión (86 %); Redes sociales / Internet (53%), Radio (56%) y periódico (17%).</p> <p>Intervenciones de contacto: Cara a cara/ método de contacto en la comunidad.</p> <p>A maestros y líderes comunitarios: Mensajes y metodologías educativas deberán considerar la pedagogía infantil y técnicas educativas para adultos con bajo nivel de instrucción. Discutir y analizar los “tabúes” o estereotipos/ creencias hacia los grupos claves y el VIH con la población general mediante una combinación de actividades que promuevan el cambio social y comportamental: Educación participativa y estrategias de contacto o cara a cara con la comunidad. La sensibilización de líder a líder y las exhibiciones públicas de solidaridad pueden abrir espacios para el diálogo y reducir el temor con poblaciones claves. Actividades de comunicación para el cambio de comportamiento (por ejemplo, campañas en medios masivos de comunicación y “entretenimiento educativo”); Educación participativa (que promueve que las personas reflexionen sobre sus propias actitudes y acciones).</p>	

		<p>A líderes religiosos comunitarios: Mensajes que no contradigan sus fundamentos teológicos. Discutir y analizar los “tabúes” o estereotipos/ creencias hacia los grupos claves y el VIH mediante una combinación de actividades que promuevan el cambio social y comportamental: Educación participativa y estrategias de contacto o cara a cara en las iglesias.</p> <p>A otros formadores de opinión: Otros formadores de opinión, como conductores de radio, periodistas, deben ser sensibilizados en el papel fundamental que juegan en la educación de público y en el control de la epidemia. Las jornadas de capacitación deben ofrecer orientación sobre los mensajes al público que son conducentes al respeto de los derechos humanos y al control de la epidemia y aquellos que contribuyen al estigma y discriminación.</p>	
	<p>Hombres y Mujeres de 50 años y más</p>	<p>Medios de comunicación: Televisión (76 %); Redes sociales / Internet (11%), Radio (51%) y periódico (12%).</p> <p>Intervenciones de contacto: Cara a cara/ método de contacto en la comunidad</p> <p>A maestros y líderes comunitarios: Mensajes y metodologías educativas deberán considerar técnicas educativas para adultos con bajo nivel de instrucción. Discutir y analizar los “tabúes” o estereotipos/ creencias hacia los grupos claves y el VIH con la población general mediante una combinación de actividades que promuevan el cambio social y comportamental: Educación participativa y estrategias de contacto o cara a cara con la comunidad. La sensibilización de líder a líder y las exhibiciones públicas de solidaridad pueden abrir espacios para el diálogo y reducir el temor con poblaciones claves. Actividades de comunicación para el cambio de comportamiento (campañas en medios masivos de comunicación y “entretenimiento educativo”); Educación participativa.</p> <p>A líderes religiosos comunitarios: Mensajes que no contradigan sus fundamentos teológicos. Discutir y analizar los “tabúes” o estereotipos/ creencias hacia los grupos claves y el VIH mediante una combinación de actividades que promuevan el cambio social y comportamental: Educación participativa y estrategias de contacto o cara a cara en las iglesias</p>	
<p>RESUMEN:</p>		<p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de campaña de comunicación con estrategias por cada una de las poblaciones claves y hacia los distintos grupos de edades de la población general. • Programas comunitarios con actividades que estimulan el diálogo, la interacción con estos grupos y el pensamiento crítico; “Estrategias de contacto”, que implican una interacción directa o indirecta entre las personas que viven con el VIH, poblaciones claves y los destinatarios para disipar los mitos. 	<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del estigma y discriminación en la población general.

RESULTADOS: Estudio diagnóstico de la Situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana.

Consultora:
Dra. Claudia Valdez

Presentado a CONAVIHSIDA
Enero 2017

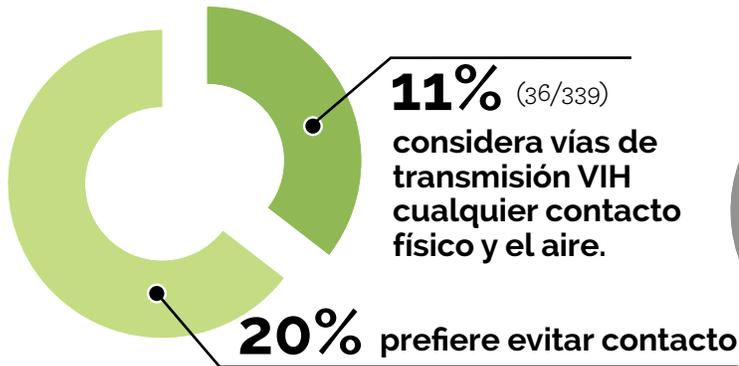


Abreviaturas: PG - Población General, PS - Personal de Salud **Lectura color:** componente ■ Población general ■ Personal de Salud ■

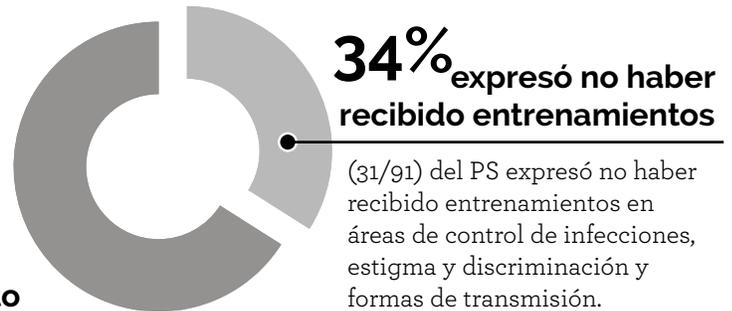
Conocimiento sobre el VIH y sus formas de transmisión.

Población General

Personal de salud



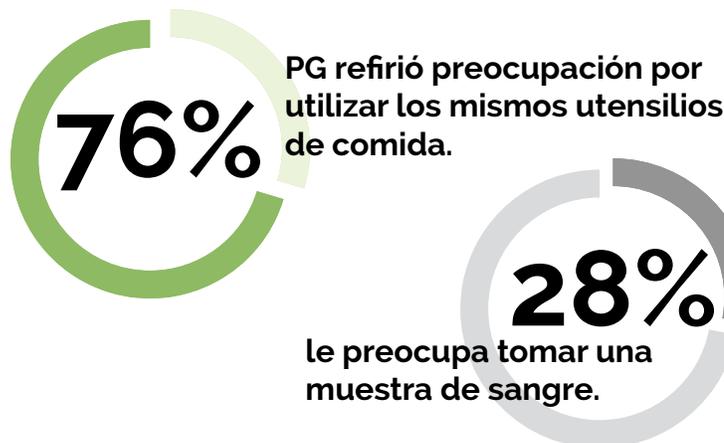
(69/339) de PG prefiere evitar contacto con HSH/Gays, trabajadores sexuales, TRANS, migrantes y mujeres en condición de vulnerabilidad



Miedo a contraer el VIH

Población General

Personal de salud



71% (244/339) expresó sentirse preocupada de "Sacarse sangre" en el mismo laboratorio que una persona que viva con el VIH.

76% (259/339) refirió preocupación por utilizar los mismos utensilios de comida.

18% (17/91) expresó preocuparle tocar a un paciente. La mayoría de hospitales públicos.

21% (8/38) de los médicos y enfermeras les preocupa colocar un vendaje a un paciente que vive con VIH y el **28%** (11/38) le preocupa tomar una muestra de sangre.

Ambiente laboral y en la comunidad

Población General

40% (136/339) refiere haber visto a personas en su entorno o trabajadores de la salud hablar despectivamente de las poblaciones claves y con VIH.
29% (99/339) expresó haber visto negar a prestar un servicio más de una vez.
31% (107/339) se siente inseguro o preferiría no ser atendido (o que su familiar se atendido) por un médico/a que previamente atendió a una persona que vive con VIH/SIDA.

Personal de salud

18% (16/91) refirió haber visto a trabajadores de la salud hablar despectivamente de las poblaciones claves y con VIH.
15% (14/91) expresó haber visto negar a prestar un servicio más de una vez.
19% (18/91) expresó sentirse inseguro/a al trabajar junto a otros/as empleados/as que viven con VIH.

29%

PG expresó haber visto negar a prestar un servicio más de una vez.

15%

PS expresó haber visto negar a prestar un servicio más de una vez.



85% (78/91) refirió la existencia de consecuencias si discriminan a un paciente que vive con VIH.

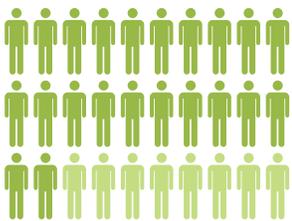


98% (90/91) expresó que en su establecimiento no es aceptable realizar la prueba de VIH sin un consentimiento previo.

La mayoría de participantes que expresaron la existencia de políticas de salud en protección de las personas que viven con VIH laboran en las ONG.

Opiniones sobre: Gays/HSH, TRSX, Migrantes y Mujeres

Población General



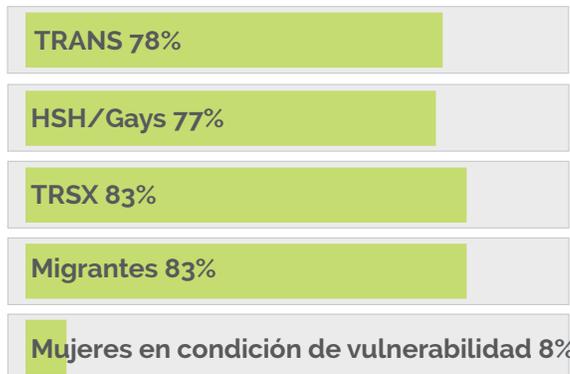
78% preferiría no tener contacto con la población de **TRANS**

59% (175/295) consideró que los grupos claves poseen una mayor promiscuidad.

66% (223/339) refirió estar de acuerdo con que la mayoría de las poblaciones claves que viven con VIH no les importa si infectan a otras personas.

67% (229/339) expresaron estar de acuerdo que estos grupos porque se involucran en conductas irresponsables.

No tendría contacto próximo (conversar, saludar de mano, compartir utensilios de comida) con personas (N=339):

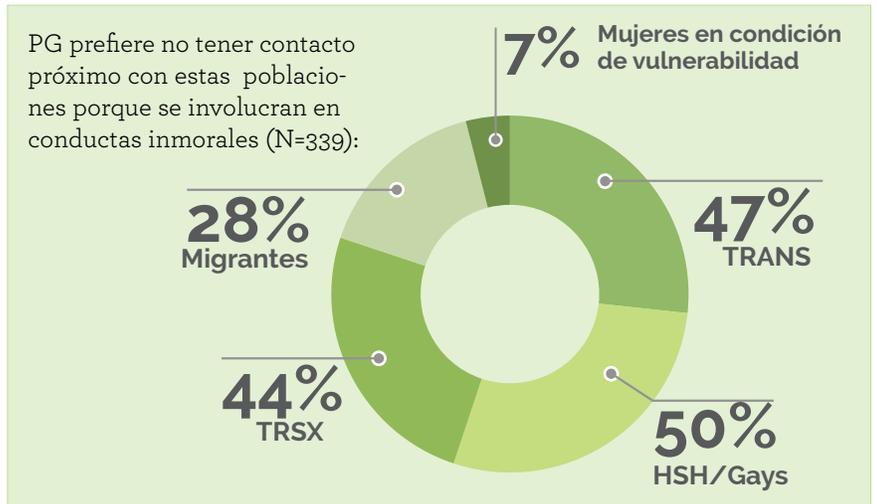
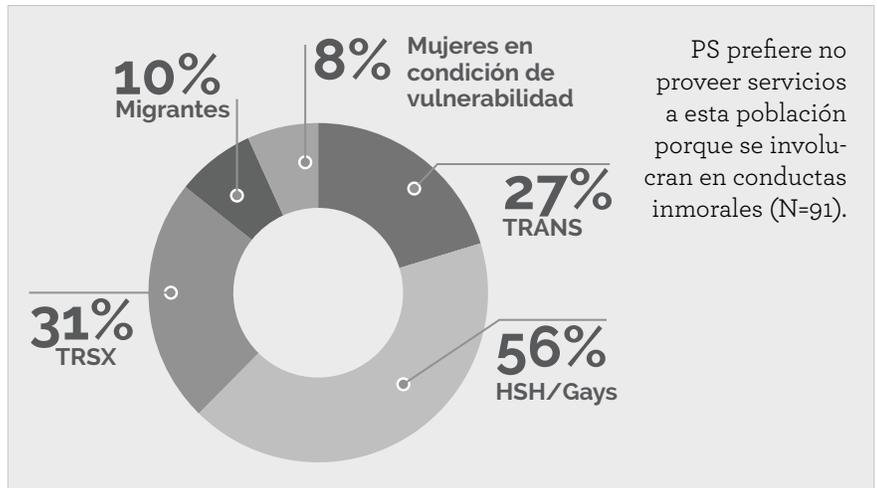


Personal de salud

45% (41/91) refirió estar de acuerdo con que la mayoría de las poblaciones claves que viven con VIH no les importa si infectan a otros.

48% (44/91) refirió que estos grupos se infectan con VIH porque se involucran en conductas irresponsables.

56% expresó que prefiere no proveer servicios a población de HSH/Gays debido a que se involucran en conductas inmorales.



Resumen Ejecutivo

INFORME FINAL: ESTIGMA Y DISCRIMINACION HACIA LAS POBLACIONES CLAVES EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y POBLACION GENERAL

Diagnóstico de la situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana

Dra. Claudia Valdez

PRODUCTO 5

Consejo Nacional del VIH
y el SIDA (CONAVIHSIDA)

Enero 2017

El apoyo fue proporcionado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y la Malaria, implementado por el Consejo Nacional del VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA). El contenido del informe no necesariamente refleja los puntos de vista de la agencia financiadora.

Autores:

Dra. Claudia Valdez, Consultora Líder.
Dr. Edgar Barillas, Experto en Salud Pública.
Lic. Isabel Cepeda, Socióloga.

Agradecimientos a:

Lic. Ernesto Díaz, Asesor en Derechos Humanos.

Colaboradores

Equipo de la Unidad de proyectos del CONAVIHSIDA: Lic. Ivelisse Sabbagh, Dra. Rosa Sánchez y Lic. María Castillo.

Equipo del Servicio Nacional de Salud (SNS): Dr. Nelson Rodríguez y Dra. Ilda Natera.

Equipos de profesionales para el desarrollo del trabajo de campo, conformado por: Dra. Edna Nadal, Lic. Rosa Mayra Rodríguez, Lic. Orquídea Ramírez, Lic. Magaly González, Lic. Yoleyda Marte, Dra. Kilvis Acosta y Dra. Silvana Caritat, bajo la coordinación de la Lic. Leidy Ledesma.

Equipos médicos, enfermería, psicólogos y consejeros de los Servicios de Atención Integral participantes:

*Dr. Luis Eduardo Aybar
Centro sanitario
Instituto Dominicano de Estudios Viroológico (IDEV)
Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN)
Fuerzas Armada
BRA Dominicana
Juan Pablo Pina
José María Cabral y Báez
Rosa Cisneros (PROFAMILIA) Santiago
Centro de promoción y solidaridad humana (CEPROSH)
Leopoldo pou
Hospital Jaime Mota
General Melenciano
Clínica de Familia
Hospital Gonzalvo
Hospital Rosa Duarte
Hospital Matías Ramón Mella
Padre Fantino*

Cita recomendada

Valdez, C; Barillas E; Cepeda I; Ledesma L. (2017). *Diagnóstico de la Situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana*. Presentado al proyecto del Fondo Mundial del Consejo Nacional del VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA) en Santo Domingo, República Dominicana.

Este documento es un resumen ejecutivo y muestra solo algunos aspectos de la metodología y resultados de mayor impacto. Para tener acceso al informe completo de la investigación, acceder a: www.conavihsida.gob.do www.sns.gob.do

Siglas

ARV	Antirretrovirales
CEAS	Centros Especializados de Atención en Salud
CONAVIHSIDA	Consejo Nacional del VIH y el SIDA
DIGECITSS	Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
E&D	Estigma y Discriminación
DDHH	Derechos Humanos
FM	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
GTH	Gays, TRANS y Hombres que tienen sexo con hombres
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organizaciones no gubernamentales.
PNAI	Programa Nacional de Atención Integral de VIH y SIDA
PVVS	Personas Viviendo con el VIH y SIDA
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
SAI	Servicio de Atención Integral VIH
SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceutical Services
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SRS	Servicios Regionales de Salud
SNS	Servicio Nacional de Salud
TRSX	Trabajadores del Sexo
TRANS	Transgéneros y transexuales.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

1. Antecedentes, contexto y justificación

En Mayo del 2014, el Fondo Mundial de la Lucha Contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (FM) notifican, el resultado de la revisión de la Nota Conceptual de VIH presentada por la República Dominicana. La Nota Conceptual aprobada se elaboró partiendo del análisis del contexto epidemiológico descrito en el documento *Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Respuesta a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y al VIH-SIDA 2015-2018*. El programa de “Apoyo a las Poblaciones de Clave de Mayor Riesgo al VIH: 2016-2018” se elaboró partiendo del análisis del contexto epidemiológico descrito en el documento *PEN para la Respuesta a las ITS y al VIH-SIDA 2015-2018*. Por todo lo anterior, se ha establecido la importancia de realizar un estudio de E&D con el objetivo de identificar los mitos, creencias erróneas y conceptualización que la población general y personal de salud, posee del VIH y sus vinculaciones con los grupos clave definidos para el estudio. El estudio caracteriza los niveles de estigma y discriminación prevalecientes en los Servicios de Atención Integral (SAI) priorizados, vinculados con poblaciones afectadas, en riesgo o vulnerables ante el VIH, con la finalidad de diseñar intervenciones programáticas y comunicacionales a través de campañas para la reducción del E&D. El presente informe muestra los resultados del diagnóstico de E&D a las grupos claves por parte del personal de salud de los SAI y la población general.

2. Objetivos generales

- Identificar los mitos, creencias erróneas y conceptualización que la población general y personal de salud, posee del VIH y sus vinculaciones con los grupos claves definidas para el estudio.
- Caracterizar los niveles de estigma y discriminación prevalecientes en los SAI priorizados, vinculados con poblaciones afectadas, en riesgo o vulnerables al VIH.

3. Objetivos específicos

- a) Identificar en la población general y personal de salud, la percepción sobre los grupos clave del estudio y su vinculación con el VIH.
- b) Identificar las acciones de estigma y discriminación más recurrentes por parte de la población general y el personal de salud, dirigidas a los grupos clave.
- c) Identificar los principales elementos a ser abordados en una campaña de reducción de estigma y discriminación ligados al VIH.
- d) Establecer los medios más apropiados para hacer llegar los mensajes.
- e) Identificar las audiencias a las cuales debiera enfocarse la campaña.

4. Grupos o poblaciones claves

Se definieron para fines del diagnóstico como grupos clave ^{1,2}:

- **Hombres que tienen sexo con hombres, gays, transexuales/ transgéneros (GTH y Trans).**
- **Trabajadoras/es sexuales (TRSX):** Hombres y mujeres.
- **Migrantes:** Hombres y mujeres de nacionalidad haitiana.
- **Mujeres en condición de vulnerabilidad social:** Mujeres que carecen de una educación formal residentes en zonas rurales.
- **Personas viendo con el VIH y el SIDA (PVVS).** Población diagnosticada con el VIH.

¹ Proyecto de la nota conceptual de VIH presentada por la República Dominicana 2016-2018. Clasificación en seis poblacionales clave de mayor vulnerabilidad al VIH. Pág. 7-10. Plan Estratégico Nacional para la Respuesta a las ITS y al VIH-sida 2015-2018.

² “Gays, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; mujeres, hombres y personas transgénero que se inyectan drogas, y/o que son trabajadores sexuales; así como todas las personas transgénero⁴, están marginados socialmente, a menudo criminalizados y deben hacer frente a una serie de abusos de los derechos humanos que aumentan su vulnerabilidad al VIH”; <http://www.theglobalfund.org/en/keypopulations/>

5. Población de estudio

- **Población general:** Mujeres y hombres entre rangos de edad 18-24, 25-49 y + 50 años, que asisten al establecimiento de salud por cualquier otra condición que no es VIH, ya sea como usuario o acompañante.
- **Personal de salud:** Personal que ofrece servicios directos a personas con VIH en los SAI priorizados incluyendo personal médico, y no médico: enfermera/o, psicólogo/a, trabajadores/as sociales y consejeros/as.
- **Personal administrativo que labora en los centros de salud:** Personal que no ofrece servicios de salud a personas con VIH, pero juegan un rol importante en la gestión y desarrollo del programa de VIH y tienen contacto directo con el paciente. Este personal puede laborar en las áreas de administración, seguridad, financieras, contables y de mantenimiento.

6. Metodología

6.1. Descripción general del diseño

Estudio descriptivo de corte transversal, con una metodología mixta o combinada, a fin de obtener de las fuentes principales la información sobre el estigma externo e interno³ y las conductas de discriminación hacia las personas de grupos clave. Los métodos y técnicas utilizadas fueron:

- **Cualitativas:** (a) Revisión documental y (b) Grupos focales (GF). La perspectiva cualitativa permitió capturar las representaciones sociales, los modos de percibir, categorizar y significar que poseen los sujetos o población de estudio. Para el análisis de las percepciones e identificación de los comentarios o referencias personales, se asignaron códigos para cada uno de los grupos focales realizados.

Grupos focales	Códigos
Grupo focal de personal médico CEAS:	GFM-CEAS
Grupo focal de personal NO médico CEAS:	GFNM-CEAS
Grupo focal de personal médico ONG:	GFM-ONG
Grupo focal de personal NO médico ONG:	GFNM-ONG

- **Cuantitativa:** Entrevistas semi-estructuradas: Encuesta estándar o escala internacional "Health Policy Project, USAID, PEPFAR (2013). "Midiendo Estigma y Discriminación hacia el VIH entre Personas que Trabajan en Servicios de Salud", adaptada y utilizada en las encuestas a la población general y en personal de salud. La perspectiva cuantitativa permitió medir el grado y niveles en que se manifiestan las formas del estigma y las variantes en torno a las conductas de discriminación hacia cada tipo de grupo clave.

¿QUE MEDIMOS?	¿EN QUIEN/QUIENES?	¿HACIA QUIENES?	¿PARA QUE?
ESTEREOTIPOS PREJUICIOS ESTIGMA DISCRIMINACION	PROVEEDORES/AS DE SALUD PERSONAL ADMINISTRATIVO POBLACION GENERAL	GAYs HSH TRANS MIGRANTES MUJERES V PVVS	REDUCIR ESTIGMA Y DISCRIMINACION

³ El estigma interno es la forma en que las PVV asumen como verdaderas las ideas, prejuicios y preconceptos erróneos que la sociedad en general tiene en torno al VIH/SIDA. Estigma externo o estigma promulgado o discriminación - percepciones, sentimientos o acciones hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

En la siguiente tabla se describen los temas claves y variables explorados.

Tabla 1. Temas claves y variables exploradas.

Variables	Fuente de datos	Métodos e instrumentos aplicados
NIVEL COGNITIVO Y EMOCIONAL Estereotipos: Creencias con una categoría social (dimensión cognitiva). Prejuicios: Creencias con una orientación y evaluación negativa con relación a una categoría social (componente emocional). Estigma y sus dimensiones: Anticipada, experimentada, percibida, secundaria, internalizada, compuesta/capas y testigo de estigma. NIVEL COMPORTAMENTAL Discriminación: Comportamientos de rechazo o tratamiento desigual, injusto, parcial o perjudicado.	Población general. Mujeres y hombres mayores de 18 años, recibiendo o esperando un servicio médico ambulatorio en los centros priorizados o acompañantes.	Entrevista semi-estructurada/ escala de E&D.
	Personal de salud Médicos/as que ofrece servicios directos a personas con VIH en SAI.	Grupos focales (GF)
	Personal de salud no médico que ofrece servicios directos a personas con VIH en los SAI: enfermera/o, psicólogo/a, consejeros/as, etc.	Entrevista semi-estructurada/ escala de E&D.
	Personal administrativo que labora en los centros de salud. Personal que no ofrece servicios de salud directos a personas con VIH, pero están vinculados a las áreas de gestión y desarrollo del programa de VIH: seguridad, conserjes, digitador/a SAI, trabajador/a social, encargado de farmacia, recepcionista, secretaria.	Encuesta con aplicación de escala de E&D

Fuente: Elaborada por el equipo de consultoría. 2016

- **Criterios de inclusión de los servicios de atención integral del VIH –SAI-**

Las 12 provincias priorizadas fueron incluidas en Nota Conceptual del país y, por lo tanto, consideradas por CONAVIHSIDA en los términos de referencia (TDR) de la consultoría. Los TDR establecían la priorización de 15 SAI; sin embargo, la muestra incluyó 18 SAI tanto públicos en Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) como en organizaciones no gubernamentales (ONG), ubicados en 12 provincias de 7 regiones de salud. En total se incluyeron 12 SAI públicos y 6 de ONG (Tabla 3). El número de SAI se aumentó debido a la existencia de un gran número de SAI públicos y privados en provincias priorizadas.

Tabla 3. Áreas geográficas priorizadas distribuidas por región de salud, provincia y tipo de SAI.

REGION	PROVINCIA	SAI	Tipo
REGION 0	DISTRITO NACIONAL	DR. LUIS EDUARDO AYBAR	CEAS
		CENTRO SANITARIO	CEAS
		INSTITUTO DOMINICANO DE ESTUDIOS VIROLOGICO (IDEV)	ONG
		COIN	ONG
		FUERZA ARMADA	CEAS
REGION 1	MONTE PLATA	BRA DOMINICANA	ONG
REGION 1	SAN CRISTOBAL	JUAN PABLO PINA	CEAS
REGION 2	SANTIAGO	JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ	CEAS
		ROSA CISNERO (PROFAMILIA) SANTIAGO	ONG
		CENTRO DE PROMOCION Y SOLIDARIDAD HUMANA(CEPROSH)	ONG
REGION 3	SAMANA	LEOPOLDO POU	CEAS
REGION 4	BARAHONA	HOSPITAL JAIME MOTA	CEAS
	INDEPENDENCIA	GENERAL MELENCIANO	CEAS
REGION 5	LA ROMANA	CLINICA DE FAMILIA LA ROMANA	ONG
REGION 6	ELIAS PINA	H. GONZALVO	CEAS
REGION 7	DAJABON	ROSA DUARTE	CEAS
	MONTE CRISTI	H. MATIAS RAMON MELLA PADRE FANTINO	CEAS

**Pedernales se encuentra dentro de las provincias priorizadas, pero el Hospital Elio Fiallo, pero no cuenta con servicios de atención a VIH, por lo que se excluyó de la muestra.

7. Marco conceptual ⁴

¿Qué es el estigma? El estigma se ha definido como un proceso de desacreditar a las personas ante los ojos de los demás. Las razones que justifican el estigma hacia las personas pueden ser totalmente arbitrarias; por ejemplo, el color de la piel, la manera de hablar o las preferencias sexuales.

¿Qué es la discriminación? La discriminación consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas contra los individuos estigmatizados. La discriminación, tal como la define el ONUSIDA (2000) en su *Protocol for Identification of Discrimination Against People Living with HIV*, hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecte a una persona, generalmente pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto; en el caso del VIH y el SIDA, el estado seropositivo, confirmado o sospechado, de una persona, con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas.

8. Hallazgos

8.1. Información general

Un total de 430 participantes pertenecientes a población general y personal de salud fueron entrevistados a través de las técnicas propuestas en el estudio. Los 91 participantes del personal de salud incluyeron 39 médicos/as de los SAI participantes en los grupos focales, que completaron la encuesta posteriormente. El 45% (41/91) fueron del área administrativa, incluyendo secretarías, recepcionistas, conserjes, porteros, farmacéuticos/os y técnicos del área financiera; el 41% (38/91) fue personal médico y de enfermería que proveen atención directa de salud. El 75% (68/91) de los entrevistados fueron mujeres.

8.2. Conocimiento sobre el VIH y sus formas de transmisión

El 34% (31/91) del personal de salud entrevistado, expresó no haber recibido entrenamientos en áreas de control de infecciones, E&D y formas de transmisión, siendo la mayoría del área administrativa tanto de CEAS como de ONG. El 29% (7/24) de los médicos entrevistados expresaron no haber sido capacitado, siendo la mayoría de los CEAS. Las opiniones expresadas en los grupos focales corroboran lo obtenido en las encuestas con el mismo personal de salud de los SAI. Entre las y los participantes existe la percepción de que el desconocimiento sobre el VIH favorece el rechazo y la negación del servicio. Cito:

*“...porque ese personal no está sensibilizado, no está sensibilizado, no tanto a la sensibilización al VIH, sino que no conoce también el tema de VIH, es que no conoce el centro de VIH, porque el que conoce el tema de VIH, sabe cómo él trabaja VIH, no tiene por qué tenerle miedo, el como el trabajador de la salud que es médico, que por que nosotros no somos médicos, nos mandamos a las embarazadas de puerta en puerta...” “...ha pasado también con pacientes que están en etapa SIDA, que están presentando síntomas, se les manda a un centro de tercer nivel a que lo consulten con un especialista y los médicos dicen: “no, que vaya a la SAI, que eso es falta de medicamentos para el VIH”, eso ha pasado mucho. **GFNM-ONG***

*“...y hay municipios donde tenemos nosotros que ir a interceder cuando aparece una persona positiva y se le niega, a veces, un personal que le toca ese día el servicio y dice: yo no voy a trabajar con esa persona que está ahí porque es VIH. Entonces, eso hace que nosotros tengamos que llamar a otra persona que sí tiene más conocimiento, sabe un poquito de lo que es sensibilidad...”. **GFNM-CEAS***

⁴ Estigma y discriminación en el VIH. ONUSIDA 2008.

El 5% (12/339) de la población general entrevistada, expresó no conocer lo que era el VIH y el SIDA. El 33% (112/339) consideró que el VIH se transmite exclusivamente por vía sexual; mientras que cerca de un 11% (36/339) considera otras vías de transmisión, incluyendo cualquier contacto físico y el aire. (Tabla 10).

Tabla 10. Conocimiento de las vías de transmisión en población general

Vías de transmisión	Total (N=339)	%
Por contacto sexual y contaminación con sangre	191	56%
Exclusivamente por contacto sexual	111	33%
Otra: Aire.	35	10%
Por cualquier tipo de contacto físico	2	1%
Total	339	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

En los grupos focales también se evidenció que la falta de conocimiento o creencias erróneas asociadas a las formas en que se transmite el VIH contribuyen a la aparición de estigmas o moteos hacia las personas con la condición del VIH como “ta corta”. Esto genera conductas de rechazo o discriminación, como evitar el contacto físico o la no utilización de los mismos utensilios de cocina. Cito:

“..si tú dices que ‘ta cortá’ y anda con varios tipos y esos tienen que hacerse la prueba, porque ya eso está sospechoso..”
“..ejemplo, un motorista, vamos a hablar así, ah no, que las personas de por acá [Comunidad], no se quieren montar con él, porque tiene “el monstro”, eso es un ejemplo..” **GFM-CEAS**

“...Porque cuando se hacen visitas domiciliarias, tú ves que la familia lo tiene con el plato y una cuchara y un vaso aparte, le lavan la ropa aparte....” **GFM-CEAS**

“..La misma discriminación que tienen principalmente los hospitales o donde se encuentre los SAI, los pacientes que tienen tuberculosis sabemos que porque es una, su forma de transmisión es por unas vías, cualquier cosa, eso sí se entiende que estén un poquito apartado, pero también el VIH es la misma cosa, sabemos que en esos lugares en el rinconcito de allá, ahí es que está el VIH sabemos que todo el que coge por esa puerta es paciente VIH y eso hace que las personas no viene al centro, o a un centro específico que nada más atiende VIH. **GFM-ONG**

“..lo miran mal, lo manifiestan con palabras despectivas, diciendo que son sidosos, que son personas mala fe, cuando usan un plato, un vaso, una cuchara, lo botan, lo mismo he escuchado que dicen: mira, tú le diste agua a ese sidoso, bota el vaso, después que se vaya, bóvalo..” **GFM-CEAS**

Entre los 295 entrevistados que consideran a estos grupos en mayor riesgo, las razones expresadas fueron diversas; el 59% (175/295) de los entrevistados consideró que esta población es más promiscua; el 19% (56/295) expresó el sexo entre hombres en más peligroso y el 8% (25/295) manifestó que la falta de creencias religiosas que los colocan un mayor riesgo de contraer la infección (Tabla 12).

Tabla 12. Razones por las que los grupos clave contraen el VIH, según la población general.

Razones por las que los HSH/gays, las/os trabajadores/as sexuales, los trans, migrantes y mujeres en V, tienen más riesgo de contraer el VIH?	Total	%
El sexo entre hombres es más “peligroso”	56	19%
Falta de creencias religiosas	25	8%
Mayor promiscuidad sexual	175	59%
Todas las anteriores	40	14%
Total	295	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

El estudio mostró que el 20% (69/339) de la población general expresó que prefiere evitar contacto con: HSH/Gays, trabajadores sexuales, TRANS, migrantes y mujeres en condición de vulnerabilidad. El 25% (19/75) de los entrevistados en la población mayor de 50 años y el 21% (33/155) entre las edades de 25-49 años

prefieren evitar un contacto con estos grupos; sin embargo, solo un 16% (17/109) de los jóvenes de 18-24 años prefieren evitar un contacto.

Entre las y los informantes de los grupos focales, se obtuvieron opiniones sobre las conductas de rechazo hacia los grupos clave, tanto en la comunidad, como dentro de los servicios. Como se observan en las narrativas, el rechazo está asociado a las creencias estereotipadas subyacentes y el estigma relacionado a ser una persona con VIH y pertenecer a un grupo clave. Las manifestaciones referidas con mayor frecuencia fueron: (a) no querer atenderlos/negarles un servicio por ser “pájaros” o “estar sin documentos”, (b) burlas en públicos, (c) rechazo de otros/as pacientes que evitan sentarse cerca. Cito:

[Manifestación estigma asociado a la provisión de servicios de VIH] [TRABAJADORA SEXUAL]...Mi tía que me dijo: mira, ella es conocida del sector de COIN, ten cuidado no le tiendas la mano, y si tú le vas a poner algo ponte dos guantes y no hables mucho con ellos, y la puerta déjala abierta pues tú no sabes si te van a violar. GFNM-ONG

[Diferencia entre la atención a hombres con VIH homosexuales y a hombres heterosexuales VIH]...“Sí, claro que sí. Muy marcado. Hay hombres, es mucha homofobia y muchas personas los buscan y los discriminan diciendo que por qué tiene ese estilo de vida, que cuántas mujeres hay....hay médicos que no lo ven, así de sencillo, que no ve a un pájaro. Dicen: yo no veo con pájaros. GFM-CEAS

[Manifestación del rechazo en el Servicio] [TRANS] “....., incluso otros pacientes con la misma condición de VIH los discriminan y a veces hemos tenido que se mueven del asiento y se van para otro lugar. Porque no quieren estar sentados ahí para que no le peguen su.... hay muchas personas que tienen el concepto que los HSH, los gay o los trans, si yo soy un hombre trans, yo me voy a dar todos los hombres que yo vea, no sé si les ha pasado, que viene un gay y está en un salón con varios hombres, los hombres se sienten...porque piensan que los van a enamorar, muchas personas tienen esa idea”. GFNM-ONG

[Manifestación del rechazo en el Servicio] [HAITINOS/AS] “... yo los atendería, pero cuando te digo los atendería de una forma regularizada, si usted tiene sus documentos, su seguro, si usted trabaja aquí, si ya usted es un ciudadano dominicano, claro. Tienen el mismo derecho...si pero vamos a hablar español, es cuestión de política, si ahí hay un letrado que diga: aquí no se atiende a tal persona, tal persona, tal persona. GFNM-CEAS

8.3. Control de infecciones

El 18% (17/91) del personal de salud, expresó preocuparle tocar a un paciente. El 25% (15/59) de los que laboran en CEAS y el 6% (2/32) de los que trabajan en ONGs, expresaron esta preocupación. Ningún médico/a o enfermera/a manifestó preocupación al tocar un paciente; entre el personal administrativo la proporción fue del 39% (16/41).

Del personal médico y de enfermería que proveen atención directa, al 21% (8/38) le preocupa colocar un vendaje a un PVVS y al 28% (11/38) le preocupa tomar una muestra de sangre. La totalidad de médicos/as y enfermeras/os que expresaron estas preocupaciones laboran en establecimientos públicos (Tabla 14).

Tabla 14. Miedo a la infección por VIH, según personal de salud

Tocar a un paciente	Total (N=91)	%
Me preocupa	17	19%
No me preocupa	74	81%
Total	91	100%

Colocar vendajes a una herida de un/a paciente que vive con VIH (médicos/as y enfermeras/os)	Total (N=38)	%
Me preocupa	8	21%
No me preocupa	30	79%
Total	38	100%

Tomar una muestra de sangre a un/a paciente que vive con VIH (médicos/as y enfermeras/os)	Total (N=38)	%
Me preocupa	11	29%
No me preocupa	27	71%
Total	38	100%

Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

El personal de los SAI que participó en los grupos focales considera el miedo a contraer el VIH como la razón principal para el rechazo o la discriminación de un paciente con VIH, principalmente al realizar actividades que conllevan el tocar o examinar, el uso de agujas y cirugías. Consideran que el personal médico que está en contacto directo con los pacientes VIH está mucho más expuesto y en riesgo. Cito:

“...Miedo,....., el miedo hace que la gente rechace ese grupo, nadie quiere perder su salud, entonces, por eso lo rebotan, incluso, las cirugías, un caso de VIH para hacer una cirugía, lo rebotan...(marcan los expedientes (Ej. Embarazadas VIH)”
GFM-CEAS

“..[Miedo] Sí, los que hacen emergencia, por ejemplo. Como tenemos médicos que trabajan con nosotros en la mañana y en la noche hacen servicio y hay riesgo, porque si tú te pinchas con la aguja. Claro, no necesariamente tiene que ser de manera sexual. Durante la formación del médico, nosotros rotamos por un, o sea, es rotatorio, a nosotros nos exponen, nos ponen a practicar cierto tipo, por ejemplo, de cirugía menor con los pacientes y a veces, por equivocación o por ser inmaduro en la práctica, podemos pincharnos, incluso, yo he tenido compañeros que tomando una muestra sanguínea se han pinchado y han tenido que acudir a (...). GFM-CEAS

“...[Trabajar con VIH supone una amenaza] No, no es una amenaza, pero uno, como médico, tiene que cuidarse mucho, porque hay veces que por andar rápido, muchos pacientes en el área, mucho estrés, uno puede equivocarse o puede exponerse sin uno querer. Y por más condicionada que sea la persona, un pinchazo puede ocurrir. GFM-CEAS

“... mientas más miedo tienen, más riesgo tienen de pincharse, porque lo van a hacer con temores.. GFNM-ONG

El 71% (244/339) de la población general entrevistada, expresó sentirse preocupada de “sacarse sangre” en el mismo laboratorio que toma muestras a personas que viven con el VIH. El 74% (81/109) de los jóvenes entre 18-24 años, el 72% (109/155) de la población de 25-49 años y el 72% (54/75) de los mayores de 50 años, expresaron esta preocupación.

8.4. Ambiente laboral en los establecimientos y ambiente en la comunidad

El 18% (16/91) del personal de salud entrevistado refirió haber oído a trabajadores de la salud, más de una vez o varias veces, hablar despectivamente de las poblaciones claves y con VIH; el 4% (4/91) expresó observar esta conducta casi todo el tiempo. Siendo esta conducta expresada en su mayoría por personal de hospitales

públicos. El 15% (14/91) del personal de salud expresó haber visto rehusar la prestación de un servicio, más de una vez. La mayoría de hospitales públicos. El 41% (10/24) de los/a médicos/as entrevistados expresó haber observado esta conducta.

Con respecto al ambiente laboral en los centros de salud, en los grupos focales con el personal de los SAI se corroboraron los hallazgos de las encuestas en establecimientos, evidenciándose conductas de rechazo y discriminación a PVVS y grupos clave. Este rechazo se manifiesta en: (a) en la negación de los servicios, (b) el rechazo en público, (c) hablar despectivamente, burlas y ridiculizaciones en público. Los narrativos sugieren, que unos grupos pueden experimentar más rechazo que otros: hombre gay con VIH más que hombres heterosexuales con VIH, o trabajadoras sexuales con VIH; una PVVS haitiano, más que un dominicano, por ejemplo. Cito:

[En los servicios discriminación hacia TRSX] "...el lugar donde uno ve más ese tipo de controversia, otro tipo de paciente, lo referimos allá, y muchas veces por la forma en que van vestidas y su forma de expresión, a lo mejor, por el bajo recurso económico no tiene una adecuada vestimenta, de que tú entras por la puerta, ya el portero te está mirando cómo entra la persona en forma discriminatoria. A diferencia de otras personas que tienen sus recursos, que van bien vestidas buscando una ayuda, regularmente el trato es diferente..." GFM-ONG

[Poblaciones claves] "Sí, allá en la zona nuestra, es más fácil aceptar a una mujer que tenga trabajo sexual que a un homosexual que llegue". GFNM-CEAS

[GAY/HSJ] "...buueeno, a veces que...cuando son muy amanerados, porque hay gay que son extravagantes y muchas veces no pueden pasar desapercibidos, y siempre...¿Viste como que se partió? (risas) no, lo lindo del caso, tu viste ese que paso por ahí? ¿tu viste el plumero que dejo atrás? (risas)..o si no le voceas uno: mira te buscan (risas). GFNM-CEAS

[Migrantes haitianos/as] "... yo los atendería, pero cuando te digo los atendería de una forma regularizada, si usted tiene sus documentos, su seguro, si usted trabaja aquí, si ya usted es un ciudadano dominicano, claro. Tienen el mismo derecho...si pero vamos a hablar español, es cuestión de política, si ahí hay un letrero que diga: aquí no se atiende a tal persona, tal persona, tal persona. GFNM-CEAS

El 40% (136/339) de la población general restante refirió haber oído, varias veces, a personas en su entorno o trabajadores de la salud, hablar despectivamente de los grupos clave y PVVS. El 29% (99/339) expresó haber visto rehusar la prestación de un servicio, más de una vez. El estudio mostró que el 31% (107/339) de la población general entrevistada se siente insegura o preferiría no ser atendida (o que su familiar sea atendido) por un médico/a que previamente atendió a una PVVS.

8.5. Políticas en los establecimientos de salud

El 86% (78/91) del personal de salud refirió la posibilidad de consecuencias administrativas si discriminan a un PVVS. La mayoría de participantes que expresaron la existencia de políticas de salud en protección de las PVVS, laboran en las ONG. El estudio no pudo evidenciar o corroborar cuales acciones concretas se toman en las ONG, como medidas administrativas contra la discriminación.

El 99% (90/91) del personal de salud expresó que en el establecimiento no es aceptable realizar la prueba de VIH sin un consentimiento previo. No se evidenció diferencias entre los hospitales públicos y las ONG.

Opiniones obtenidas del personal de salud en los grupos focales, revelan que la forma en que están organizados los servicios en los centros de salud, es una razón para el rechazo o discriminación hacia PVVS (grupos clave o no). Fue referido, por ejemplo, que las personas saben o identifican la "puerta" o "rinconcito" donde se atienden a las personas con VIH, lo que genera la exposición e identificación de su condición, solo por el hecho de verlo/a entrar o dirigirse al servicio para PVVS. Esta práctica viola la confidencialidad y la privacidad y formenta la

discriminación con etiquetas como “ta corta’o”, “tiene el monstro” y la divulgación de su condición en el entorno comunitario. Cito.

[Factores/condiciones que contribuyen al rechazo en el Servicio] “..La misma discriminación que tienen principalmente los hospitales o donde se encuentre los SAI, los pacientes que tienen tuberculosis sabemos que porque es una, su forma de transmisión es por unas vías, cualquier cosa, eso sí se entiende que estén un poquito apartado, pero también el VIH es la misma cosa, sabemos que en esos lugares en el rinconcito de allá, **[Razones]** ahí es que esta el VIH sabemos que todo el que coge por esa puerta es paciente VIH y eso hace que las personas no viene al centro, o a un centro específico que nada más atiende VIH. **GFNM-ONG**

[Manifestación estigma asociado a la provisión de servicios de VIH] “...uno escucha de todo. Por ejemplo, en el centro donde uno trabaja un paciente que no es positivo, ellos por ejemplo, van a psicología o algún tipo de consulta, ah pero mira, ese tiene el monstro... ta cortao... así se dirigen, pero no son personas que trabajan en el centro, sino que están en otro tipo de consulta. Ha ocurrido alguna vez, no es que no ha ocurrido, me acuerdo en una vez que ocurrió, se le llamo la atención a una persona, incluso del mismo servicio, que da servicio, no necesariamente con nosotros en VIH, fue y dijo en el barrio que había visto una persona, ya eso es un atentado, fue... una violación. Fue y dijo en el barrio, que a esa persona que ella la vio, que fue allá arriba a VIH, que parece que tiene VIH... y la puso en las cuatro esquinas, o sea, esos son los factores por las cuales las gentes tienen temor. **GFNM-ONG**

8.6. Opiniones sobre las poblaciones claves y VIH

El 56% (51/91) del personal de salud expresó que prefiere no proveer servicios a población de HSH/Gays debido a que esta población se involucra en conductas inmorales. El 43% (18/41) del personal administrativo; el 58% (14/24) de los médicos/as; el 50% (7/14) de las enfermeras/os; el 50% (4/8) de los psicólogos/as y el 50% (2/4) de voluntarios/as refirió estar de acuerdo con esta aseveración.

El 37% (34/91) del personal de salud prefiere no proveer servicios a población TRANS debido a que perciben que esta población se involucra en conductas inmorales. Esta opinión es compartida por el 97% del personal de establecimientos públicos y solo 1% de ONG.

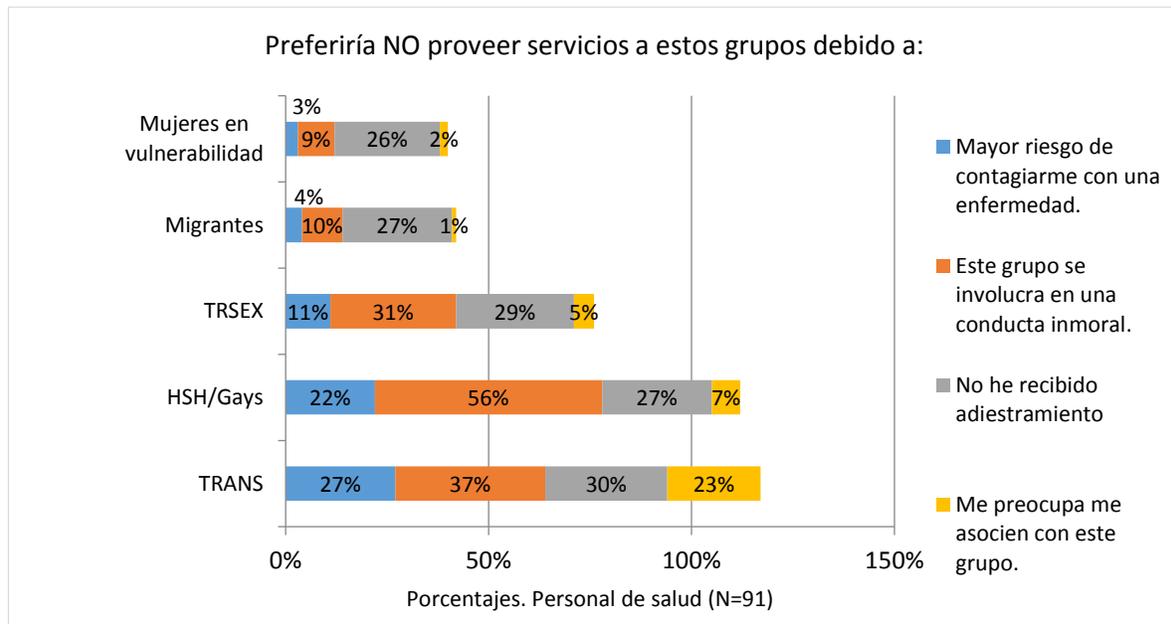
El 31% (28/91) del personal de salud, todos trabajadores en establecimientos públicos, expresó que prefiere no proveer servicios a trabajadores/a del sexo (TRSEX) debido a que esta población se involucra en conductas inmorales.

El 10% (9/91) del personal de salud, todos laborantes en establecimientos públicos, expresó que prefiere no proveer servicios a población de migrantes debido a que esta población se involucra en conductas inmorales. Los psicólogos no estuvieron de acuerdo.

El 9% (8/91) del personal de salud, todos laborantes en establecimientos públicos, expresó que prefiere no proveer servicios a población de mujeres en condiciones de vulnerabilidad debido a que esta población se involucra en conductas inmorales.

Otras razones por las cuales el personal de salud preferiría no proveer servicios a grupos clave, se presentan en el gráfico 2.

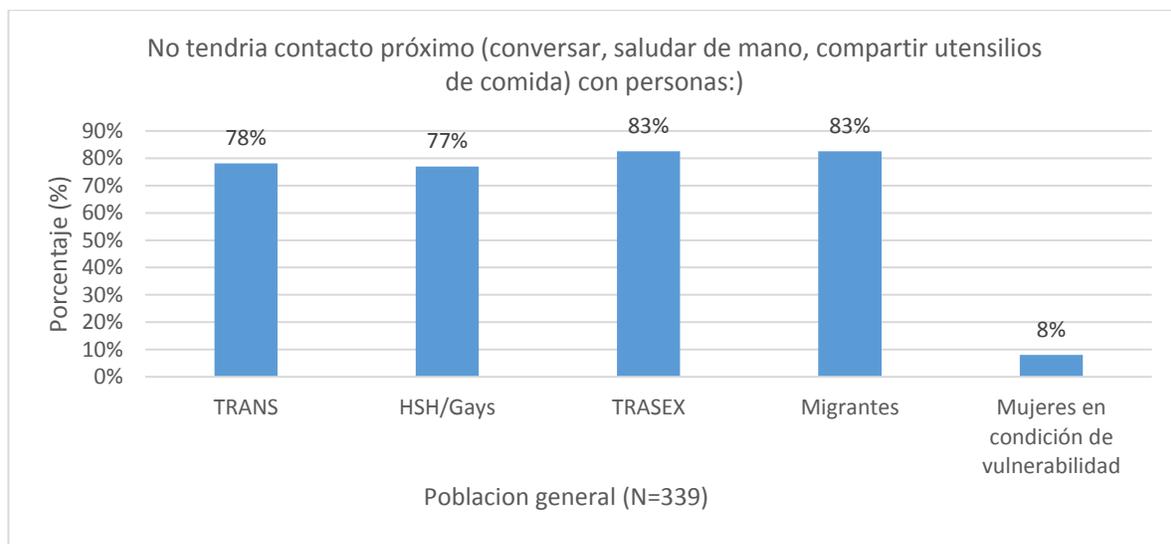
Gráfico 2. Opiniones del personal de salud hacia los grupos claves y la provisión de servicios.



Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

El estudio exploró las opiniones de la población general acerca de su relacionamiento y/o contacto cercano (como conversar, saludar de mano y compartir utensilios de comida con los grupos claves). El gráfico 4, muestra que el 78% (265/339) de la población general entrevistada expresó que preferiría no tener contacto con la población de TRANS, el 77% (261/339) de los entrevistados prefiere no tener contacto con HSH/Gays, el 82% (280/339) expresó que prefiere no tener contacto con trabajadoras/es sexuales ni con migrantes y solo el 8% (27/339) de los entrevistados no prefiere un contacto cercano con mujeres en condición de vulnerabilidad.

Gráfico 4. Preferencias de la población general sobre el relacionamiento cercano con grupos claves.

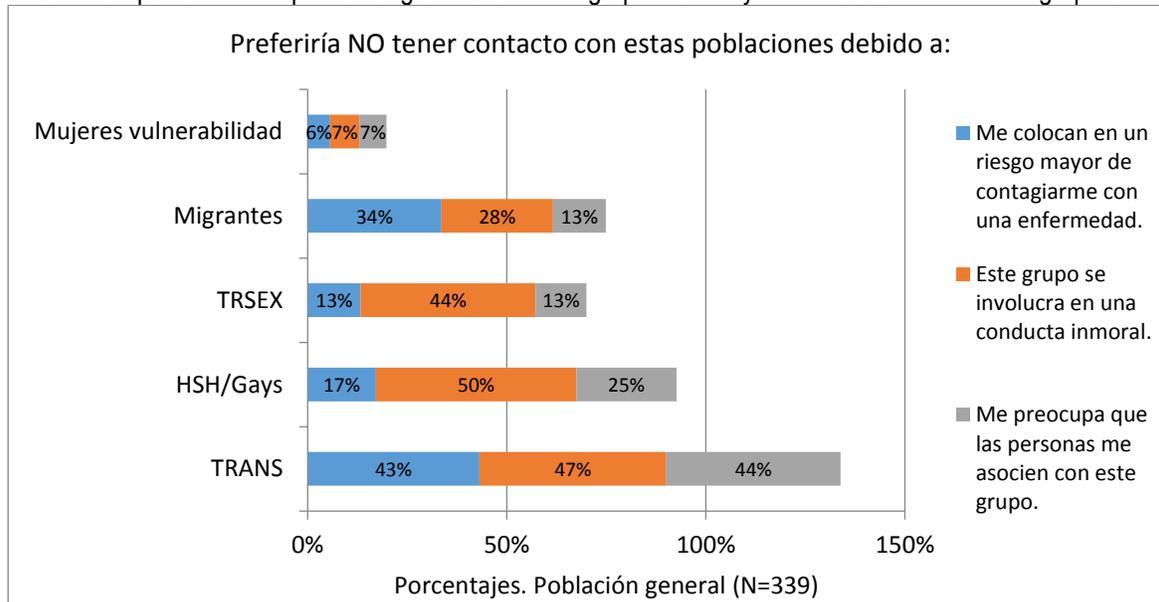


Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

Las razones por la que población general preferiría no tener contacto con los grupos claves, fueron diversas. E 47% (161/339) de los entrevistados considera que la población de TRANS se involucran en conductas inmorales; el 50% (171/339) considera que los HSH/Gays y el 44% (151/339) considera que las/os trabajadoras/es sexuales que se involucran en conductas inmorales.

El 33% (114/339) de la población general entrevistada considera a los migrantes como un grupo de riesgo para la transmisión de enfermedades y el 28% (98/339) lo consideran un grupo que se involucra en conductas inmorales. Con respecto a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad, solamente el 7% (25/339) de la población general las consideran un grupo que se involucra en conductas inmorales.

Gráfico 5. Opiniones de la población general hacia los grupos claves y relacionamiento con esos grupos.



Fuente: Elaboración del equipo de consultoría. 2016.

9. Análisis

El estudio evidencia que existe E&D en el personal de salud y la población general hacia PVVS y los grupos claves de HSH/Gays, TRANS, trabajadores del sexo, migrantes y mujeres en condición de vulnerabilidad. Esto ratifica los resultados del estudio de ONUSIDA del 2005 sobre “Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH: estudios de caso de intervenciones exitosas”, que concluye que el estigma preexistente a “pertenecer a una población clave” agrava el estigma relacionado con el VIH, porque los grupos ya estigmatizados sufren una ulterior estigmatización a causa del VIH.

El presente estudio muestra que una tercera parte del personal médico y de enfermería, tanto de CEAS como de ONG, refirió que no había sido capacitado en VIH, control de infecciones y estigma y discriminación, a pesar de su importancia para la respuesta a la epidemia del VIH. El grupo con menor acceso a formación en estos temas es el personal administrativo. La falta de capacitación en temas clínicos y de derechos humanos contribuye a la generación de estigmas y a comportamientos discriminatorios en los centros de salud.

A pesar que un gran número de la población general reconoce correctamente las vías de transmisión del VIH, existen personas que creen que el VIH se transmite por el aire y solo por contacto físico. Sin embargo, el que las personas tengan un conocimiento correcto sobre las formas de transmisión, no evita que posean ideas estereotipadas sobre las razones por las que una persona adquiere el VIH.

Se observan creencias estereotipadas de índole “moral” (normas sociales), lo que está “bien vs mal”, o una conducta apegada a comportamientos sociales y sexuales esperados o aprobados por la sociedad: “ser heterosexual”, “tener una sola pareja” y “creer en Dios”. Estas creencias erróneas, generan un sinnúmero de etiquetas o estigmas como “mujeres mala/ de la Mala vida”, desviados/ anormales/ aberración”, “promiscuos”, “invasores”, generando así una condición que les hace ser más vulnerables al “rechazo” o “discriminación”, en especial si estas características son “físicamente” evidentes como: “amaneramientos”, “raza negra”, “tipo de vestimenta”, entre otras. El uso común de estos términos perpetua el E&D en la comunidad y establecimientos de salud.

Las referidas creencias exponen a las PVVS, particularmente de grupos claves, a actos de discriminación y rechazo extendido, no solo en la comunidad, sino a la hora de buscar servicios de salud. El principal grupo etario de la población general que prefiere evitar el contacto cercano con grupos claves se encuentra entre las edades de 25-49 años y mayores de 50 años. Los datos sugieren, sin embargo que un número de jóvenes comparten estos estigmas. Las intervenciones para reducir el estigma y discriminación, por lo tanto, deben estar incluidas en la formación educativa básica.

El “miedo al contagio” es la razón principal de rechazo en los centros de salud. La población general que visita los centros asistenciales evita tener contacto con PVVS o personas de grupos clave, utilizar los mismos servicios de laboratorio o la misma camilla. Del lado del personal de salud, el temor no está fundamentado en evidencias científicas y, por lo tanto, se toman medidas de bioseguridad extremas y no justificadas que, además de ser discriminatorias, tienen repercusiones sobre la salud de los pacientes. Los testimonios recogidos dan cuenta de referencias y contra-referencias clínicas injustificadas, postergación y negación de servicios clínicos.

La prestación de servicios a PVVS suele estar organizada alrededor de horarios y lugares de atención particulares o exclusivos para esta condición. Esto permite a las personas que visitan los centros de salud, la fácil identificación de los PVVS, práctica que viola los derechos de confidencialidad.

Las prácticas discriminatorias son mayores en establecimientos públicos. La mayor parte de ONGs estudiadas cuentan con políticas o códigos de conducta que regulan la conducta del personal prestador de servicios a PVVS y grupos claves (el estudio no pudo evidenciar cuales acciones se toman en las ONG). Otros factores también pueden contribuir a las mejores condiciones de atención en las ONGs: 1) Programas educativos y de formación continua regulares en estos temas; 2) Baja movilidad del personal médico y/o de enfermería; 3). Mejores incentivos laborales; 4). Códigos o reglamentos internos de manejo del personal que provee servicios; 5) Ambientes cerrados, que favorecen la confidencialidad; 6) Existencia de servicios especializados solo para poblaciones claves; 7) Manejo de los pacientes por su identidad y/o preferencias (ej. Llamar a la paciente TRANS por el nombre que desea, no necesariamente el que está en la cedula). Varias de estas prácticas pueden ser incorporadas en los hospitales públicos.

Aunque este estudio no estableció una relación de estos factores con la salud de los pacientes⁵, resulta razonable establecer que estas prácticas discriminatorias tienen como consecuencia la búsqueda tardía de atención (pacientes consultan en estado de deterioro clínico avanzado), en el abandono del tratamiento y -en última instancia- en mayores índices de mortalidad y transmisión de la enfermedad. El personal administrativo en hospitales públicos fue el mayor grupo con estas opiniones, seguido de médicos y enfermeras. El personal de psicología y consejería fue en menor proporción. Esto es debido a que el personal de apoyo en el establecimiento no está ligado a la atención directa y por ende no es beneficiario – en la mayoría de las veces- de intervenciones educativas y de manejo ético de la población usuaria de los servicios de salud.

⁵ Otros estudios establecen esta relación: *Factores implicados en el abandono de los servicios, por parte de los pacientes en seguimiento y en tratamiento ARVs que asisten a los servicios de atención integral apoyados por APC, 2015.*

El grupo que recibe mayor rechazo por parte del personal de salud fueron los HSH/Gays, seguidos por las TRSX y TRANS, atribuyéndoles comportamientos y/o conductas inmorales. Esta conducta es de esperarse, cuando el estigma se fundamenta en estereotipos o prejuicios hacia estos grupos y su comportamiento sexual.

En la población general, el rechazo y preferir de no estar en contacto casual y social, fue en mayor número hacia los/as trabajadores del sexo (TRSX) y migrantes haitianos, seguidos de la población de TRANS y HSH/Gays. Las mujeres en condición de vulnerabilidad son menos discriminadas. Sin embargo, desde la perspectiva del rechazo por considerar estos grupos involucrados en conductas sexuales inmorales el grupo con mayor rechazo por la población general fueron los HSH/Gays, los TRANS y trabajadores del sexo, obteniéndose igual resultado que en el personal de salud.

La necesidad de abordar los problemas identificados de E&D se justifican por las repercusiones negativas en la salud de los pacientes y en el control de la epidemia y también por la violación de derechos humanos. La Constitución de la República establece que *el Estado debe promover las condiciones jurídicas y administrativas para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas para prevenir y combatir la discriminación, la marginalidad, la vulnerabilidad y la exclusión*⁶. La Ley General de Salud establece que *todos los dominicanos y dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna*⁷. Finalmente, la Ley VIH/Sida en la República Dominicana establece que la discriminación se reconoce como *actitudes o prácticas que tengan por objeto o resultado disminuir o limitar los derechos, afectando el desarrollo de las actividades normales de una persona o grupo de personas dentro de su contexto social, familiar, laboral o asistencial, o rechazar o excluir, por la sospecha o confirmación de vivir con el VIH o con SIDA*⁸.

Las intervenciones derivadas de los hallazgos de este estudio consideran, por lo tanto, no solo la transmisión de conocimiento sobre la etiología de la enfermedad y sus mecanismos de transmisión, sino sobre los derechos humanos de los dominicanos/as y las consecuencias potenciales de sus violaciones.

10. Intervenciones recomendadas

Con fundamento en los hallazgos de este estudio se proponen intervenciones que afecten tanto el estigma y sus causas, como las prácticas discriminatorias. Los abordajes consideran tanto medidas educativas como administrativas, dirigidas a las causas modificables del estigma:

Intervención I. Acciones educativas y de formación: Sensibilización y capacitación.

1. **Sensibilización y conocimientos sobre el estigma y la discriminación** en el personal de salud y población general hacia grupos claves y PPVS y sus consecuencias en la salud física, mental-emocional y social. A través actividades que estimulan el diálogo, la interacción con estos grupos y el pensamiento crítico; “Estrategias de contacto”, que implican una interacción directa o indirecta entre las personas que viven con el VIH, poblaciones claves y los destinatarios para disipar los mitos.
2. **Programas de sensibilización y capacitación:** El contenido debe incluir aspectos éticos y morales, la formación y expresión de la sexualidad, legislación vigente en relación a los derechos humanos, aspectos etiológicos y clínicos del VIH y las consecuencias del E&D en la salud de la población y en el *capital social*. Los mensajes y estrategias educativas deberán de ajustarse a distintas audiencias:

⁶ Constitución de la República Dominicana, artículo 39, párrafo 3

⁷ Ley 42-01, Ley General de Salud, art 3

⁸ La Ley 135-11, de VIH/Sida en la República Dominicana, Artículo 3

- a. **A maestro y líderes comunitarios:** El efecto de la sensibilización y capacitación a maestros y líderes comunitarios es multiplicador, afectando *de raíz*, las causas fundamentales del estigma. Los mensajes y metodologías educativas deberán considerar la pedagogía infantil y técnicas educativas para adultos con bajo nivel de instrucción. Discutir y analizar los “tabúes” o estereotipos/ creencias hacia los grupos claves y el VIH con la población general mediante una combinación de actividades que promuevan el cambio social y comportamental: educación participativa y estrategias de contacto o cara a cara con la comunidad.
- b. **A líderes religiosos comunitarios:** Para un efecto positivo habrá que identificar a los líderes – menos radicales- de la comunidad religiosa y asegurar que los mensajes no riñan con sus fundamentos teológicos. Discutir y analizar los “tabúes” o estereotipos/ creencias hacia los grupos claves y el VIH mediante una combinación de actividades que promuevan el cambio social y comportamental: educación participativa y estrategias de contacto o cara a cara en las iglesias.
- c. **A profesionales de la salud:** Se sugiere abordar dos aspectos: a) conocimientos en estudiantes en diversas áreas de salud y a profesionales en estudios de postgrado o residencias médicas en hospitales, en aspectos fundamentales del aseguramiento del respeto de los derechos humanos, código de ética y evidencia científica que esclarezca, entre otros aspectos, la transmisión del VIH y las medidas efectivas de control de infecciones, seguridad y bioseguridad. b) discutir y analizar temores y las ideas erróneas (mitos) acerca de la transmisión del VIH en el personal de salud del SAI, personal administrativo y áreas de atención hospitalarias fuera del SAI.
- d. **A representantes de los grupos claves:** El énfasis hacia representantes de grupos claves debe estar en la legislación vigente que protege sus derechos como ciudadano y paciente en un centro asistencial y en los mecanismos institucionales para canalizar quejas, denuncias y/o demandas ante la violación de sus derechos. Se proponen estrategias combinadas de movilización social, derechos humanos y activismo que convierten a las “víctimas” del estigma y la discriminación en grupos facultados comprometidos con la autodeterminación, empoderamiento y el cambio social.
- e. **A otros formadores de opinión:** Otros formadores de opinión, como conductores de radio, periodistas, deben ser sensibilizados en el papel fundamental que juegan en la educación de público y en el control de la epidemia. Las jornadas de capacitación deben ofrecer orientación sobre los mensajes al público que son conducentes al respeto de los derechos humanos y al control de la epidemia y aquellos que contribuyen al estigma y discriminación.

Intervención II: Directrices y procedimientos en establecimientos de salud

La forma en que la prestación de servicios de salud está organizada contribuye al estigma y discriminación y no conduce o contribuye al control de la epidemia. Junto a la implementación de intervenciones educativas y administrativas, deben implementarse acciones para una prestación de servicios más inclusiva, *de calidad y calidez*.

- f. **Organización de los servicios:** Transformar e integrar la prestación de servicios específica de PVVS o grupos claves (trabajadores del sexo, por ejemplo), a servicios de atención ambulatorios a la población sin “particularidades”. Un decreto ministerial, o directriz del Servicio Nacional de Salud podría inducir cambios en cascada o progresivos en los establecimientos públicos, que permitan la atención a estas poblaciones en las áreas de consulta ambulatoria general, con previa formación de los prestadores.
- g. **Elaborar procedimientos operativos para mejorar prácticas del personal de salud:** Desarrollar procedimientos operativos sobre cómo prevenir la exposición ocupacional al VIH, seguridad, bioseguridad, control de infecciones, atención de calidad a la población no importa la condición y sobre el manejo ético en pacientes con condiciones crónicas.

- h. **Códigos de conducta:** Los establecimientos públicos y privados (ONG) deben asegurar el cumplimiento de códigos de conducta que eviten comportamientos discriminatorios en los servicios. El Servicio Nacional de Salud, con el apoyo de agencias de cooperación técnica, si fuera necesario, podría desarrollar un código de conducta basados en aspectos de derecho y ética para proporcionar a los proveedores de atención sanitaria las competencias y herramientas necesarias para garantizar los derechos de los pacientes al trato igualitario, respetuoso y a la no discriminación en todas sus manifestaciones. Una vez desarrollados, deben ser difundidos y observados.

Intervención III. Sistema de canalización de quejas y denuncias:

Con fundamento en la legislación vigente, se propone la creación de un sistema de quejas y denuncias ante la violación de los derechos ciudadanos y de salud fundamentales. Se proponen tres intervenciones no excluyentes:

- i. **Mecanismo formal de quejas y denuncias en los establecimientos:** Los centros asistenciales deben designar a un departamento y personal específico que garantice la calidad de la atención a los usuarios, fundamentado en ética profesional y derechos humanos. Este sería el receptor de las quejas y denuncias y presentación periódicamente a la Dirección un informe consolidado que permita: a) deducir responsabilidades y aplicar sanciones; y, b) implementar estrategias institucionales que corrijan las causas subyacentes de las quejas.
- j. **Establecer un sistema de sanciones o consecuencias al personal de salud que niegue a prestar un servicio.** A través de las instituciones rectoras y proveedoras de la salud – Ministerio de Salud y el Programa Nacional de VIH y SIDA-; así como el Servicio Nacional de Salud (SNS), establecer un canal de comunicación formal para presentar quejas, situaciones o demandas por discriminación y que se obtenga consecuencias al respecto en la red de servicios públicos y privados.
- k. **Aplicaciones electrónicas:** El Servicio Nacional de Salud, Ministerio de Salud, CONAVIHSIDA, Ministerio Público, Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) debe crear un portal electrónico (accesible por tecnología móvil) para canalizar deficiencias en la atención y/o violaciones a los derechos humanos. La dirección electrónica debe estar disponible y visible en los establecimientos de salud y debe ofrecer un sistema de seguimiento a la denuncia.
- l. **Asesoría legal para demandas:** La quejas y denuncias que no fueron atendidas por los mecanismos institucionales anteriores podrían seguir, si el afectado lo considera conveniente, un curso legal. Se sugiere que los departamentos legales del Servicio Nacional de Salud u ONG, ofrezcan asesoría legal a potenciales demandantes en cortes civiles dominicanas.

Gráfico 7. Causa y efecto.

