



# ALEP+PC

Alianza Liderazgo en Positivo  
y Poblaciones Clave

Análisis de las causas de las barreras relacionadas con derechos humanos y de género en los servicios de VIH y TB/VIH; identificando los factores existentes a nivel de los sistemas de salud, normas culturales y de género, y barreras en el ámbito legal en **Colombia, Costa Rica, Honduras y Paraguay**

**Consultoras:**

Adriana Gisela Martínez Parra

María Janeth Pinilla Alfonso

**Julio, 2024**



## Tabla de contenido

Introducción .....	5
Objetivos.....	7
Metodología.....	7
Estrategias de búsqueda y localización de información .....	8
Revisión y análisis primario de información .....	10
Análisis de la información.....	10
Informe de país.....	13
<b>Honduras.....</b>	<b>13</b>
Metodología.....	13
Sistema de salud .....	13
Normatividad VIH y TB .....	14
Panorama epidemiológico del VIH .....	14
Resultados.....	15
Conclusiones .....	25
Recomendaciones .....	27
<b>Costa Rica.....</b>	<b>34</b>
Metodología.....	34
Sistema de Salud .....	34
Normatividad VIH y TB .....	35
Panorama epidemiológico del VIH .....	36
Resultados.....	36
Conclusiones .....	45
Recomendaciones .....	46
<b>Paraguay .....</b>	<b>49</b>
Metodología.....	49
Sistema de Salud .....	49
Normatividad VIH y TB .....	50
Panorama epidemiológico del VIH .....	53
Resultados.....	55
Conclusiones .....	69
Recomendaciones .....	72
<b>Colombia .....</b>	<b>83</b>
Metodología.....	83
Sistema de salud .....	83
Normatividad de VIH y TB.....	84
Panorama epidemiológico del VIH .....	85
Resultados.....	86

Conclusiones .....	94
Recomendaciones .....	96
<b>A manera de cierre.....</b>	<b>102</b>
Referencias.....	106

## Índice de Siglas

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
APS	Atención Primaria en Salud
ARV	Antirretroviral
ATAP	Asistentes Técnicos de Atención Primaria
CAI/SAI	Centros/Servicios de Atención integral
CDE	Centro de Documentación y Estudios
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CONASIDA	Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y Sida
CR	Costa Rica
DDHH	Derechos Humanos
DGVS	Dirección General de Vigilancia de la Salud
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
GAM	Gran Área Metropolitana
HB	Hepatitis B
HSH	Hombres que tienen sexo con Hombres
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IP	Incidencia Política
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTIQ+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, Transexuales, intersexuales y queer
MEC	Ministerio de Educación y Ciencia
MLC	Monitoreo Liderado por la Comunidad
MTRANS	Mujeres Transgénero
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
MTS	Mujeres Trabajadoras Sexuales
OBC	Organizaciones de Base Comunitaria
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PEN	Plan Estratégico Nacional
PEP	Profilaxis Posexposición

PC	Poblaciones Clave
PENSIDA	Plan Estratégico Nacional de respuesta al VIH
PG	Población General
PIB	Producto Interno Bruto
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PIDESC	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PrEP	Profilaxis Preexposición
PTS	Personas Trabajadoras Sexuales
PERTS	Personas que Ejercen el Trabajo Sexual
PPL	Personas Privadas de la Libertad
PVV	Persona con VIH
PUD	Personas Usuarias de Drogas
REDLACTRANS	Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SESAL	Secretaría de Salud de Honduras
SGSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Sistema Social
SVCITS	Sitios de Vigilancia Centinela de ITS
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
TB	Tuberculosis
TARV	Tratamiento Antirretroviral
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UD	Usuarios de Drogas
USF	Unidades de Salud Familiar
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

## Introducción

La aceptación de los derechos humanos por un Estado ocurre cuando se les da un reconocimiento jurídico que permite su garantía y exigibilidad (Correa-Lugo, 2005), y ese es el caso de los cuatro países objeto de este estudio (Colombia, Costa Rica, Honduras y Paraguay). Los derechos son complementarios e interdependientes entre sí, por ello, aun cuando la salud se inscribe en los derechos sociales, económicos y culturales, es interdependiente con los derechos civiles y políticos (Consejo Económico Social, 2000; Correa-Lugo, 2005). “La salud contribuye y posibilita el ejercicio de la libertad y comparte con la libertad la condición de ser una necesidad vital humana” (Correa-Lugo, 2005, p. 23). ACNUR y ONUSIDA (2007) subrayan que la respuesta al VIH ha mostrado que “los derechos humanos son esenciales para una respuesta nacional eficaz a la epidemia” (p.1), la protección de estos derechos reduce la vulnerabilidad a la infección, el estigma y la discriminación; mejora las condiciones de vida de las personas y las posibilidades de tratamiento adecuado, entre otras (ACNUDH & ONUSIDA, 2007). En 2006, la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció el objetivo a 2010, “de acercarse lo máximo posible al acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH” (p.1); además, se incluye explícitamente en algunos compromisos la protección de los derechos humanos.

Para la garantía del derecho a la salud, el acceso a servicios de salud de calidad, de manera oportuna y efectiva es fundamental. No obstante, todo sistema de salud tiene barreras de acceso en mayor o menor medida (Hautecoeur et al., 2007; Penchansky & Thomas, 1981; Saurman, 2016). El VIH, al ser considerado de carácter transmisible y crónico, requiere que las personas con esta enfermedad cuenten con acceso a los servicios, medicamentos y tecnologías en salud de manera constante y por el resto de sus vidas. Por su parte, la tuberculosis (TB) ha sido una enfermedad infecciosa de gran importancia en la salud pública por su alto contagio. Las personas con VIH tienen una mayor predisposición a presentar síntomas graves cuando se da una coinfección con TB. Para ambas enfermedades un acceso fácil, oportuno y de calidad a los servicios de salud y otros servicios sociales son esenciales para garantizar los derechos humanos.

Desde sus inicios, la epidemia de VIH estuvo atravesada por el estigma y la discriminación asociadas, en las primeras etapas al miedo al contagio; y en las últimas décadas, especialmente en el contexto latinoamericano, por su concentración en poblaciones clave como hombres gays, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres, personas trabajadoras sexuales, mujeres trans y personas usuarias de drogas. Todas estas poblaciones, comparten, en muchos casos situaciones de vulnerabilidad social y desigualdades de clase, género y etnia.

Categorías como el género y las normas culturales tienen un papel importante tanto en la garantía de los derechos humanos como en su vulneración. El género ha tenido diversos usos y con frecuencia se “encajona” como un constructo socio cultural que se establece según el sexo. Si bien este primer y más permanente uso del “sistema sexo-género” aún es valioso, no permite ver las complejidades de las relaciones de opresión y de resistencia que se dan al interior de las relaciones sociales (Abadia-Barreo et al., 2012). En este sentido, consideramos útil definir el género como un dispositivo de poder que “opera como problematización de identidades, relaciones e instituciones sociales y discursos, incluso para aquellos que se consideran progresistas” (Amigot & Pujal, 2009a). Desde esta perspectiva es posible una mayor comprensión y crítica de las relaciones del espacio médico, sus discursos y prácticas con las personas/pacientes/usuarios/clientes y particularmente con aquellas cuya condición de salud genera un vínculo necesario y permanente.

Por su parte, las normas culturales entendidas como los criterios que ordenan la cultura y la sociedad y por lo tanto la vida de las personas y poblaciones, son determinantes en tanto crean diversas ideas, como la “normalidad” tanto en los cuerpos como en el devenir de los sujetos y sus relaciones entre ellos y con el entorno (Kottak, 2019). Y si bien, se transforman con el tiempo, los contextos y los sujetos; al estar fuertemente relacionadas con todas las instituciones sociales, económicas y políticas, logran mantener y reproducir prácticas de discriminación, estigma, exclusión e invisibilización a partir de la clase, el género y la etnia, entre otras (Breilh, 1993). Razón por la cual, grupos que han sido históricamente discriminados, que son considerados subalternos y llevados a situaciones de vulnerabilidad son aquellos que encuentran más barreras para la garantía de los derechos humanos y por supuesto el derecho a la salud.

Los párrafos anteriores muestran las razones por las cuales es necesario estudiar las barreras de acceso a servicios de VIH y TB/VIH en relación con los derechos humanos, las desigualdades de género y las normas culturales. Toda vez que una sociedad justa debe garantizar que todas las personas tengan acceso equitativo a todo servicio que garantice una vida digna.

## Objetivos

### Objetivo general

Analizar las causas de las barreras relacionadas con derechos humanos y de género en los servicios de VIH y TB/VIH, identificando los factores existentes a nivel de los sistemas de salud; normas culturales y de género, y, barreras en el ámbito legal en Colombia, Costa Rica, Honduras y Paraguay

### Objetivos específicos

1. Identificar estudios, tesis, investigaciones, publicaciones, normatividades, casos emblemáticos, entre otra referencia documental, publicados en los últimos 8 años en torno a las barreras relacionadas con DHG en los servicios de salud de VIH y TB/VIH, normas culturales y de género, y, barreras en el ámbito legal en Colombia, Costa Rica, Honduras y Paraguay
2. Definir las principales barreras en torno a DHG en los servicios de salud de VIH y TB/VIH, normas culturales, de género y barreras en el ámbito legal en cada uno de los países
3. Generar un informe con lineamientos para la incidencia política en torno a las barreras relacionadas con DHG en los servicios de salud de VIH y TB/VIH, normas culturales y de género, y, barreras en el ámbito legal en cada uno de los países

## Metodología

Este proyecto se realizó bajo la propuesta de la Investigación Documental (ID) usando una revisión de alcance (scoping review), es decir, “un tipo de síntesis de conocimiento que utiliza un enfoque sistemático e iterativo para identificar y sintetizar un cuerpo de literatura existente o emergente sobre un tema determinado” (Mak & Thomas, 2022). La revisión de alcance permitió mapear el alcance y naturaleza de la información conexas a las barreras relacionadas con los derechos humanos y de género en los servicios de VIH y TB/VIH, identificando los factores existentes a nivel de los sistemas de salud; normas culturales y de género; en el ámbito legal. Se incluyó en esta revisión tanto la literatura revisada por pares, como la denominada *literatura gris* que no ha tenido una revisión por pares o que no está publicada en bases de datos especializadas.

## Estrategias de búsqueda y localización de información

La búsqueda de literatura indexada se hizo en español, portugués e inglés usando las palabras claves que aparecen en la tabla 1. Los operadores booleanos que se utilizaron son las palabras (AND, OR y NOT) ellos permitieron combinar las palabras claves y ampliar, limitar o redefinir las búsquedas. Se realizó la búsqueda bibliográfica para cada país (Honduras, Costa Rica, Paraguay y Colombia).

Tabla 1. Palabras clave para la búsqueda de literatura

Español*	Inglés**
Accesibilidad a los Servicios de Salud Barreras de Acceso a los Servicios de Salud	Health services accessibility
Legislación. Jurisprudencia	Legislation and jurisprudence
VIH	HIV
Tuberculosis	Tuberculosis
Identidad de género Género y Salud Rol de género	Gender Gender identity
Sistemas de salud Servicios de salud	Health systems plans Delivery of health care
Derechos humanos	Human rights
Cultura Derechos Culturales	Culture
Discriminación social	Social discrimination
Estigma Social	Social stigma
Trabajadores sexuales	Sex workers
Consumidores de Drogas	Drug users
Personas Transgénero	Transgender Persons
Minorías Sexuales y de Género	Sexual and Gender Minorities

\*Estos términos fueron identificados en la base de datos de Descriptores en ciencias de la salud

\*\*Estos términos fueron identificados en la base de datos MeSH (Medical Subject Headings)

Se utilizaron los siguientes criterios o límites en la búsqueda de literatura indexada:

- Tiempo de búsqueda: 8 años 2015-2023
- Población: Personas con VIH, Personas trabajadoras sexuales, Mujeres Trans, Personas usuarias de drogas, Hombres gays y bisexuales

Las bases de datos en las que se realizó la búsqueda fueron: Google académico, Dialnet, Scielo, Redalyc, Scopus, Pubmed, Ebsco. El detalle de las búsquedas aparece en el anexo 1. Cabe mencionar que la literatura indexada fue escasa para todos los países, con excepción de Colombia. Este es un hallazgo importante en términos de la capacidad de investigación y publicación en los países. Es bien sabido que en América Latina los recursos para investigación son muy limitados, y más en países pequeños y de renta baja.

La búsqueda de literatura gris se realizó en:

- Páginas y repositorios institucionales de organizaciones como:
  - Organización Mundial de la Salud OMS
  - Organización Panamericana de la Salud OPS
  - Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)
  - Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
  - Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR)
  - Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
  - Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)
  - Otras organizaciones clave para los temas relacionados con la consultoría
- Páginas de instituciones gubernamentales de cada país (ministerios, secretarías de salud y de justicia, según cada país).

Se utilizaron las mismas palabras de búsqueda de la literatura indexada. Esta búsqueda fue mucho más productiva que la de literatura indexada. Para Costa Rica, Honduras y Paraguay, la mayor parte de la información recopilada corresponde a informes de investigaciones financiadas por la cooperación internacional o informes institucionales. Otra fuente importante de información fueron las tesis de grado, especialmente de posgrado, que aportaron detalles importantes a esta consultoría.

Una tercera fuente de información, y que fue clave para completar la búsqueda y recuperación de documentos fueron las conversaciones con personas clave en cada país. Esta actividad se llevó a cabo una vez se hizo la búsqueda en bases de datos y se exploraron algunos de los documentos recabados. Para contactar a las personas, Hivos y GayLatino facilitaron los nombres y datos de contacto de algunas personas en cada país; se logró contactar una persona por cada país con amplia experiencia y conocimiento en VIH y en el contexto de la respuesta en cada país. Fruto de estas conversaciones se recabaron otros documentos que fueron mencionados y/o enviados por estas personas.

Finalmente, a partir de la revisión de la literatura se identificaron documentos adicionales que se consideraron importantes y cumplían con los criterios de inclusión para este proyecto, así que fueron incluidos como parte de las fuentes de información.

Al inicio del informe de cada país aparece una breve descripción de los resultados de la búsqueda bibliográfica y el número de documentos incluido.

## Revisión y análisis primario de información

En el anexo 1 aparece la búsqueda de literatura indexada para cada país. Las demás formas de recuperación de información no están explícitamente señaladas allí. Los documentos seleccionados en las búsquedas o provenientes de otras fuentes fueron puestos en carpetas por país. Posteriormente se identificaron documentos repetidos y finalmente se hizo una depuración de acuerdo con la pertinencia y periodo de estudio. Se creó una colección bibliográfica en el gestor de referencias *Zotero*, que es un software libre.

## Análisis de la información

Para el análisis de los documentos se hizo una codificación temática, usando las siguientes categorías de análisis:

Las primeras categorías se enmarcan en el acceso definido como el grado de ajuste entre los usuarios y el sistema de salud. El ajuste se refiere a la necesidad, los factores predisponentes y los factores habilitantes para el uso efectivo de los servicios de salud. El acceso puede ser visto desde un conjunto de áreas o dimensiones más específicas para estudiar el ajuste entre el paciente y el sistema de salud:

- **Disponibilidad:** relación entre la cantidad, tipo de servicios y recursos existentes; y la cantidad y el tipo de necesidades de los usuarios.
- **Accesibilidad:** relación entre la localización de los servicios y la localización de los usuarios, teniendo en cuenta los recursos de transporte del usuario, el tiempo de viaje, la distancia y el costo (Penchansky & Thomas, 1981).
- **Acomodación:** relación entre la manera en la que están organizados los recursos del servicio para aceptar a los usuarios y la capacidad de los usuarios para acomodarse a estos factores junto con la percepción de su pertinencia.
- **Asequibilidad:** relación de los precios de los servicios y requisitos de proveedores de aseguramiento o depósitos con los ingresos de los usuarios, la capacidad de pago y el aseguramiento de salud existente (Penchansky & Thomas, 1981).
- **Aceptabilidad:** se refiere a la relación de las actitudes del usuario y los proveedores respecto a las características personales y las prácticas (Penchansky & Thomas, 1981). Según la oficina del Alto Comisionado para los Derechos

Humanos de Naciones Unidas, la aceptabilidad hace referencia a que los establecimientos, bienes y servicios sanitarios sean respetuosos de la ética médica, sensibles a las cuestiones de género y apropiados desde el punto de vista cultural (ACNUDH, s. f.)

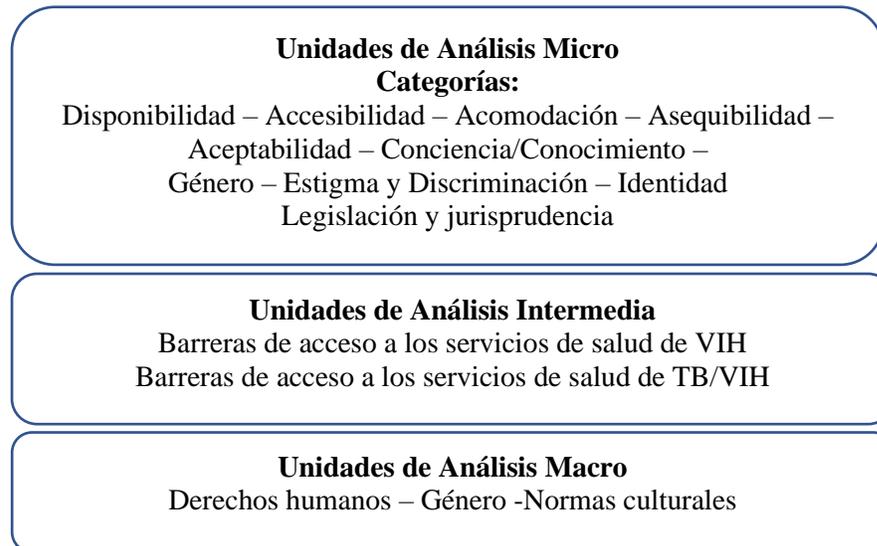
- **Conocimiento o conciencia:** conocer la existencia de un servicio, entenderlo y usar ese conocimiento, lo que incluye identificar que el servicio es necesario, conocer a quienes está destinado, qué hace, cuándo está disponible, cómo y cuándo usarlo, por qué sería usado el servicio y preservar ese conocimiento (Saurman, 2016).

Las siguientes categorías se adicionan para los fines específicos de este proyecto que se relacionan con barreras de acceso a servicios de salud relacionadas con los derechos humanos, normas culturales y de género y el área legal. Todo lo anterior enmarcado en el contexto del VIH:

- **Estigma:** hace referencia al conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social, instituciones o personas hacen con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o "marca" que permite identificarlos.
- **Discriminación:** es la conducta de desprecio contra otra persona o grupo, ya sea cultural y socialmente extendido en base a un prejuicio negativo (Campillay Campillay & Monárdez Monárdez, 2019).
- **Identidad:** se concibe como una construcción individual o colectiva que es fluida y se genera en la interacción social, donde se construye y reconstruye constantemente en los intercambios sociales (Marcús, 2011). En este sentido es inacabada y dinámica en términos de tiempo, contingencias, clase, género y enfermedad, entre otras.
- **Género:** dispositivo de poder que "opera como problematización de identidades, relaciones e instituciones sociales y discursos, incluso para aquellos que se consideran progresistas" (Amigot & Pujal, 2009b).
- **Legislación y jurisprudencia:** legislación hace referencia al "conjunto o cuerpo de leyes por las cuales se gobierna un Estado, o una materia determinada. ley, regulación, normativa, código, estatuto, reglamento, constitución, fuero" (RAE, s. f.). Jurisprudencia es el "conjunto de las sentencias, decisiones o fallos dictados por autoridades judiciales en el país" (SUIN, 2024).

La codificación temática se consignó en una matriz de Excel (Ver anexo 2a, 2b, 2c y 2d) que incluye: referencia bibliográfica del documento y las categorías de análisis en las columnas hacia la derecha. Este análisis temático implicó una combinación de las tres unidades de análisis propuestas en principio.

*Ilustración 1. Categorías de indagación y análisis*



Para cada país se hizo una lectura vertical de la matriz, es decir por cada categoría de análisis, ello permitió identificar las principales barreras de acceso a servicios relacionados con VIH (unidad de análisis intermedia). Cabe mencionar que las categorías y análisis micro (ver ilustración 1) y algunas de las unidades de análisis macro son bisagras que unen el mundo de la salud, con el mundo legal y social y se articulan en torno a las poblaciones. Una categoría emergente fue la de desigualdades, entendida como una expresión resultante de la inequidad que expresa una injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad (Breilh, 2003). Las unidades de análisis macro (ver ilustración 1) se utilizaron principalmente para el capítulo de conclusiones y recomendaciones, en esos apartados se presenta la forma como se relacionan los dos niveles anteriores con los derechos humanos.

## Informe de país

### Honduras

#### Metodología

De la búsqueda bibliográfica en bases de datos se recuperaron 17 documentos (anexo 1), producto de las conversaciones, los documentos facilitados por los puntos focales del país se recuperaron 28 documentos y del proyecto “Soy Clave” se incluyeron 5 documentos. Adicionalmente, se incluyeron documentos referenciados en otras fuentes secundarias. Una vez se hizo la depuración de repetidos y pertinencia de la información recolectada quedaron 54 documentos.

#### Sistema de salud

El sistema de salud hondureño es de carácter mixto; está constituido por el sector público –compuesto por la Secretaría de Salud (SESAL) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), además de otras instituciones públicas que administran regímenes especiales de aseguramiento (Fuerzas Armadas) o atienden a poblaciones específicas– y el sector privado con y sin fines de lucro (Carmenate Milian et al., 2016). La SESAL, es la rectora de las estrategias de salud a nivel nacional, regional y local; cubre el 60 % de la población y constituye la mayor red de establecimientos públicos de servicios de salud (1735) en el país, entre ellos hay 52 Servicios de Atención Integral (SAI) dónde se hace la atención para VIH (CONASIDA, 2019a). El IHSS cubre un 12 % de la población total y entre su red de servicios de salud cuenta con 2 SAI, uno en San Pedro Sula y otro en Tegucigalpa. El sector privado atiende cerca del 10 % de la población con capacidad de pago (CONASIDA, 2019a). En 2011 se estimaba que un 17 % de la población no contaba con ningún tipo de servicio de salud (Bermúdez-Madriz et al., 2011). El sistema de salud del país se caracteriza por la alta fragmentación entre las distintas instituciones que lo conforman, lo que dificulta la planeación y la operatividad del sistema (Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH), 2014). En 2013 se aprobó el Acuerdo No. 1000-2013 que adoptó el nuevo Modelo Nacional de Salud, que separa las funciones de rectoría, delegadas al Estado; de las financiación, aseguramiento y atención, delegadas a proveedores privados” (Carmenate Milian et al., 2016).

Respecto a la financiación para VIH, en 2019 se estimó que el país dispuso el 5,6% del gasto general del gobierno para VIH; de este total, el gasto público representó el 53,4% (7.8% más que en 2016), el gasto internacional (agencias de cooperación tanto bilaterales, como multilaterales, fundaciones y ONG nacionales e internacionales) representó el 23,1% (3.2% más que en 2016) y el gasto privado fue de 26,3%, del cual el

88% fue gasto de bolsillo en condones. Respecto a la categoría de gasto, el 40% fue destinado a prevención (52% gasto de bolsillo, 32,5% público y 15,6% internacional). Para asesoría y pruebas se destinó el 11% (55% público, 25% privado y 19% internacional) Para atención y tratamiento se destinó el 39% siendo la fuente principal el gasto público (78,1%) (SESAL, 2021a). Según el tipo de población, el 48,9% del gasto en VIH se destinó a PVV, 7,5% a poblaciones clave y 25% en población general, principalmente mujeres. Para TB se destinó el 0.7% del gasto en VIH (SESAL, 2021a).

## Normatividad VIH y TB

La constitución de la república de Honduras en su artículo 59 dicta “la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del Estado. Todos tienen la obligación de respetarla y protegerla. La dignidad del ser humano es inviolable”, el artículo 145 establece el derecho a la protección de la salud (CONASIDA, 2019a). En 1999 se adopta la primera Ley Especial sobre VIH/Sida, que fue reformada en 2015 (República de Honduras, 2015a) con un avance importante en materia de derechos. El propósito de esta ley es “contribuir a la protección y promoción integral de la salud de las personas, mediante la adopción de las medidas necesarias conducentes a la prevención, investigación, control y tratamiento del VIH y el Sida, así como la educación e información de la población en general” (SESAL, 2020e).

En 2014, tras el acuerdo ejecutivo 406-2014 que reorganizó la SESAL, desaparecieron los programas nacionales de VIH y tuberculosis pasando a ser dirigidos por otros departamentos de la SESAL (Beltrán et al., 2022a).

En 2019 entró en vigor la actualización Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA en Honduras 2020 a 2024 (PENSIDA) (CONASIDA, 2019a), que constituye una actualización a la versión IV del PENSIDA. Adicionalmente, el país cuenta con una gran cantidad de manuales, guías y lineamientos para garantizar la atención en VIH (SESAL, 2016, 2019, 2020c, 2020d, 2020e, 2020f, 2021b).

## Panorama epidemiológico del VIH

En Honduras entre 1985 y 2023 hubo 42.249 casos de VIH, con una razón hombre-mujer de 1.3. Del total de casos, el 62.4% corresponden a infección avanzada. En 2023, de los 1083 casos reportados, 74.1% fueron hombres, 29.1% infecciones avanzadas, el grupo de edad más prevalente es el de 15 a 49 años, 4,6% en mujeres embarazadas, 4,6% en población Garífuna y 4.2% en pueblo Misquito; respecto a las poblaciones clave, el 29.8% casos fueron hombres que tienen sexo con hombres, 5.6% en mujeres trabajadoras sexuales y 0.4% en mujeres trans. En mujeres embarazadas se identificaron 50 casos (4.6%) y en personas privadas de la libertad 23 casos (2.1%). Cabe mencionar que en HSH ha habido un aumento importante en el número de casos desde el año 2022. Los datos anteriores denotan que Honduras tiene una epidemia de tipo concentrada (SESAL, 2023); sin embargo, grupos étnicos, mujeres embarazadas y adolescentes también son considerados vulnerables (SESAL, 2020e, 2022). La tendencia de la

mortalidad entre 2015 y 2020 fue al aumento entre 2016 y 2018 (21,09) y al descenso en 2019 (13,66) y 2020 (13,34). Del total de fallecidos en el periodo de estudio, el 56,7% fueron hombres en TAR (UNAH et al., 2022a). Las PVV fallecidas tenían mayor edad, diagnóstico tardío, se encontraban en estadio avanzado de la enfermedad y se encontraban desvinculadas de los servicios de salud y el TAR (UNAH et al., 2022a).

Respecto a TB, en 2023 se notificaron 2611 casos nuevos, el mayor número desde 2020. La tasa de incidencia nacional para 2023 fue de 25.7 por cada 100,000 habitantes, la tasa más alta la tiene Gracias a Dios (115.2). El mayor número de casos notificados en las primeras 8 semanas de 2024 se encuentra entre los hombres (SESAL, 2024). Respecto a la coinfección TB/VIH, es evidente una tendencia a la reducción desde 2015; sin embargo, en 2023 se reportaron 22 casos de personas (SESAL, 2023).

## Resultados

La respuesta al VIH y la garantía de derechos, especialmente a poblaciones claves, está atravesada por los cambios políticos del país (S. Fernández, 2019); por ello, gobiernos más cercanos a ideas de derecha son más restrictivos en materia de derechos. En ese sentido, temas como el género, la violencia contra las mujeres, los derechos de personas LGBTIQ+, entre otros podrán estar en mayor o menor medida en la agenda pública dependiendo del gobierno de turno (S. Fernández, 2019). Esto es especialmente clave para las acciones de prevención del VIH y se convierte en una barrera o un facilitador para la respuesta al VIH.

## Sistema de Salud

En relación con el derecho al máximo nivel alcanzable de salud, los servicios de salud ocupan un lugar central (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2024). Existen varios criterios para estudiar el acceso a dichos servicios:

### Disponibilidad

La ley especial de VIH menciona que la SESAL consolida un subsistema de suministros para lograr la disponibilidad asegurada de los insumos de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y de la coinfección TB/VIH (República de Honduras, 2015). Entre 2015 y 2024 hubo cambios importantes representados en un aumento en el presupuesto para VIH, aumento en el número de centros/servicios de atención integral (CAI/SAI), contratación de personal, mejoras en la compra de ARV de primera línea, la inclusión de Dolutegravir en esquemas de primera y segunda línea (SESAL, 2020d), actualización de criterios de atención y prescripción de ARV, estrategias de prevención enfocada a población en más alto riesgo, embarazadas y adolescentes (CONASIDA, 2019; CONASIDA et al., 2015). Respecto a la satisfacción con la atención al interior de los

SAI, las personas indican que la atención es amable, no discriminatoria, con tiempos de espera adecuados (Bucardo & Pérez, 2021); (PEPFAR et al., 2022).

El sistema de información en salud en Honduras es deficiente; la ficha de notificación de VIH necesita ser revisada para incluir o modificar variables que permitan tener información desagregada. La interoperatividad con otros sistemas de información también es una pieza clave para la toma de decisiones en salud pública (Soy Clave, 2023). Dada la alta fragmentación del sistema de salud hay falta de reporte de eventos de interés en salud pública por parte de las clínicas privada, esto se suma a la falta de control de la SESAL sobre ellas; ello deja una oportunidad perdida de tener diagnóstico oportuno, vigilancia en salud pública eficaz, derivación a tratamiento más adecuado y pérdida de continuidad en la atención para enfermedades como VIH y TB (Realpe-Delgado, 2017).

Una barrera de disponibilidad importante es la falta de programas de prevención consistentes y sostenidos en el tiempo. Quizás una de las razones para ello es el enfoque fuertemente medicalizado de la respuesta al VIH, lo que margina tanto en términos de recursos como de programas a las estrategias educativas (J. A. F. Fernández, 2019), es decir, todo el componente comportamental de la prevención combinada. Es de resaltar el papel de las organizaciones de la sociedad civil en este ámbito (PEPFAR et al., 2022), considerando que con pocos recursos son quienes mantiene buena parte de estas medidas. Estrategias de prevención como PrEP y autoprueba son más recientes, en 2022 se aprobaron los lineamientos para su provisión (SESAL, 2022c). En 2022, de un grupo de personas encuestadas 15.4% tomaban PrEP, y un porcentaje importante no tenía conocimiento de prevención combinada (PEPFAR et al., 2022).

En términos del diagnóstico y el tratamiento se identifican las siguientes barreras:

1. Se reporta a lo largo del periodo un limitado acceso a diagnóstico (CONASIDA, 2019b) y por tanto un diagnóstico tardío de la enfermedad. En 2019 sólo el 56% de las personas estimadas con VIH conocían su estado serológico (SESAL, 2020d) y en mujeres embarazadas también se vio una baja cobertura en 2018 (El Bcheraoui et al., 2018). Esto se atribuye en parte al desabastecimiento de pruebas de diagnóstico, que ocurría en ese momento (CONASIDA, 2019b; CONASIDA et al., 2015; SESAL, 2020d).
2. El acceso a ARV aún no es universal, en 2019 se estimaba su cobertura en 47% (CONASIDA, 2019; CONASIDA et al., 2015; (SESAL, 2020b)
3. Adicionalmente, en 2015 se registró una preocupación por el alto abandono de TAR, a pesar de las estrategias diseñadas para superar esa situación (CONASIDA et al., 2015) como la implementación de la consejería intensificada para la adherencia (SESAL, 2020a). PEPFAR y colaboradores (2022) reportaron entre las razones para interrumpir el TAR la interrupción o no entrega de los medicamentos (10,7%) (PEPFAR et al., 2022). Esta última es una barrera

importante en términos del tratamiento adecuado para VIH considerando los problemas de adherencia y resistencia a los antirretrovirales (entre 2016 y 2017 se identificó resistencia a los antirretrovirales, especialmente los inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa, en un 29,1% de personas que nunca habían tomado TAR (SESAL, 2018), que podría explicarse, entre otras causas, por una entrega inadecuada de medicamentos a las PVV. En 2022 se reitera la necesidad de garantizar la disponibilidad de medicamentos altamente eficaces y recomendados, observar el cumplimiento y continuidad de la TAR y garantizar la educación a la persona en tratamiento (SESAL, 2022a).

4. En 2021 se reportó un presupuesto insuficiente para una prestación adecuada de los servicios en los SAI; reflejada en poco personal que lleva, entre otras cosas, a la no disponibilidad de servicios como apoyo psicosocial, horarios de toma de muestra restringidos, dificultades en el transporte y envío de muestras para su procesamiento, la falta de reactivos y personal en los laboratorios (Bucardo & Pérez, 2021; PEPFAR et al., sf). Estas barreras se aplican para otros momentos de la atención para VIH y TB.
5. La disponibilidad de otras pruebas diagnósticas también es un reto. La cobertura de carga viral sigue siendo insuficiente (PEPFAR et al., sf), y por tanto es difícil el seguimiento a las PVV para determinar la supresión viral (SESAL, 2020d). También se reportó en 2019 disponibilidad limitada de pruebas de CD4, PCR, genotipo, reactivos de Gene-Xpert y medicamentos para infecciones oportunista (Pharos Global Health Advisors y Bitrán y Asociados, 2019), lo que limita la calidad de la atención y seguimiento de las enfermedades. Cabe mencionar que en 2020 la SESAL aprobó las directrices para asegurar el abastecimiento, dispensación y entrega de los medicamentos (SESAL, 2020a), pero no se encontró información sobre la aplicación de este lineamiento.
6. En relación con los servicios de TB, no hay evidencia de una atención conjunta TB y VIH (Salinas, 2015), por lo tanto, el país cuenta con un Manual de normas de atención al paciente con tuberculosis y se ha capacitado el personal que tiene a cargo el diagnóstico y el tratamiento (Salinas, 2015). Se reconocen barreras de acceso a diagnóstico oportuno porque la prueba más usada es la baciloscopia que es poco sensible y específica en estadios tempranos de la infección (Realpe-Delgado, 2017). Las nuevas técnicas diagnósticas (pruebas moleculares de point of care) aunque se han ido adquiriendo, son muy caras para el país (Realpe-Delgado, 2017). Respecto a la coinfección TB/VIH, en 2015 se reportó que un poco más del 40% de las personas que vivían con VIH tuvo acceso a la prueba y resultado para TB (CONASIDA et al., 2015). En 2022, el 27% de las PVV encuestadas les habían hecho prueba de TB (PEPFAR et al., 2022). De otro lado, hay una desigualdad en la disponibilidad y calidad de los servicios para TB en el país que se ve reflejada en: laboratorios deficientes, personal médico, de enfermería y microbiólogos escasos (Realpe-Delgado, 2017).

7. A propósito de las enfermedades oportunistas, diferentes a TB, en el estudio de Monitoreo Liderado por la Comunidad se reportó que, de las personas encuestadas, el 37,7% recibió prueba de sífilis, 17,6% de hepatitis B y 15,7% de hepatitis C. El 26,8% recibió tratamiento profiláctico para infecciones oportunistas (PEPFAR et al., 2022). Estos datos ameritan profundizar en la disponibilidad de servicios y el acceso a ellos, particularmente por las condiciones de presupuesto limitado en el país.

## Accesibilidad

Respecto a la accesibilidad, la ley general de VIH hace explícita la obligación de CONASIDA y SESAL de garantizar la disponibilidad y acceso a programas de prevención y servicio de salud relacionados con VIH (tratamiento, cuidado, apoyos relacionados con salud sexual y reproductiva, entre otros) con enfoque de derechos para todas las poblaciones (República de Honduras, 2015). Se evidencian progresos como el aumento sustancial de personas atendidas en los servicios para VIH entre 2002 y 2012 gracias a la creación de los CAI/SAI (Centros/Servicios de Atención Integral) (Fernández, 2019). Sumado a lo anterior, las poblaciones clave saben a dónde deben dirigirse para hacerse una prueba de VIH y más del 50% de ellas conocen el resultado de la prueba, un poco más del 50% han recibido condones (CONASIDA et al., 2015).

En Honduras, aún cuando se ha ampliado la red de servicios en los últimos años (Fondo Mundial, 2021), una barrera importante es la limitada infraestructura física de los servicios de salud; muchos de ellos se encuentran en precarias condiciones, cuentan con muy limitada dotación de laboratorios, tecnologías en salud y personal (PEPFAR et al., 2022); por esas razones, algunos servicios son derivados a centros de salud y hospitales. Sumado a ello, se encuentran ubicados en centros poblados, lo cual es una limitante para personas de zonas rurales (Méndez, 2021).

Algunos elementos se comportan como barreras y facilitadores al mismo tiempo, por ejemplo, la distancia entre el hogar o el lugar de trabajo. En Honduras, en 2015, el promedio de recorrido entre la vivienda y el SAI es de 52 minutos (PEPFAR et al., 2022). Esta puede ser una barrera, dada la inversión de tiempo y el dinero para llegar allí. No obstante, también puede ser un facilitador dados los problemas de estigma y discriminación que obligan a las personas a ubicar su centro de atención lejos de los lugares que frecuenta.

Hay barreras de accesibilidad compartidas para los programas de VIH y TB, entre ellas se cuentan: las limitadas condiciones socioeconómicas de los pacientes para pagar el transporte hasta los centros de atención; los límites fronterizos entre maras y pandillas que impiden que el personal de salud pueda hacer las visitas domiciliarias (en TB), o que las personas accedan a un SAI más cercano (Beltrán et al., 2022b).

## Acomodación

Uno de los mayores retos para el control de la epidemia por VIH es la adherencia al tratamiento antirretroviral por parte de las PVV y ello se relaciona con la pérdida de seguimiento por parte de los servicios de salud, que está determinado por la inasistencia de la persona a su última cita programada. En 2022, el informe de Monitoreo Liderado por la Comunidad reportó que 17.8% de las personas encuestadas en los servicios de salud no habían asistido a sus citas, de ellas el 74% dejó de asistir a una o dos citas; los motivos de inasistencia en el último año fueron: motivos familiares, temor a la pandemia por COVID-19, distancia entre el servicio y la casa o lugar de trabajo, no haber obtenido el permiso del trabajo y falta de dinero para pagar el transporte hasta el servicio de salud (PEPFAR et al., 2022). Para reducir este problema se diseñó un manual de recuperación del seguimiento de estas personas (PEPFAR et al., 2020). Una barrera importante son los limitados horarios de atención médica, entrega de TAR y laboratorio clínico (Bucardo & Pérez, 2021). Una porción importante de las PVV tiene un trabajo formal o informal, cuyos horarios de trabajo coinciden con los de la prestación de los servicios de salud y ello limita su acceso.

## Asequibilidad

Una barrera de asequibilidad es la desarticulación del sistema público y privado. En algunos casos, el primer contacto de las personas es a través de los servicios privados de salud; por ejemplo, para TB las personas informaron que allí no recibieron el resultado de las pruebas diagnósticas, ni un tratamiento adecuado e incurrieron en gastos adicionales (Beltrán et al., 2022b; Realpe-Delgado, 2017).

## Aceptabilidad

La ley general de VIH, en su artículo 60 hace alusión a que las personas profesionales e instituciones de salud que atienden a personas con VIH están en la obligación de guardar la confidencialidad durante todo el proceso de atención (República de Honduras, 2015). A pesar de ello, la ruptura de la confidencialidad sigue siendo una queja constante y por tanto una barrera de acceso a los servicios de salud (Bucardo & Pérez, 2021; PEPFAR et al., 2022; PNUD, 2017)).

El artículo 32 de la misma ley hace alusión a que la prueba es voluntaria y sólo puede hacerse bajo consentimiento informado y previa a consejería (República de Honduras, 2015). A pesar de esta directriz, y la cantidad de mandatos internacionales, un estudio en mujeres muestra cómo la prueba se sigue haciendo sin consentimiento de ellas durante el embarazo (Centro de derechos reproductivos & Centro de Derechos de Mujeres, comunicación personal, 2024).

La mayoría de las personas refieren que en los SAI/CAI encuentran un trato amable y respetuoso (Bucardo & Pérez, 2021; PEPFAR et al., 2022). Sin embargo, cuando reciben atención en centros de salud u hospitales el panorama cambia, refieren cómo una vez el

personal de salud sabe su diagnóstico el trato cambia por completo (Bucardo & Pérez, 2021; CONASIDA et al., 2015).

Para el caso de personas usuarias de drogas que tiene diagnóstico de VIH, el personal de salud reportó en 2022 que no contaban con protocolos específicos para el abordaje de este grupo de personas (Global Communities & Asociación Kukulcan, 2022c) aún cuando existen en algunas instituciones. El personal de salud reporta que la intervención más frecuente que hacen es derivar la persona usuaria de drogas al área de psicología y trabajo social (Global Communities & Asociación Kukulcan, 2022a) y dar información básica. Buena parte de la atención se centra en medidas prohibicionistas sobre el consumo; dejando así de lado un enfoque de reducción de daños que le permita a las personas entender las interacciones entre las drogas y los medicamentos, consejería para el manejo de las dos condiciones, etc (Global Communities & Asociación Kukulcan, 2022a). La barrera central en el caso anterior es la fragmentación de la atención en salud y el poco reconocimiento por el personal de la salud de la intersección entre categorías de poblaciones clave, así como un pobre conocimiento del panorama epidemiológico de la infección por VIH que claramente muestra mayores prevalencias entre ciertos grupos de población.

### Conciencia/Conocimiento

El estudio de Monitoreo Liderado por la Comunidad indaga por los mecanismos de denuncia ante tratos injustos al interior de los servicios de salud, encontraron que en todos los servicios estudiados existían buzones o algún mecanismo de sugerencias, quejas o denuncias de maltrato; sin embargo, solo el 32% de las personas encuestadas conocían dichos mecanismos (PEPFAR et al., 2022).

Proveer información adecuada sobre detalles del diagnóstico, el tratamiento a las PVV y cómo acceder a los servicios de salud es clave para el éxito del tratamiento. No obstante, algunos estudios han indicado que a las personas no se les entrega información suficiente verbal o escrita sobre el tratamiento (PEPFAR et al., 2022; UNAH et al., 2022a), lo que tiene un impacto en demoras en el diagnóstico y el tratamiento (Beltrán et al., 2022). Esta es una barrera relacionada con el conocimiento sobre su proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

### Normas culturales y de género

Los pueblos Garífuna y Misquito tienen altas prevalencias de VIH y son muy pocos los estudios que los abordan. Un estudio en el pueblo Misquito menciona que la medicina tradicional tiene un papel importante en la resolución de enfermedades, pero que no hay un reconocimiento, ni organización de estos servicios de salud (UNAH et al., 2022b). Son bien conocidas las barreras de acceso a servicios de salud de las poblaciones étnicas, especialmente aquellas relacionadas con el no reconocimiento de la medicina tradicional o los pocos esfuerzos por tener servicios interculturales.

Las poblaciones más vulnerables son con frecuencia acusadas de tener prácticas de riesgo, por ejemplo, en el diagnóstico del Plan Estratégico Nacional de VIH 2020-2024 se hace mención del bajo uso de condón entre la población garífuna, especialmente entre las mujeres que viven en zonas urbanas. Asimismo, se menciona que en zonas rojas (es decir, zonas altamente violentas) el uso de preservativo no sobrepasa el 33% (CONASIDA, 2019). Este tipo de afirmaciones perpetúan el estigma y la discriminación a poblaciones vulnerabilizadas como los pueblos étnicos o urbano marginales. Ello tiene un correlato en términos de las barreras a programas adecuados de promoción y prevención para poblaciones como estas, dónde categorías como el género y la clase social, y la violencia juegan un papel importante en las posibilidades de negociación del uso de preservativos.

### Estigma y discriminación

Desde sus inicios, la epidemia por VIH ha estado atravesada por el estigma y discriminación relacionados con orientaciones sexuales no heteronormativas, prácticas sexuales no convencionales, asociación a la muerte y el pecado, entre otras. Los avances en materia de tratamiento biomédico no corresponden con avances de carácter social y político que permitan resolver los problemas de estigma, y discriminación.

En Honduras, los años 90 estuvieron marcados por una negación del aumento de casos de VIH en el país, razón por la cual las PVV morían en el aislamiento de sus casas por el miedo a ser visibles socialmente, había una “muerte social y biológica” (Fernández, 2019). Para 1994 había un mercado negro de medicamentos antirretrovirales con poco control médico de las prescripciones, Fernández (2019) atribuye la alta resistencia viral en el país a este hecho. Este panorama profundizó el estigma y la discriminación hacia la enfermedad y las PVV, y buena parte de ello se mantiene hasta la actualidad.

Los artículos 48, 49, 51 y 52 y 53 de la Ley especial de VIH (República de Honduras, 2015a) dictaminan la no discriminación en los servicios y por tanto la garantía de los derechos a la salud, la educación o el trabajo para las PVV. Los objetivos que se fijaron en el PENSIDA a este respecto, no se han cumplido (El Fondo Mundial, 2021) y las PVV continúan enfrentando el estigma y la discriminación en la cotidianidad (Soy Clave, 2023).

El estudio index en PVV de 2019 (A. Sánchez, 2019a) mostró mejoras en el nivel de escolaridad, disminución del desempleo y aumento del trabajo a tiempo completo independiente o como dueño de negocio. Sin embargo, en la esfera del estigma interno o autoestigma “la capacidad de encontrar el amor, tener hijos y logro de metas se ve afectada de manera negativa en especial de las personas sin pareja estable, desempleadas y con menos acceso a educación. Los sentimientos de culpabilidad y vergüenza y la tendencia para decidir no buscar empleo, y aislarse también se presenta en una frecuencia importante tanto en hombres como mujeres” (A. Sánchez, 2019a, p.

7). En ese sentido, el auto estigma constituye una barrera para la garantía de los derechos humanos.

Las PVV y las poblaciones clave han sufrido en mayor o menor medida expresiones de violencia, estigma o discriminación en el espacio familiar, de amistades, comunitario, en los servicios de salud y por parte de las autoridades (estigma externo) (ALEP+PC, 2023; (Rosales, 2020). De esta manera, el estigma y la discriminación externos representada en murmuraciones, mal trato, rechazo y exclusión, divulgación de su diagnóstico, violencia física o sexual continúan siendo una barrera para el pleno ejercicio de los derechos humanos (ALEP+PC, 2023); (Bucardo & Pérez, 2021); (A. Sánchez, 2019b); (UNAH et al., 2022b).

En los servicios de salud, especialmente los SAI, un pequeño grupo de personas sigue siendo víctima de expresiones de estigma y discriminación (ALEP+PC, 2023; PEPFAR et al., 2022), las personas refieren dudas y temores para realizarse la prueba de VIH debido al miedo al estigma social y a la posible divulgación de su condición, aún existe temor a que se rompa la confidencialidad del registro médico, entre las mujeres continúan las esterilizaciones forzadas y constante presión para que desistan del embarazo (Bucardo & Pérez, 2021; Global Communities & Asociación Kukulcan, 2022c; Sánchez, 2019; UNAH et al., 2022a). Las consecuencias de las acciones discriminatorias en los servicios de salud pueden resumirse en mala práctica clínica, diagnóstico tardío, negación del diagnóstico por parte de la persona, pérdida de la confianza en el personal de salud, inicio tardío y/o abandono del tratamiento, fallo virológico, entre otros.

En el ámbito laboral, continúan las referencias a despidos relacionados con el diagnóstico, solicitud de pruebas de VIH para conservar el trabajo o para su ingreso (Bucardo & Pérez, 2021). Las poblaciones clave continúan reportando bajo acceso a trabajo formal, negaciones de acceso o aumentos salarial por su condición o diagnóstico (ALEP+PC, 2023).

Un estudio en personas que usan drogas mostró que el enfoque punitivo que criminaliza el uso de sustancias tiene como consecuencia acciones de estigma y discriminación como acoso/agresión (19%), soborno y violencia (18%), privación de libertad por consumo (19%), maltrato y violencia (54%) (Global Communities & Asociación Kukulcan, 2022a). La revelación del diagnóstico continúa siendo un momento clave para las personas: persisten el estigma y la discriminación que conlleva a que algunos grupos no revelen su diagnóstico; entre ellos, particularmente las personas heterosexuales consideran la revelación del diagnóstico como una experiencia negativa (Global Communities & Asociación Kukulcan, 2022b).

Las características que ponen a las personas en una categoría de población clave no son excluyentes entre sí, muchas personas combinan dos o más características (usuarios de drogas, hombre gay y bisexual, persona que vive con VIH, Mujer Trans, persona trabajadora sexual); a esto se le conoce como interseccionalidad. Estas intersecciones

crean discriminaciones múltiples y por tanto mayor vulnerabilidad (ALEP+PC 2023) y barreras de atención al VIH.

Los estudios de estigma y discriminación hacen una distinción entre el estigma interno y externo (ALEP+PC, 2023; Sánchez, 2019); si bien, esta clasificación es importante para evidenciar distintas formas y espacios dónde ocurre la discriminación, es importante considerar que las causas del estigma, en todas sus formas y hacia las poblaciones más vulnerables, es de carácter social, político y económico, es decir, sus raíces son estructurales y generalmente se asocian a la clase social, el sistema sexo/género y la etnia (Rosales, 2020). En ese sentido, abordar las barreras relacionadas con el estigma requieren acciones que superan la esfera del VIH, y considerar intervenciones en distintos niveles (UNAH et al., 2022a).

## Género

El estudio de la categoría género en salud usualmente se limita al estudio de las mujeres cisgénero y su relación con la enfermedad. La violencia de género en la familia y la pareja, la dependencia económica, los bajos niveles de educación, el desempleo, la imposibilidad de negociar el uso de preservativo y otras medidas de prevención con sus parejas son factores de vulnerabilidad al VIH bien conocidos (Global Communities & Asociación Kukulcan, 2022a; Rosales, 2020; A. Sánchez, 2019b; Siikanen & Alberto, 2020)). Respecto a las mujeres, vale la pena resaltar que los problemas antes expuestos adquieren distintas tonalidades en la intersección de categorías que definen poblaciones clave como el trabajo sexual, el uso de drogas o la categoría trans (Rosales, 2020). El papel de las mujeres en el VIH aparece ligado a la gestación generalmente, y por tanto a la reproducción. “De esta manera, se desatiende el entramado de factores que colocan en posición de vulnerabilidad a la mujer, los cuales están asociados a la responsabilidad del Estado como garante de los derechos humanos” (Rosales, 2020, p. 304). La focalización en mujeres gestantes excluye de los pocos programas de prevención a las mujeres cisgénero heterosexuales, lo cual se convierte en una barrera de acceso a información y diagnóstico oportuno.

Una barrera relacionada con el género es el no abordaje de las masculinidades, principalmente considerando que la mayoría de las personas infectadas son hombres. Desafortunadamente, las miradas desde el riesgo atomizan la complejidad de procesos sociales, políticos y económicos que construyen las relaciones entre géneros diversos.

## Legal

### Legislación y jurisprudencia

En términos generales, se considera que Honduras tiene un sistema de protección legal y normativo en salud robusto, ha ratificado varios acuerdos internacionales para la protección de los derechos humanos y tiene normas vinculantes en materia de protección a la salud (Rosales, 2020).

La modificación a la ley general de VIH de 1999 que se llevó a cabo en 2015 permitió mejoras sustanciales en pro de la garantía de los derechos humanos. Vale la pena resaltar: eliminación de la prueba de VIH para acceder a un trabajo, y para el matrimonio; eliminación de la cuota de recuperación en los servicios de Salud para las PVV; eliminación de la restricción para la adopción a parejas de PVV; asignación de la responsabilidad al estado de la provisión a las PVV de información sobre derechos sexuales y reproductivo y la no transmisión vertical del VIH (República de Honduras, 2015b). No obstante, el artículo 40 aún indica que para el matrimonio se presente “un certificado de haber recibido un curso prenupcial que consigne la relación clínica, prevención y riesgo en la procreación sobre la infección por VIH, medios de transmisión y prevención a fin de asegurarse que ambos contrayentes posean el debido conocimiento sobre la materia” (República de Honduras, 2015). Otra barrera persistente en la ley es la necesidad de un acompañante a los adolescentes para acceder a la prueba de VIH (Rosales, 2020); esta limitación en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes podría obstaculizar la detección temprana del VIH en este grupo poblacional, retrasando el inicio de tratamientos y aumentando el riesgo de transmisión a otras personas.

Otra barrera persistente en el país es la dependencia de: fondos de la cooperación internacional para las medidas de prevención, gasto de bolsillo para la compra de condones, y que muchas acciones de prevención recaen en las organizaciones de la sociedad civil sin que reciban financiación estatal (PEPFAR et al., 2022). El proyecto Soy Clave identificó como barrera el no reconocimiento del papel y el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil, la falta de mecanismos estatales para garantizar la sostenibilidad de las acciones que estas organizaciones realizan y por supuesto un limitada asignación de recursos (CONASIDA et al., 2015; Soy Clave, 2023). Una barrera adicional es la falta de obligación de todos los sectores de hacer o recibir capacitación permanente en temas de VIH, consideraciones éticas y derechos humanos, esto también impide el avance en la eliminación del estigma y la discriminación (PNUD, 2017).

Existen mecanismos de denuncia de las violaciones a los derechos humanos en el país. Entre 2013 y 2016 no se vio una disminución en el número de violaciones de los derechos humanos a las PVV. En 2022 menos de un quinto de las personas encuestadas en el estudio INDEX habían denunciado algún abuso, quienes más usaron este mecanismo fueron las mujeres Trans, los HSH y las mujeres trabajadoras sexuales. “De las personas que presentaron una denuncia o queja por abuso solo un tercio recibieron una respuesta, siendo los grupos con mayor proporción de respuesta las PVIH Heterosexuales (la mitad) y los HSH (dos quintos)” (Global Communities & Asociación Kukulcan, 2022a). En 2020 el comisionado nacional de los derechos humanos registró 43 quejas formales de violaciones de derechos humanos presentadas por personas que con el VIH. Se sabe que el nivel de impunidad es muy alto en el país (El Fondo Mundial, 2021).

## Conclusiones

Una de las principales barreras para la atención al VIH son los cambios políticos, que en Honduras suceden cada 4 años. En presencia de gobiernos más conservadores, la garantía de derechos se ve restringida (J. A. F. Fernández, 2019). Ante ese panorama; una base social fuerte puede, de alguna manera, hacer ejercicios de resistencia que logren mantener los avances realizados. Rosales (2020) indica que otra barrera relacionada a la garantía de los derechos de las mujeres es la injerencia de las iglesias en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, por ejemplo, en el impedimento de la despenalización del aborto.

Es contradictorio cómo el VIH ha sido una epidemia con rápido avance en tecnologías en salud, pero sus problemas estructurales siguen vigentes a 40 años de su aparición. El estigma y la discriminación necesitan ser entendidos como una construcción social y por tanto arraigados en “problemas” estructurales como la dificultad para ver y aceptar las diferencias, particularmente relacionadas con orientaciones sexuales, identidades, expresiones y roles de género “disidentes”. Es innegable que hay avances en esta materia, pero continúan siendo insuficientes. Es importante repensar las razones por las cuales hay un mayor riesgo de enfermar o morir por VIH entre las poblaciones clave; nuevamente, esas razones se arraigan en procesos de determinación social inscritos en ejes de opresión como la clase, el sistema sexo/género, y la etnia.

Para 2021, se habían implementado algunas acciones para reducir el estigma y la discriminación como campañas educativas, educación por pares y grupos de apoyo, el estudio INDEX, entre otros (El Fondo Mundial, 2021). Muchas de las estrategias para reducir el estigma y la discriminación suelen estar sujetas a financiación de la cooperación internacional y por tanto: 1. responden a las directrices y necesidades de la cooperación, 2. se hacen de manera esporádica o interrumpida y 3. tiene un enfoque focalizado, que si bien es necesario dada la limitación de recursos, evitan que toda la población y todos los servicios de salud accedan a información de calidad y a campañas de sensibilización que apunten a la eliminación del estigma y la discriminación.

Es evidente que los servicios de salud y especialmente las medidas biomédicas de prevención y tratamiento del VIH han mejorado a lo largo de la epidemia y en el periodo de estudio (2015-2024) se evidencia cómo la disponibilidad de los Centros de atención integral (CAI/SAI) y los Sitios de Vigilancia Centinela de ITS (SVCITS) permiten tener un referente geográfico y social, y una “integralidad” en la atención. A pesar de ello, los datos siguen mostrando un diagnóstico tardío de las PVV lo cual indica que hay otro tipo de barreras que impiden el acceso temprano, especialmente al diagnóstico, algunos estudios muestran que el estigma y la discriminación juega un papel importante en ello; no obstante, la información secundaria no alcanza a dar cuenta de los detalles de las barreras de acceso a los servicios o las razones por las cuales las personas son diagnosticadas tardíamente.

La mirada sobre los servicios de salud extremadamente medicalizados, especializados y limitados a la atención por sistemas o patologías continúa restringiendo la capacitación y sensibilización de todo el personal de salud respecto a la salud sexual y el trato justo y no discriminatorio.

En relación con el derecho a la educación, los documentos explorados se centran en dos aristas: 1) Dar cuenta del nivel educativo de las personas infectadas o en mayor riesgo, que generalmente es reportado como bajo, principalmente en mujeres trans y personas usuarias de drogas. 2) En la educación sexual o para la sexualidad, y en general los resultados son limitados ya que, si bien el país cuenta con las *Guías metodológicas Cuidando Mi Salud y Mi Vida* dirigidas a docentes de la educación básica, esta no se aplica adecuadamente en los centros educativos. Sin embargo, el espacio educativo tanto institucional como comunitario es clave para reducir el estigma y la discriminación contra aquellas personas que consideramos diferentes (población LGTIQ+, personas trans, usuarios de drogas, mujeres trabajadoras sexuales, etc). Sólo en la medida en que seamos capaces de reconocer que todas y todos tenemos derechos iguales, pero diferenciados, podremos superar la barrera del estigma y la discriminación.

El VIH pone de manifiesto la ruptura entre lo que consideramos la vida íntima y la vida social. Todo lo relacionado con la sexualidad parece seguir siendo de la esfera de la vida íntima, razón por la cual es difícil que se hable de ellos en espacios de la esfera social como la familia, el espacio escolar, o los servicios de salud.

De otro lado, es importante considerar que si el 55% de los jóvenes buscan información sobre ITS en internet (CEPROSAF, 2021) esta es una esfera que amerita una intervención más decidida en materia de prevención, de manera que sea posible garantizar información de calidad allí.

“En resumen, es necesario recordar que el VIH no es un problema biomédico, sino biopsicosocial, que necesita un abordaje multicausal. En este sentido, una adecuada respuesta al VIH debe llevar intervenciones estructurales para desarmar los patrones culturales que sostienen la violencia, la estigmatización, la discriminación y las múltiples vulnerabilidades... ante el VIH” (Rosales, 2020, p.395).

## Recomendaciones

### *Para la Sociedad Civil*

Es necesario establecer algún mecanismo de veeduría al cumplimiento de las normas, guías y lineamientos de atención. Se propone un comité conjunto entre sociedad civil, organizaciones de pacientes, profesionales de la salud y entidades gubernamentales. Adicionalmente, se propone fortalecer las herramientas de monitoreo liderado por la comunidad y su incidencia política.

### *Para actores de toma de decisión y espacios educativos*

En contextos de recursos limitados como el hondureño, es importante hacer un ejercicio de priorización de los temas a intervenir. En este sentido, se recomienda incluir en la priorización el abordaje de barreras para la garantía de los derechos humanos de carácter estructural. Las escuelas podrían incluir en su currículo no solo la educación para la sexualidad, sino el respeto a la diferencia, y el reconocimiento de la diversidad étnica, de orientación sexual, el género.

Respecto a la prevención, es necesario priorizar una mirada a la población general y clave para reducir el riesgo de infección. Si bien, los enfoques medicalizados o basados en medicamentos son útiles, campañas de prevención enfocadas en el desarrollo de la sexualidad y el ejercicio de derechos sexuales son necesarios. Asimismo, avanzar hacia miradas no culpabilizantes, no inculminatorias y enfocadas en la reducción del riesgo de prácticas subalternas ayudaría a disminuir el estigma y permitiría un diálogo abierto que temas que aún son tabú como el sexo, el trabajo sexual, el uso de drogas y la masculinidad, entre otros.

La Tabla 2 presenta un resumen de las principales barreras, las recomendaciones para abordarlas y los responsables de implementarlas.

Tabla 2. Barreras, recomendaciones y responsables de su implementación

Barrera	Recomendación	Responsable
El sistema de información en salud en Honduras es deficiente en términos de calidad, cantidad, interoperatividad y participación del sector público del sistema de salud	Es necesario revisar y ajustar la ficha de notificación para incluir variables adicionales que permitan desagregar los datos de una manera más consecuente con la realidad del país.	SESAL Actores relacionados con Vigilancia Epidemiológica

	<p>Mejorar la inspección, vigilancia y control del sector privado. Y crear mecanismos que obliguen la notificación oportuna de nuevos casos de VIH y TB</p> <p>Crear un repositorio de estudios, informes y demás documentos relacionados con el VIH y la respuesta a este</p> <p>Extender los programas de capacitación y el alcance de guía y lineamientos de atención para VIH y TB al sector privado</p>	
<p>Cobertura no universal de TARV, con problemas persistentes de continuidad en el tratamiento relacionada con entrega inoportuna de medicamentos.</p>	<p>Seguimiento a las acciones de Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC) planteadas en el observatorio comunitario de TARV; relacionadas con compra, suministro, entrega oportuna y sostenida</p>	<p>Actores de toma de decisión del sistema de salud</p> <p>Actores relacionados con el nivel programático, planeación y compras de medicamentos para el país</p> <p>Sociedad Civil</p>
<p>No integralidad del programa de VIH, especialmente relacionada con falta de servicios de apoyo psicosocial y pruebas diagnósticas para VIH, TB y otras coinfecciones</p>	<p>Estrategias de veeduría que permitan la exigibilidad de derecho a atención para salud mental y de apoyo psicosocial.</p> <p>La educación por pares siempre será una estrategia adecuada para mejorar el diagnóstico temprano, mantener la</p>	

	adherencia al tratamiento y la exigibilidad de derechos.	
Fragmentación de la atención VIH y TB. No hay evidencia de una atención conjunta TB y VIH	Estrategia de monitoreo y evaluación a las acciones establecidas en el capítulo V “comorbilidades y VIH” del PENSIDA. O proponer un estudio que revise los mecanismos: promoción de la prueba de TB y VIH entre personas que tengan alguna de estas infecciones, revisar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los servicios de VIH y TB, 3 revisar en detalle las experiencias de personas usuarias de los dos servicios y especialmente aquellas con coinfección VIH/TB	SESAL
Falta de programas de prevención consistentes y sostenidos en el tiempo, y que aborden esferas como la sexualidad placentera	Elaborar un plan de prevención combinada centrado en el componente comportamental.  Ello incluye abordar la sexualidad sin la carga moral que ha tenido hasta el momento, desligarlo de la reproducción, incluyendo el placer como un principio relevante; generar una estrategia creativa de comunicación	

	<p>a través de redes sociales.</p> <p>Es clave garantizar la continuidad de la estrategia</p> <p>Adicionalmente, es necesario incluir un plan de comunicaciones en redes sociales que ayude a contrarrestar la infodemia</p>	
<p>Red de servicios de salud (SAI) centralizada en principales ciudades con precaria infraestructura, limitada dotación de insumos, medicamentos y tecnologías en salud, y horarios restringidos</p>	<p>En el marco del Monitoreo liderado por comunidad fortalecer el acceso a indicadores que permitan medir accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud</p> <p>Establecer una mesa de trabajo con la SESAL y el IHSS que permita revisar y ajustar algunas características de los servicios de salud que actúan como barreras, por ejemplo, los horarios de atención.</p> <p>Lobby en la SESAL y IHSS cuando se hace la planeación y asignación de recursos para los programas de salud, de manera que se garantice un aumento gradual del presupuesto para VIH</p>	<p>OSC</p> <p>Mecanismo coordinador de país.</p>
<p>Presencia de estigma y discriminación en los servicios de salud, mucho</p>	<p>Establecer un programa de eliminación del estigma y la discriminación en todos</p>	<p>Mecanismo coordinador de país</p> <p>CONASIDA</p>

<p>más marcada fuera de los SAI/CAI</p>	<p>los servicios de salud con perspectiva de derechos humanos; con énfasis en aspectos éticos como la importancia de consentimiento informado y la confidencialidad son claves.</p> <p>Diseñar un estudio sobre masculinidades, que incluya población heterosexual y gay cuyo objetivo es entender en mayor profundidad como se construye hoy la masculinidad, y cómo se construyen las relaciones de género en la sociedad hondureña. Los resultados de este estudio contribuyen a la construcción del programa de eliminación de estigma y discriminación</p>	
<p>Presencia de estigma y discriminación en las poblaciones clave (autoestigma), familia y comunidad</p>	<p>Estrategia de educación centrada en derechos humanos que ayude a reconocer la dignidad humana, el derecho a la vida y el respeto a la diferencia. Es necesario dirigirla a toda la comunidad hondureña, los profesionales de la salud, entidades públicas y privadas. Asimismo, es importante fragmentar poblaciones y espacios</p>	<p>Mecanismo coordinador de país Secretaría de Educación de Honduras. Cooperación internacional</p>

	<p>para una mayor claridad en el mensaje.</p> <p>La educación por pares o los grupos de apoyo puede incluir círculos cercanos de las PVV con el fin de reducir el estigma y la discriminación.</p> <p>Seguimiento a la implementación de la política nacional sobre VIH/ Sida en el mundo del trabajo. Quizás sea pertinente su actualización</p>	
Diagnóstico tardío de VIH y tuberculosis	Diseñar un estudio en poblaciones clave para dar cuenta de las barreras de acceso, percepciones y experiencias de las personas que llevan al diagnóstico tardío	Mecanismo coordinador de país CONASIDA Sociedad civil
Poco conocimiento sobre mecanismos de garantía de la calidad de la atención en salud y otros derechos. Y deficiente respuesta a las demandas por los derechos	Diseñar una estrategia de análisis y respuesta intersectorial de las demandas de garantía de los derechos en el país, así como en los servicios de salud	Actores de toma de decisión en relación con DDHH Sociedad Civil ONUSIDA MCP Comisionado para DDHH
Poco conocimiento del panorama de salud sexual, VIH y TB en las poblaciones étnicas. Esto se acompaña de un pobre reconocimiento de las características	Diseñar estrategias de atención intercultural para poblaciones étnicas en el país, con un énfasis en salud sexual, ITS, VIH y TB	CESAL Tomadores de decisión en torno a poblaciones étnicas Entidades indígenas

sociales y culturales de estas poblaciones		
Condiciones políticas, sociales, y económicas precarias entre las poblaciones clave de este estudio	<p>Se propone un estudio o análisis de condiciones de vida en poblaciones clave o fortalecer la sección de variables sociodemográficas de los estudios de prevalencia y su análisis para tener un mejor panorama de las condiciones de existencia de estas poblaciones.</p> <p>Incluir indicadores de seguimiento socioeconómico, con su respectivo análisis en los informes de monitoreo liderado por comunidad</p>	<p>SESAL</p> <p>Cooperación internacional</p> <p>OSC</p>

## Costa Rica

### Metodología

De la búsqueda bibliográfica en bases de datos se recuperaron 21 documentos. Adicionalmente, se incluyeron 27 documentos referenciados en fuentes secundarias. En total se analizaron 48 documentos entre los cuales se encuentran, informes, documentos institucionales y técnicos, tesis, artículos y estudios. Adicionalmente se incluyeron los 5 documentos producto del proyecto “Soy Clave”.

### Sistema de Salud

En el caso de Costa Rica, el derecho a la salud se ha construido a partir del artículo 21 de la Constitución Política que señala “la vida humana es inviolable” (Arias Mora, 2023) y a través de la Ley General de Salud de 1973 que concibe la salud como un bien público y establece como función del Estado el velar por ella (OMS, 2018).

El Sistema de salud está conformado por dos sectores: el sector público, en cuya cabeza se encuentra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como principal institución proveedora de los servicios de salud, la cual es financiada con las contribuciones de personas afiliadas, empleadores y el Estado. Esta administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad; el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo (Sáenz et al., 2011). La CCSS cuenta con tres niveles de atención, en el primer nivel se encuentran los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), en conjunto con clínicas ambulatorias y periféricas. El segundo nivel lo constituyen una red de hospitales y clínicas, y un tercer nivel compuesto por hospitales nacionales que atienden servicios especializados y de alta complejidad (Sáenz et al., 2011). De otro lado, el sector privado está compuesto por una serie de clínicas y hospitales que ofrecen diversidad de servicios (laboratorios, odontología, radiología, farmacias) y se financian del pago de los usuarios y primas de seguros privados (OMS, 2018).

Si bien el seguro de salud en sus inicios se constituyó para la población trabajadora, este se ha ampliado a nuevos beneficiarios, ligados a la categoría de contribuyentes y no contribuyentes al sistema. Clasificados en variadas modalidades de aseguramiento, a saber:

“ a) asegurados directos (trabajadores asalariados; pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales; personas que individual o colectivamente se acojan a la modalidad de seguro voluntario; trabajadores independientes, que cotizan al seguro en forma individual o colectiva; población en condición de pobreza, aseguradas por el Estado); b) asegurados indirectos (familiares y dependientes de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el

beneficio familiar), y c) no asegurados (personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y migrantes indocumentados)” (Sáenz et al., 2011).

## Normatividad VIH y TB

Como lo señala Arias Mora (2023), la Sala Constitucional ha desarrollado diferentes temáticas frente al derecho a la salud, es de resaltar la reiteración de necesidad de una prestación de los servicios de salud bajo los principios de eficiencia, eficacia y continuidad en énfasis en grupos vulnerables. Así mismo, en Costa Rica se cuenta con la tutela, como mecanismo de exigibilidad del derecho a la salud, que puede ser interpuesta por cualquier persona ciudadana.

En relación al VIH, Costa Rica no cuenta con un programa vertical de VIH, sin embargo, es a través de una red de instituciones las cuales están encargadas de responder a la normatividad legal y política pública vigente para dar respuesta al VIH, con el liderazgo del Ministerio de Salud como ente rector en salud. Es así como a partir de la Ley General sobre VIH SIDA (Ley No. 7771, de abril de 1998, reformada mediante la Ley 9797 del 2019), se regula lo relativo a la educación, promoción, salud, prevención, diagnóstico, vigilancia epidemiológica e investigación del VIH (CONASIDA & Ministerio de Salud, 2016) específicamente, el Ministerio de Salud cumple un rol rector en la respuesta, mientras que la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) cumple un rol de proveedor de los servicios (Ministerio de Salud, 2019).

Costa Rica cuenta con un importante acervo legislativo y normativo enfocado en el derecho internacional de Derechos Humanos, que le permite respaldar la atención en salud frente al VIH. Hace parte de estos instrumentos el Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y Sida, 2016-2021 y actualmente el PEN - VIH y Sida 2021-2026, esta herramienta definen las principales líneas de acción nacionales en la lucha contra el VIH y para ello define cinco líneas estratégicas: 1. Gobernanza y coordinación de la respuesta nacional, 2. Sostenibilidad financiera de la respuesta nacional, 3. Servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH, 4. Derechos humanos y VIH en contexto de vulnerabilidad, 5. Vigilancia seguimiento y evaluación (Ministerio de Salud, 2021c).

Frente a la Tuberculosis Costa Rica cuenta con un programa nacional de TB que procura que el país siga en la medida de lo posible los lineamientos y recomendaciones internacionales: desde el año 1999 se puso en práctica la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), que facilitó el establecimiento de un sistema de monitoreo y seguimiento para la supervisión y evolución de los casos, así mismo en los años 2007 y 2017 se implementaron las estrategias *Alto a la TB* y *Fin de la TB*, respectivamente. Y la Norma para la *Vigilancia y el Control de la Tuberculosis*

documento oficial del Ministerio de Salud, realizado en 2012 y actualizado en 2015 (Villanueva Arrieta, 2019).

## Panorama epidemiológico del VIH

En el caso de Costa Rica y según datos oficiales de ONUSIDA para el año 2021, se registró un acumulado de 17.000 adultos y niños con VIH, de los cuales 11.000 están en tratamiento antirretroviral, es decir, un 66%. También 13.000 personas con VIH conocen su estado, es decir, un 77%. Adicionalmente, durante el mismo año se registraron 1.100 nuevos casos de VIH (Ministerio de Salud, 2021a). Sin embargo, es importante anotar que no se cuentan con datos desagregados ni por sexo, edad o grupo de población. Para el 2017, mediante la encuesta de seroprevalencia de VIH en población expuesta a mayor riesgo de la Gran Área Metropolitana (GAM), se logró determinar una prevalencia de VIH de 15.4 (IC 95% 6.8-23.9) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH); de 24.6 (IC 95% 0,5-4.3) en mujeres trans y de 1.3 (IC 95% 0.-2.5) en mujeres trabajadoras del sexo (HIVOS, 2018).

En cuanto a las defunciones por VIH Sida en el periodo 2018 - 2021 se registra una tasa promedio de 3,5 por 100.000 habitantes, donde el año 2019 fue el que presentó la mayor tasa de defunciones con 3,8 por 100.000 habitantes, al revisar la información por sexo la tasa de defunciones en hombres es mayor a la de mujeres, esto evidencia la concentración de la epidemia en HSH (Ministerio de Salud, 2021a). Las tres provincias con las mayores tasas de mortalidad de VIH por 100.000 habitantes en el 2021 fueron San José con 5.9%, Heredia con 4,3%, Guanacaste con 3,0%, Cartago con 2,6%, Puntarenas y Limón con 2,2% y Alajuela con 1,4% (Ministerio de Salud, 2022).

## Resultados

### Sistema de Salud

#### Disponibilidad

En relación a la disponibilidad de servicios de salud para VIH Costa Rica cuenta con la Ley General sobre VIH SIDA (No 7771) la cual es reformada en 2019 por la Ley No 9797 denominada Reforma Integral que garantiza, entre otros, la atención médica que brinda la CCSS. Dentro de sus objetivos generales está el regular, promover y garantizar una respuesta integral al VIH que es de interés público; busca asegurar que toda la población pueda ejercer sus derechos y deberes en relación al VIH. En este sentido, la reforma se constituyó en un avance en la medida que incluye definiciones como enfoque de género, de diversidad, de derechos humanos, atención integral en salud, estilo de vida saludable (Águila Chaves, 2022). El país también cuenta con la Norma Nacional para la atención del VIH en el ámbito de la salud (2014), cuyo objetivo es: establecer las pautas nacionales para la prestación de servicios en salud para el abordaje integral

del VIH, así como para la atención integral de las personas con VIH desde una perspectiva de eficiencia, calidad y calidez, en observancia a los criterios técnico-científicos más actualizados y los derechos fundamentales de las personas (Ministerio de Salud, 2019).

El sistema de salud ha logrado avances en la atención a las personas con VIH, principalmente de mujeres embarazadas; en el tratamiento a infantes y la entrega de tratamiento de acuerdo a la carga viral. De prevención primaria y secundaria con tamizaje, se pasó a pruebas rápidas, se dio apertura del sitio Centinela, se realizaron estudios de Conocimientos y Actitudes por las ONG (CONASIDA & Ministerio de Salud, 2016). Así mismo Costa Rica a partir de 1998 brinda el tratamiento ARV de manera auto sostenible asegurando la calidad de vida de la persona con VIH (Del Cid Winter, 2019).

De igual forma, se tienen los lineamientos para regular y estandarizar la distribución del condón femenino y masculino desde el 2015, con el fin de extender su cobertura y acceso a las personas usuarias de los servicios de salud mayores de 15 años. Esto se lleva a cabo mediante la distribución y educación en salud sexual y reproductiva, en las consultas de Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Farmacia y en el programa de Visita Domiciliar impartido por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) de los Centros de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2015). Aunado a ello y como parte de la estrategia de prevención combinada en 2021 se implementó la Profilaxis Pre-Exposición al VIH (PrEP) en los servicios de salud públicos y privados. Actualmente está en marcha la implementación de la auto prueba.

A pesar de los esfuerzos que el país ha realizado para asegurar la disponibilidad de los servicios de salud y en especial los relacionados con VIH aún se presentan obstáculos. Históricamente el enfoque se ha centrado en la atención y medicación de las personas afectadas por el VIH, dejando la prevención en un segundo plano. Aunado a lo anterior es importante considerar que las disposiciones normativas jurídicas y de salud, se ven limitados por diversos factores, como limitar el acceso a los servicios a ciertas poblaciones a un seguro específico. Es el caso de las mujeres con VIH embarazadas, a quienes se les otorga la atención en salud, a través de un seguro del Estado (en caso de no tener otra modalidad de aseguramiento), pero solo funciona durante el periodo de gestación. Después del parto el derecho ya no les asiste, dejando en desprotección su salud (Ávila & Cordero, 2014). Otra falencia evidenciada por las personas viviendo con VIH, está relacionada con los esquemas de tratamiento disponibles en la CCSS. Se observó que los tratamientos antiretrovirales ofrecidos no siempre son los adecuados. Las PVV consideran que los médicos no reconoce las particularidades de cada persona y que “no todos los cuerpos son iguales” (Águila Chaves, 2022).

De otro lado se siguen presentando deficiencias en los servicios de salud frente al manejo del diagnóstico como la falta de consentimiento al realizar la prueba, ausencia

de consejería pre y post- prueba y no se respeta la confidencialidad del diagnóstico (ONUSIDA, 2012). Un tema clave, a 40 años de inicio de la epidemia, es la preocupación sobre la falta de servicios para personas adultas mayores con VIH, algunas de las cuales se encuentran en estado de abandono o desatención por parte de sus familiares. Esto se ve reforzado por la ausencia de campañas de educación e información a la población en general y menos a las poblaciones clave y sus entornos más cercanos (PNUD, 2012). Así mismo es importante anotar que la atención para VIH en Costa Rica se encuentra centralizada geográficamente de tal manera que las clínicas y hospitales que prestan la atención a las personas con VIH y los servicios de prevención a las poblaciones clave se encuentran ubicadas en el GAM.

Finalmente, es importante anotar que el sistema de salud en Costa Rica está “teniendo un retraimiento en la protección social, bastante fuerte y un deterioro en los servicios de salud y sociales, estamos en una vía hacia la privatización” (conversación con una persona conocedora del VIH en Costa Rica).

### Accesibilidad

En relación a la accesibilidad el rol de la CCSS es fundamental en la provisión de servicios para personas con VIH y poblaciones clave, en cuanto ella garantiza el acceso a atención integral, tratamiento antirretroviral y abordajes de prevención. Para ello la persona debe estar afiliada a la seguridad social y pagar su contribución o adscribirse a alguno de los mecanismos de aseguramiento, bien sea como persona asalariada, persona trabajadora independiente, aseguramiento voluntario o aseguramiento por el Estado (CONASIDA & Ministerio de Salud, 2016). En los servicios de salud públicos, ofrecidos por la CCSS, el acceso a la prueba diagnóstica del VIH está descentralizado en las áreas de salud y se da en hospitales y clínicas quienes dan una cita médica para la prescripción de la prueba y una cita de laboratorio. El promedio de tiempo de entrega del resultado depende de la logística y de la necesidad de confirmación del resultado pero no es inmediato (Ministerio de Salud, 2019), lo que puede suponer una barrera para algunas personas que necesitan resultados rápidos.

La atención a las personas con VIH se brinda de manera centralizada a través de equipos interdisciplinarios especializados ubicados en siete hospitales: Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia, Hospital México, Hospital Nacional de Niños, Hospital San Rafael de Alajuela, Hospital Max Peralta y Hospital Monseñor Sanabria (Del Cid Winter, 2019). Un obstáculo es la centralización de servicios especializados, esto genera inequidad debido a las dificultades de acceso desde zonas rurales hacia los centros urbanos, este es el caso de provincias como Guanacaste y Limón (Águila Chaves, 2022). Una situación particular la viven los migrantes, quienes, al no estar regularizados, no pueden acceder al sistema de salud bajo ninguno de los criterios.

## Acomodación

En los documentos institucionales se recomienda que las acciones cuenten con la participación de las personas con VIH/Sida y las organizaciones de la sociedad civil, en los procesos de toma de decisiones relacionados con políticas públicas sobre el VIH como se observa en el siguiente artículo.

“ARTÍCULO 6.- Derecho a la participación en los procesos de toma de decisiones. CONASIDA promoverá que las personas con VIH y Sida y cualquier organización de la sociedad civil interesada, participen en los diferentes espacios de toma de decisiones relacionados con políticas públicas, planes, programas y proyectos derivados que aborden la temática del VIH” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2015).

Otro elemento clave es la implementación de programas como la regularización, estandarización y distribución tanto del condón femenino como masculino, como parte de la ampliación de la oferta anticonceptiva y de protección con el fin de extender su cobertura y acceso a las personas usuarias de los servicios de salud (CCSS., 2019). Desde el 2021 en Costa Rica se incorporó la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) al VIH, buscando fortalecer la estrategia de prevención combinada, esta se ofrece en los servicios públicos y privados. En los servicios públicos está disponible solo para mujeres trans, parejas serodiscordantes y para hombres que tienen sexo con hombres.

Si bien estos esfuerzos buscan favorecer a las poblaciones claves, existen riesgos asociados en su implementación. En el caso de la PrEP, no debe ofrecerse como medida de intervención exclusiva para la prevención de la infección por el VIH, sino prescrita dentro de un plan de prevención global que incluya consejería asistida (Ministerio de Salud, 2021b). Así mismo, se enfatiza en la necesidad de acompañar estos programas con la sensibilización y capacitación del funcionariado de la salud, acceso a la información pertinente y tener en cuenta factores económicos, sociales, políticos y culturales.

## Asequibilidad

Según Águila Chaves (2022) Costa Rica posee un sistema de salud público fuerte. La CCSS es la instancia que provee los servicios que requieren las personas que adquieren el VIH. Según la ley general sobre VIH SIDA se tiene el derecho a la atención integral, acceso a material preventivo profiláctico y acceso a tratamiento antirretroviral sin importar que existan crisis administrativas, financiera o institucional exceptuando el criterio médico. Sin embargo, a pesar de la legislación vigente se han venido restando recursos poco a poco al sector social incluida la CCSS. Esta situación ha repercutido en el bienestar de las personas y de las poblaciones clave. En el caso de las mujeres trans,

es muy curioso que, a pesar de la fuerte regulación que busca protegerlas, aún persisten las desigualdades, la discriminación y las inequidades. Por ejemplo, en relación al aseguramiento al SS, en Costa Rica para acceder al seguro de CCSS es necesario cotizar a través de un trabajo formal, sin embargo, la informalidad laboral en las poblaciones claves es alta, es el caso de las mujeres trans y las personas en trabajo sexual. Según conversación con una persona experta: “recientemente se logró que una mujer cisgénero trabajadora sexual, se le diera aseguramiento por su cotización individual, en este caso la CCSS reconoce el trabajo sexual, como un trabajo. Esto es un avance muy interesante, que puede abrir un camino en el reconocimiento de las poblaciones claves”.

## Aceptabilidad

En la legislación de Costa Rica se cuenta con el *Manual de Procedimientos para la Atención Integral en Salud de los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las personas trans femeninas*. Esto responde a una atención en salud que se ajusta y toma en cuenta las necesidades y consideraciones particulares de dichos grupos, dado el estigma y discriminación que estos grupos han sufrido (CCSS., 2017). A pesar de los avances en la calidad de la atención aún persisten obstáculos que impiden el acceso a la atención y a la atención integral en algunos centros de salud e instituciones, en tanto aún se dan actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia las poblaciones claves por parte del personal de salud, los espacios laborales (CONASIDA & Ministerio de Salud, 2016).

## Conciencia/Conocimiento

Según el decreto Ejecutivo No 43055-S Norma Nacional para la *Atención Integral del VIH en el Ámbito de la salud*.

“Todo servicio de salud debe ofrecer a las personas usuarias información actualizada y científicamente fundamentada sobre la infección por VIH y sus medios de transmisión, que además enfatice en los períodos de ventana y las pruebas de diagnóstico disponibles, la prevención y protección con énfasis en el uso correcto y sistemático del condón femenino y masculino, los riesgos asociados a comorbilidades del VIH, la importancia de una alimentación saludable e inocua que permita el fortaleciendo el sistema inmune, mejora la respuesta al tratamiento, así como mantener el estado nutricional adecuado, evitando el síndrome de desgaste, también la relevancia de la adherencia al tratamiento una vez que ha sido diagnosticada la persona, así como las vinculaciones entre el VIH y el consumo de sustancias psicoactivas” (Ministerio de Salud, 2019, p.44).

Sin embargo, se encuentran falencias, una de ellas es la necesidad de avanzar en la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) como herramienta institucional para la administración de información clínica de las personas usuarias de servicios de salud, especialmente en el seguimiento de casos de VIH. Según conversación personal con la gerente del Proyecto CR, aunque la CCSS “tiene un solo

sistema de información tiene bases de datos separadas, y la información no se encuentra desagregada. De tal manera que no se está haciendo adecuadamente la identificación de la población, entonces no sabemos cuántas pruebas se han hecho en HSH o no sabemos cuántas pruebas se han hecho en mujeres trans, solamente sabemos la cantidad en la población general”. Esta falta de variables relacionadas con la orientación sexual e identidad de género en el sistema de información, dificulta el procesamiento de información para atender a poblaciones claves.

## Normas culturales y de género

Al realizar la revisión documental es claro encontrar que el género aparece enunciado como una de las directrices en la formulación de leyes, estrategias, planes, programas, lineamientos y normas. Se enuncia como identidad de género, igualdad de género, enfoque de género, perspectiva de género o equidad de género. Para la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, el enfoque de género reconoce, que los géneros son construcciones sociales y culturales, que pueden y deben ser transformadas. La aplicación de dicho enfoque en el caso del VIH, implica reconocer las realidades de las poblaciones como construcciones sociales y culturales y la enfermedad como un fenómeno sociocultural (Ministerio de Salud, 2019). En este contexto se siguen identificando situaciones de discriminación, y se evidencia que la orientación sexual y de género disidente a la norma heterosexual representa una desigualdad. Según la encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de 2017, el 26.1% de las mujeres trans afirmó que fue necesario ocultar su identidad de género al recibir servicios médicos; y el 40.1% consideró necesario hacerlo al buscar trabajo (HIVOS, 2018).

Según Ávila y Cordero 2014, las condiciones de vida que enfrentan las mujeres viviendo con VIH, como (como la violencia, la pobreza, la baja escolaridad, los roles que asumen, entre otras) las vulneran. En este sentido, la omisión del componente de género en las acciones de los diferentes actores sociales, ahonda las brechas de inequidad, si bien en los diferentes instrumentos de política pública se menciona el enfoque de género, no se reconocen ni se legitiman las condiciones que vulneran la salud de las mujeres, y por ende, tampoco se generan aquellas medidas que permitan su atención (Ávila & Cordero, 2014). Finalmente se puede observar que las mujeres y personas con sexualidades fuera del canon heteronormativo existente resultan ser las poblaciones con un nivel de discriminación debido a su condición de género.

## Estigma y Discriminación

Costa Rica en su marco legislativo y jurídico, establece una normatividad en lo concerniente al estigma y discriminación. La “Norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” tiene como objetivo regular la atención en salud a estas poblaciones y protegerlas del estigma y la

discriminación, y de esta manera, garantizar el derecho de todas las personas al disfrute pleno de su salud, sin ningún tipo de discriminación (Ministerio de Salud., 2016).

De igual manera, la *Política para la Prevención y el Abordaje del VIH y el Sida 2014-2019*, reconoce el VIH y el sida como un asunto relativo a los centros de trabajo, que requiere la participación de organizaciones y de personas empleadoras y trabajadoras, para una adecuada respuesta y cuya finalidad es promover la prevención y el abordaje integral del VIH y del sida en los espacios laborales en un ambiente libre de estigma y discriminación y dar garantías a la protección de los derechos laborales de las personas afectadas por el VIH y el sida (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica., 2014, p.6).

Actualmente Costa Rica cuenta con una serie de políticas de no discriminación por orientación sexual e identidad de género a saber:

- Política Respetuosa de la Diversidad Sexual del Poder Judicial, aprobada por la Corte Suprema de Justicia, en la sesión No. 31-11, de 2012.
- Políticas de buenas prácticas para la no discriminación motivada por la orientación sexual o la identidad de género de la Municipalidad de San Isidro de Heredia, Reglamento municipal No. 75 del 08 de diciembre de 2014 (Ministerio de Salud, 2018).
- Política para la No Discriminación motivada por la Orientación Sexual o la Identidad de Género de la Municipalidad de El Guarco, Reglamento municipal No. 417 del 20 de octubre de 2015.
- Política de no discriminación por orientación sexual e identidad de género del Tribunal Supremo de Elecciones, Acuerdo del Tribunal Supremo de Elecciones tomado en el artículo 3 de la Sesión Ordinaria No. 37-2016 de 28 de abril de 2016.
- Política de diversidad, inclusión y no discriminación de Montes de Oca, aprobada por El Concejo Municipal de Montes de Oca, en Sesión Ordinaria No 16-2016, Artículo No 9, Punto No 5, celebrada el día 16 de agosto del 2016.
- Norma Nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, Intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen Sexo con hombres (HSH) de 2016.
- Política para contribuir a erradicar la discriminación hacia la población sexualmente diversa, del Instituto Nacional de Estadística y Censos Sesión Ordinaria del Consejo Directivo 850-2017 del 9 de mayo de 2017.
- Política de no discriminación de la Radiográfica Costarricense SA, aprobada por Acuerdo de Junta Directiva 159-2017.

A pesar de los esfuerzos constantes y el marco jurídico y legislativo vigente, según el *Estudio de Estigma y Discriminación hacia las personas con VIH en Costa Rica 2014*, las actitudes de estigma y discriminación hacia las poblaciones claves se siguen

presentando en diferentes ámbitos y en sus actividades cotidianas. En los espacios educativos las poblaciones LGBTQ+ son constantemente el foco de agresiones, burlas, acoso, rechazo e irrespeto, este tipo de actitudes impiden que las personas puedan desarrollar libremente sus procesos educativos colocándolas en situaciones de desigualdad y vulnerabilidad. Como respuesta a esta situación el Ministerio de Educación Pública ha generado una serie de acciones como la creación del *Manual de Buenas Prácticas para la no Discriminación*, la creación del *Manual Día Nacional contra la Homofobia, Lesbofobia y la Transfobia*. Un logro importante es que los/las estudiantes puedan utilizar el nombre con el cual se identifican, en su carnet y no el nombre que aparece en su registro, esto se logró mediante la acogida de la Opinión Consultiva OC-24/17 por parte del Tribunal Supremo de Elecciones (Ministerio de Salud, 2018).

El ámbito laboral es uno de los más preocupantes, según datos de la *Encuesta de Prevalencia de VIH* en 2017, prácticamente la mitad 49,7% de las y los participantes afirmaron estar desempleados o inactivos, de esta cantidad el 65.2 % correspondió a mujeres con VIH y el 41,8% a hombres, y entre los pocos casos de personas transgéneros el 75% se encontraba sin empleo. Como se puede apreciar la situación es más compleja para las poblaciones trans y mujeres con VIH frente a los HSH. Finalmente, el porcentaje de desempleo es mayor en la zona urbana 51,6% que en la zona rural 43,6% (AEV., 2014).

A pesar de contar con la Norma Nacional para la Atención en Salud libre de Estigma y Discriminación a población LGBTIQ+ y HSH, en los servicios de salud se siguen presentando discursos estigmatizantes por parte del personal de salud hacia estas poblaciones. Según (Bolaños Jiménez & Urióstegui Bahena, 2017, p.433)

el discurso médico en Costa Rica no fue homogéneo, ... en su gran mayoría, se conceptualizó a la sexualidad no normativa como una patología, y se le otorgó al comportamiento sexual individual un peso imposible de cargar, una culpabilidad que, en lugar de provocar cambios positivos en la dinámica de la enfermedad, tuvo entre muchas de sus consecuencias la estigmatización de grupos sociales variados.

la anterior narrativa persiste aún hoy día, a pesar de los avances en la prestación del servicio. Según las organizaciones REDLACTRANS y TRANSVIDA se han documentado casos en los que el personal de salud, servicios públicos y privados rechazaron o negaron el servicio a mujeres trans (Ministerio de Salud., 2016). Finalmente, es importante anotar la situación que viven las personas de las poblaciones claves adultas mayores como lo afirma Gracia 2011. “Las personas adultas mayores homosexuales son víctimas de discriminación: por razón de edad (edadismo) y por razón de orientación o identidad sexual. O’loughlin describe a las personas adultas mayores pertenecientes a minorías sexuales como un grupo olvidado, poco visibilizado y estigmatizado”(Araya Flores & Murillo Campos, 2022, p. 34).

## Legislación y jurisprudencia

Costa Rica cuenta con un marco jurídico, político y de planificación que respalda la atención integral en salud desde un enfoque de Derechos Humanos, incluyendo instrumentos internacionales y nacionales específicos para el VIH. Desde la Ley General sobre VIH SIDA (No 7771) y su reforma, la Ley No 9797 en 2019. Cabe destacar que esta reforma contempla nuevas definiciones como diversidad, enfoque de género, atención integral, estilo de vida saludable y cambia el paradigma de personas infectadas o portadoras al de personas viviendo con VIH y reconoce la violencia de género contra las mujeres (Águila Chaves, 2022).

De acuerdo a la legislación y normativa nacional, la política actual para la prevención y el abordaje del VIH y Sida, se fundamenta en:

- La Constitución Política de la República de Costa Rica.
- Ley No 7771. Ley General del VIH SIDA de la República de Costa Rica.
- Decreto 27894-7. Reglamenta la Ley general sobre el VIH-SIDA.
- Plan Nacional Estratégico en VIH/Sida de Costa Rica.
- Estrategia de prevención combinada del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans en el Gran Área Metropolitana y Puntarenas.

Es necesario reconocer los esfuerzos que se han llevado a cabo; desde octubre de 2014, luego de una reforma al Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) mediante el Acuerdo No 8744 del 9 de octubre, se permite, por primera vez en el país, el acceso al seguro social de parejas del mismo sexo por beneficio familiar (Ministerio de Salud, 2018). Otro avance normativo frente a la igualdad y la no discriminación es el decreto No 38999 de 2015 “Política del Poder Ejecutivo para erradicar de sus instituciones la discriminación hacia la Población LGBTI” que establece la responsabilidad de cada órgano del Poder Ejecutivo de crear la “Comisión Institucional para la Igualdad y la no Discriminación hacia la Población Sexualmente Diversa” (Ministerio de Salud, 2018).

En el año 2015 se dictó el Decreto No 39210-MP-S, el cual autoriza la realización de la técnica de reproducción asistida de Fecundación In Vitro y transferencia embrionaria, luego de que la Corte Interamericana de Derechos Humanos mediante pronunciamiento en el caso Artavia Murillo vs Costa Rica, solicitara al gobierno costarricense garantizar a sus habitantes la aplicación de esta técnica reproductiva (Ministerio de Salud, 2018). A nivel general Figuer et al (2014), consideran que, a pesar de estos avances, en la práctica se evidencia que la legislación es sustancialmente influenciada por concepciones morales cargadas de elementos patriarcales y

heteronormativos propios de una sociedad predominantemente católica que busca la conservación de sus valores tradicionales familiares, esto debido a la condición de Estado confesional que aún preserva el Estado costarricense, en la Constitución Política en su artículo No.75.

En términos generales, puede decirse que los derechos y garantías se encuentran contemplados por ley para todos y todas las costarricenses de manera abstracta. Pero en lo concreto, la Ley, al plantearse desde un esquema heteronormativo no se ajusta a las realidades particulares de las poblaciones (Figuer Moreno et al., 2014). Aunado a lo anterior podemos afirmar que existe un marco para brindar atención integral a la población con VIH, esto a través de las acciones y mandatos de los actores públicos, privados y organizaciones de la sociedad civil que representan los diversos sectores sociales. Sin embargo, existe una discrepancia entre la legislación abstracta que contempla derechos y garantías para todos los costarricenses y la realidad concreta de las poblaciones LGBTIQ+.

## Conclusiones

En primer punto se destaca que Costa Rica cuenta con un amplio acervo jurídico y legal en lo relacionado al manejo y atención del VIH, así como políticas antidiscriminación. En ellas se destaca la importancia de la reforma a la Ley General sobre VIH SIDA, la cual se enmarca en el enfoque de DDHH. Por otra parte, el país cuenta con un sistema nacional de salud que provee las condiciones necesarias para que los actores sociales realicen sus aportes de acuerdo con sus mandatos y capacidades. Sin embargo, no se garantiza que dicha normatividad sea acatada o cumplida e implementada. En este sentido, los actores públicos no se encuentran desarrollando a cabalidad las acciones pactadas en la política pública, principalmente en temas como la mitigación del impacto del VIH, esta situación genera una disparidad entre lo formulado y lo implementado (Ávila & Cordero, 2014).

Cabe considerar que la discriminación y la exclusión no se limitan a los entornos cercanos de las PVV; sino que adquieren manifestaciones de alcance más estructural (HIVOS, 2018). Desde esta perspectiva la prevalencia del virus sobre las poblaciones afectadas es directamente proporcional al grado de violencia estructural a la que están sometidas (Águila Chaves, 2022). En este sentido, es necesario entender el derecho a la salud con un marco de acción amplio que integra no solo el estar sano o la atención en salud, si no que recoge factores de bienestar social como el acceso a agua potable, seguridad alimentaria, vivienda digna, oportunidades laborales, acceso a educación e información relacionada con salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Arias Mora, 2023).

A partir de la literatura revisada se puede afirmar que hay un interés en los estudios universitarios por la temática, sin embargo, esta es “literatura gris” que no trasciende o influye la toma de decisiones, a pesar de la riqueza de sus datos, en tanto trabaja de

forma directa con las poblaciones de interés para el VIH. En este sentido, es importante motivar que se continúe y fortalezca la investigación en el área de VIH, de sexualidad, género, interculturalidad en intersección con salud desde perspectivas de las Ciencias Sociales, para ser tomado en cuenta en los espacios de toma de decisiones. De otro lado, es necesario hacer alianzas estratégicas con las universidades para proponer la investigación como una herramienta de seguimiento de las políticas públicas en la atención y protección de las poblaciones de interés en VIH.

En este momento se está llevando a cabo la encuesta sobre la seroprevalencia de VIH y sífilis en Costa Rica, esta información permitirá mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva para hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans. Es importante fortalecer las acciones de prevención tanto en el ámbito individual como colectivo, para contrarrestar el estigma y la discriminación que padecen las PVV. En esta lógica, vale la pena mencionar que mejorar las condiciones socioeconómicas y de vida de la población en general favorece la prevención del VIH, protege a las poblaciones clave y en mayor vulnerabilidad e impacta las barreras que las PV viven actualmente. Finalmente, es necesario estar atentos a la preocupación que genera el ingreso de Costa Rica a la OCDE y las implicaciones que esta situación pueda tener frente al financiamiento del programa de VIH por parte de la cooperación internacional.

## Recomendaciones

Tabla 3. Recomendaciones y responsables de su implementación

Barreras	Recomendación	Responsable
En lo referente a la respuesta al VIH es necesario una atención integral, que sobrepase el ámbito médico. Es necesario incorporar espacios educativos, sociales, económicos y políticos.	Fortalecer los grupos de apoyo y educación por pares	OSC
	Fortalecer el apoyo psicosocial en la prestación de los servicios de salud	CCSS y Ministerio de Salud
	Construir un mapa de programas sociales (Bolsas de empleo, capacitación, subsidios, etc) que puedan ser ofrecidos a las PVV en diferentes espacios de atención y prevención	Ministerio de Salud OSC Otras entidades públicas OSC Cooperación Internacional

<p>No existe un sistema de información único para VIH que recolecte datos de las diferentes fuentes públicas y privadas de manera confiable, pertinente y oportuna para así monitorear objetivamente la situación del VIH en el país.</p>	<p>Crear una estrategia de incidencia para el fortalecimiento de los sistemas de información, enfatizando la interoperabilidad y los análisis conjuntos de datos. Para ello, el monitoreo liderado por comunidad puede ser una estrategia a ser utilizada.</p>	<p>OSC Mecanismo Coordinador de País Sistema de referencia y contrareferencia Ministerio de Salud Caja Costarricense de Salud</p>
<p>Costa Rica no posee programas de prevención del VIH y otras ITS dirigidos a población general, orientados a promover una sexualidad placentera, la prevención del VIH y otras ITS, incluyendo el acceso a tecnologías de prevención (PrEP, PEP, uso sostenido del condón, autotest, etc).</p>	<p>Diseñar un plan de educación y comunicación de largo plazo enfocado en el componente comportamental de la prevención combinada. Es clave incluir allí: el abordaje de la sexualidad placentera, la prevención del VIH y otras ITS, incluyendo el acceso a tecnologías de prevención (PrEP, PEP, uso sostenido del condón, autotest, etc). Asimismo, es necesario dirigirlo a toda la población, pero fragmentar los públicos receptores de las estrategias para mayor claridad del mensaje; y tener también en cuenta la intersectorialidad de las poblaciones.</p>	<p>Ministerio de Salud. Caja costarricense del seguro social. Organizaciones de la sociedad civil Entornos académicos y de educación no formal Ministerio de Salud Caja costarricense del seguro social.</p>
<p>Una barrera recurrente es el diagnóstico tardío de VIH que lleva a mayor número de casos de enfermedad avanzada y por tanto mayores muertes.</p>	<p>Crear una estrategia de promoción de la prueba de VIH permanente que aborde el acompañamiento y asesoría para la prueba, los mitos relacionados con la</p>	<p>Sociedad civil CCSS Ministerio de Salud Agencias de Cooperación</p>

	enfermedad y reduzca el estigma y la discriminación	
<p>A pesar de la existencia de un marco normativo para garantizar los servicios libres de estigma y discriminación y derechos, aún persiste en entornos laborales y de salud situaciones estigmatizantes y discriminatorias.</p> <p>El estigma y discriminación hacia poblaciones clave y LGTBIQ+, arraigada en valores morales de la sociedad conservadora costarricense, continúa siendo una barrera muy importante para la garantía de los derechos humanos y una atención con calidad y humanizada</p>	<p>Estrategia de educación centrada en el ejercicio pleno de derechos humanos, que ayude a reconocer la dignidad humana, el derecho a la vida y el respeto a la diferencia. Es necesario dirigirla a toda la comunidad costarricense, y fragmentar poblaciones y espacios para una mayor claridad en el mensaje</p>	<p>Ministerio de trabajo Ministerio de Salud Entornos académicos Sociedad Civil Agencias de Cooperación</p>
<p>La centralidad geográfica de la atención para VIH, es decir, la ubicación de la mayor parte de centros de atención en la Gran Área Metropolitana se convierte en una barrera de acceso a los servicios de salud (diagnóstico, tratamiento, medicamentos) para la población residente de áreas alejadas y rurales que deben viajar largos trayecto e incurrir en altos gastos de bolsillo</p>	<p>Hacer uso de estrategias de acercamiento de los servicios a las personas, por ejemplo: hacer uso de telemedicina, tomar pruebas localmente y enviarlas a laboratorios centralizados, sesiones de apoyo y asesoría virtuales, segmentar la frecuencia de la entrega de TAR y citas médicas según ubicación geográfica de las personas. Este ejercicio implica también la apertura de contextos de Contratación Social, en los cuales las OSC puedan</p>	<p>Caja costarricense del seguro social. Ministerio de Salud Entornos académicos Sociedad Civil Agencias de Cooperación</p>

	prestar servicios para facilitar el acceso local de las poblaciones a la atención integral	
--	--	--

## Paraguay

El presente documento presenta los datos recopilados en la búsqueda documental sobre las causas de las barreras relacionadas con los derechos humanos y de género en los servicios de VIH y TB/VIH, identificando los factores existentes a nivel de los sistemas de salud, normas culturales y de género y barreras en el ámbito legal en Paraguay.

## Metodología

De la búsqueda bibliográfica en bases de datos se recuperaron en la primera identificación 9478 documentos, de estos una vez se hizo la depuración de repetidos y pertinencia de la información recolectada quedaron 58. Estos están distribuidos de la siguiente forma: 38 documentos (artículos y libros). 20 documentos técnicos de PRONASIDA. Adicionalmente se incluyeron los 5 documentos proporcionados por el proyecto “Soy Clave”.

## Sistema de Salud

La Constitución de la República de 1992, sustituyó la constitución de 1967 y presentó una nueva carta de derechos en la que se declara como un Estado social de derecho, que adopta una democracia representativa fundada en el reconocimiento de la dignidad humana (Art. 1). El Art 68 reconoce el derecho a la atención de la salud para toda la población. El Art 69 crea el SNS que ejecutara acciones sanitarias integradas, y establecerá políticas que posibiliten la concertación, coordinación y complementación de programas y recursos del sector público y privado (Convenio Nacional Constituyente., 1992).

La Ley 1.032/1996 crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) y a través del decreto 21.376 de 1998 se reglamenta el sistema que está conformado por tres subsectores: público, privado y mixto. El subsector público lo conforman el MSPBS; el Instituto de Previsión Social (IPS); los hospitales dependientes de las fuerzas públicas (Armada, Militar y de Policía); las dependencias de gobernaciones y municipalidades que prestan servicios en el sector salud; y por los hospitales dependientes de la Universidad Nacional de Asunción (Hospital de Clínicas y Centro Materno Infantil). El subsector privado está integrado por entidades con fines de lucro como las empresas aseguradoras de medicina

prepagadas, sanatorios, clínicas, institutos, laboratorios privados y otras sin fines de lucro y el subsector mixto está representado por la Cruz Roja Paraguaya sin fines de lucro, financiada por entidades privadas y dotada de recursos humanos del sector público (SUPSALUD, Sf).

En el 2008 mediante la Resolución S.G. No 140 se declaró la gratuidad en los servicios de salud, en cuanto a las consultas, los aranceles hospitalarios y de estudios auxiliares de diagnóstico de internación. En septiembre de 2009 la Resolución No. 67 que estableció la gratuidad de las consultas externas y de urgencia de todos los hospitales públicos, y en el 2013 se aprobó la Ley No. 5099 de gratuidad en medicamentos y tratamientos. Es paulatino proceso de gratuidad permitió que entre el 2007 y 2011 se registrara un aumento del 77% de consultas y del 58% en el número de personas atendidas (Amnistía Internacional, 2024).

El marco normativo en términos generales habilita un sistema de salud universal, sin embargo, autores como Gómez y Guillén (2017) citado por (Escobar et al., 2021) afirman que “el país no cuenta con un real sistema universal, sino con subsectores desarticulados, cuya atención es fragmentada, desigual e inequitativa” (p.16).

El MSPBS es rector del sistema y quien asume la responsabilidad de definir políticas públicas, planes, estrategias, objetivos, metas y actividades promoviendo la armonización y complementación entre los subsistemas. El sistema de salud se basa en la Atención Primaria de la Salud (APS) (Duarte- Zoilan, 2024) que se lleva a cabo a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF) ubicadas en territorios sociales definidos, a cargo de equipos multidisciplinarios que trabajan con las comunidades con enfoque de derechos, eficiencia y equidad, respeta la interculturalidad, y promueve políticas integradas, para mejorar los determinantes y condicionantes vinculados a la calidad de vida y salud, para lo cual se articula con otras instancias gubernamentales (Escobar et al., 2021).

## Normatividad VIH y TB

El Programa Nacional de Control del Sida/ITS (PRONASIDA) tiene dos pilares de acción, por un lado, la rectoría de la Respuesta Nacional a la epidemia de VIH e ITS y por otro provee servicios de promoción, prevención y atención integral de forma descentralizada a las personas con VIH o que son afectadas por el VIH. Para el 2018 se contaba con 14 Servicios de Atención Integral (SAI) a personas con VIH ubicados en 13 Regiones Sanitarias (Caballero & Ramírez, 2021) en ellas se ofrece de forma gratuita información, educación, consejería, diagnóstico precoz, tratamiento antirretroviral (ARV), profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas, de igual manera hacen diagnóstico y tratamiento de la Sífilis y otras ITS. Respecto de las pruebas rápidas se realizan en todos los niveles de atención dentro de la Red de servicios del MSPBS, y “están disponibles para la población general, con énfasis en embarazadas, población

clave (mujeres trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas Trans), población privada de libertad, pueblos indígenas, sintomáticos respiratorios y personas con Tuberculosis” (PRONASIDA et al., 2017).

Respecto del PrEP esta fue implementada en el 2021; para mediados del 2023 en el país 820 personas habían iniciado la profilaxis. El servicio se presta en 10 hospitales, alguno de orden regional, en el Centro de Consejería y Testeo del PRONASIDA, en el Instituto de Medicina Tropical y comunitariamente en la clínica Kunu’u (organización SOMOSGAY) (MSPBS & PRONASIDA, 2023)

El Departamento del Programa Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis de Paraguay se creó en 1992, en ese mismo año pasó a ser el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) y depende directamente de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) (MSPBS & DGVS, 2022). El acceso gratuito a la salud incluye el diagnóstico de TB, tratamiento, seguimiento, estudios de laboratorio de control y apoyo alimentario.

OPS en 2008 afirma que una segunda epidemia había surgido: “el abuso de los derechos humanos de quienes viven con el virus VIH (o que se sospecha que viven con él)” (OPS, 2008, p.2). El estigma y la discriminación se tradujeron en la violación persistentes y en algunos casos normalizada de los derechos humanos de las poblaciones más afectadas por la epidemia, que para el 2008 eran “trabajadores (as) del sexo y sus clientes, hombres que tienen sexo con otros hombres, personas que se inyectan drogas, trabajadores y refugiados inmigrantes indocumentados y personas desplazadas internamente” (OPS, 2008, p.3). Ante esto una estrategia de protección son los instrumentos jurídicos que proporcionan los tratados y convenios internacionales que buscan salvaguardar los derechos humanos, la vida, la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la justicia de todos los y las ciudadanos y en este caso particular de las PVV.

En el caso de Paraguay, el Estado ha firmado varios tratados que se fundamentan en los derechos humanos propuestos por las Naciones Unidas y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, entre otros, que favorecen la lucha contra el VIH y la TB.

A nivel internacional es conveniente mencionar dos situaciones particulares que es clave tenerlas presentes, por un lado, en 1995 el Estado paraguayo se suscribió a la Plataforma de Acción de Beijing, presentando una nota de alcance sobre el termino género. En este caso, aclaraba que para el gobierno de Paraguay el termino género “hacia referencia a ambos sexos: el hombre y la mujer, y dicho alcance ha sido incorporado en sus documentos nacionales” (CDE, 1995, como se cita en (Partners In Health & Americas TB Coalition, 2022). Esta situación es trascendente en tanto cerraba tempranamente, el paso al reconocimiento de la población LGBTIQ+, al tema del VIH y las discusiones futuras sobre educación sexual.

De otro lado, si bien el Estado ha hecho importantes avances en términos del reconocimiento de los derechos humanos en diferentes ámbitos, entre ellos salud, aún tiene una deuda pendiente por que “no ha ratificado el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC” (Amnistía Internacional, 2024) que establece que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) puede conocer, investigar y comunicar sobre personas o grupos que manifiesten ser víctimas de la violación de sus DESC por parte del Estado.

En el ámbito nacional las normas más relevantes son:

Ley 3940/09 “Establece los derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); y se disponen normativas para su cumplimiento” (MSPBS, 2009).

Resolución S.G. No 675/2014 Por la cual se reglamenta la ley No 3940/2009 "Que establece los derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); y se disponen normativas para su cumplimiento” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2014).

Resolución S.G. No 440/2018 "Por la cual se crea el Consejo de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA (CONASIDA)” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2018a).

Resolución S.G. No 439/2018 “Por la cual se crea el comité técnico de la respuesta nacional al VIH y Otras ITS” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2018b).

Ley No 6781 “Establece derechos y obligaciones en la prevención, atención integral de la salud y protección social de las personas afectadas por la Tuberculosis” (MSPBS, 2021).

Resolución No 29664/2017 “Por la cual se prohíbe la difusión y utilización de materiales impresos como digitales, referentes a la teoría y/o ideología de género, en instituciones educativas dependientes del ministerio de educación y ciencias” (MEC, 2017).

Otras normas y resoluciones se pueden indagar en el Anexo No1.

En el caso de la tuberculosis, históricamente las poblaciones indígenas y las personas privadas de la libertad (PPL) que poseen condiciones de precariedad económica y social han sido las más afectadas, razón por la cual los desarrollos legales de reconocimiento y protección legales hacia las comunidades indígenas son relevantes en este caso. A ellas se sumarán nuevos desarrollos, producto de nuevas poblaciones que padecen la TB

como una comorbilidad sentida. En el caso que nos ocupa son relevantes las siguientes normas:

Resolución S.G. No 439/1992 crea el Departamento del Programa Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2018b).

Resolución S.G. No 808/2005 “Por la cual se crea la Unidad Especializada en Tuberculosis Multidrogo Resistente (UEMDR-TB)”.

Resolución S.G. No 959/2006 “Por la cual conforma el Equipo de Supervisores Nacionales de Tuberculosis (TB) y de PAI/TB”.

Resolución S.G. No 520/2012, por la cual “se aprueba el Manual de Organización y Funciones del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”.

Ley 6781/2021 “Que establece Derechos y Obligaciones en la prevención, atención integral de la Salud y Protección social de las personas afectadas por la Tuberculosis” (Partners In Health & Americas TB Coalition, 2022).

## Panorama epidemiológico del VIH

El perfil epidemiológico de Paraguay considera el VIH una epidemia concentrada en poblaciones, los primeros casos de VIH fueron reportados en 1985, desde entonces y hasta el 2023 se han registrado 28,219 personas con diagnóstico de VIH, de estos 7,993 fueron casos SIDA; 4,798 son casos por mortalidad acumulada; 4,937 corresponde a personas diagnosticadas que no accedieron al servicio de salud por más de 10 años y pacientes con cd4 menor a 200 que no asistieron al sistema de salud por más de cinco años, de ellos no se obtiene mayor información, esto deja en 18,484 el número de PVV. Estudios como los de (Aguilar et al., 2018) y (Lopez et al., 2024) presentan que en Paraguay el diagnóstico tardío (en estados avanzados de la enfermedad) continúa generando altas tasas de mortalidad en ambos sexos.

Se observa una disminución en los nuevos casos de VIH entre el 2019 y 2020 de 1,605 a 1,201 y un ascenso constante desde el 2020: el año 2021 cierra con 1,318 casos, el 2022 con 1,519 y el 2023 con 1,651, en este caso se considera que esta situación fue causada por la pandemia COVID (PRONASIDA, 2023). Para el 2022 se estimaba 21.079 personas vivían con VIH, de estas el 81,4% fue diagnosticada (n=17.156). De las diagnosticadas el 60,4% están vinculados a los servicios de atención integral (n=12.738). De las personas alguna vez vinculadas, el 56,4% están en TARV (tratamiento antirretroviral) por al menos 12 meses (n=11.891) y de estas el 40,9% han logrado la supresión viral (n=8630) (Fundación VENCER et al., 2022). Por grupos etarios para el 2023, el 55,23% (912) de los nuevos diagnósticos se hallan entre 20 y 34 años, el 12,85% (212) son mayores de 50

años y el 0,96% (16) son menores de cinco años. Por grupos poblacionales, en 2023 se diagnosticaron 342 mujeres, de estas 81 fueron gestantes (PRONASIDA, 2023). Respecto de los grupos poblacionales, la información más reciente corresponde al 2022, los nuevos diagnósticos de VIH según población fueron: Población General (PG) 891 casos que corresponde al 58,66%; HSH 489 casos que fueron el 32,19%; mujeres embarazadas 105 casos que corresponde al 6,91%; Personas Trans 15 casos que corresponden al 0,99%; indígenas 6 casos que son el 0,39%; Usuarios de Drogas (UD) que son el 0,33%; MTS 3 casos, igual número de casos reporta las Personas Privadas de la Libertad (PPL). La policía y los militares reportan cada una un caso. En términos de población clave la información más detallada corresponde al 2020.

Según el *Boletín sobre la infección por VIH Y las ITS* “Paraguay presenta una epidemia de VIH concentrada en determinados grupos poblacionales (HSH; MTS, población trans)” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social & PRONASIDA, 2020). Sin embargo, el trabajo de Aguilar et al., (2019) concluye que “la prevalencia del VIH fue baja y la Sífilis elevada en MTS. Se observó bajo porcentaje de uso de condón con la pareja estable, alto consumo de drogas y baja percepción de riesgo” (p.33). Recomienda tener presentes estos aspectos en la planificación de las intervenciones. En el caso de las personas trans, Samudio et al, precisa que para el 2015 a pesar de ser un grupo pequeño (0,02%), tenía la prevalencia de VIH más alta (26%) y, cuando se considera la tasa de incidencia, es el segundo grupo poblacional en orden de frecuencia después de los HSH, resultados similares presenta (Aguilar et al., 2018). Esta situación se ha mantenido hasta el presente.

Es prudente detenerse un momento para revisar a que se llama población general, en tanto en ella se agrupa la mayor cantidad de casos año a año. En 2015 el informe de VIH lo presenta como “población general o heterosexual” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social & PRONASIDA, 2015). De hecho, el trabajo de Aguilar et al., (2017) afirma que “La prevalencia entre personas heterosexuales fue mayor en nuestra serie, lo cual difiere con datos reportados por los CDC en que es menor; sin embargo, han alertado que existe un incremento en esta población”. En el informe de 2016, se presenta datos de población masculina y se desglosan en HSH, Trans, UD y PG (PRONASIDA & Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2016) en 2022 el Índice de Estigma y Discriminación, define Población General como la categoría que engloba a las personas con VIH que no son HSH, Mujeres Tran y MTS y afirma que “generalmente en este grupo se encuentran hombres y mujeres biológicas y cis género que se definen como heterosexuales y que mantienen vínculos eróticos, sexuales y afectivos con personas del sexo y género contrario. En términos absolutos, es la población que mayores casos de VIH reporta” (Fundación Vencer et al., 2022, p.22). Este mismo estudio afirma que la distribución de las poblaciones en su investigación, refleja el perfil de la epidemia en Paraguay “donde claramente el 90% de todas las PVV son representadas por tres poblaciones: las mujeres Cis, los Hombres Cis y los HSH, con una mayor representación masculina con un 57,5% (hombres cis y HSH). El 10% restante se encuentran otras

poblaciones con menor representación a nivel poblacional, como las trans, los bisexuales, y las personas que consumen drogas y que intercambian sexo por dinero” (2022, p.56). Esto resulta preocupante, porque la investigación sobre mujeres y VIH, por lo menos a la que se pudo acceder, es mínima y pocas acciones están enfocadas en ellas.

Respecto de Tuberculosis, la *Evaluación cualitativa de las poblaciones clave relacionado a Tuberculosis* presenta que la incidencia notificada por el país para el 2020 fue de 2.363 casos nuevos y recaídas, con una tasa de 32.6 por 100.000 habitantes, con una brecha en la detección de 1.037 casos no diagnosticados, respecto de TB/VIH la brecha fue de 151 casos no diagnosticados. La tasa de mortalidad por TB estimada en personas VIH positivos fue de 110 casos con una tasa de 1,5 notificándose en el mismo periodo 73 fallecidos con una tasa de mortalidad de 1 por 100.000 habitantes (Partners In Health & Americas TB Coalition, 2022). Esta misma evolución identificó que la TB se encontró distribuida en los siguientes grupos vulnerables: tabaquismo (26%), población con algún tipo de adicción (19%), Población Privada de Libertad (14%), poblaciones indígenas (13%), Personas viviendo con VIH (9%), personas viviendo en hacinamiento (7,5%), diabéticos (7%), habitantes de calle (2%), COVID-19 (2%) y personas con trastorno psíquico (0,4%) (2020, p.13).

## Resultados

### Sistema de Salud

En primer lugar, es importante mencionar que la información específica sobre las categorías Disponibilidad, Accesibilidad, Acomodación, Asequibilidad y Aceptabilidad, que nos permiten dar cuenta de las barreras en salud en relación al VIH y VIH/TB fue mínima. Tenemos varias hipótesis respecto a la ausencia de estudios específicos, por un lado, consideramos que es posible que no existan recursos económicos que propendan por estudios tan específicos, en el caso de VIH/TB si bien lleva más de una década, los recursos para aproximarse a comprender esta realidad son recientes.

Aun así, se optó por leer entre líneas, es decir, se concibió estas categorías de la manera más amplia posible, se revisaron a través de los problemas que pueden evidenciar la ausencia de estos elementos en la prestación del servicio o como un logro obtenido en los últimos años.

En el caso de Paraguay, Amnistía Internacional, publicó en 2024 el informe *La Deuda de la Salud (2024)*, que es una evaluación del sistema de salud del país a través de las categorías: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad. Consideramos valioso hacer una revisión de estos datos, si bien no entra en las especificidades de nuestro directo interés, aporta elementos significativos en la comprensión de las barreras a las que las personas viviendo con VIH y/o VIH/TB se enfrentan actualmente.

## Disponibilidad

Respecto de la disponibilidad Amnistía Internacional (AI) en su informe del año 2024 afirma que: “Paraguay se encuentra profundamente rezagado en materia de infraestructura de salud” (p.36) por ejemplo, si bien el número de camas por cada 10,000 habitantes de 2020 a 2021 creció, no se observa una mejora sustantiva en comparación con otros países de la región con un nivel de desarrollo similar. En el análisis comparativo entre regiones del país se encontró que existe una significativa desigualdad, en lo referido a disponibilidad de camas; así mientras que el departamento de Alto Paraguay y la capital Asunción tenían más de 25 camas por cada 10,000 habitantes, Caaguazú, Canindeyú y San Pedro contaban con siete o menos.

Por niveles de atención se halló que existe una centralización importante de la infraestructura hospitalaria en el departamento Central y la capital Asunción en donde se encuentra el 78% de los establecimientos de tercer y cuarto nivel y el 37,5% de la población total del país. Es decir, un buen número de personas tiene que trasladarse para recibir atención especializada, esto implica mayores gastos de bolsillo para las personas y sus familias (p.37) situación que afecta la gratuidad de la salud. Respecto a las Unidades de Salud Familiar (USF), Amnistía Internacional encontró que en algunos grupos focales las personas refirieron que los horarios de atención son limitados en horas y días y en algunos casos no hay atención los fines de semana, se reconoce la importancia de las USF, pero es “necesario mejorar el equipamiento, la calidad y el personal de la atención primaria” (p.44). Este último aspecto relacionado con el personal de salud, cobra sentido para nuestro tema. Como veremos más adelante, se reconoce que los espacios donde se presta atención a personas PVV de forma específica, el personal de salud tiene una muy buena relación médico-paciente la cual favorece el proceso de diagnóstico, tratamiento, adherencia, seguimiento y calidad de vida de las PVV, que contrastan cuando buscan otro tipo de atención médica que no se relaciona de forma directa con la atención de VIH y donde con frecuencia las PVV se sienten estigmatizadas y discriminadas.

Otro elemento que se destaca del informe de AI, son las diferencias urbano rurales en la disponibilidad que de una u otra manera afectan las otras categorías indagadas. La investigación de AI encontró que acceder a los servicios de salud y las condiciones en que se prestan los mismos en las áreas rurales, no son óptimos y demandan esfuerzo en tiempo y recursos por parte de la población. En el área urbana el principal obstáculo es el tiempo de espera para acceder a algunos servicios por la baja disponibilidad, por ejemplo, las especializaciones, situación que se complejiza en la ruralidad. En este sentido AI plantea que hay una falta de disponibilidad en los servicios de salud, y que frente a este la organización de personas y colectivos son valiosos y fundamentales para enfrentar desigualdades y exigir el derecho a la salud, esto corresponde con lo dicho por las comunidades para quienes es importante presionar e incidir en el Estado con el fin de mejorar el servicio de salud (Amnistía Internacional, 2024).

Respecto del VIH, sin duda un avance significativo para Paraguay fue la reglamentación de la Ley 3.940 de 2009, que garantiza el respeto, la protección y la promoción de los derechos de las PVV. Esto se hizo a través de la resolución 675 de 2014, que crea el “Consejo de la Respuesta Nacional” que estará conformado por diferentes instancias del gobierno, organismos internacionales, organizaciones sociales y no gubernamentales bajo la coordinación de PRONASIDA, que deberá desarrollar un Plan Estratégico producto de un trabajo participativo y con consulta ciudadana, que una vez aprobado por el MSPBS será un componente prioritario de la política de estado del VIH/Sida.

Uno de los problemas que se enfrenta para hacer estas actividades es que “deberá tomarse en consideración las inversiones de recursos que pueda ofrecer el Estado, como los aportes, programas y proyectos financiados y administrados por organismos internacionales o por organizaciones de la sociedad civil”(Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2014). Es así como según el trabajo de(Caballero & Ramírez, 2021), analizando el presupuesto del PRONASIDA en los años 2020, 2021 y 2022, el recurso económico que se le otorga es muy similar, las fuentes en orden de aportes de mayor a menor son el 1. Tesoro Público, 2. préstamos y 3. servicios arancelados. Los investigadores encuentran que: “es imprescindible asegurar la sostenibilidad y la disponibilidad de los fondos a lo largo del año” (p.124), más teniendo en cuenta que los medicamentos son adquiridos directamente por el Ministerio, el presupuesto para el 2022 fue escaso, considerando el número de pacientes (p.125). No se tienen análisis de los dos últimos años, pero es claro que el número de casos de PVV aumenta anualmente, así como la mortalidad y muy seguramente los recursos son inferiores a las necesidades.

Como se mencionó anteriormente, la tasa de mortalidad en ambos sexos responde a un diagnóstico tardío, baja adherencia al tratamiento o la falta del mismo (Samudio et al., 2020). Al respecto la investigación de Urizar en 2020 la falta de adherencia no se da por factores sociodemográficos, de hecho, las causas que enuncian los pacientes son olvido y efectos adversos de los medicamentos. En este sentido la investigación de (Estigarribia Sosa et al., 2024) cobra mayor sentido al hallar que “El acompañamiento psicosocial diferenciado, facilitó el acceso de los pacientes a consultas especializadas, pruebas diagnósticas... así como otros estudios complementarios relevantes para el manejo clínico y seguimiento de comorbilidades asociadas” (p.84). Es decir que el acompañamiento “apoya” o favorece a que se lleven a cabo de mejor manera la disponibilidad, la accesibilidad, la acomodación, la asequibilidad y la aceptabilidad, situación que disminuye el efecto de estigma y discriminación que genera el espacio médico. Sin embargo, este apoyo no está contemplado de manera formal y depende de las organizaciones y los recursos que ella logre captar. Formalizar y regularizar el acompañamiento psicosocial diferencial, puede llegar a ser una estrategia y herramienta valiosa, para el proceso de atención de las PVV.

Respecto a las personas Trans, el *Estudio sobre las barreras al cumplimiento de los DH de las personas Trans en Paraguay* de la (Asociación Panambi et al., 2021). hallo que el

76,5% de las personas trans (que participaron en esta investigación) habían usado al menos una vez los servicios de salud. Sin embargo, esta asistencia no fue necesariamente cuando más la necesitaban. Indagando por las razones de esta situación y de porque no asistían se encontró: en primer lugar, porque no lo creían necesario; por temor a ser discriminadas; por la distancia (lejos de su lugar de vivienda y/o trabajo) y el horario de atención; por no tener dinero y no confiar en espacio medico ni en su personal (p.35).

En el caso de la TB la investigación de (Partners In Health & Americas TB Coalition, 2022) afirma que sí bien en el servicio de salud la atención, laboratorios, control y medicamentos para la TB son gratuitos, para algunas personas el tiempo que emplean en citas y recoger medicamentos son horas de no trabajo y por lo tanto de pérdida económica. Esto implica que es importante conocer tanto el contexto en el que vive la población, como las posibles estrategias que permiten disolver las barreras. La presencia de las USF en las regiones enmarcadas en la Atención Primaria en Salud (APS) es valiosas, sin embargo, es necesario conocer sus recursos, posibilidades y necesidades a la hora de proponer cambios o adaptaciones o nuevas tareas.

## Accesibilidad

Para Amnistía Internacional la fragmentación del sistema de salud genera inequidades sanitarias por las diferencias en el suministro de servicios, financiación, gobernanza, inversión y control, entre otras. Esto se traduce en limitaciones en el acceso, pérdida de oportunidad del sistema para captar tempranamente pacientes que podrían terminar en procesos de salud crónicos, discontinuidad en la atención y por ende en los tratamientos y finalmente dificultades para satisfacer las necesidades y expectativas diferenciadas por poblaciones (p. 46). Respecto del tiempo invertido para ser atendidos en los servicios de salud, Amnistía Internacional halló que en el 2016 que “El tiempo promedio que pasaron las personas que asisten a servicios de salud siendo atendidas fue de casi 8 horas” (2024, p.47). Si bien es un logro significativo la gratuidad de la salud, llevarlo a la práctica no ha sido posible del todo. Las estimaciones realizadas por Amnistía Internacional sobre los gastos de bolsillo en Paraguay en 2020, a partir de los datos del Observatorio Global de Salud de OMS, reportan que es el país, “a nivel internacional con mayor gasto de bolsillo percapita” (2024, p.51).

En el caso de VIH la resolución 675 de 2014 posee tres artículos que están relacionados con la accesibilidad. A través del Art. 9 se garantiza “el derecho integral a la salud, toda persona con VIH/ SIDA/ITS será atendida por un equipo multidisciplinario, según la capacidad de cada establecimiento de salud y nivel de complejidad, con respeto, confidencialidad y sin discriminación” (p. 4). El Art. 17 enuncia que la Atención Integral en Salud la deben brindar todos los establecimientos de salud pública, en todos los niveles, y esta debe contemplar: información, orientación, materiales, tratamiento y apoyo psicológico, conforme al nivel de complejidad. En el caso de los establecimientos privados y del seguro social deben proporcionar la atención integral de acuerdo con sus

términos y en cumplimiento a lo establecido en la resolución. Y el Art. 30 según el cual “el MSPBS cooperara con las organizaciones sociales y no gubernamentales registradas, a través de la provisión de materiales informativos y educativos, preservativos y cualquier otro tipo de insumos que se considere necesario para el buen desarrollo de las labores de prevención de la enfermedad” (p.9).

La atención integral se logra al llevar a cabo la atención desde lo comunitario hasta lo hospitalario, en este continuum las USF y sus equipos han sido importantes para ampliar la cobertura de la atención. A esto se suma la APS cuyos principios coinciden con los propuestos internacionalmente para el control del VIH, estos son: “los derechos humanos, la equidad sanitaria y una respuesta centrada en las personas y sus necesidades, alcanzando la cobertura universal de la salud e incorporando a la salud en todas las políticas” (Giménez et al., 2018).

Si bien se cuenta con el acceso universal y la atención integral, en el PEN 2019-2023 se reconoce que es necesario mejorar la accesibilidad y para esto proponer mejorar la integración entre los niveles y entre el servicio de atención de VIH e ITS con otros servicios clínicos que sea pertinentes (CONASIDA, 2019a). Si bien esto es importante, las instituciones de salud y el personal de salud y las instituciones deben tener perspectivas de derechos humanos, de inclusión e interculturalidad, que coinciden con principios éticos y morales de la práctica de salud.

En el 2020 a pesar de la presencia del COVID-19, se logró: dar sostenibilidad a las actividades de diagnóstico y vinculación de las personas a los servicios de VIH/ITS; se mantuvo la disponibilidad y sostenibilidad de Antirretrovirales, se creó la estrategia “Entrega de Medicamentos Antirretrovirales en la Puerta de tu Casa”, al parecer aún sigue funcionando y sería útil saber los aprendizajes que se tuvieron con esta propuestas y la posibilidad de integrarlo, por ejemplo, a la entrega de medicamentos para TB. Esto seguramente fue posible porque el estado en los últimos años se ha hecho cargo del 100% de la demanda de medicamentos y otros insumos como reactivos (Caballero & Ramírez, 2021).

## Acomodación

El tratamiento del VIH es uno de los elementos claves en la vida de las PVV y en el control de la enfermedad, se concibe como una de las intervenciones biomédicas dentro de la prevención combinada y la adherencia a este es una de las pruebas de éxito de las diversas intervenciones que se llevan a cabo. En Paraguay el acceso a los antirretrovirales es gratuito y universal. Sin embargo, la mortalidad de PVV, entre cuyas causas está el deficiente acceso al tratamiento cuestiona lo anterior.

En Paraguay una de las estrategias fue la creación y puesta en marcha de los Centros Dispensadores de Tratamiento ARV, los cuales han tenido un impacto positivo según el

(PRONASIDA & MSPBS, 2022) para lograr mantener este nivel se requiere el compromiso y apoyo constante de las autoridades locales y que la estrategia este contemplada formalmente dentro de las funciones y normativas de las unidades primarias de salud para producir mayor impacto (p.37).

## Asequibilidad

El Sistema de Salud del Paraguay es un modelo fragmentado y segmentado, diseñado en función del régimen de bienestar social, que provee seguridad social (incluida la salud) en función del estatus laboral y del grupo al que una persona pertenece. En esta lógica, el sistema paraguayo segmenta a la población por estatus laboral a través de cuatro instituciones pública más el sector privado, “esta segmentación crea desigualdades sociales en salud, en tanto la inversión, la garantía de acceso y la calidad de los servicios es diferente en ambos regímenes, en donde la gente con seguridad social obtiene mayores prestaciones que la no asegurada” (Amnistía Internacional, 2024).

Por su parte las ejecuciones de estrategias de APS se han visto afectadas por: la falta de implementación a través de leyes; una comprensión limitada de la propuesta conceptual de APS, “el sesgo ideológico atribuido al perfil autoritario de los gobiernos de la época, la ausencia en las mallas curriculares del tema APS y escasos espacios de debate sobre el cambio de paradigma en instituciones formadoras; “intervenciones focalizadas para atender determinadas enfermedades prevalentes, financiadas por organismos internacionales” (Ortiz Jacquet & Cabral-Bejarano, 2023, p.13) curiosamente es la intervención focalizada la que ha permitido que las PVV tengan una mejor atención en salud. Uno de los problemas que hemos venido mencionando, es que las PVV padecen los males del sistema cuando tienen que buscar atención fuera del servicio de VIH.

La encuesta realizada por la Fundación Vencer en 2021 en cinco Regiones sanitarias (citada por (Caballero & Ramírez, 2021)) encontró que el 82% de las personas estuvo conforme con la atención brindada. Sin embargo, el resto de la población tuvo barreras de acceso por la falta de profesional médico que se requerían, situación que los llevó a asistir a la consulta privada, generando gastos extras. Respecto de los laboratorios, encontraron que de un grupo de 50 PVV que requirieron análisis laboratoriales, 37 personas no lograron acceder a estos, 21 fueron a laboratorios privados y 13 no pudieron realizarse los exámenes. Estas situaciones reflejan que se tienen problemas de acceso y disponibilidad en el servicio de salud de las PVV.

## Aceptabilidad

La constitución paraguaya en su Art.46 afirma que “No se admiten discriminaciones. El Estado removerá lo obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien” (Convenio Nacional Constituyente., 1992). Por su parte la resolución 675, en

su Art. 9 garantizar el derecho integral a la salud, y expresa que toda persona con VIH/SIDA/ITS será atendida por un equipo multidisciplinario en cualquier nivel de atención y complejidad con respeto, confidencialidad y sin discriminación. Enunciar la garantía de la no discriminación plantea lo complejo de la vida social y más aún cuando esta mediado por procesos de salud. Debemos reconocer el largo camino que ha implicado en el ámbito de la salud romper ideas, prejuicios y normas que protegían y promovían la discriminación, sin embargo, a pesar del gran esfuerzo, aún las persona cuando asisten al servicio médico corren el riesgo de ser discriminadas.

El estudio de Amnistía Internacional sobre la salud en Paraguay, halló que las personas reconocen que el acceso a salud ha mejorado particularmente desde el 2008 con la APS, pero de igual manera mencionan que la calidad ha empeorado en los últimos cinco años (2024, p.59). Uno de los problemas que las personas identificaron fue el deficiente manejo de la información personal y la confidencialidad, aquí llama la atención, cómo una promotora de salud expresa que las mujeres pacientes de una comunidad desconfían del servicio de salud en sus palabras “Los profesionales de salud, no están debidamente formados. No respetan la confidencialidad, por eso en varias ocasiones las personas prefieren ir a otro servicio, porque difunden los resultados de las mujeres” (p.60). A esta voz se suma la de unas personas LGBTI que comenta: “Los gais no queremos recibir nuestros medicamentos en la comunidad, porque hay estigma y discriminación. El personal de la USF necesita estar más capacitado en confidencialidad y en enfoque de derechos humanos” (p.60). En este caso posiblemente la persona está hablando de la estrategia de los medicamentos que se entregan en casa, que ha resultado positiva para algunas comunidades, pero es claro que para otras no. Este hecho plantea un reto y es que las estrategias deben ser flexibles, en el entendido que los contextos y realidades culturales, micro, meso y macro, determinan el éxito o no de estas en los diversos lugares donde se lleva a cabo. Esto implica que la estrategia debe ser entendida como una “oferta” que puede o no ser aceptada por la población, que puede ser adaptada y así enriquecerla y cumplir con el fin básico.

Una situación similar vive las mujeres indígenas, que evidencia “La falta de un abordaje que tome en cuenta las experiencias y necesidades específicas de diferentes grupos vulnerables o que han sufrido de desigualdad estructural” (p.60). Las barreras a las que se enfrentan las mujeres indígenas en el servicio de salud son: falta de atención en sus lenguas o de traductores, de información de prácticas de salud de las común indígenas y respecto por las mismas, deficiente comunicación entre el personal de salud y los pacientes indígenas y una inadecuada infraestructura para prestar un servicio intercultural. Aquí llama la atención la casi ausencia de una propuesta intercultural. La proyección poblacional total de Paraguay es de 7.453.695 millones de personas y de estas 140.039 personas se reconoce como indígenas pertenecientes a uno de los 19 pueblos (INE, 2024) su herencia cultural a través de la lengua, la alimentación, practicas curativas domésticas que la sociedad paraguaya habla de un sincretismo, que aún no logra ser valorado en su justa medida en las propuestas de salud. Es importante recordar

que, dadas las condiciones particulares de las poblaciones indígenas, la presencia de enfermedades epidémicas en las comunidades indígenas puede ser catastróficas, como es el caso de la tuberculosis.

Guardadas las proporciones, estas barreras son las que enfrentan las PVV, particularmente las personas Trans, cuando deben asistir a servicios de salud diferentes a los de VIH.

Es necesario tener presente que el diagnóstico para las personas sigue siendo un momento crucial, las enfrenta con sus propios prejuicios y con los de la sociedad en la cual vive, incluso antes de vivir situaciones en primera persona de estigma por vivir con VIH, se sabe que existen esas prácticas y desafortunadamente en varios casos lo corrobora si tiene un diagnóstico positivo para VIH. En el estudio de (Frutos et al., 2016) el 47% de los pacientes que participaron en la investigación, vivieron sentimientos de discriminación al ser culpados de su información.

El Plan Estratégico Nacional (PEN) de 2019 presenta de forma específica que: Todas las pruebas de detección y consejería deben ofrecerse de manera voluntaria y respetar las cinco C: el Consentimiento informado, la Confidencialidad, el asesoramiento (Consejería), los resultados Correctos y la vinculación con los servicios de atención, tratamiento y prevención (Cuidado) (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2019). Esto implica tener claridad de procesos administrativos y éticos, que no son exclusivos del servicio de VIH, sino de la salud en general. El PEN reconoce que es necesario que todos los actores involucrados, conozcan los procesos para la derivación de casos positivos, los protocolos y rutas del sistema de salud, y que se respeten las normas de detección del VIH, confirmación de los resultados seropositivos y la vinculación de los pacientes con los servicios de tratamiento y atención de la infección por el VIH (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2019). En este momento el reto de la atención lo plantean las poblaciones claves (PVV, PTS, PUD, MTRANS y hombres gay y bisexuales), que están afectadas en diversos grados por las desigualdades sociales, sus particularidades de salud: vivir con VIH o TB/VIH y cargar con estigmas por su condición de género, de sexo, de trabajo, entre muchas otras que se interceptan. Entre estas poblaciones es importante mencionar que existe muy poca información e investigación publicada sobre el VIH en mujeres, PUD, PTS, en hombres bisexuales y en PPL, de hecho, el último estudio de prevalencia en hombres y mujeres PPL, se realizó en 2008 (CONACYT et al., 2017) a ser una población clave para la TB se hace necesario priorizar la investigación con esta población.

La investigación sobre personas Trans ha ido creciendo en las últimas décadas, en un proceso de ir develando la existencia y vida de estas personas en quienes confluyen actos de discriminación por sexo, género, raza, condición de salud y clase, entre otros. Trabajos como los de (Asociación Panambi et al., 2021) (Asociación Panambi, 2017);

(Falabela et al., 2017), (Bareiro, 2016); (Grupo Luna Nueva & Duré, 2012); (Bareiro, 2005) evidenciar lo complejo de las vidas de las personas Trans y las acciones de estigma y discriminación de que son objeto en diferentes ámbitos de la vida, como es la salud, para Falabella et al (2017) el enfoque que predomina en salud para las personas Trans es “la visión de grupos de riesgo centrado solamente en el VIH/Sida y otras ITS. El hecho de vincular las necesidades en salud de las mujeres trans únicamente con infecciones de transmisión sexual, tiene como consecuencia la discriminación y estigmatización” (p.146) y deja de lado otras necesidades como el acceso a endocrinología, cirugías de feminización facial y las vaginoplastias, entre otras. Esto lleva a que la vida de las personas Trans sea altamente medicalizada y necesiten periódicamente del espacio médico. Al respecto el estudio de la (Asociación Panambi et al., 2021) halló que el 67,6% de las personas trans habían vivido en alguna ocasión situaciones de discriminación y violencia en un servicio de salud y el en 69,6% de los casos quien generó la acción fue el personal médico y/o de enfermería. Al respecto, alguna de las frases enunciadas por las personas trans fue: “No hay capacitación a los profesionales de blanco. La mayoría no sabe cómo tratarnos”. “El sector público no está listo: no nos respetan ni aceptan” (p.36).

En lo referente a la TB/VIH, es importante mencionar que cada una de estas enfermedades tiene un proceso histórico particular, si bien comparten elementos comunes, por ejemplo, ser usadas para generar estigma y discriminación, promover la vulnerabilidad y empobrecimiento de las poblaciones afectadas y por lo tanto dificultar la atención. Las razones por la cuales se lleva a cabo esto, son diferentes. Mientras las TB se asocia directamente con la pobreza, el VIH se asocia con desafueros sexuales y la ruptura de normas morales. Cuando estas dos enfermedades se unen es necesario replantear como se retroalimentan las creencias que todas las personas (personal de salud y administrativos, personas viviendo con las enfermedades y las organizaciones desde las comunitarias hasta las internacionales) involucradas tienen sobre ellas y las estrategias de atención, prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidado se deben plantear o promover tanto en los planes y servicios.

Para finalizar este aparte y conectar con el siguiente, se considera valioso presentar los trabajos *Historias Positivas* (JA+PY et al., 2016) e *Historias Positivas sin Prejuicios* (Fundación Vencer et al., 2020), estas pequeñas narraciones a través del tiempo le toman el pulso a las leyes, programas, planes y estrategias para el VIH que se han implementado. De igual manera, evidencian las barreras, los procesos de estigma y discriminación que viven quienes tienen un resultado positivo para VIH y deben enfrentar, crear y adaptarse a una nueva cotidianidad. En estas narraciones presentan cómo el diagnóstico y la revelación del mismo es un punto crítico para asumir e intentar mantener, a través del tiempo, prácticas de cuidado y autocuidado, adherencia tanto al tratamiento como al proceso que implica asumirse como un paciente/persona con una enfermedad crónica. En las narraciones la sociedad civil, la red familiar, comunitaria y de

salud, son apoyos fundamentales y por lo tanto es prioritario contemplarlos como una “población clave” con necesidades particulares para su sostenimiento e interacción con otros. De otro lado, nos plantean que es necesario equilibrar las acciones de la prevención combinada, para que se retroalimenten los esfuerzos que se llevan a cabo en las tres grandes áreas de intervención. En términos generales, a pesar de los grandes esfuerzos, estas historias nos cuentan como la información básica sobre VIH en la cotidianidad de las personas es mínima o ausente y la poca que circula se moldea a través de las tensiones políticas que vive el país y la región, por ejemplo, las discusiones sobre la ideología de género y la *derechización* de los gobiernos de la región, que de manera velada o abierta refuerzan prejuicios frente al *otro/a* diferente por su género, identidad sexual, condición de salud, color de piel, estatus socioeconómico, edad, educación, proceso migratorios.

### Conciencia/conocimiento

Conocer la existencia y funcionamiento de un servicio de salud específico, no es una tarea fácil, en tanto implica relacionarse con él en primera persona, es decir, a partir de la enfermedad, que generalmente conlleva dolor, sufrimiento y en algunos casos estigma y discriminación. Esto implica que una primera información debe salir del estado y de las instituciones mismas con una comunicación clara, en perspectiva de derechos humanos, de género, inclusiva e intercultural. En el caso paraguayo es una fortaleza el enfoque de APS desde el cual se ha construido un Protocolo Integrado de VIH e ITS en Atención Primaria (MSPBS. OPS. OMS, 2011) en este caso, se brinda información que permite un mejor desempeño del equipo de salud familiar y reconoce las PVV como sujetos de derecho.

Otro tema clave en relación a la información, lo presente el documento: *Calidad y uso de información para mejorar la respuesta nacional ante el VIH/SIDA*, de (Giménez et al., 2018) esta investigación halló que en el 2016 la calidad de los datos era óptima, pero la información que se recaba no se utiliza de forma consistente para la toma de decisiones, la causa de esta situación fue la “baja promoción (que del) sistema se hace para utilizar esta información y en por la baja retroalimentación que existe en su funcionamiento habitual” (2018, p.60). A esto se suma las dificultades para acceder a la información de manera sencilla y oportuna, situación que determina que a pesar de que la información sea pública, no se pueda acceder a ella, que no se valore la importancia de la recopilación, sistematización y análisis de la misma. Hechos que de igual manera afectan la caracterización de los problemas en salud y por lo tanto la forma como se abordan.

Respecto a la producción científica sobre VIH en Paraguay el trabajo de (Rios, 2016) halló que entre 1987 y el 2015 se han publicado 29 artículos sobre el VIH en Paraguay, de estos, 17 son artículos sobre la epidemiología del VIH, ocho de salud pública; tres de aspectos clínicos y uno de gestión de salud. El autor concluye que es “imperativo el fomento de la investigación y la publicación científica durante la formación médica, la

capacitación continua y la apertura de programas de financiamiento de proyectos de investigación” a lo cual sumaríamos que se hace necesario implicar otros saberes con miras a generar una investigación transdisciplinar, que permita nuevas perspectivas teóricas y prácticas para dar cuenta de un fenómeno complejo como lo es el VIH.

## Normas culturales y de género

Las normas culturales y de género forman parte del núcleo mismo de la cultura en las sociedades, esto implica que se mueven también con las dinámicas políticas, sociales, económicas, ambientales e históricas de las mismas. En este caso Paraguay es una democracia joven en un proceso particular, donde los derechos tienen un valor y significado más arraigado a la construcción de ciudadanía y democracia. De hecho, es posible que la implementación y adaptación de la APS sea una realidad más temprana para Paraguay que para otros países de la región. En la otra cara de la moneda, existe una empatía y cercanía en el tiempo y en el pensamiento, de algunos grupos con las derechas, que responde de manera rápida, ordena y sostenida ante propuestas democráticas de exigencia y reconocimiento de derechos; es importante mencionar que las iglesias tienen un papel preponderante en este ámbito, que se disputa en las altas esferas políticas y que repercute en la cotidianidad y la vida de las personas y grupos que subvierten el orden social, moral y cultural al exigir sus derechos como ciudadanos.

En el caso de Paraguay un elemento clave son los embates que ha recibido el concepto de género y más específicamente su enfoque o perspectiva. Durante el gobierno de Fernando Lugo se interrumpió la construcción de una política de educación sexual debido a las presiones de los sectores “provida”, una vez se da el golpe parlamentario en 2012, donde se destituye a Fernando Lugo y queda como presidente Federico Franco, abiertamente “provida”, la expresión y practica *antigénero* es explícita y Paraguay tanto en el interior como hacia el exterior con países que responden a esta línea, como son México y Colombia. Políticamente Paraguay retorna a la derecha con la elección de Horacio Cartes quien desde su campaña electoral se mostró en contra de los derechos de las personas LGBTIQ+. Durante el 2016 se rechazaron recomendaciones de Naciones Unidas en lo relacionado con descriminalizar el aborto “por violación, incesto, riesgo a la salud o a la vida de la mujer y en caso de discapacidad fetal grave” (Serrano & Corréa, 2020) mencionó previamente, en 1995 Paraguay hace la primera oposición al termino género en la Plataforma de Acción de Beijing.

Es así como el discurso de la “ideología de género” va tomando fuerza de mano de gobiernos de derecha con el apoyo de movimientos religioso en las Américas. En 2017 el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) mediante la *Resolución 2966* “prohíbe la difusión y utilización de la teoría y/o ideología de género, en instituciones educativa” (p.1). En 2018 los sectores “antigénero” se opusieron a la ley de paridad y su argumento fue que al aprobarla se “abriría las puertas al aborto y al matrimonio gay”. En ese mismo

año, el país no firmó el Pacto Global de migraciones de Naciones Unidas (a pesar de haberse comprometido) afirmando que el instrumento contenía cuestiones sobre el aborto y la “ideología de género”. Estas acciones han fortalecido las derechas en el país y si bien afectan directamente y con mayor fuerza a las mujeres y a la población LGBTIQ+, también afecta tanto al Plan Estratégico de VIH como al Plan de Salud Sexual y Reproductiva, en tanto deben moderar uno de los enfoques claves como es el de género. De hecho, llama la atención cómo podría llevarse a cabo el Art. 23 de la resolución 675 que dice textualmente

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del PRONASIDA, prestará asesoramiento técnico al Ministerio de Educación y Cultura para elaborar un plan estratégico de educación y prevención del VIH/SIDA/ITS, con contenido integral y con enfoque de Derechos Humanos, el cual se instalará en todos los niveles y modalidades que contempla el sistema educativo tanto en el nivel primario, secundario y otros, como públicos, privados y subvencionados de todo el país, debiendo preverse presupuesto para el efecto (Ministerio de Salud Pública y Salud Pública, 2014, p.7 ).

El trabajo de (Falabella et al., 2017), precisa que este revés de la comprensión del género en prejuicios de género ha exacerbado la transfobia de la sociedad paraguaya, situación que dificulta el acceso de las personas Trans a la condición de ciudadanía y, por lo tanto, a los derechos básicos..., como el derecho a la salud, a la educación, al trabajo, etc. Estos derechos se ven menoscabados, posicionándolas en un lugar de vulnerabilidad e inseguridad excesiva... En lo que se refiere a la salud, el miedo al rechazo por parte del personal de blanco y del personal de admisión las conduce a la automedicación y a acudir a los servicios de salud cuando las afecciones o enfermedades ya se encuentran en niveles muy avanzados (p.12-13).

### Estigma y discriminación

El estigma y la discriminación asociados al VIH se sustenta en prejuicios existentes relacionados con el género, la sexualidad y la raza. Como se puede inferir la “ideología de género” exagera el estigma y la discriminación, y al ser una apuesta política de más de un sector, es factible que determine otros programas como es el del VIH. Uno de los problemas sentidos respecto del estigma y la discriminación, continúa siendo las actitudes tanto de la familia, la sociedad y del equipo de salud ante el diagnóstico de VIH y la identidad sexual de las personas, situación que es más dramática en el caso de las personas Trans (Cabral & Fundación Vencer, 2016; Centro de Documentación y Estudios. CDE., 2018; Fundación Vencer et al., 2020, 2022; JA+PY et al., 2016; Monroy Peralta & Fundación Vencer, 2010; Torales et al., 2018)

La *Encuesta Nacional de Igualdad y No Discriminación* de 2018 muestra que la sociedad paraguaya mantiene prejuicios sociales y morales frente al VIH y a las PVV, situación

relacionada con el bajo acceso a información veraz y confiable sobre el tema (Centro de Documentación y Estudios (CDE), 2018). Este hecho puede explicar el gran porcentaje de PVV que expresan haber vivido situaciones de discriminación como lo señala los estudios sobre *el Índice de Estigma en personas que viven con VIH* quien en su momento reportó que “4 de cada 10 personas con VIH han experimentado entre 1 y 3 situaciones de estigma externo en el último año, seguido de 21,8% que ha experimentado en 4 y 6 situaciones, y el 9,5% entre 7 y 11 situaciones” (Fundación Vencer et al., 2017, p.46); (Fundación Vencer & UNFPA, 2010).

La investigación de Amnistía Internacional afirma respecto a la población LGBTI que es “Un grupo que enfrenta desigualdades estructurales significativas en Paraguay del cual prácticamente no existen datos ni censos es el de la población LGBTI”; sobre esta población consideró que las principales barreras que enfrentan son “falta de reconocimiento a sus derechos... marcadas barreras de discriminación por su orientación sexual e identidad de género, que magnifican las barreras de acceso y disponibilidad que sufren la mayoría de las personas paraguayas” (Amnistía Internacional, p.57-58). A pesar de esta situación, en este trabajo se reconoce un triunfo por parte de las personas trans, al respecto una de las entrevistadas mencionó “logramos que el MSPBS emitiera una resolución para reconocer nuestro nombre social. Nos llamaban por el nombre de varón, y pasábamos mucha vergüenza. Ahora, podemos exigir que cumplan la resolución” (Amnistía Internacional, 2024, p.58). Esta misma investigación llama la atención acerca de cómo la población rural también declara haber sufrido “tratos inadecuados desde las instituciones” situación que viven de igual manera las comunidades indígenas y en ellas más las mujeres (Amnistía Internacional, 2024).

El informe sobre *VIH y discriminación en Paraguay* (2018) evidencia que las discriminaciones son mayores cuando se trata de la intimidad de las personas y su derecho a la confidencialidad respecto a su estado de salud. Es así como “Es altísimo el porcentaje de la población paraguaya que sostiene que la persona que vive con VIH debe informar sobre su estado de salud al empleador” (p.18). Los datos de esta investigación concuerdan con los datos hallados previamente por (Negrete et al., 2017) identifico que el 40% de las PVV entrevistadas perdieron su empleo, el 20% tuvo que cambiarse de trabajo y al 17,4% se les impidió un acceso laboral por su condición de VIH” (2017, p.52). Según el CDE la discriminación puede disminuir si el Estado implementa “políticas públicas que brinden información veraz y amplia sobre el VIH, con programas que lleguen prioritariamente a personas en áreas rurales y a quienes tienen menor acceso a la educación formal” (2018, p.18).

El *Índice de estigma y discriminación en personas con VIH 2.0* planteo el estigma en dos sentidos: *el externo* que genera el entorno familiar, social y religioso; *el interno* que generan las personas sobre sí mismos. Según los investigadores “el 93% de las PVV jamás denunció cuando alguno de sus DDHH fue vulnerado” (Fundación Vencer et al., 2022). Aquí es pertinente observar que entre estos dos estigmas existe una retroalimentación

constante producto de los significados que tiene el VIH y la valoración moral que tiene la enfermedad como tal y la enfermedad asociada a prácticas sexuales, donde el sexo sigue siendo un tabú. En este sentido, romper el estigma y la discriminación implica trabajar de manera abierta con el entorno social y considerar y formalizar el apoyo social y comunitario como parte de los servicios de atención.

## Legal

### Legislación y jurisprudencia

La legislación, reglamentación y la política pública son soportes trascendentales para el ejercicio ciudadano, son una de las herramientas a través de las cuales el pueblo paraguayo ha logrado su proceso democrático y sigue utilizando para mantenerlo. Paradójicamente este recurso también es usado por quienes no están de acuerdo con los procesos democrático, como hemos observado. Esto implica un trabajo arduo para quienes hacen la oposición a los gobiernos de derecha y a las organizaciones civiles, sociales y comunitarias que propenden por un país realmente multicultural incluyente y diverso.

Un documento particular de esta búsqueda de información, es un trabajo de tesis que revisa un caso constitucional de 2015. Donde un hombre viviendo VIH y su compañera demandan a una agencia estatal de adopción por negar el proceso de adopción al saber que el padre adoptante vive con VIH. En el análisis constitucional se establece que se le ha violado Derecho a la igualdad y a la no discriminación en tanto constitucionalmente:

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La Ley sancionará toda forma de discriminación... Claramente señala – la Constitución- que no se puede discriminar a una persona por el simple hecho de portar VIH (Vásconez, 2016, p.16).

Esta situación plantea que el estigma y la discriminación desborda el ámbito de salud y que no todas las instituciones y sus funcionarios tienen información sobre los derechos constitucionales y que el VIH confronta a las personas, instituciones y sus prejuicios. Un tema relevante es la exigencia del test de VIH en el ámbito laboral público y privado, así como los despidos basados en el estado serológico de las personas. Para el 2017, (Fundación Vencer et al., 2017) identificaron que, de las 261 denuncias de violación de

derechos, 136 eran de PVV y correspondían a discriminaciones por el estado serológico, divulgar el diagnóstico y ser despedidos laboralmente por ser PVV.

En el ámbito jurídico en 2015 el Ministerio de Justicia sanciona la Resolución No 744/2015. Protocolo de Atención a Personas Trans Privadas de Libertad, este avance implica un esfuerzo en el espacio de la educación en salud, en tanto “La atención a las trans no se enseña en los programas formativos médicos convencionales y muy pocos médicos tienen el conocimiento y el nivel de comodidad necesarios” (Ríos-González, 2017, p.73). En 2019 la Corte Suprema de Justicia afirma que las normas en torno al VIH son significativas para que “los servidores de justicia en el momento de vincularse con los usuarios del sistema, pues establece el marco legal que resguarda los derechos de las PVV y el derecho que tienen frente a casos de discriminación” (pr,5). En la literatura revisada no es evidente cual es la posición actual de la Corte Suprema, tenido presente el giro de derecha que han tomado los gobierno (Corte Suprema de Justicia, 2019)

## Conclusiones

La universalidad y gratuidad de la salud, organizada desde la perspectiva de la APS es un buen camino para la atención de las PVV en particular y de la población en general, pero es vital seguir instalando más USF, fortalecer su infraestructura, capacitar al personal de salud en todos los niveles en términos de derechos, inclusión e interculturalidad.

Las normas basadas en los derechos humanos, el género, la interculturalidad y la inclusión son claves para hacer frente al VIH tanto a nivel internacional como nacional.

El VIH sigue generando estigma y discriminación. Las acciones que se han planteado han respondido, pero son insuficientes para evitar que las personas se sigan infectando o muriendo por VIH. En este sentido, es necesario revisar de manera crítica las necesidades y contextos de las poblaciones generales y contrastarlas con las agendas internacionales y nacionales.

Las propuestas internacionales responden a sus propios intereses y recogen de manera muy somera las necesidades nacionales de las poblaciones en sus contextos sociales, culturales, políticos e históricos, esto implica que siempre halla un rezago tanto en las acciones como en el cumplimiento de las metas.

Hay una competencia por recursos entre los servicios de salud, la priorización de unas poblaciones o de unas enfermedades, en un sistema donde la costo- efectividad tiene un peso sentido, siempre generara brechas e inequidades. Esto se apoya en la fragmentación de los sistemas de salud.

Una APS “renovada y contextualizada” favorece un trabajo y atención realmente integral que favorezca a las personas sus grupos familiares, a las comunidades y poblaciones y le permita cumplir al Estado sus deberes para con sus ciudadanos.

Al estar la APS en las comunidades y contar con la participación de estas, se pueden abordar las desigualdades por lo menos en lo que respecta al acceso a la atención y a la calidad de la misma independientemente de la ubicación geográfica, de status socioeconómico y del grupo de población.

El Estado, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y la cooperación internacional, han trabajado en conjunto para implementar acciones que permitan controlar el VIH y proteger los derechos de las PVV, sin embargo, la pandemia de COVID 19, generó una brecha que afectó las acciones y compromisos adquiridos, pero también generó nuevas estrategias que aún siguen presentes y sería útil reconocerlas.

Las recomendaciones en todos los niveles desde, posiblemente, el principio de la epidemia del VIH se enfoca en la prevención, sin embargo, el incremento constante de los casos en poblaciones esperadas e incluso en aquellas que se consideraban controladas o muy bajas, insta a cuestionar la eficacia de la prevención que se está llevando a cabo en Paraguay.

La investigación epidemiológica es por excelencia la herramienta para la toma de decisiones, pero sería prudente explorar otras herramientas que la enriquezcan.

Hay que fortalecer el presupuesto del Pronasida y en general el presupuesto de salud, de tal manera que los servicios que no especializados puedan ser tan eficientes como los especializados, después de todo el derecho a la salud es de los paraguayos en su totalidad y las PVV necesitan otros servicios que no están contemplados en la ruta de atención de VIH.

Se necesita sumar esfuerzos, es el caso de los planes, programas y servicios que pueden tener objetivos comunes por ejemplo los PEN y el Plan Nacional de SS y SR.

La APS al enfocarse en la atención continua, coordinada y accesible permite una mayor gestión de las enfermedades crónicas, entre ellas el VIH y en algunos casos la TB.

Los programas de tuberculosis tienen una experiencia amplia, en tanto históricamente ha sido una enfermedad que ha afectado al mundo. En este sentido, sería de utilidad revisar las experiencias exitosas, así como los problemas más sentidos y trabajarlos tanto con los equipos de salud que atienden específicamente VIH, como con las PVV, para adaptar y no generar mayores estigmas y discriminaciones.

Las intervenciones basadas en la comunidad, como el establecimiento de redes de derivación y otras actividades que acercan la información y los servicios sobre la tuberculosis a las personas con síntomas, pueden contribuir a mejorar la notificación de casos de tuberculosis, cortar la cadena de transmisión y reducir la mortalidad por tuberculosis.

La búsqueda de contactos, que en tuberculosis no presenta mayor inconveniente y es una estrategia eficiente, en VIH afectaría el derecho humano a la intimidad de las personas y posiblemente genere acciones de estigma y discriminación.

Las USF y los equipos de salud de las familias son componentes importantes del modelo de gestión para ampliar la cobertura de atención integral al VIH y otras ITS. Por lo tanto, un plan de mejora en su desempeño debe tener bases sólidas en APS, mejoramiento de infraestructura y trabajo conjunto “interservicios”.

Si bien en un momento el Pronasida fue más sólido que el MSPBS, necesita incrementar su presupuesto, evitar una alta rotación de personal. Y en general asegurar la sostenibilidad y disponibilidad de fondos anualmente.

La información obtenida tanto cuantitativamente como cualitativamente debe ser analizada críticamente y permitir la toma de decisiones autónomas que responda a las necesidades de las poblaciones, esto implica que el apoyo de la cooperación internacional reconozca y respete las realidades de cada país y sus poblaciones. Y más allá de imponer una agenda, sería prudente “negociarla”.

La consecución, producción, análisis y uso de la información tanto cuantitativa como cualitativa amerita un trabajo de reflexión seria, con el fin de construir de manera colectiva criterios mínimos de trabajo y uso de la información. Esto implica reconocer los aportes conceptuales y empíricos tanto como los límites de cada una de los enfoques investigativos y los puntos de encuentro.

Se necesita mejorar las competencias del personal de salud para definir problemas, analizar e interpretar los datos, en tanto se ha identificado que en los establecimientos de salud hay un bajo desempeño en uso de la información y en la retroalimentación.

La investigación cualitativa es un insumo valioso a la hora de tomar decisiones, sin embargo, salud difícilmente la usa o la refiere. Posiblemente esto sea la respuesta al desconocimiento que se tiene sobre este tipo de investigación. En este caso sería prudente capacitar al personal de salud frente a otras posibilidades de investigación.

Por su parte la baja investigación cualitativa del VIH, revela una separación entre la universidad y el Pronasida. Una alianza estratégica entre ellas y las organizaciones sociales, comunitarias o sin ánimo de lucro sería altamente benéfica.

La investigación y trabajo realizado por las ONGs es altamente valioso para tomar el pulso a la cotidianidad del VIH. Dada su cercanía con la población en general y con algunas poblaciones clave en particular se debe propender por mantener un trabajo conjunto, fortalecer sus debilidades, consolidar sus fortalezas y buscar la manera de construir una sostenibilidad financiera. Esto implica crear relaciones a partir del respeto y reconocimiento mutuo desde el cual se fortalezcan las alianzas, sin dejar de ser críticos y de reconocer las particularidades.

Las organizaciones sociales han hecho del apoyo a sus poblaciones un elemento que las caracteriza y es justamente ese apoyo, el que nutre y posibilita que las acciones, planes y programas se logren de una mejor manera. Para que las personas y en particular las PVV puedan beneficiarse de este apoyo es necesario reconocerlo, sistematizarlo y formalizarlo, de tal manera que pueda ser permanente, disponible y accesible.

## Recomendaciones

Tabla 4. Barreras, recomendaciones y responsables de su implementación

Barreras	Recomendación	Responsable
Paraguay a la fecha no ha ratificado, las recomendaciones hechas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas en su 19 Sesión del Examen Periódico Universal (EPU).	Ratificar el Protocolo Facultativo del PIDESC, que permite que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) pueda conocer, investigar y comunicar sobre personas o grupos de personas que consideran que sus derechos económicos, sociales y culturales han sido violados por parte del Estado.	Sociedad Civil Tomadores de decisión
No se ha logrado la ley antidiscriminación	Propiciar la presentación de una Ley contra toda forma de discriminación	Sociedad Civil
En 2017 el (MEC) mediante la <i>Resolución 2966</i> “prohíbe la difusión y utilización de la teoría y/o ideología de género, en instituciones educativa”	Fortalecer la alianza estratégica con la Coalición Educación Integral de la sexualidad, para la puesta en marcha de la educación integral en sexualidad	Sociedad Civil Ministerio de Educación
La Ley 3940 de 2009 sobre VIH y la resolución 675 que la reglamenta necesitan ser actualizadas porque genera	Análisis jurídico de la Ley actual, plantear la actualización de la Ley 3940 y de la resolución 675 que reglamenta	Sociedad Civil Ministerios de salud, justicia, trabajo; etc.

barreras respecto a la confidencialidad, la autonomía, la autodeterminación. Se restringe a las poblaciones vulnerables, pero deja afuera la población en general		
No se reconoce o no es claro cómo se interpreta que siendo las mujeres cis y las mujeres Trans, poblaciones afectadas no se tomen en cuenta, en particular las mujeres cis.	Se debe continuar desarrollando estrategias de IP que posicionen a las mujeres cis y trans como poblaciones clave en la respuesta al VIH, porque al dejarlas de lado en el desarrollo de estrategias no se detendrá la epidemia	Sociedad Civil Agencias de Cooperación OBC de mujeres
Falta de información básica sobre VIH y socializar las normas respecto del VIH y los DDHH en población general	Que los gobiernos locales de manera general y los consejos locales de Salud de los Municipios integren en su agenda, acciones de capacitación y campañas de sensibilización en VIH y DDHH, acompañadas por la Sociedad Civil.	Sociedad Civil Agencias de Cooperación Redes de PVV
No se considera a las poblaciones indígenas ni el enfoque intercultural en VIH	Reconocer a las poblaciones indígenas y sus prácticas en salud y prevención como actores válidos. Reconocer la importancia del enfoque intercultural co-construido en APS y en el Servicio de Salud de VIH.	Mesa Interministerial, Gobernaciones, Municipios, redes sociales y comunitarias
Fragilidad administrativa financiera y de gestión de las organizaciones	Fortalecimiento de las organizaciones: Eliminar las barreras de los procesos para el registro y formalización de organizaciones civiles, como para la participación en procesos de concurso público. (Facilitar los mecanismos y los recursos necesarios, para el registro y formalización de organizaciones civiles, como para la participación en los procesos de concurso público.	Sociedad Civil Ministerio de salud Agencias de Cooperación

	Fomentar la contratación social para la participación de las OSC en la prestación de servicios en la respuesta al VIH	
Las poblaciones clave no denuncian la vulneración de sus derechos	Empoderamiento de las poblaciones clave: Crear canales confidenciales de denuncias anónimas y realizar campaña de información sobre procesos de denuncias formales disponibles (Defensor del Pueblo) (Asesoría jurídica del MSPBS). Normalizar la realización de denuncias, fortalecer los canales existentes. Difundir y acompañar/seguimiento sobre los casos. Implementar una ruta crítica de denuncia. Continuar el proceso de articulación a la iniciativa de ALEP respecto a plataformas de denuncia de vulneraciones de derechos y a litigio estratégicos.	Sociedad civil Agencias de Cooperación Ministerio de Justicia Defensoría del Pueblo CODEHUPY
La precariedad de las condiciones socioeconómicas de varias de las poblaciones clave favorece la infección y vulnera aún más la vida de las PVV	Incluir la participación de poblaciones con VIH en espacios de construcción y participación no exclusivos de salud (INDI, MEC, Tratado Internacional, Migración, Etc)	Sociedad civil Espacios nacionales de planeación de la política social Ministerio de Desarrollo Social
Las políticas sociales no articulan de manera real y práctica a la sociedad civil, para proponer soluciones más tangibles y menos burocráticas.	Articulación Real para: Sensibilización, Incidencia, Acción, Evaluación en la construcción colectiva de políticas sociales.	Viceministerio de Políticas Sociales
Un problema de acceso al servicio de salud son las	Se debe continuar con la expansión, fortalecimiento y	Ministerio de salud

<p>distancias que deben recorrer las personas para recibir la atención.</p>	<p>dotación tanto de suministros como de personas calificado de las USF y en ellas de los servicios de VIH con especial énfasis en regiones rurales apartadas. Desarrollar servicios de salud de base comunitaria mediante enfoques que protejan y promuevan la equidad, la ética, la igualdad de género, la interculturalidad e inclusión y los derechos humanos.</p>	<p>Planeación Social Ministerio de Desarrollo Social Sociedad civil</p>
<p>Centralización de servicios especializados y falta de información sobre los mismos, como también poco personal disponible para la alta demanda de personas que requieren atención.</p>	<p>Diseñar una estrategia para la descentralización de los servicios especializados y la facilitación del acceso a todas las poblaciones. Así mismo, incrementar la formación y la sostenibilidad de personal especializado en atención integral en VIH, ITS, TB, HB, HC y situaciones asociadas.</p>	<p>Ministerio de salud Planeación Social Ministerio de Desarrollo Social Sociedad civil</p>
<p>Falta de confidencialidad y privacidad en los servicios de salud, y enfatiza la importancia de promover un enfoque basado en los derechos humanos en el diagnóstico y tratamiento del VIH, respetando la voluntad y la dignidad de las personas afectadas por esta condición mencionadas en la ley 3940/09 y la resolución 675 que la reglamenta.</p>	<p>Implementación efectiva de la Ley 3940/09 y de la resolución 675 que la reglamenta  Establecer vínculos laborales con otras especialidades médicas para mejorar la calidad en la atención a los usuarios.</p>	<p>Actores de decisión en salud Ministerio de Salud Sociedad civil</p>
<p>Detección obligatoria del test de VIH, vulnera el derecho a la autonomía y toma de decisiones informadas</p>	<p>Promover una lectura crítica sobre el autotest y el ejercicio pleno de DDHH</p>	<p>Sistema de Salud Sociedad civil</p>
<p>Dificultades para obtener seguros médicos privados o del Instituto de Previsión Social (IPS)</p>	<p>Diseñar acciones tendientes a la eliminación de las enfermedades pre-existentes como una</p>	<p>Ministerio de Salud Sistema de salud</p>

	condición que niega el acceso a un seguro médico. Promover leyes antidiscriminación.	Sociedad civil
No se recibe el tratamiento. Se abandona el tratamiento El tratamiento no es el más adecuado. Olvidan tomarlo. Los medicamentos generan malestares.	Socializar e implementar la resolución 675 que reglamenta la ley 3940 de 2009.  Sistematizar la experiencia de los Centros dispensadores de Tratamiento, con el fin de identificar fortalezas y debilidades para crear un plan de mejoramiento, fortalecimiento y continuidad al mismo.  Sistematizar la experiencia de Entrega de Medicamentos en Casa, propuesta del Instituto de Medicina Tropical, que sigue funcionando. Incorporar con mayor fuerza la experiencia de modelos comunitarios en salud para la adherencia al tratamiento y la permanencia en los servicios de salud.	Ministerio de Salud Sistema de salud
Falta información de las actividades de PrEP y PeP.	Desarrollar estrategias y campañas para la promoción y el acceso a PrEP y PEP.	Ministerio de Salud Sistema de salud Agencias de Cooperación Sociedad civil
Problemas de salud mental de las PVV frente al manejo de su identidad de género y sexual, su diagnóstico y la revelación del mismo a pareja, familia, grupo social; su tratamiento las relaciones de pareja y	Desarrollar una estrategia para la promoción de la atención en salud mental a PVV.	Ministerio de Salud Sistema de salud Agencias de Cooperación Sociedad civil

familiares (estigma anticipado o autoexclusión).		
No se encuentra una reflexión sobre las PVV y el envejecimiento. Esta ausencia puede generar proceso de edadismo. El edadismo surge cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas por atributos que ocasionan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional (OPS, 2021)	Diseñar y promover acciones para la atención integral de las PVV adultas mayores.	Ministerio de salud Sistema de Salud Agencias de Cooperación Sociedad civil
La investigación sobre VIH está focalizada en los estudios epidemiológicos. No forman parte de agenda ni se financia investigaciones transdisciplinares sobre el VIH. Igual sucede con las investigaciones desde las ciencias sociales sobre el VIH.	Ampliar la investigación en salud y publicación de las mismas. Hacer investigación transdisciplinar Fomentar diálogos e intercambios entre sociedad civil, academia, entornos biomédicos y farmacéuticos.	Ministerio de Salud Sistema de salud Agencias de Cooperación Sociedad civil Farmacéuticas Centros Académicos
Deficiente calidad, conocimiento y uso de los datos.	Actualizar, imprimir y socializar el Manual de monitoreo/calidad de datos y uso del sistema informático Experto a los referentes Servicios de Salud (SS) de las regiones sanitarias.  Mejorar sistemas de vigilancia epidemiológica Mayor solides metodológica epidemiológica Fortalecer y ampliar las acciones de MLC que se desarrollan en el país, involucrando a más poblaciones y actores	Ministerio de salud Sistema de salud Agencias de Cooperación Sociedad civil Centros Académicos

<p>No hay información asequible para que las personas tomen decisiones informadas sobre la relación que hay entre el consumo y los ARV, los tratamientos hormonales y los ARV.</p>	<p>Socializar la investigación médica y social sobre el VIH, las interacciones entre medicamentos antiretrovirales y sustancias, hormonas u otros medicamentos para que las personas puedan tomar decisiones informadas frente a la prueba, el tratamiento cambio del mismo o suspensión.</p>	<p>Ministerio de salud Sistema de salud Agencias de Cooperación Sociedad civil Farmacéuticas Centros Académicos Activistas en VIH, procesos hormonales y cambios corporales Sociedad civil</p>
<p>Los protocolos de VIH y TB no integran las necesidades y particularidades de las personas usuarias de drogas.</p>	<p>Fomentar diálogos con activistas y redes de personas usuarias de drogas con actores de toma de decisión; buscando la generación de políticas públicas incluyentes y representación de los y las usuarios de drogas en escenarios políticos y de toma de decisión.</p>	<p>Ministerio de salud Sistema de salud Agencias de Cooperación Sociedad civil Centros Académicos MCP</p>
<p>A un grupo de PVV y PC se les dificultad acceder al servicio de salud en los horarios establecidos.</p>	<p>Facilitar la atención en horarios fuera de los laborales, flexibilizando los horarios y días de atención</p>	<p>Ministerio de Salud Sistema de Salud Sociedad civil</p>
<p>Las personas usuarias de drogas no acceden a los servicios de salud</p>	<p>Disminuir el estigma a través de información al espacio médico sobre usuarios de sustancias y fortalecerlos como sujetos de derechos.</p>	<p>Tomadores de decisión en Salud Sistema de Salud Agencias de Cooperación Sociedad civil Servicios de atención en salud</p>

<p>Problemas en la atención integral de las personas TB/VIH. Las poblaciones clave tienen problemas para acceder a la consulta.</p>	<p>Se propuso la implementación de paquetes de atención de TBC y VIH, por niveles de atención e instituciones. Evaluar para mejorar la implementación de estos paquetes.</p>	<p>Ministerio de salud Sistema de salud</p>
<p>Prevalece desconocimiento sobre TB y su relación e implicaciones con el VIH.</p>	<p>Ampliar las campañas de información sobre la TB y VIH Aumentar la conciencia de las comunidades en el ámbito judicial y jurídico sobre la aplicación de un enfoque de la tuberculosis basado en los derechos humanos. Ampliar la capacidad de los legisladores y formuladores de políticas para incorporar en las leyes y políticas enfoques de la tuberculosis basados en los derechos humanos. Sensibilizar a los trabajadores de la salud en los sectores público y privado sobre la necesidad de incorporar en su trabajo un enfoque de la tuberculosis basado en los derechos humanos. Difundir la reglamentación y el marco legal sobre la TB en todos los niveles como ser organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con la comunidad. Promover y apoyar el fin de la estigmatización relacionada con la tuberculosis y de todas las formas de discriminación, incluyendo la eliminación de leyes, políticas y programas discriminatorios. Las búsquedas activas de TB podrían identificar estrategias para llegar a los grupos de</p>	<p>Ministerio de salud Sistema de salud Agencias de Cooperación Sociedad civil Farmacéuticas Centros Académicos</p>

	<p>personas transgénero, PPL, PVIH y población indígena.</p> <p>Las campañas de educación para las personas que están en tratamiento o para las familias de las mismas, deben desarrollarse en horarios accesibles para las mujeres, hombres y personas transgéneros, tomando en consideración sus tiempos laborales y los roles que tradicionalmente desarrollan en sus familias y la sociedad.</p> <p>Finalmente, es fundamental realizar un diagnóstico o consulta para definir el interés y disposición para que las personas, hoy pacientes de TB, sean incluidas en la respuesta nacional de TB.</p>	
<p>Solicitud y realización de pruebas de VIH en el ámbito laboral sin consentimiento.</p> <p>Pérdida de trabajo por vivir con VIH</p> <p>Las personas Trans tienen dificultad para acceder a trabajos diferentes al sexual.</p>	<p>Diseño y desarrollo de una estrategia para la promoción de DDH de las PVV y derechos relacionados, en entornos laborales. Dicha estrategia podría contener:</p> <p>Que se establezca Política de prevención del VIH, en el lugar de trabajo con enfoque de derechos y la no discriminación.</p> <p>Trabajo articulado para la supervisión en empresas e instituciones públicas para la implementación efectiva de la Ley 3940/09 y la resolución 675 que la reglamenta.</p> <p>Incidir por Política de cupo laboral Trans (Cuota).</p> <p>Articular e incidir en la agenda de los sindicatos.</p> <p>Implementar un mecanismo de fiscalización desde el Estado a las</p>	<p>Ministerio de salud</p> <p>Sistema de salud</p> <p>Agencias de Cooperación</p> <p>Sociedad civil</p> <p>Centros Académicos</p>

	empresas privadas para el cumplimiento de la Ley 3940/09 y otras. Capacitar a trabajadores en políticas de prevención con enfoque de derechos y no discriminación.	
Las personas no tienen información útil /practica para acceder a su derecho a la salud.	Diseñar un plan de educación y comunicación de largo plazo enfocado en em componente comportamental de la prevención combinada. Es clave incluir allí el abordaje de la sexualidad placentera, la prevención del VIH y otras ITS, incluyendo el uso correcto y sistemático del condón y de las tecnologías de prevención (PrEP, PEP, autotest, etc). Así mismo, esta iniciativa debe estar basada en el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y es necesario dirigirlo a toda la población, pero fragmentar los públicos receptores de las estrategias para mayor claridad del mensaje.	Ministerio de Salud Sistema de Salud Agencias de Cooperación Sociedad civil Centros Académicos
El espacio biomédico no integra en sus procesos educativos y laborales enfoques como los de derechos humanos, interculturalidad, inclusión y género.		
No hay un compromiso claro de las universidades con la agenda del VIH en términos de prevención, ni investigación.		
Paraguay, desde su constitución, no contempla una ley de Educación Integral en Sexualidad como tal, lo que genera una dificultad a la hora de tratar esta temática. Las leyes existentes relacionadas a la sexualidad están enfocadas principalmente a la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva, limitada muchas veces a una cuestión paliativa, habiendo una clara	Incidir por una Política de Educación Integral Sexual (EIS), como herramienta de prevención del VIH (Art. 12 Ley 3940/09) utilizando información científica cuantitativa. Fortalecer la alianza estratégica con la Coalición EIS Igualada Paraguay e invitar a otras organizaciones nacionales e internacionales cuyo objetivo o interés sea la puesta en marcha de la EIS.	Ministerio de Salud Sistema de Salud Agencias de Cooperación Sociedad civil Centros Académicos

necesidad de un abordaje integral, de promoción y prevención a nivel público,		
Los jóvenes no tienen acceso formal a información de calidad sobre DS y DR	Incidir en la formación/educación no formal sobre la EIS. Promover una mesa interinstitucional de dialogo para evitar la discriminación en el ámbito educativo (Comunidad educativa -MSPBS – CODENI – MINNA – OSC – Defensoría de la Niñez)	Ministerio de Salud Sistema de Salud Agencias de Cooperación Sociedad civil Centros Académicos
Las mujeres (MVV, cis, MTS, Trans, Indígenas, PUD, MPL, LGBTIQ+) han vivido violencia de género: Obstétrica, en SS y SR, no se reconoce su autonomía y sus decisiones en los espacios médicos.	Promover la socialización de la ley Integral 5777/16 y su reglamentación en los espacios médicos y la atención integral en VIH.	Ministerio de Salud Sistema de Salud Agencias de Cooperación Sociedad civil Facultades universitarias en Salud
La política pública antigénero amenaza el desarrollo de discusiones sobre las implicaciones del género en el avance de las epidemias de VIH.	Incentivar la investigación y Producción Científica, registros, publicaciones académicas en cuanto a Género y VIH.	Agencias de Cooperación Sociedad civil Centros Académicos

## Colombia

### Metodología

En el marco de la búsqueda bibliográfica y el análisis realizado, a partir de bases de datos se recuperaron 70 documentos, y del proyecto “Soy Clave” se incluyeron 5 documentos, con el objetivo de comprender la situación del país a partir de las categorías analíticas planteadas para el estudio; en este contexto, se presenta a continuación el desarrollo respectivo:

### Sistema de salud

La Constitución Política de Colombia de 1991 establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado, asegurando el acceso a servicios de promoción, protección y rehabilitación de la salud para todas las personas. La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia (SGSS), con el propósito de garantizar los derechos de las personas para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, incluyendo la protección de la salud (Gómez-García & Builes-Velásquez, 2018). El SGSSS ha tenido varias reformas a lo largo de los años, siendo una de las más recientes e importantes la Ley estatutaria 1751 que reconoce la salud como un derecho y el Estado se hace responsable de proteger y garantizar el goce efectivo del mismo (El Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015).

El sistema de salud se considera público, pero se basa en el modelo de competencia regulada, es decir, existe un asegurador (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-) que media entre el usuario y el proveedor de servicios (el Estado) para eliminar las distorsiones propias del mercado (selección del riesgo, pólizas diferenciales según plan de beneficios, etc.) (Pinilla, 2010). Este sistema se compone por dos regímenes: el contributivo (cobertura de 47.85% (Así vamos en salud, s. f.)) para población trabajadora formal, independiente y personas con capacidad de pago; y el subsidiado (cobertura de 50.29% (Así vamos en salud, s. f.)) destinado a ciudadanos y familias que hacen parte de la población más vulnerable sin capacidad de pago (Merlano-Porras & Gorbanev, 2013). Adicionalmente, las personas afiliadas al régimen contributivo pueden afiliarse a seguros prepagados o planes complementarios que facilitan el acceso a servicios como especialidades o lujos en hospitalización. El sistema se financia a través de contribuciones de empleados, empleadores y trabajadores independientes y recursos del Estado de diferentes fuentes; los recursos van a una gran bolsa denominada Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), y a través de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) se giran los recursos a la EAPB para la prestación de los servicios de salud, es decir, el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Los dos regímenes tienen el mismo PBS; sin embargo, las

personas afiliadas al régimen subsidiado enfrentan más barreras de acceso a los servicios de salud (Mendieta González et al., 2019)

El sistema de salud divide la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud de carácter individual, a cargo de las EAPV y prestadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); de las actividades de altas externalidades o actividades salud pública y de prevención de carácter poblacional (a cargo del Estado). El PBS incluye tecnologías biomédicas como medicamentos antirretrovirales, pruebas diagnósticas, atención en salud, entre otras, que permiten atender a las personas durante las etapas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamientos, rehabilitación y paliación. Las actividades de altas externalidades; se organizan, en parte, en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que es implementador por las Entidades Territoriales a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.

## Normatividad de VIH y TB

El marco normativo relacionado con VIH en Colombia se fundamenta en diversas leyes y normas jurídicas que buscan garantizar el acceso equitativo a servicios de salud para la prevención, atención y tratamiento del VIH. La Ley 972 de 2005 y la Ley 1122 de 2007 han abordado aspectos específicos relacionados con la atención a enfermedades, denominadas en su momento catastróficas como el VIH/SIDA, realizando ajustes al SGSSS para mejorar la prestación de servicios a los usuarios.

La legislación colombiana en materia de VIH refleja un compromiso con la promoción de la salud, la equidad en el acceso a servicios de salud y la protección de los derechos de las PVV, buscando que se garantice una respuesta integral y efectiva frente a esta epidemia (C. Sánchez et al., 2015). Sin embargo, no existe una ley nacional que recoja en una sola norma la respuesta nacional de VIH. En la actualidad curso el proceso legislativo el Proyecto de Ley 255 de 2022 que busca “establecer la política pública de prevención, diagnóstico oportuno y atención integral del VIH, Hepatitis B y C, ITS y Coinfección por TB/VIH en el territorio nacional” (Georgette, 2022).

En cuanto a la tuberculosis (TB), el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCP) (MinSalud, 2020), ha sido fundamental en la implementación de estrategias para abordar esta enfermedad, incluyendo la detección temprana, el tratamiento oportuno y la prevención de la coinfección TB/VIH. En 2020 mediante la resolución 227 de 2020 se creó el Lineamiento Técnico Programático del Programa Nacional de Prevención y Control de la TB, en él se describen los algoritmos diagnósticos, las directrices y recomendaciones para el tratamiento, tanto de la población general como de grupos vulnerables y con coinfección TB/VIH, para quién se

plantean actividades colaborativas con las EAPB, las IPS, Entidades Territoriales (ET) y Sociedad civil (Cruz, 2020).

También es importante destacar que la respuesta nacional del VIH tiene como propósito alcanzar los objetivos propuestos a nivel internacional acordados entre los países que hacen parte de las Naciones Unidas. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) es la oficina que guía desde la Organización de Naciones Unidas (ONU) la respuesta global y acompañan a los países para alcanzar los objetivos. Los objetivos actuales que el país se ha comprometido alcanzar en materia de VIH para el 2025<sup>1</sup> son: Que al menos el 95% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, el 95% de las personas que viven con VIH y conocen su estado estén en tratamiento, y el 95% de las personas que reciben tratamiento tengan la carga viral suprimida (ONUSIDA, 2024) así pues, se evidencia que hay “un esfuerzo considerable para cumplir con las metas propuestas por las Naciones Unidas, puesto que más del 90% de los individuos diagnosticados con VIH en el país se encuentran afiliados y recibiendo tratamiento” (Pérez-Medina, 2019a).

La Corte Constitucional en Colombia ha tenido un rol importante para garantizar los derechos de las personas con VIH, ya que, a través de varias sentencias ha garantizado el acceso a servicios y sus derechos. Se destaca entre estas sentencias la T-113 de 2011 reseña que “tratándose de personas que sufran este tipo de enfermedades se debe brindar atención integral en salud, con independencia de que el conjunto de prestaciones requeridas estén excluidas o no de los planes obligatorios” (Corte Constitucional, 2011).

## Panorama epidemiológico del VIH

En el año 1983 se notificó el primer caso de VIH en Colombia y desde entonces se ha observa un reporte creciente de casos documentados a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). En 2023 se reportaron 20540 casos nuevos de VIH, con una tasa de incidencia de 39,3, superior a los años anteriores. La tendencia al descenso en la notificación entre 2020 y 2022 probablemente se relacione con el impacto de la pandemia COVID-19 en los servicios de salud (INS, 2023). Del total de casos reportados en 2023, el 80,3% fueron hombres, 19,8% mujeres, 1,5% gestantes y 3,9% extranjeros (INS, 2023). Por entidades territoriales, las mayores tasas de incidencia se encuentran en Quindío (74,1%), Risaralda (72,4%), Bolívar (70,1%). La mayoría de los casos se encontraban en las cabeceras municipales. Las ciudades con mayor número de casos fueron: Bogotá (3895), Medellín (1379) y Cali (1164) (INS, 2023); por esta razón son consideradas objeto de especial interés para la gestión del conocimiento en el tema de VIH y otras ITS (Minsalud & ENTerritorio, 2022). El 98,69 de los casos de VIH fueron

<sup>1</sup> Para saber más sobre la cascada 95-95-95 consultar:  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/progress-towards-95-95-95\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/progress-towards-95-95-95_es.pdf)

por transmisión sexual y 0,35% de los casos fueron de personas que se inyectan drogas (INS, 2023). Para el 2023, 43,50% de los casos se detectaron de forma temprana y el 82,68% de las PVV recibían terapia antirretroviral (*Día mundial de respuesta al VIH 2023 - Cuenta de Alto Costo*, 2023). Entre la población venezolana residente en el país los casos reportados han aumentado, pasando de 410 casos en 2018 a 615 casos en 2022 (MINSALUD. & ENTerritorio, 2022) esto plantea que las personas migrantes son una población clave para el país.

Respecto de la tuberculosis, el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT) reportó 14886 casos de TB en 2019, con una tasa de incidencia de 27,3 casos por 100.000 habitantes, tasa de mortalidad de 2 por 100.000 y 11,5% de los casos notificados fueron de coinfección TB/VIH. En 2020, el número de casos bajó a 12582, la mortalidad fue similar a la del año anterior, y 13,1% de los casos correspondían a coinfección VIH/TB (Zarate, 2010).

## Resultados

### Sistema de salud

Como se ha señalado anteriormente, es oportuno destacar que, el país a través de diferentes normas jurídicas ha hecho un gran esfuerzo por garantizar el derecho fundamental a la salud a la población con VIH, intentando que las personas estén vinculadas al sistema y procurando que reciban una atención integral. A continuación, se presentan las barreras relacionadas con distintos criterios para estudiar el acceso a servicios de salud:

### Disponibilidad

El Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida de 2006 (Ministerio de Protección Social República de Colombia (MPS), 2006) y la Guía de Práctica Clínica No 39 publicada en el 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) marcan la pauta para la prestación de los servicios de salud para VIH, allí aparecen una serie de recomendaciones relacionadas con los esquemas de tratamiento para PrEP, PEP, atención clínica y de laboratorio, el tiempo oportuno para el inicio de tratamiento antirretroviral, las alternativas terapéuticas de tratamiento antirretroviral e indicaciones sobre el seguimiento. Estos lineamientos nacionales coinciden con propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Mora-Rojas et al., 2017).

El acceso a servicios de salud en Colombia implica una gran cantidad de itinerarios burocráticos (Abadia & Oviedo, 2008); para el caso de VIH, las PVV deban hacer una gran cantidad de trámites para acceder a tratamiento, incluso, acudir al sistema jurídico. Una barrera persistente, aun cuando ha tenido avances importantes, es la provisión adecuada de medicamentos (dispensación incompleta o no dispensación) debido a

problemas administrativos (necesidad de autorizaciones, problemas con la prescripción, etc.), que requieren la interposición de acciones de tutela. Sumado a lo anterior, hay falta de oportunidad en la atención (retraso en citas médicas y de especialidades, exámenes de laboratorio) que representa un riesgo para la continuidad y la adherencia al tratamiento (Cardona-Peláez et al., 2023; Troche-Gutiérrez, 2024).

La importancia de un tratamiento integral es ratificado en distintas instancias; sin embargo, los aspectos psicosociales son siempre relegados, por ejemplo, el estrés y la depresión son poco valoradas en las IPS, lo que tiene un correlato en abandonos de tratamiento y dificultades en la adherencia (Troche-Gutiérrez, 2024).

Aunque un alto porcentaje de mujeres transgénero están cubiertas por el sistema de salud, persisten barreras que impiden el acceso oportuno a servicios preventivos y de atención específica de acuerdo con sus necesidades. Adicionalmente, un estudio mostró que al 89% de las mujeres trans encuestadas, las EPS no les ofrecieron servicios preventivos como pruebas de detección de ITS o VIH, aún cuando están contempladas en el PBS (Domínguez et al., 2018). En la medida que las estrategias de prevención combinada están segmentadas entre las de carácter individual y poblacional con responsables diferentes, es evidente una debilidad del sistema en esta área. Las actividades de prevención de carácter individual, particularmente las de carácter biomédico están a cargo de las EPS y son prestadas por las IPS. No obstante, las EPS no proveen adecuadamente estos servicios (Domínguez et al., 2018). En el caso de otras poblaciones viviendo con VIH, y para el contexto post-pandemia por COVID-19, Mesa (2022) reportó que del total de personas encuestadas (436) en 7 ciudades, 24% percibieron una disminución en el acceso a herramientas y/o servicios de prevención y diagnóstico, tratamientos y/o reducción de daños relacionados con el consumo de drogas, comparado con el periodo anterior a la pandemia COVID-19.

### Accesibilidad

Los servicios, sobre todo los especializados, se encuentra centralizados en las grandes ciudades, por ello, para las poblaciones rurales o alejadas de los grandes centros poblados acceder a los servicios de salud implica mayores gastos de bolsillo y mayores tiempos en desplazamientos (Camargo-Plazas et al., 2023). De otro lado, pese a que el SGSSS procura universalizar la atención en salud, la alta fragmentación del sistema hace que los usuarios deban trasladarse a diferentes sitios de atención para autorizar los servicios y a IPS distintas para obtener servicios como entrega de medicamentos, consultas, exámenes diagnósticos; esto genera pérdida de tiempo y mayor gasto de bolsillo, especialmente para personas con condiciones precarias de existencia (Camargo-Plazas et al., 2023; Cardona-Peláez et al., 2023; León-Cabrera et al., 2018; Osorio et al., 2018a; Troche-Gutiérrez, 2024).

En el caso de la atención para TB, el programa se encuentra frecuentemente en el primer nivel de atención, pero la atención a la coinfección TB/VIH pertenece al segundo nivel de atención, que se encuentra mucho más concentrado en grandes ciudades. Ello genera confusiones y dificultades en el acceso, lo que se traduce en pérdida de la continuidad y abandono del tratamiento (Correa-Salazar, 2015).

El aseguramiento al régimen subsidiado es de carácter territorial, es decir, la prestación de los servicios de salud debe darse en el área geográfica de la entidad territorial donde vive la persona, para prestaciones fuera de allí se requiere una autorización de la EAPB. En el caso de personas en situación de desplazamiento forzado o que migran internamente con frecuencia, como las trabajadoras sexuales, esta característica administrativa se convierte en una barrera de acceso porque no logran ser atendidas en la ciudad a la que llegan, esto limita aún más las oportunidades económicas y laborales de estas poblaciones (Osorio et al., 2018a).

Esta es una situación que también es común en las personas post penadas; es decir, quienes cumplieron una condena en prisión; dado que al entrar a prisión cambian a un régimen de salud especial, pero al salir de la prisión pierden la prestación del servicio de salud con ese tipo de afiliación, y luego deben buscar la manera de afiliarse por sus propios medios. Este proceso puede durar varios meses e incluso años, generando un limbo en la prestación de servicios, situación que resulta en pérdida del acceso a atención integral y medicamentos para las PVV (ALEP+PC, 2024).

### Acomodación

Los problemas de acomodación del sistema de salud probablemente originan la mayor parte de las barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia. Si bien hay una amplia oferta de servicios disponible, los trámites administrativos que implica cada atención (citas médicas y de especialidades, exámenes especializados, medicamentos de alto costo, etc.) retrasan el acceso. Esto es especialmente importante en poblaciones con vidas altamente medicalizadas como las mujeres Trans con VIH y que ejercen el trabajo sexual. Estas mujeres requieren procesos de hormonización, tratamiento para VIH y deben realizarse periódicamente exámenes de laboratorio para el seguimiento a ITS (Mejía & Benavides, 2018a). Dadas las condiciones precarias de vida que suelen tener, moverse entre varios sitios de atención resulta muy costoso y ello se suma a la necesidad de solicitar constantemente autorizaciones. En condiciones de trabajo precarias, estos trámites tienen un impacto importante sobre los ingresos y la continuidad del tratamiento.

### Asequibilidad

La asequibilidad a servicios de salud en Colombia está marcada por varios procesos, que terminan comportándose como barreras.

Las enfermedades crónicas con un alto estigma social, como el VIH, tiene un impacto económico importante en la vida de las personas representado en gasto de bolsillo, costos familiares de la enfermedad, la pérdida laboral, el abandono de la actividad económica, entre otros (Mora-Rojas et al., 2017). De esa manera, las condiciones económicas terminan comportándose como barreras de acceso a los servicios.

Las personas que hacen trabajo informal o tienen bajos recursos económicos son cubiertas por el régimen subsidiado del SGSSS. Para la afiliación y para definir el valor de los copagos (“aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema” (Minsalud, s. f.)), las personas deben estar en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén). A menor nivel en el sistema (van entre A, el menor; y D, el mayor), menor será el copago. Por ejemplo, un estudio en personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero mostró que estas poblaciones terminan autoexcluyéndose del sistema porque el trámite del Sisbén resulta confuso y por tanto tienen dificultades para acceder a los servicios de salud; al punto que las mujeres trans están afiliadas al sistema en menor porcentaje y por tanto consultaron menos en los últimos 6 meses que el resto de los grupos LGB (Mejía & Benavides, 2018a).

Se sabe que las PVV en el régimen subsidiado enfrentan más barreras dada la gran cantidad de trámites burocráticos que deben hacer para acceder a los servicios (Arévalo-Baquero & Rubiano-Mesa, 2018; Hoyos Hernández & Duarte Alarcón, 2016; Mejía & Benavides, 2018). Adicionalmente, aún cuando la atención para VIH está exenta de copago, para los demás servicios deben pagarse (Mejía & Benavides, 2018a), lo cual constituye una barrera de acceso. Es importante señalar que el trabajo informal y el desempleo imponen condiciones socioeconómicas de vulnerabilidad y por tanto mayores barreras de acceso a los servicios. Ello, sumado al gasto de bolsillo en el que deben incurrir las personas para acceder a los servicios (transporte, etc.), probablemente explique el diagnóstico tardío (Correa-Salazar, 2015).

Para las personas con mejores ingreso o trabajadoras formales afiliadas al régimen contributivo también hay barreras; una muy importantes en permanecer afiliadas al sistema cuando tienen tipos de contratación flexibles como el contrato de prestación de servicios que son por corto plazo y el pago de seguridad social está completamente a cargo del trabajador. Esto genera una barrera de continuidad en el tratamiento, cuando, en épocas cesantes, deben pasar al régimen subsidiado (Arévalo-Baquero & Rubiano-Mesa, 2018) y sus condiciones materiales de existencia se ven reducidas.

Para la prestación de los servicios de salud, las EAPB contratan a las IPS. Desafortunadamente, entre los criterios de contratación casi siempre son más preponderantes los bajos precios. Esto hace que las personas deban circular por distintos

prestadores en la ciudad o entre ciudades. Asimismo, existen dificultades en el pago de los servicios por parte de las EAPB a las IPS. Por otro lado, un estudio en profesionales de la salud evidenció que los recursos (medicamentos, insumos, elementos de protección personal, dispositivos médicos y personal) para la prestación de los servicios son insuficientes e inadecuados (Carvajal-Barona et al., 2018).

## Aceptabilidad

La aceptabilidad en los servicios de salud juega un papel crucial en la accesibilidad de las personas con VIH a estos. La forma en que son tratadas por los profesionales de la salud, la calidad de la atención recibida, el respeto a su diversidad de género, etnia y creencias, así como la ausencia de manifestaciones de rechazo, son aspectos fundamentales que influyen en su disposición para buscar y mantener el cuidado médico necesario (Dominguez et al., 2018).

Cuando los servicios de salud son respetuosos, sensibles a las necesidades específicas de las personas con VIH y libres de estigmatización, se promueve un ambiente propicio para que estas personas se sientan cómodas y seguras al acceder a la atención médica. Por otro lado, la falta de aceptabilidad, manifestada en actitudes hostiles, discriminación o falta de confidencialidad, puede generar desconfianza, miedo y reticencia a buscar ayuda, lo que a su vez puede resultar en un acceso limitado a los servicios de salud y un seguimiento inadecuado de los tratamientos necesarios (Dominguez et al., 2018; Tamayo-Zuluaga B. et al., 2015).

Para el programa de TB se evidenció que es necesario ampliar la historia clínica para hacer una mejor caracterización individual y social de la persona infectada con TB, de manera que se facilite, al personal de salud, el seguimiento del tratamiento de la persona y establecer intervenciones adecuadas y oportunas y de apoyo psicosocial para facilitar la adherencia al tratamiento y la curación de la enfermedad (Izquierdo-Ramírez et al., 2018a).

La falta de educación que reciben los profesionales de la salud durante su formación académica sobre el VIH, el énfasis exclusivamente clínico en la interacción médico-paciente, y patrones culturales estigmatizantes hacia las PVV y las poblaciones clave; son barreras que dificultan una interacción humanizada y por tanto dificultan construir una relación profesional-paciente de confianza. Un estudio en mujeres trabajadoras sexuales mostró marcadas diferencias en la interacción con profesionales de la salud hombres y mujeres, siendo más difícil la comunicación con los hombres (Correa-Salazar, 2015). De otro lado, una buena comunicación profesional de salud-paciente ha demostrado ser beneficiosa para que una PVV no abandone el tratamiento; el soporte emocional resulta ser clave (Bermudez Roman et al., 2016).

## Conciencia y conocimiento

Los débiles procesos de formación en VIH a profesionales de la salud, tanto a nivel universitario como de formación continua; y la inexistencia de protocolos que aborden un enfoque diferencial han mostrado comportarse como barreras de acceso a los servicios de salud (Domínguez et al., 2018; López-Marín et al., 2017; Tamayo-Zuluaga B. et al., 2015). Sumado a lo anterior, los profesionales de la salud pueden tener percepciones erróneas sobre las personas LGBT y otras poblaciones clave, asociándolas con temores infundados y estereotipos que afectan la calidad de la atención que reciben, lo que puede incluir la creencia de que solo deben ser atendidos por profesionales de la salud mental (Munévar-Torres et al., 2016).

Hay limitaciones en el sistema de salud para atender las necesidades específicas de identidad de género de las mujeres trans, que requieren procedimientos médicos, consejería psicológica y apoyo social no contemplados en el PBS (Domínguez et al., 2018). Sumado a lo anterior, hay una gran dificultad del sistema en general, y de los profesionales de la salud para entender la necesidad de ofertar los servicios de manera integral para poblaciones clave que tiene características interseccionales y/o viven con VIH, por ejemplo, mujeres trans con VIH que hacen trabajo sexual.

Dada la complejidad del sistema de salud en Colombia, existen múltiples barreras de acceso a los servicios de salud. Que las PVV y poblaciones clave no tengan conocimiento del funcionamiento, y los trámites burocráticos del sistema dificulta la búsqueda, acceso y continuidad de la atención en salud.

## Normas culturales y de género

### Estigma y discriminación

A pesar de los avances importantes en el país para la protección de los derechos de las PVV y población LGBTIQ+, el estigma y la discriminación aún representan una barrera importante para acceder a servicios relacionados con VIH. La exclusión y marginalización limita la capacidad para buscar y recibir atención médica humanizada sin temor al juicio y el maltrato. Distintos autores han mencionado cómo el estigma y discriminación se arraiga en inequidades relacionadas con la clase social, el sistema sexo/género y la etnia. Es en estas estructuras de opresión en las que se gestan diferentes formas de estigma relacionadas con identidad de género, orientación sexual, actividad económica, prácticas de consumo o diagnóstico de enfermedad; la marca que socialmente se les asigna los lleva a evitar o dejar de acudir a los servicios de salud sin importar el régimen en el que se encuentren afiliados (De La Hoz-Restrepo et al., 2019; Mejía & Benavides, 2018b; Orobio-Castro & Hidalgo-Torres, 2022; Osorio et al., 2018b; Pérez-Medina, 2019b; Saliba-Garbin et al., 2018a; San-Vicente, 2019a; Velásquez-Olarte et al., 2018a).

El estigma asociado a la pobreza, la malnutrición, la habitabilidad de calle y la privación de la libertad también se comporta como una barrera importante para la atención y tratamiento de la TB (Carvajal-Barona et al., 2018). Las personas infectadas con TB suelen ser estigmatizadas por la alta contagiosidad de la enfermedad, este fenómeno ocurre con mayor frecuencia en el círculo familiar y comunitario cercano, ello pone de manifiesto una pregunta por las necesidades de cuidado de las personas infectadas o afectadas por TB (Izquierdo-Ramírez et al., 2018b).

En relación con la esfera del trabajo, aunque la normatividad es explícita en indicar que los empleadores no deben exigir pruebas de VIH en los procesos de contratación, es sabido que esta práctica aún es utilizada y al encontrarse un diagnóstico positivo para VIH las personas son rechazadas. Adicionalmente, las PVV con trabajo formal intentan mantener la confidencialidad de su estado serológico para evitar actos de discriminación y señalamiento por sus compañeros de trabajo; cuestionamientos propios y externos sobre las capacidades laborales; y hasta despidos (Arévalo-Baquero & Rubiano-Mesa, 2018).

En los servicios de salud continúan presentándose situaciones de estigma y discriminación relacionadas con el VIH, el trabajo sexual, la orientación sexual, desplazamiento forzado, entre otros (Bermudez Roman et al., 2016; Correa-Salazar, 2015; Mejía & Benavides, 2018a) que terminan siendo barreras, muy importantes, de acceso a los servicios de salud. Una situación particular que expresa este estigma es cuando ante recursos limitados y deficiencias en la provisión de elementos de protección personal, y por supuesto poco conocimiento sobre protocolos de atención, entre odontólogos hay una falta de interés para atender un paciente inmunocomprometido o viviendo con VIH (Saliba-Garbin et al., 2018b).

## Género

Una vista tradicional a la mirada de la intersección género y salud, en torno al tema de mujeres, muestra que las mujeres heterosexuales con VIH tienen sentimientos de culpa y estigma por haberse infectado, esto se explica porque existe una ideal social y culturalmente formada de que el VIH se relaciona con el trabajo sexual y la promiscuidad. Esta visión auto estigmatizante hace que no quieran estar en los servicios de salud para evitar ser juzgadas (Bermúdez-Román et al., 2015; Bran Piedrahita et al., 2017).

Entre las mujeres suele haber mayores condiciones de vulnerabilidad, esta situación es transversal a mujeres trans, mujeres con VIH, mujeres usuarias de drogas, mujeres trabajadoras sexuales y en general a aquellas que viven en pobreza, dado que tienen escasa educación, salarios bajos y desiguales, oportunidades limitadas de trabajo. Estas condiciones se relacionan con mayor dependencia económica, social y afectiva de sus

parejas y familias y por tanto limitada posibilidad de ascenso social, atención en salud adecuada, trabajo digno, entre otras (Hoyos Hernandez & Duarte Alarcón, 2016; Osorio et al., 2018a).

El cuidado ha sido una tarea históricamente asumida por las mujeres. Es por ello que algunas mujeres con VIH suelen descuidar o abandonar su tratamiento cuando su esposo y/o hijos viven con VIH también (Hoyos Hernandez & Duarte Alarcón, 2016). Respecto a la coinfección TB/VIH, un estudio mostró que es mayor la mortalidad entre los hombres (González et al., 2018), quizás ello sea explicado en menores medidas de autocuidado. De otro lado, un estudio mostró que entre los hombres hay menor éxito en el tratamiento de TB y ello está relacionado con un menor cumplimiento en los esquemas de tratamiento (Varela et al., 2023).

Entre las normas culturales relacionada con el género, el modelo heterosexista, el paradigma binario y la sexualidad centrada en reproducción acentúan las barreras de acceso, el estigma hacia las poblaciones LGBTIQ+ y las mujeres trabajadoras sexuales (Osorio et al., 2018a; San-Vicente, 2019b). Estos patrones culturales y sociales se comportan como barreras importantes para estrategias de prevención más asertivas, que reconozcan orientaciones sexuales diversas, la sexualidad desde el placer, etc.

## Legal

### Legislación y jurisprudencia

Colombia, desde la constitución de 1991 se reconoce como un Estado Social de Derecho, y gracias a esto, es uno de los países de la región que ha hecho un esfuerzo en garantizar los derechos humanos de la población, especialmente aquellas socialmente marginadas; son varias las leyes, sentencias, resoluciones y políticas públicas que se han emitido en este sentido.

En materia de salud, en los últimos años hubo un avance significativo en materia de derechos fue reconocer la atención en salud como derecho fundamental a través de la ley estatutaria de salud 1751 de 2015. A pesar de la alta cobertura del aseguramiento en salud (Así vamos en salud, s. f.) y la robusta normatividad existente (Velásquez-Olarte et al., 2018b), siguen siendo muchos los problemas de acceso a servicios de salud y esto se relaciona con la lógica de mercado del SGSSS (Zarate, 2010) y su organización altamente fragmentada.

Para VIH, el decreto 559 de 1991 fue el primero en reglamentar la prevención, control y vigilancia de la enfermedad. Posteriormente, en 1997 se adoptó el decreto 1543 que reglamentó el manejo del VIH. Ante los vacíos normativos y las fallas para la garantía de los derechos de las PVV, especialmente salud y trabajo, la corte constitucional se ha pronuncia a través de sentencias en varias ocasiones; todos los fallos han sido de carácter

garantista de los derechos fundamentales y han tenido la tendencia ampliar cada vez más el respeto y las garantías al derechos a la vida y la dignidad de las PVV (Valencia-Gallo et al., 2022; Velásquez-Olarte et al., 2018b). Es de resaltar, que aún así las violaciones a los derechos de las PVV continúan presentándose. Asimismo, la política pública continúa siendo insuficiente para alcanzar la meta de 95-95-95, aún cuando se resalta que el país está en una mejor posición en comparación con otros en la región (Pérez-Medina, 2019a)´.

Dentro los mecanismos de exigibilidad de los derechos en el país, se encuentra la acción de tutela, instaurada por la Constitución Política del 1991 (Abadia & Oviedo, 2008). La tutela venía siendo un instrumento clave para garantizar el tratamiento para VIH y la defensa de los derechos laborales, entre otros, por parte de jueces y magistrados, al fallar a favor de los derechos de las personas con VIH. No obstante, su eficacia se ha ido agotando y hoy en día es un instrumento que no tiene el mismo poder.

Recientemente, y en respuesta a la crisis migratoria de personas procedentes de Venezuela, la necesidad de medicación para PVV recién diagnosticadas, personas con falla virológica y para PEP, el país hizo el proceso para el otorgamiento de la licencia obligatoria de uso gubernamental por razones de interés público sobre la patente de invención del Dolutegravir a través de Resolución 20049 del 23 de abril de 2024. Este es un avance sustancial para garantizar el acceso a medicamentos a un menor costo para el SGSSS, lo que tendría un efecto en la cobertura de TAR.

## Conclusiones

Tal como se ha mencionado a lo largo del documento, la principal barrera de acceso a servicios de salud la constituye la organización del SGSSS, cuyas características de estar centrado en el mercado y la alta fragmentación (distintos regímenes de atención, diferentes responsables para distintos niveles de prevención, contratación EAPB-IPS, etc) imponen múltiples obstáculos para el acceso efectivo a los servicios de salud y exigen un amplio conocimiento sobre los itinerarios burocráticos que demanda el sistema.

A lo anterior se suman las condiciones sociales de vulnerabilidad en las que viven las poblaciones clave relacionadas con condiciones precarias de existencia y el estigma y discriminación que enfrentan cotidianamente. Tanto las dificultades para la atención en salud como la vulnerabilidad social son un reto para la garantía de los derechos humanos, la prevención y el tratamiento para VIH.

Respecto a las acciones para reducir el estigma y la discriminación, los avances en el país son desiguales. Es decir, las grandes ciudades son vistas como espacios en dónde

hay mayor respecto a la diversidad, mejor garantía de los derechos y por tanto menor estigma. No obstante, en zonas alejadas del país y rurales, que además han sido gravemente afectadas por una violencia histórica en el país, son menos abiertas a reconocer y aceptar orientaciones sexuales “disidentes”, y por tanto hay una mayor vulneración de derechos (Alzate Angel et al., 2018; Quinche, 2016). Esto mismo ocurre para la garantía del derecho a la salud, la desigualdad centro-periferia pone en mayor vulnerabilidad a las personas que habitan en territorios alejados y más empobrecidos (Camargo-Plazas et al., 2023).

El estigma y la discriminación en el sistema de salud y otras instituciones continúa siendo un problema para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, adherencia y la garantía de los derechos humanos. El estigma se relaciona tanto con el VIH como con la orientación sexual y los roles de género; todo ellos soportado en normas culturales socialmente construidas y en estructuras de inequidad relacionadas con la pertenencia de clase social, etnia y el sistema sexo-género. Por lo anterior se encuentran profundamente arraigadas en la población y por supuesto en el personal de salud. Las discusiones y análisis de las perspectivas de género, intercultural y de inclusión, no son temas relevantes en los procesos educativos en salud, quedan relegados a los intereses personales y a ciertas áreas del conocimiento médico, hecho que refuerza la idea que estos no son temas transversales tanto de la clínica como de la salud pública.

La organización de los servicios de salud para VIH tiene implicaciones importantes en la eficacia de la respuesta a esta epidemia. Es innegable el avance del país en la inclusión de nuevas tecnologías en salud como parte del PBS, así como la mejora en los servicios de salud. No obstante, persisten problemas de integralidad y humanización en estos, probablemente relacionado con la atención por sistemas o patologías específicas, sin que haya abordajes interdisciplinarios. De otro lado, las estrategias de prevención continúan siendo deficientes, intermitentes y centradas en poblaciones en riesgo.

El país cuenta con marcos normativos y legislativos robustos para la garantía de los derechos humanos; sin embargo, las barreras para su garantía son persistentes. Quizás ello se explique en las deficiencias en el monitoreo y evaluación de las estrategias, políticas y normas adoptadas.

Esta revisión de literatura, mostró que hay una divergencia entre las investigaciones académicas provenientes de las áreas de la salud y de las ciencias sociales. Las dos esferas hacen lecturas desde diferentes aristas. Futuros estudios podrían hacerse desde la inter o trans-disciplinariedad para tener miradas más robustas.

## Recomendaciones

Tabla 5. Barreras, recomendaciones y responsables de su implementación

Barreras	Recomendación	Responsables
<p>Problemas de inequidad ya sea por género, raza o posición económica son una barrera constante en la provisión de servicios médicos para personas con VIH (PVV).</p> <p>El sistema de salud no aborda otros factores que afectan la calidad de vida de las PVV como la desigualdad.</p>	<p>Diseñar programas y beneficios como subsidios con enfoques étnicos y de género para fortalecer la economía de las PVV.</p> <p>Hacer Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC) para que las normas de inclusión y equidad en la prestación de servicios se cumplan</p> <p>Actualizar investigaciones dentro del sistema de salud que permitan reconocer desde un enfoque diferencial las necesidades en salud que cada población clave para brindar una atención humanizada y diferenciada.</p> <p>Revisar las guías de atención en VIH por población y actualizarlas de acuerdo a las realidades</p>	<p>Estado. Planeación Nacional Sociedad civil</p> <p>Mecanismo coordinador de País de Colombia</p> <p>Tomadores de decisión en Salud Planeación nacional Redes de PVV Sociedad civil</p>
<p>La representación simbólica del VIH se asocia con la necesidad de mantener el diagnóstico oculto por temor al rechazo, situación que afecta las demandas de acciones en promoción, prevención y tratamiento.</p> <p>Los temores, mitos y tabús asociados con la sexualidad de vivir con VIH influyen en la baja demanda voluntaria de pruebas.</p>	<p>Procesos de sensibilización, educación y transformación cultural sobre el VIH y las poblaciones clave</p> <p>Campañas de comunicación desestigmatizantes de promoción de la prueba de VIH.</p> <p>Formación de grupos de apoyo para PVV.</p>	<p>Ministerio de Salud Sociedad civil</p>
<p>La 'tramitología' excesiva para acceder a tratamientos, medicamentos, exámenes y demás procedimientos.</p>	<p>Desarrollar procesos de incidencia política para la simplificación de los trámites administrativos y burocráticos existentes en el acceso a la atención integral en VIH y TB</p>	<p>Estado Tomadores de decisiones en salud Sociedad Civil</p>

<p>La falta de disponibilidad de tiempo para hacer filas y solicitar citas para afiliarse al sistema de salud es una barrera de acceso.</p> <p>El desconocimiento del sistema y la demora para obtener citas médicas dificulta a poblaciones clave recibir cuidados en salud que no sea de urgencias</p>	<p>Cobertura extramural tanto en los procesos administrativos de salud como en los servicios de salud.</p> <p>Procesos de monitoreo interno en los programas de VIH y TB para el seguimiento a la oportunidad en la atención.</p> <p>Horarios flexibles en servicios focalizados para las necesidades de las MTS en salud</p> <p>Generar una estrategia de formación e información y desarrollo de capacidades para las PVV sobre el funcionamiento del sistema de salud y exigibilidad de los derechos humanos con conocimiento del Estado e instrumentos de acción ciudadana</p> <p>Desde las EAPV e IPS, diseñar estrategias de comunicación informar a la población sobre las rutas de atención y los servicios de diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Desarrollar servicios de salud focalizados hacia las necesidades de las MTS y en general las personas que ejercen actividades sexuales pagas</p> <p>Contar con personal de salud especializado en dichas necesidades y con habilidades y capacidades para el abordaje de esta población y su sostenibilidad dentro del sistema de salud</p>	<p>Secretarías Departamentales y Municipales de Salud</p> <p>Planeación nacional</p> <p>Redes de MTS</p> <p>Programas de VIH y TB</p> <p>Entes de control territorial en salud</p> <p>Academia</p>
<p>La migración interna y externa dificulta la afiliación al sistema</p>	<p>Desarrollar una estrategia orientada a la sustentabilidad de la cobertura y</p>	<p>Estado</p> <p>Tomadores de decisiones</p>

	el acceso efectivo a los servicios de salud en todo el territorio nacional.	programáticas en salud Sociedad Civil
Hombres gais y hombres bisexuales migrantes con VIH tienen difícil acceso al sistema de salud por el estigma y los procesos de afiliación.	Rutas diferenciadas para el acceso a los servicios de salud que reduzcan el estigma y la discriminación hacia hombres gais y bisexuales migrantes con VIH.	Sociedad civil Tomadores de decisión en salud en el nivel programático
Falta de capacitación en atención a poblaciones en contextos de vulnerabilidad por parte de los profesionales del sistema de salud (PSS). El estigma y la discriminación de los profesionales de la salud hacia las poblaciones claves es una barrera para que no acudan a los servicios de salud para recibir el tratamiento y hacer el debido proceso de seguimiento y control de la enfermedad.	Diseñar una estrategia educativa para profesionales de la salud que incluya cátedras en los procesos de formación profesional para humanizar la atención a las poblaciones clave. Es importante que incluya temas como derechos humanos, diversidad, prácticas sexuales, entre otras	Centros de educación profesional en salud. Secretarías de salud departamentales y municipales
Desconfianza de las PVV de la efectividad del sistema, por la existencia de altos niveles de cobertura, pero mínimos estándares de calidad del servicio.	Monitoreo de los estándares de calidad de los servicios de salud en los programas de VIH. Estrategia para adecuar los programas de VIH para que brinden una atención humanizada.	Ministerio de Salud Programas de VIH. Estrategias de MLC nacionales
La falta de programas de reducción de daños en la respuesta del VIH y en los sistemas de salud dirigidos a usuarios de drogas.	Políticas sobre drogas con enfoque de reducción de daños que permitan generar estrategias, proyectos y programas diferenciado, y que se articulen con la respuesta del VIH. Inclusión de las personas usuarias de drogas no inyectables en los contextos de reducción del riesgo, educación, culturales y de toma de decisión	Estado. Redes de personas usuarias de drogas MCP Agencias de cooperación Sociedad civil

<p>Temor a ser denunciados ante las autoridades por parte de los centros de salud por ser consumidores de sustancias psicoactivas (SPA) es una barrera para que las personas usuarias de drogas no se acerquen a los centros de salud.</p>	<p>Desmante de leyes que criminalizan el uso de drogas. Procesos de sensibilización con la policía para que no generen violencias a las personas usuarias de drogas. Ampliación de los escenarios sociales y de salud que promuevan la reducción del riesgo</p>	<p>Estado. Policía. MCP Tomadores de decisión en salud Programas de Salud Mental OSC y redes de personas usuarias de drogas</p>
<p>Inexistencia de una política pública nacional específica de VIH/Sida para que las PVV no se tengan que remitir a normas más generales que son insuficientes y poco efectivas para exigir su atención médica.</p>	<p>Incidencia política para la aprobación de la Ley nacional de VIH que unifique las diferentes normas, planes, estrategias de VIH en una política pública nacional descentralizada y que a su vez tenga relación con otras políticas que afectan a garantía de derechos de las poblaciones clave Fortalecer el observatorio de la respuesta nacional sobre VIH y fortalecer el CONASIDA.</p>	<p>Ministerio de Salud Sociedad Civil Actores de toma de decisión Carteras ministeriales de trabajo, protección, etc.</p>
<p>La adaptación del tratamiento para el resto de la vida y el miedo a ser vistos tomándose su medicación en los PVV es una barrera en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR).</p>	<p>Planes y estrategias en los centros de salud que mejoren la adherencia al tratamiento para VIH. Por ejemplo, fortalecer la conformación y vinculación a grupos de apoyo entre pares. Procesos de sensibilización y educación a la población general sobre VIH y la importancia del tratamiento para la prevención y la calidad de vida de las PVV.</p>	<p>Sociedad civil Agencias de Cooperación Actores de decisión en salud</p>
<p>Las mujeres viviendo con VIH cabeza de hogar enfrentan más dificultades para su autocuidado y atención médica, por las cargas de cuidados del hogar y dificultades</p>	<p>Programas y estrategias de beneficios económicos con enfoque diferenciado que mejoren la economía y calidad de vida de las mujeres PVV que sean cabeza de hogar. Disminuir los procesos</p>	<p>Estado. Sociedad Civil para diseñar estrategias IP</p>

burocráticas que le impone el Sistema de salud	administrativos dentro del sistema de salud.	
Falta de pruebas rápidas de tamizaje para sífilis y VIH para las mujeres y sus parejas; aunado a desconocimiento del personal en el control prenatal, lo que genera barreras en el acceso al diagnóstico y el tratamiento oportuno	Procesos de capacitación a los profesionales de salud sobre pruebas de tamizaje para sífilis y VIH en el control prenatal. Ampliación de la cobertura para la adquisición de pruebas de VIH y sífilis en los centros de salud.	Estado EAPB e IPS Tomadores de decisión en salud en el nivel programático
	Procesos de educación, sensibilización e información sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y salud sexual y reproductiva para la población en general que busquen concientizar a las personas sobre los derechos que tienen las personas con orientaciones sexuales e identidades de género sexuales diversas.	Sociedad civil Tomadores de decisión en salud en el nivel programático
La esfera del trabajo continúa siendo problemática para las PVV y las poblaciones clave. Existen altos índices de desempleo, y despidos injustificados o justificados en causas distintas al estigma y la discriminación que realmente los caso. A ello se suman los contratos por prestación de servicio y la informalidad laboral. Todos ellos son factores que generan barreras para la vinculación al sistema de salud.	Diseñar una estrategia de incidencia política que promueva: - La creación de programas y beneficios económicos con enfoque diferenciados para atender PVV. -Ofertas laborales en empresas que se comprometan a sensibilizar a su personal sobre VIH y poblaciones clave. -Estipendios o certificaciones de calidad que permitan a las empresas acreditarse en el mercado por garantizar la vinculación a las PC y que donde tengan procesos internos de sensibilización sobre temas relacionado a la respuesta de VIH.	Sector privado. Ministerio de trabajo Cámaras de Comercio Sociedad civil
La falta de implementos de trabajo de bioseguridad para los profesionales que atienden pacientes con tuberculosis (TB)	Ampliación de la cobertura para la adquisición de instrumentos de bioseguridad para profesionales de la	Estado Tomadores de decisión

<p>genera una barrera en la atención porque deciden no prestar el servicio de atención.</p>	<p>salud que atienden pacientes con TBC.</p>	<p>en el área programática EPS</p>
<p>Persiste una atención fragmentada para la coinfección VIH/TB, ello constituye una barrera importante. Adicionalmente, no existe ninguna coordinación entre los equipos interdisciplinarios según el nivel de atención</p>	<p>Diseñar un esquema de atención para la coinfección VIH/TB que facilite el acceso y la adherencia al tratamiento.</p>	<p>Prestadores de servicios en TB y TB/VIH</p>
<p>El sistema de información para VIH, aún cuando es robusto para los estándares de la región continúa teniendo problemas como: calidad del dato y reporte de la información</p>	<p>Fortalecer el sistema de vigilancia integrado para VIH y tuberculosis.</p>	<p>Estado Sistema de referencia y contrarreferencia Instituto Nacional de Salud</p>
<p>Débiles estrategias de prevención en VIH tanto para población general como para poblaciones clave. Débil promoción de pruebas de VIH que permitan un diagnóstico temprano e inscripción oportuna en la atención y tratamiento. Falta de implementación de las estrategias de prevención combinada.</p>	<p>Crear una política nacional de la respuesta del VIH que se base en la prevención combinada. Promover en las ciudades capitales principales del país la firma del pacto mundial del <i>Fast Track Cities</i> para acelerar la respuesta del VIH en cada ciudad que se basa desde la prevención combinada y así mismo aportar al cumplimiento de los objetivos 95-95-95 para el año 2030. Fortalecer estrategias de educación en derechos sexuales y reproductivos, disfrute de la sexualidad, y prevención del VIH dirigidos a población general y poblaciones clave. Incluir allí la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano para VIH</p>	<p>Estado. Alcaldías y Secretarías de Salud de las principales ciudades de país. Sociedad civil Academia Agencias de cooperación internacional</p>

## A manera de cierre

El proceso de búsqueda y recuperación de información evidenció desigualdad en la producción académica entre los países. Colombia es el país con mayor número de literatura indexada y Honduras el que menos desarrollos de investigación académica tiene. La investigación académica se queda en trabajos de grado de pregrado, maestría y algunos pocos de doctorado, estas investigaciones tienen información muy relevante, pero no logra trascender el ámbito académico y nacional. Adicionalmente, se encontraron pocas publicaciones específicas respecto a barreras de acceso a servicios relacionados con VIH, derechos humanos, normas culturales y género. Lo anterior, refleja la necesidad de fortalecer las capacidades de educación superior, investigación y divulgación (publicación de artículos científicos) en los países. Asimismo, es importante que las personas y organizaciones que trabajan en torno al VIH se interesen en buscar, acceder y validar la producción local de literatura gris o indexada.

Respecto a los marcos normativos y jurídicos se encontró que todos los países cuentan con desarrollos de este tipo que se traducen en leyes, resoluciones, normas, lineamientos, protocolos y planes, casi siempre alineados con las propuestas de organismos internacionales

Las publicaciones de las OSC hacen aportes relevantes, principalmente en términos de la lectura de la situación de derechos humanos en las poblaciones. Sus datos enriquecen la mirada epidemiológica y programática de la institucionalidad.

Las barreras se caracterizan, con frecuencia, desde el lugar de enunciación, los sujetos afectados y el obstáculo mismo que se plantea como barrera. Aparentemente hablar y pensar sobre las barreras resulta un tanto obvio, porque sin importar desde donde se habla simboliza un obstáculo, generalmente con connotación negativa que crea desigualdad y discriminación. Sin embargo, las barreras no son estáticas, cambian a través del tiempo y se adaptan a los contextos. También puede ser un límite de protección o un instrumento de resistencia ante algo que representa o genera peligro, malestar e inconformidad; de esta manera, las barreras adoptan diferentes formas y sentidos dando a la categoría un carácter polisémico y complejo (Ramírez, 2023).

En el caso de salud, una primera barrera que viven las personas es el acceso al sistema de salud, que se relaciona estrechamente con los modelos de Estado y de sistemas de salud adoptados por los países. Al respecto, Arrivillaga & Borrero (2016) en su investigación sobre modelos conceptuales de acceso, llaman la atención sobre la ausencia de modelos “basados explícitamente en el derecho a la salud” (p.11). Las autoras reconocen que desde mediados de los años 2000 se han hecho avances al incluir las condiciones sociales como eje central de la garantía del derecho a la salud (Arrivillaga & Borrero, 2016). Como observamos en los cuatro países, si bien los derechos

humanos son marco de garantía, su operativización y puesta en práctica esta mediada por el Estado y el sistema de salud; de tal manera terminan desdibujándose en su aplicación y olvidando la importancia de las condiciones sociales, políticas y económicas en las que viven las personas. Son las estructuras jurídicas y legales las que hacen el papel garantista de esos derechos.

En la revisión documental pudimos constatar que un elemento que favorece el estigma y la discriminación es justamente la precariedad de las condiciones sociales en las que viven las personas, las comunidades y los países; dado que ellas estructuran barreras de diferente orden: *políticas, sociales y psicológicas*, entre otras (Ramírez, 2023). Las *barreras políticas* son las que estructuran: 1) los Estados a partir de sus ordenamientos y reglas de funcionamiento de la institucionalidad, por ejemplo, diferentes regímenes de afiliación, y 2). las organizaciones internacionales con agendas propias que no necesariamente responden a las necesidades de los países.

Las *Barreras sociales* corresponden al entorno social, ellas reprimen e incluso pueden invisibilizar a ciertos grupos y personas; las más comunes son la discriminación por género, raza, orientación sexual, origen étnico, religión, discapacidad y nivel socioeconómico (Gutiérrez, 2023) y vivir con enfermedades como el VIH. Estas barreras afectan la autoestima, el desarrollo personal y social, así como las relaciones con el contexto cercano, esto favorece el distanciamiento entre sectores de la sociedad y entre grupo poblacionales.

Respecto a las *barreras psicológicas*, “la permanencia [en] un grupo o estrato social en la ciudad produce barreras físicas y psicológicas entre los habitantes y en la forma como se desarrollan al interior de los grupos o entre ellos (Ramírez, 2023). Pertenecer a cierto grupo social puede brindar protección o identidad, pero de igual manera puede generar barreras psicológicas o emotivas, más allá de lo imaginado. Al respecto, una investigación afirma que “La desigualdad ... es más que tener o no tener dinero, o acceso a servicios de educación y salud. Es la capacidad de soñar, de salir con amigos, y la posibilidad de que esos sueños se cumplan” (Chilango et al., s. f.). Aquí es clave comprender que estas barreras no son responsabilidad exclusiva de quien las vive, son el resultado de estructuras y sistemas desiguales e injustos en la sociedad. Las barreras psicológicas, no han sido objeto de estudio amplio en VIH, a pesar que las historias personales nos siguen contando que el diagnóstico es un hito en la vida de las personas, que conlleva un proceso de reconfiguración de la identidad y del lugar en el mundo y requiere un gran apoyo para ir superando las barreras que se entrelazan.

Las barreras culturales son complejas porque incluyen la manera como comprendemos, explicamos y vivimos una realidad. En sociedades modernas caracterizadas por la diversidad cultural de la población, producto de procesos de colonización, organización del espacio (urbano - rural), movimientos migratorios (Orzuza, 2017, p.3) proceso de

desplazamiento, luchas sociales por el reconocimiento de la identidad, tanto pasados como presentes; esto ha llevado a un desajuste entre la organización de los servicios de salud públicos y privados y las necesidades de poblaciones diversas, que cuestionan los modelos de atención y encuentran viejas y nuevas barreras de acceso.

Respecto al género, un tema clave a revisar como barrera que afecta a América Latina desde hace una década aproximadamente son los movimientos de *ideología de género* y más recientemente llamados *antigénero*, que se traducen en políticas restrictivas o acciones anti derechos que ejecutan diversos sectores de los Estados o instituciones, particularmente religiosas. Estos términos se han convertido en un lenguaje transnacional que permite diálogos y conexiones entre escenarios dispares y toma variedad de formas en versiones locales (Serrano & Corréa, 2020).

Las discusiones de la “ideología de género” son relevantes porque son profundamente ideológicas, pero también porque indagan respecto tipo alusiones de género a las que se adscriben las políticas y programas de gobierno, que se enuncian a favor o en contra, en tanto la presencia de “ultra conservadores” y neofascistas ataca los avances conceptuales y empíricos conquistados en materia de derechos humanos. Una característica de estos movimientos es la unión manifiesta u oculta de discursos xenófobos del nacionalismo blanco con una moralidad religiosa anclada en el auge del fundamentalismo evangélico, que toma fuerza en poblaciones que este mismo discurso estigmatiza ante la ausencia de un discurso moral alternativo (Abadía-Barrero & Ruiz-Sánchez, 2020). Si bien es clara la relación entre las derechas, los movimientos religiosos y su franca disputa en torno al género “los estudios muestran cómo las políticas antigénero actúan en una variedad de arenas políticas: organizaciones internacionales, instituciones y políticas nacionales, debates públicos, conocimientos expertos, movilizaciones de base” (Serrano & Corréa, 2020). Esto hace que sea mucho más complejo dar cuenta de cómo los discurso estructuran barreras en torno al género.

En lo que nos atañe, preocupa cómo estas posiciones y prácticas que atacan los derechos humanos afectan los ejercicios de prevención, el libre ejercicio de la sexualidad, la autonomía, la intimidad, entre otros. En el ámbito de la educación pública, estos discursos antigénero debilitan estrategias que ya han sido reconocidas como valiosas, e incluso implementadas en los países en el marco de la prevención de VIH y otras ITS y tienen un efecto positivo para reducir las prácticas de estigma y discriminación.

Las desigualdades e inequidades sociales se ubican en el nivel de las causas de las barreras de acceso a servicios relacionados con el VIH. Varios de los documentos revisados mencionan que personas que viven en condiciones socioeconómicas precarias y pobreza enfrentan mayores barreras de acceso a todo tipo de servicios relacionados con VIH y TB y por tanto mayor vulneración de sus derechos (Beltrán et al., 2022b) (CONASIDA, 2014; El Bcheraoui et al., 2018; UNAH et al., 2022, 2022).

Bajos niveles de educación suelen relacionarse con mayor desempleo o empleo precario, menores ingresos, menor acceso y calidad de información sobre prevención y sus condiciones de salud. El empleo precario se ve reflejado en la informalidad o en pequeños emprendimientos que apenas permiten subsistir. Bajos ingresos se relacionan con dificultades para llegar hasta los servicios de salud y por tanto llevan a incumplimientos de citas y abandonos de tratamiento (Beltrán et al., 2022); adicionalmente, el ingreso precario lleva a menores posibilidades de acceso a alimentación de calidad, protección social, espacios de esparcimiento, entre otros. Desde la medicina social estos procesos se denominan destructores del bienestar

En la esfera de las inequidades, es decir en el nivel más estructural, se ubican las relaciones entre la clase social, el sistema sexo/género y la étnica, como las tres principales que dan origen a la desigualdad y la vulnerabilidad. Es en la intersección de estas que se construye la idea de poblaciones clave, que en realidad enmascara la exclusión de ciertos grupos de personas en el sistema social. En ese sentido, lo que en realidad enmascara el estigma y la discriminación a las poblaciones clave es la marginalización por parte de los grupos dominantes, a quienes se ubican en lugares subalternos o tienen preferencias subalternas. Tal como lo indica (A. Sánchez, 2019b) hay una necesidad sentida de ver el VIH como una condición histórica y construida socialmente.

## Referencias

- Abadía, C. E., & Oviedo, D. G. (2008). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1153-1160. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.049>
- Abadía-Barreo, C. E., González, M., Martínez Parra, A. G., & et al. (2012). Antirretrovirales y calidad de la atención en VIH/Sida. La lógica del mercado en el sistema de salud [Informe de investigación]. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Abadía-Barrero, C., & Ruiz-Sánchez, H. C. (2020). Supremacía blanca y moralidad conservadora como amenaza a la prevención del VIH y la salud sexual y reproductiva. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190866. <https://doi.org/10.1590/Interface.190866>
- ACNUDH. (s. f.). El derecho a la salud: Aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes. OHCHR. Recuperado 27 de enero de 2024, de <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>
- ACNUDH, & ONUSIDA. (2007). Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. (p. 47). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.
- AEV., A. (2014). Estigma y Discriminación hacia la Población con VIH en Costa Rica.
- Águila Chaves, J. (2022). Condiciones de vida y atención: Un análisis de la Ley General sobre VIH-Sida desde las experiencias de vida de hombres homosexuales que viven con VIH. Universidad de Costa Rica.
- Aguilar, Gloria., Mc Farland, Willi., Kawabata, Anibal., Samudio, Tania., & López, Gladys. (2018). Elevada prevalencia de la infección por el VIH en personas trans en el Paraguay (pp. 1-1).
- ALEP+PC. (2023). Estudio sobre violencia, estigma y discriminación a mujeres trans, personas que usan drogas, personas que ejercen el trabajo sexual y hombres gays en Honduras (p. 178).
- ALEP+PC. (2024). Plan de incidencia Política Nacional Colombia.
- Alzate Angel, J. C., Pericàs, J. M., Taylor, H. A., & Benach, J. (2018). Systemic Factors and Barriers That Hamper Adequate Data Collection on the HIV Epidemic and Its Associated Inequalities in Countries With Long-Term Armed Conflicts: Lessons From Colombia. *American Journal of Public Health*, 108(10), 1341-1344. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304505>
- Amigot, P., & Pujal, M. (2009). Una lectura del género como dispositivo de poder.

- Sociología, 24(70).
- Amnistía Internacional. (2024). La deuda de la salud (pp. 1-94).
- Araya Flores, J. T., & Murillo Campos, N. (2022). Vivencias de la violencia en personas adultas mayores lesbianas y gais aproximación sociológica en Costa Rica, 2021-2022. Universidad Nacional de Costa Rica.
- Arévalo-Baquero, Á. M., & Rubiano-Mesa, Y. L. (2018). Significados del trabajo en personas que viven con VIH. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(3), 90-100. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a09>
- Arias Mora, F. (2023). El derecho humano a la salud en Costa Rica. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 73(286), 173-190. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2023.286.86485>
- Arrivillaga, M., & Borrero, Y. E. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00111415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111415>
- ASALE, R.-, & RAE. (s. f.). Legislación | Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 29 de julio de 2024, de <https://dle.rae.es/legislación>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2015). Reforma Integral a la Ley General del VIH. Expediente No 19.243.
- Así vamos en salud. (s. f.). Así Vamos en Salud—Indicadores en salud normatividad derechos. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. Recuperado 7 de julio de 2024, de <https://www.asivamosensalud.org/>
- Asociación Panambi. (2017). Informe 2016. Situación de violencia hacia el colectivo trans en Paraguay (pp. 1-32).
- Asociación Panambi, Red ONG VIH, PNUD, UNFPA, & ONUSIDA Cono Sur. (2021). Estudio sobre las barreras al cumplimiento de los derechos humanos de las personas Trans en Paraguay (pp. 1-62).
- Ávila, C. M., & Cordero, K. W. (2014). Mujeres con VIH y SIDA y su adherencia: Un análisis de la política pública desde los determinantes sociales de la salud. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 3(2), Article 2. <https://doi.org/10.17566/ciads.v3i2.8>
- Bareiro, L. (2005). Discriminaciones. Debate teórico paraguayo Legislación antidiscriminatoria (p. 394). Honorable Cámara de Senadores, Comisión de Equidad, Género y desarrollo Social.
- Bareiro, L. (2016). La exclusión de las personas trans del sistema educativo: Un análisis de la experiencia en la educación de personas jóvenes y adultas en Paraguay (pp. 1-24).
- Beltrán, B., Benjumea-Bedoya, D., & Alger, J. (2022a). Factores que afectan la cobertura del programa de tuberculosis en el primer nivel de atención en Honduras. *Biomédica*, 42(2), 315-328. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6368>
- Bermudez Roman, V., Bran Piedrahita, L., Palacios Moya, L., & Posada Zapata, I. C. (2016). Relación médico-paciente: Impacto en las campañas de promoción y

- prevención para personas con VIH, Medellín 2012. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 543-543. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n4.41665>
- Bermúdez-Madriz, J. L., Sáenz, M. del R., Muiser, J., & Acosta, M. (2011). Sistema de salud de Honduras. *Salud pública de México*, 53(suplemento 2), 11.
- Bermúdez-Román, V., Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., & Posada-Zapata, I. C. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Publica Mex*, 57, 252-259.
- Bolaños Jiménez, D., & Uriostegui Bahena, M. (2017, mayo 28). Entre la Ciencia y la Cultura: La Conformación de Discursos Médicos sobre la Homosexualidad en el Contexto del surgimiento del VIH/SIDA en Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos de Costa Rica*.
- Bran Piedrahita, L., Palacios Moya, L., Posada Zapata, I. C., & Bermúdez Román, V. (2017). Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(1), 59-70. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5378>
- Breilh, J. (1993). *Género, poder y salud*. Editorial Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Bucardo, M., & Pérez, J. (2021). Estudio sobre vulneración de derechos con énfasis en derechos sexuales y reproductivos de mujeres jóvenes que viven con VIH en los municipios de La Ceiba y Tela en el Departamento de Atlántida, Honduras. *CEPROSAF*.
- Caballero, P., & Ramírez, Juan. (2021). Derechos de las personas viviendo con VIH. Disminuir las brechas en el acceso para llegar a la meta de la respuesta al VIH e ITS (pp. 121-129).
- Cabral, J. S. & Fundación Vencer. (2016). La respuesta al VIH está vinculada a la protección de los Derechos Humanos. *Derechos de las personas viviendo con VIH y Sida* (pp. 83-91).
- Camargo-Plazas, P., Peralta-Ardila, M. del P., Mueses, H. F., Alvarado-Llano, B. E., Gómez-Peñaloza, S. A., & Martínez-Cajas, J. L. (2023). La adopción de PrEP como estrategia de prevención del VIH en Colombia: Análisis secundario de datos cualitativos. *New Trends in Qualitative Research*, 18, e896-e896. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e896>
- Campillay Campillay, M., & Monárdez Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío para los profesionales sanitarios. *Revista de Biética y Derecho*, 93-107.
- Cardona-Peláez, Y. A., García-Hernández, L. F., & Sánchez-López, J. P. (2023). Calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH/Sida en el Municipio de Guadalajara de Buga. 1-50.
- Carmenate Milian, L., Herrera Ramos, A., & Ramos Caceres, D. (2016). Situation of the Health System in Honduras and the New Proposed Health Model. *Archives of*

- Medicine, 12(4). <https://doi.org/10.3823/1333>
- Carvajal-Barona, R., Hoyos Hernández, P. A., Varela Arévalo, M. T., Angulo Valencia, E. S., & Duarte Alarcón, C. (2018). Estigma y discriminación ante la tuberculosis por profesionales de la salud de la Costa Pacífica colombiana. *Hacia la promoción de la salud*, 23(1), 13-25. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.1.2>
- CCSS. (2015, mayo 14). Lineamiento para la extensión de cobertura y acceso al condón masculino en poblaciones usuarias de los servicios de la CCSS.
- CCSS. (2017). Manual de procedimientos para la Atención Integral en Salud de los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las personas Trans femeninas.
- CCSS., D. de D. de S. de S. (2019, enero 25). Lineamientos para la extensión de cobertura y acceso al condón femenino para las poblaciones usuarias de la CCSS.
- Centro de Documentación y Estudios (CDE). (2018). Encuesta Nacional de Igualdad y No Discriminación. (p. 20).
- CEPROSAF. (2021). Estudio sobre vulneración de derechos con énfasis en derechos sexuales y reproductivos de mujeres jóvenes que viven con vih en los municipios de la ceiba y tela en el departamento de atlántida, honduras.
- Chilango, Oxfam Mx, & Periodismo Cide. (s. f.). No somos iguales: Especiales de desigualdad en la CDMX. [desigualdad.chilango.com](http://desigualdad.chilango.com)
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2024). Honduras: Situación de derechos humanos.
- Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH). (2014). Primer Informe Especial Sobre Aspectos del Servicio Público de Salud en Honduras (p. 32). Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH).
- CONACYT, PROCIENCIA, & MNP. (2017). Derecho a la Salud en Ámbitos de Intervención el MNP ¿Garantía o vulneración? (pp. 1-210).
- CONASIDA. (2019a). Plan estratégico nacional de respuesta al VIH y SIDA En honduras 2020 a 2024.
- CONASIDA. (2019b). Plan estratégico nacional de respuesta al VIH y SIDA En honduras 2020 a 2024.
- CONASIDA & Ministerio de Salud. (2016). Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados por Costa Rica Declaración de Compromisos.
- CONASIDA, SESAL, & ONUSIDA. (2015). Resultados del Informe Nacional de Progreso de la Respuesta contra el VIH y el SIDA.
- Consejo Económico Social. (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación general No 14.
- Convenio Nacional Constituyente. (1992). Constitución de la República del Paraguay.
- Correa-Lugo, V. (2005). La salud como derecho humano. 15 requisitos y una mirada a las reformas. Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Correa-Salazar, C. (2015). «La salud está de luto»: Estigma institucional y barreras de acceso a servicios de salud para mujeres que ejercen el trabajo sexual en Bogotá.

- Corte Constitucional. (2011). Sentencia T-113.
- Corte Suprema de Justicia. (2019, diciembre 2). Corte Suprema recuerda lucha contra el VIH. <https://www.pj.gov.py/notas/17730-corte-suprema-recuerda-lucha-contra-el-vih>
- Cruz, A. (2020). Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis- PNPCT parte II: Lineamientos Técnicos operativos para la prevención y control de la TB. (pp. 1-106).
- De La Hoz-Restrepo, F., Alvis-Zakzuk, N. J., Tolosa-Pérez, N., Buitrago-Gutiérrez, G., & Álvarez-Moreno, C. (2019). Evaluación del impacto presupuestal de la estrategia PrEP y del autotest para la prevención de la infección por VIH (pp. 1-50).
- Del Cid Winter, A. E. (2019). Relevancia del enfoque de la medicina familiar y comunitaria en el abordaje del VIH en atención primaria, revisión bibliográfica del periodo 2008-2018. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.
- Día mundial de respuesta al VIH 2023—Cuenta de Alto Costo. (2023, noviembre 30). <https://cuentadealtocosto.org/vih/dia-mundial-de-respuesta-al-vih-2023/>
- Domínguez, C. M., Ramírez, S. V., & Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB*, 20(3), 296-309. <https://doi.org/10.29375/01237047.2404>
- Duarte- Zoilan, D. (2024). Protección constitucional del derecho a la salud en la República del Paraguay. *Rev. cient. cienc.salud*, 2, 1-16.
- El Bcheraoui, C., Zúñiga-Brenes, P., Ríos-Zertuche, D., Palmisano, E. B., McNellan, C. R., Desai, S. S., Gagnier, M. C., Haakenstad, A., Johanns, C., Schaefer, A., Hernández, B., Iriarte, E., & Mokdad, A. H. (2018). Health system strategies to increase HIV screening among pregnant women in Mesoamerica. *Population Health Metrics*, 16(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12963-018-0162-8>
- El Fondo Mundial. (2021). Honduras. Evaluación de mitad de período: Iniciativa Breaking Down Barriers del Fondo Mundial.
- El Ministerio de Salud y de Protección Social. (2015). Ley Estatutaria 1752: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Escobar, R., Strübing, E., De Iturbe, C., Pilz, D., & Gómez, C. (2021). Representaciones sociales sobre el Covid -19 en usuarios USF (9789995389246; pp. 1-108). [www.decidamos.org.py](http://www.decidamos.org.py)
- Estigarribia Sosa, M. D., Franco Pacuá, F., & Palacios González, J. M. (2024). Acceso y adhesión a proceso de intervención psicosocial diferenciado para los servicios y sistemas de salud en varones gay adultos viviendo con el VIH, Paraguay, 2022. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 16(1), 81-94. <https://doi.org/10.18004/rdn2024.ene.01.081.094>
- Falabella, F., Augsten, E., Recalde, L., & Pozzo, A. O. (2017). Mujeres Trans y ciudadanía sexual en Paraguay. *Derechos de salud y educación* (p. 156).
- Fernández, J. A. F. (2019). Cronología de la lucha contra el sida en Honduras. *Revista*

- Médica Hondureña, 87(2), 90-93. <https://doi.org/10.5377/rmh.v87i2.11919>
- Fernández, S. (2019). La atención centrada en el paciente: Una visión general sobre su enfoque en los servicios de salud. *Boletín CONAMED*, 4(23).
- Figuer Moreno, S., Hidalgo Acuña, S., & Jiménez Valerio, I. (2014). La respuesta del Estado Costarricense desde el sector de asistencia social (IMAS e INVU) ante las demandas y necesidades de la población lésbica, gay, bisexual, trans e intersexual [Thesis, Repositorio Kerwá].  
<http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/handle/123456789/176>
- Frutos, C., Aquino, N., Amado, D., Ferreira, M., & Díaz Reissner, C. (2016). Quality of Life in Patient with HIV in the Medical Clinic, Central Hospital-Institute of Social Welfare Paraguay-2015. *Revista del Instituto de Medicina Tropical*, 11(1), 10-21. <https://doi.org/10.18004/imt/201611110-21>
- Fundación Vencer, Naciones Unidas Paraguay, & UNFPA. (2020). *Historias Positivas sin Prejuicios* (pp. 1-20).
- Fundación Vencer & UNFPA. (2010). *Perspectiva comunitaria sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH y sida en Paraguay* (p. 32).
- Fundación Vencer, UNFPA, CIRD, ITPC, & HIVOS. (2022). *Índice de Estigma & Discriminación en personas con VIH 2.0 Paraguay* (pp. 1-67).
- Fundación Vencer, UNFPA, & Negrete, M. (2017). *Índice de Estigma en personas que viven con VIH* (978-99953-938-2-3; pp. 1-104).
- Giménez, E., Aguilar, G., Samudio, T., & Flores, L. (2018). Quality and use of information to improve the national response to HIV / AIDS. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 51(2), 55-68.  
[https://doi.org/10.18004/anales/2018.051\(02\)55-068](https://doi.org/10.18004/anales/2018.051(02)55-068)
- Global Communities & Asociación Kukulcan. (2022a). Estudio sobre personas que usan drogas/sustancias psicoactivas (PUD/SPA) y su relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/ Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en Honduras (p. 111).
- Global Communities & Asociación Kukulcan. (2022b). Estudio sobre Violencia Basada en Género (VBG) y los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva (DSR) de las mujeres en contexto de VIH en Honduras. (p. 94).
- Global Communities & Asociación Kukulcan. (2022c). Índice (Index) de estigma y discriminación en poblaciones clave y en condiciones de vulnerabilidad. Honduras, 2022 (p. 85).
- Gómez-García, C. A., & Builes-Velásquez, A. (2018). El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: Una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 48(128), 135-167. <https://doi.org/10.18566/rfdcp.v48n128.a06>
- González, I., Torres-Báez, M., Vargas-Pineda, J., & Villalobos-Lobo, D. (2018). Caracterización de la mortalidad por coinfección VIH - TBC en Colombia durante el periodo 2010 al 2015. 1-67.
- Grupo Luna Nueva, & Duré, E. (2012). *Asumir ser Trans en Paraguay. Una aproximación*

a las vivencias y problemáticas de las personas travestis, transgénero, transexuales (p. 204).

- Gutiérrez, A. (2023). Derribando barreras sociales: Un camino hacia la inclusión. Sociocultural. <https://linkiafp.es/blog/derribando-barreras-sociales-un-camino-hacia-la-inclusion/>
- Hautecoeur, M., Zunzunegui, M. V., & Vissandjee, B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública de México*, 49(2), 86-93.
- HIVOS. (2018). Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de la Gran Área Metropolitana.
- Hoyos Hernández, P. A., & Duarte Alarcón, C. (2016). Roles y desafíos de mujeres jefas de hogar con VIH/Sida. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 554-554. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n4.42096>
- INE. (2024, abril 19). Población indígena en el Paraguay se encuentra en torno a los 140.000 habitantes. Noticias y Actividades INE. <https://www.ine.gov.py/>
- INS. (2023). Comportamiento del evento VIH en Colombia 2018-2023. Periodo epidemiológico XIII. Instituto Nacional de Salud.
- Izquierdo-Ramírez, A., Martínez-Escalante, A., & Torrado-Barrera. Juliet Paola. (2018a). Revisión del estado del arte de las barreras que presentan en la atención del paciente con tuberculosis en Colombia de 2007 a 2017. 1-191.
- Izquierdo-Ramírez, A., Martínez-Escalante, A., & Torrado-Barrera. Juliet Paola. (2018b). Revisión del estado del arte de las barreras que presentan en la atención del paciente con tuberculosis en Colombia de 2007 a 2017. 1-191.
- Kottak, C. (2019). Introducción a la antropología cultural. Espejo para la humanidad (11.a ed.). Mc Graw Hill.
- León-Cabrera, P., Púa-Barro, M. del C., & Perdomo-Victoria, I. (2018). Cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis. *Revista Cubana Salud Pública*, 44(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662018000400186](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400186)
- López, G., Aguilar, G., & Rios-González, C. M. (2024). Mortality from Infections Associated with Health Care in Patients with HIV in Paraguay. *Medicina Clínica y Social*, 8(2), 148-152. <https://doi.org/10.52379/mcs.v8i2.369>
- López-Marín, J., Marín-Buitrago, L., Solórzano-Jaramillo, D., & Ramírez-Gutiérrez, C. (2017). Percepción del paciente VIH frente a barreras y herramientas de afrontamiento al momento del diagnóstico. 1-229.
- Mak, S., & Thomas, A. (2022). Steps for Conducting a Scoping Review. *J Grad Med Educ.*, 14(5), 565-567. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00621.1>
- Marcús, J. (2011). Apuntes sobre el concepto de identidad. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 5(1), Article 1. <https://intersticios.es/article/view/6330>

- MEC. (2017). Resolución 29664/2017. Se prohíbe teoría y/o ideología de género.
- Mejía, A., & Benavides, L. F. (2018a). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C. (pp. 1-29).
- Méndez, K. (2021). Factores relacionados a la no adherencia de antirretrovirales en los pacientes con VIH en el Servicio de Atención Integral del Hospital Tela. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- Mendieta González, D., Jaramillo, C. E., Mendieta González, D., & Jaramillo, C. E. (2019). El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: A propósito de los veinticinco años de su creación. *Revista latinoamericana de derecho social*, 29, 201-218.  
<https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2019.29.13905>
- Merlano-Porras, C. A., & Gorbanev, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: Una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 74-86.
- Mesa-Ariza, D. F. (2022). Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia.
- Ministerio de Protección Social República de Colombia (MPS), P. de A. a la R. de S. (PARS), y Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud). (2006). Modelo de gestión programática en VIH/sida—Colombia.
- Ministerio de Salud. (2016). Norma Nacional para la Atención en Salud libre de Estigma y Discriminación a personas Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans, Intersex (LGBTI) y otros Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH).
- Ministerio de Salud. (2018). Guía corta: Situación de derechos de las personas LBTTI en Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2021a). Informe Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH/SIDA 2021.
- Ministerio de Salud. (2021b). Lineamiento para la profilaxis pre-exposición al VIH en Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2021c). Plan Estratégico Nacional (PEN) de VIH Costa Rica. 2021 – 2026.
- Ministerio de Salud. (2022, noviembre 29). Protocolo Nacional de Vigilancia de la infección por VIH y las infecciones de transmisión sexual.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2014). Resolución 675 Reglamenta ley 3940/2009. 1-10.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2018a). Resolución 0440 / 2018 (pp. 1-2).
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2018b). Resolución SG.N 0439 2018 creación Comité Técnico de la Respuesta Nacional al VIH y otras ITS. 1-3.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2019). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2019 -2023 (pp. 1-59).

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social & PRONASIDA. (2015). Informe de la Situación Epidemiológica del VIH y Sida.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social & PRONASIDA. (2020). Situación Epidemiológica del Vih/Sida en Paraguay 2019 (pp. 1-30).
- Ministerio de Salud, R. de C. R. (2019, 11). Norma nacional para la atención integral del VIH en el ámbito de la salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Resolución 2367 de 2023.
- Ministerio de Salud y Protección Social, E. N. P. del D. T. e I. de E. T. en Salud. (2021). Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Versión para profesionales de salud. 1-151.
- Ministerio de Salud y Protección Social & Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial - ENTerritorio. (2022). Plan nacional de respuesta antes las ITS, el VIH, la coinfección TB-VIH y las hepatitis B y C.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica. (2014). Política para la Prevención y Abordaje del VIH y el Sida. 2014-2019.
- Minsalud. (s. f.). Copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación.
- MinSalud. (2020). Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT).  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/14/presentacion-lineamiento-tecnico-operativo-tb2020.pdf>
- MINSALUD., & ENTerritorio. (2022). Plan Nacional de Respuesta ante las ITS el VIH, la Coinfección TB-VIH y las hepatitis B Y C. Colombia 2022-2025.
- Mora-Rojas, R. B., Alzate-Posada, M. L., & Rubiano-Mesa, Y. L. (2017). Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: Brechas y realidades. *Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 19-34.  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-33.pivi>
- MSPBS. (2009). Ley 3940/2009.
- MSPBS. (2021). Ley 6781. Derechos y Obligaciones en la Prevención, Atención Integral de la Salud y la Protección Social de las personas afectadas por la Tuberculosis.
- MSPBS, & DGVS. (2022). Programa Nacional de control de la Tuberculosis.  
<https://dgvs.mspbs.gov.py/programa-nacional-de-control-de-la-tuberculosis/>
- MSPBS, & PRONASIDA. (2023). PrEP: Estrategia de prevención combinada al alcance de grupos priorizados. <https://dgvs.mspbs.gov.py/prep-estrategia-de-prevencion-combinada-al-alcance-de-grupos-de-riesgo/> Recibidos
- MSPBS. OPS. OMS. (2011). Protocolo Integrado de VIH e ITS en Atención Primaria.
- Munévar-Torres, Y., Rubiano-Mesa, Y. L., & Ortega-Páez, R. (2016). El ambiente hospitalario: Generador de estigma y rechazo de la gestante con VIH/SIDA. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 603-603.  
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55018>
- Negrete, M., Cabral, J., & Benítez, F. (2017). VIH en Paraguay: Persisten las

- discriminaciones y las desigualdades ante la Ley. Derechos de las personas viviendo con VIH. En Derecho a la Igualdad y No Discriminación.
- OMS. (2018). Estrategia de cooperación. Resumen: Costa Rica (WHO/CCU/18.02/Costa Rica). <https://iris.who.int/handle/10665/137156>
- ONUSIDA. (2012). Caracterización de las condiciones de vida de las mujeres con vih en Costa Rica: Evidencias para la exigibilidad de sus derechos humanos.
- ONUSIDA. (2024). Comprender los indicadores de progreso en las medidas enfocadas a los objetivos 95-95-95 en el diagnóstico, tratamiento y supresión viral del VIH. <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2024/progress-towards-95-95-95>
- OPS. (2008). Derechos Humanos y Salud. Personas que viven con VIH/SIDA.
- OPS. (2021). Informe Mundial sobre el Edadismo.
- Orobio-Castro, D. L., & Hidalgo-Torres, D. Y. (2022). Efectos en las condiciones de vida por enfermedades crónicas transmisibles, VIH y TBC, en población de bajos recursos del Distrito de Agua Blanca de Cali, Valle del Cauca.
- Ortiz Jacquet, G., & Cabral-Bejarano, M. S. (2023). Análisis de expertos y marco histórico normativo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud, Paraguay 1978–2008. *Revista de salud publica del Paraguay*, 13(1), 5-15. <https://doi.org/10.18004/rspp.2023.abril.02>
- Orzuza, S. M. (2017). Construcción de indicadores de accesibilidad al sistema de salud sensibles a la cultura. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(2).
- Osorio, E., Ocampo, D., & Pineda, J. (2018a). Determinantes sociales en salud que influyen en la prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales de la zona céntrica de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 944-956. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180066>
- Osorio, E., Ocampo, D., & Pineda, J. (2018b). Determinantes sociales en salud que influyen en la prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales de la zona céntrica de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 944-956. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180066>
- Partners In Health & Americas TB Coalition. (2022). Evaluación cualitativa de las poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de Latinoamérica y el Caribe (pp. 1-173).
- Penchansky, R., & Thomas, J. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- PEPFAR, REDCA+, & ASONAPVSI DAH. (2022). Informe: Monitoreo Liderado por la comunidad (p. 46).
- Pérez-Medina, P. A. (2019a). La realidad del VIH-SIDA en Colombia. Una reflexión sobre el marco jurídico existente para la protección de los derechos de los

pacientes, las políticas de prevención y la atención para esta enfermedad en el actual Sistema de Seguridad Social.

- Pharos Global Health Advisors y Bitrán y Asociados. (2019). Informe de País para Honduras. Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida y a la TB. Informe para el Fondo Mundial y el Mecanismo de Coordinación País.
- Pinilla, K. F. (2010). La competencia regulada en el sistema de salud colombiano. *Revista Lebrecht*, 2, Article 2. <https://doi.org/10.15332/rl.v0i2.666>
- PNUD. (2012). Dialogo Nacional sobre el VIH y el Derecho.
- PNUD. (2017). Diálogo Nacional sobre VIH y el Derecho.
- PRONASIDA. (2023). Informe Epidemiológico Año 2023 (pp. 1-21).
- PRONASIDA, FONDO MUNDIAL, CIRD, SOMOSGAY, & CIES. (2017). Prevalencia de VIH, Sífilis, Hepatitis B, conocimientos, prácticas de riesgo y actitudes de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Asunción, Central, alto Paraná y Caaguazú 2017. (pp. 1-95).
- PRONASIDA & Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2016). Estructuración del Consejo de la respuesta Nacional al VIH/Sida en Paraguay (CONASIDA) y de su Reglamento de Funcionamiento (pp. 1-10).
- PRONASIDA & MSPBS. (2022). Programa Nacional de Control de VIH / SIDA e ITS. Memoria Institucional. Periodo 2022 (pp. 1-53).
- Proyecto de ley 255 de 2022: Por medio de la cual se establece la política pública de prevención, diagnóstico oportuno y atención integral del VIH, hepatitis B y C, ITS y coinfección por TB/VIH en el territorio nacional. [Política pública de atención integral del VIH, hepatitis B y C, ITS y coinfección por TB/VIH], Proyecto de ley 255 de 2022.
- Quinche, M., Manuel Fernando. (2016). Violencias, omisiones y estructuras que enfrentan las personas LGTBI. *Estudios Socio-Jurídicos*, 18(2), 47-85. <https://doi.org/10.12804/esj18.02.2016.02>
- Ramírez, B. (2023). Barrera. En Palabras claves para el estudio de las fronteras. <https://www.teseopress.com/palabrasclavefronteras/chapter/barrera/>
- Realpe-Delgado, C. (2017). Tuberculosis en las principales ciudades de Honduras desde el enfoque de determinantes sociales. Construyendo una estrategia de salud para el desarrollo humano sostenible [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- República de Honduras. (2015a). Ley Especial Sobre VIH/SIDA. La Gaceta. Diario oficial de la República de Honduras.
- Rios, C. (2016). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre VIH:sida en el Paraguay 1987–2015. *Rev SCientífica*, 14(1), 49-49.
- Ríos-González, C. M. (2017). Salud de las personas Trans en Paraguay: Una realidad al margen de la sociedad (Sexual Health, Vol. 14, Número 2, pp. 73-74). CSIRO. <https://doi.org/10.1071/SH16148>
- Rosales, R. A. (2020). Entre la violencia y la discriminación: Ser mujer y vivir con vih en

honduras. Un abordaje desde las deudas en materia de derechos de salud sexual y reproductiva y las vivencias de sus protagonistas. Universidad Nacional de San Martín.

- Sáenz, M. del R., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53, s156-s167.
- Saliba-Garbin, C. A., Wakayama, B., Saliba, T. A., Saliba, O., & Ispier-Garbin, A. J. (2018a). Discriminación y prejuicio. La influencia del VIH/SIDA y la Hepatitis B en la actitud de los académicos en odontología. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 279-293. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6770>
- Samudio, T., Aguilar, G., Gimenez, L., & López, G. (2020). Estudio sobre la Prevalencia del VIH/Sífilis/HepatitisB, comportamientos, prácticas y actitudes de la población de personas Trans en el Paraguay (pp. 1-101).
- Sánchez, A. (2019a). Informe final. “Investigación del Índice de Estigma en Personas que viven con VIH (INDEX), versión 2.0 Honduras”. REDCA+, ASONAPVSI DAH.
- Sánchez, C., Solano, J., & Rodríguez, S. (2015). Vidas que importan: Panorama sociojurídico de prevención y tratamiento del VIH/SIDA en Colombia. *VIA IAURIS*, 18, 105-103.
- San-Vicente, J. (2019a). La homosexualidad en Colombia: Mapa de los derechos vulnerados.
- Saurman, E. (2016). Improving access: Modifying Penchansky and Thomas’s Theory of Access. *Journal of health services research & policy*, 21(1), 36-39. <https://doi.org/10.1177/1355819615600001>
- Serrano, F., & Corréa, S. (2020). Políticas Antigénero en América Latina.
- SESAL. (2016). Guía para proveer servicios de salud libres de estigma y discriminación a personas trans e intersexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas con VIH.
- SESAL. (2019, septiembre). Guía para proveer servicios de notificación asistida a contactos de personas con VIH.
- SESAL. (2020a). Guía de consejería intensificada en adherencia para el ofrtalecimiento de la supresión viral en personas con vih.
- SESAL. (2020b). Plan nacional de optimización del uso del antirretroviral Tenofovir, Lamivudina, Dolutegravir (TLD) en honduras.
- SESAL. (2020c, abril). Directrices para asegurar el abastecimiento, distribución, dispensación y entrega de los medicamentos a las personas con VIH en los Servicios de Atención Integral (SAI), debido a la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19.
- SESAL. (2020d, julio). Guía de consejería intensificada en adherencia para el ofrtalecimiento de la supresión viral en personas con vih.
- SESAL. (2020e, noviembre). Manual de atención integral al adulto y Adolescente con VIH.
- SESAL. (2020f, noviembre). Plan nacional de optimización del uso del antirretroviral

- Tenofovir, Lamivudina, Dolutegravir (TLD) en honduras.
- SESAL. (2021a, enero). Informe de medición del gasto en VIH|SIDA MEGAS 2019. Honduras.
- SESAL. (2021b, septiembre). Guía para proveer el servicio de consejería en VIH basada en riesgo.
- SESAL. (2022). Informe Final: “Estudio de factibilidad y piloto para el auto test del VIH y la Profilaxis preexposición (PrEP)”. (p. 239). El Fondo Mundial y Global Communities.
- SESAL. (2023). Informe estadístico de la epidemia de VIH en Honduras periodo 1985-2023. SESAL.
- SESAL. (2024). Tuberculosis. Semana epidemiológica 1 a 8 de 2024 (1).
- Siikanen, L., & Alberto, M. (2020). Informe final: Investigación para la vinculación de la violencia contra las mujeres y niñas, feminicidio, el VIH y el impacto del COVID-19 (p. 32).
- Soy Clave. (2023). Perfil de datos del proceso de implementación. Proyecto «Soy Clave». Honduras.
- SUIN. (2024). Jurisprudencia. <https://www.suin-juriscol.gov.co/jurisprudencia/jurisprudencia.html>
- SUPSALUD. (Sf). Organización Sistema de Salud Paraguay. <https://www.supsalud.gov.py/index.php/institucional/historia>
- Tamayo-Zuluaga B., B., Macías-Gil Y, Y., Cabrera-Orrego R, R., Henao-Pelaéz JN, J. N., & Cardona-Arias JA, J. A. (2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Ciencias de la Salud*, 13(1), 9-23. <https://doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01>
- Troche-Gutiérrez, I. Y. (2024). Atención de las personas que viven con VIH en el Sistema de Salud Colombiano: Perspectivas de pacientes, cuidadores y personal de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 98, 1-13.
- UNAH, SESAL, FUNDAUNAH, & Global Communities. (2022a). Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras.
- UNAH, SESAL, FUNDAUNAH, & Global Communities. (2022b). Estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas con componente serológico por VIH en pueblo misquito en los municipios de Ahuás, Brus Laguna y Puerto Lempira – Gracias a Dios, Honduras 2022.
- Valencia-Gallo, L. M., Robayo-Vinasco, N. D., Henao-Ballesteros, J. S., & Rodríguez-Castillo, E. M. (2022). El derecho a la salud y al trabajo en personas con VIH/SIDA en el ordenamiento jurídico colombiano. *Análisis Jurídico - Político*, 4(7), 171-196. <https://doi.org/10.22490/26655489.5432>
- Vásconez, D. (2016). Unidad Especial de Titulación. 1-49.
- Velásquez-Olarte, L., González-Valencia, L. F., & González-Orrego, P. (2018a). Análisis jurisprudencial: Derecho a la dignidad humana para los pacientes con VIH SIDA. Documentos de trabajo Areandina, 1.

<https://doi.org/10.33132/26654644.1395>

Villanueva Arrieta, M. A. (2019). Tuberculosis latente: ¿Es hora de actualizar nuestra práctica? Revisión de la evidencia y propuesta de protocolo para su abordaje y manejo en Costa Rica. Universidad de Costa Rica.

Zarate, V. (2010). Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación. Revista Médica de Chile, 93-97.