



ALEP+PC

Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave



Informe Honduras

Estudio sobre las Formas de Violencia hacia
las Mujeres con VIH en Honduras

INFORME DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL

Enero, 2025



Equipo CENEP

Mario Pecheny
Hernán Manzelli
María Eugenia Gilligan
Ana Mines Cuenya
Cristian Alberti
Guido Sciurano

Coordinación regional

Mirta Ruíz Díaz. Secretaria Regional Movimiento de Mujeres Positivas (MM+)
Hilda Esperanza Esquivel C. Secretaría Regional ICW Latina
Yari Campos (MM+)
María Teresa Martínez García (ICW Latina)

Acompañamiento y Liderazgo Hivos

Fabián Betancourt
Irazú Esquivel

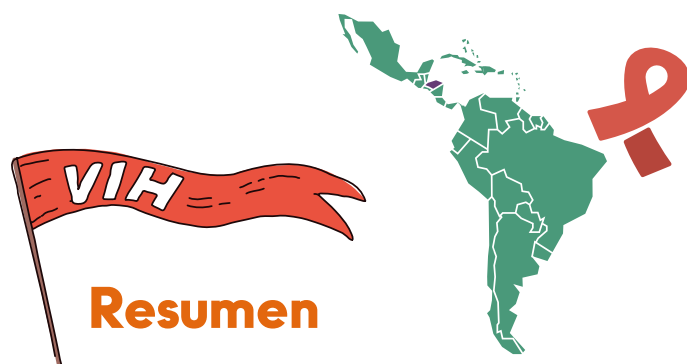
Equipo de Honduras

Coordinadora nacional: Benita Osdelia Ramírez Fernández

Entrevistadoras: Olga Marina Casco Acosta y Sandra Lorena Ruiz Reconco

Transcriptora: Sandra Zambrano





Resumen

Este estudio se desarrolla como parte de una iniciativa liderada por ICW-Latina y el Movimiento de Mujeres Positivas (MM+), con la supervisión técnica de HIVOS y el apoyo financiero del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Su objetivo principal es documentar y analizar las distintas formas de violencia que enfrentan las mujeres viviendo con VIH en Bolivia, Honduras, Panamá y Paraguay, abarcando diversos ámbitos de sus vidas.

Las formas de violencia identificadas incluyen la violencia en el entorno laboral, en los servicios de salud (especialmente la violencia obstétrica), en el ámbito familiar, así como en lo relacionado con el ejercicio de los derechos sexuales, reproductivos y afectivos. Este informe presenta los principales hallazgos correspondientes al caso de Honduras, en el marco del proyecto multipaís.

Métodos y materiales

Para este estudio se optó por una estrategia metodológica cualitativa, centrada en la aplicación de 50 entrevistas individuales y un grupo focal con mujeres mayores de 18 años que viven con VIH. La selección de participantes consideró la diversidad de edades dentro del rango establecido, el año del diagnóstico (incluyendo a mujeres nacidas con VIH), así como otros factores relevantes como la procedencia territorial y la diversidad cultural. Entre las participantes se encontraban mujeres que se identificaron como indígenas o pertenecientes a pueblos originarios, afrodescendientes, campesinas y trabajadoras sexuales. En su mayoría, se identificaron como mujeres heterosexuales.

Las guías utilizadas para las entrevistas y el grupo focal abordaron diversas dimensiones: características sociodemográficas; procesos de diagnóstico y atención en salud relacionados con el VIH; experiencias de embarazo y parto; vivencias de estigma y discriminación; situación laboral; relaciones de pareja y familiares; sexualidad, salud reproductiva; redes de apoyo y ejercicio de derechos.

En todas las etapas del proceso —diseño de instrumentos, sesiones de capacitación, recolección de información, transcripción de materiales y análisis de resultados— participaron activamente mujeres viviendo con VIH, integrantes de redes y organizaciones locales y regionales.

El trabajo de campo se realizó entre mayo y agosto de 2024. Para el tratamiento de la información se utilizó un enfoque de análisis temático, sustentado en la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 2009). La codificación, identificación de patrones y construcción de categorías se facilitó mediante el uso del software especializado **Atlas.ti**.



Resultados

La violencia hacia las mujeres que viven con VIH en Honduras constituye una realidad compleja y multidimensional que, aunque presenta similitudes con los otros tres países considerados en este estudio, se manifiesta con particularidades propias en este contexto. El análisis evidencia una situación de extrema precariedad, especialmente entre mujeres jóvenes, que contrasta con otros escenarios de la región. Muchas de ellas, sin acceso a programas específicos para personas con VIH, se ven obligadas a recurrir al trabajo sexual como medio de subsistencia. Este grupo enfrenta múltiples desafíos, como el acoso callejero, la discriminación en los servicios de salud y la exclusión de los espacios de toma de decisiones. Por su parte, las mujeres mayores continúan expuestas a la violencia doméstica y a una marcada carencia de redes de apoyo. Asimismo, las jóvenes nacidas con VIH que han egresado de hogares de acogida enfrentan condiciones particularmente adversas, viéndose forzadas a sostenerse mediante el trabajo sexual y siendo objeto de altos niveles de violencia y discriminación.

Las mujeres jóvenes experimentan violencia obstétrica en los servicios de salud, sobre todo tras recibir su diagnóstico. En muchos casos, esto las lleva a evitar o abandonar el tratamiento, ante la ausencia de una consejería adecuada. Las demoras en la atención son frecuentes, prolongándose por horas debido a la falta de personal disponible o a la carencia de insumos básicos para procedimientos esenciales como las cesáreas.

Las disparidades regionales agravan esta realidad. En La Ceiba, el cierre de un centro de apoyo ha dejado a mujeres jóvenes nacidas con VIH en situación de extrema vulnerabilidad. En las comunidades garífunas de Tela, el trabajo sexual es una estrategia de supervivencia, agudizando su exposición a la violencia por la intersección de factores culturales y socioeconómicos. En San Pedro Sula, algunas mujeres jóvenes encuentran refugio en hogares de apoyo, mientras que otras enfrentan una precariedad extrema, sin acceso a redes de protección.

El sistema de salud hondureño muestra deficiencias estructurales que impactan de manera desproporcionada a las mujeres con VIH. Entre ellas se destacan la falta de sensibilización del personal, la escasa disponibilidad de antirretrovirales y tratamientos para infecciones oportunistas, y la persistente violencia obstétrica. A estas barreras se suman los costos de transporte y las dificultades de programación de citas, lo que impide a muchas mujeres acceder oportunamente a la atención médica. La penalización del aborto en el país profundiza estas barreras, obstaculizando el acceso a una atención sanitaria integral y oportuna.

El desempleo, las restricciones para acceder al sistema educativo y las presiones sociales contribuyen significativamente a la vulnerabilidad de las mujeres con VIH. El estigma y la discriminación limitan sus oportunidades, reproduciendo ciclos de pobreza y violencia. La dependencia económica de sus parejas incrementa la exposición al abuso y la explotación. A su vez, la falta de acceso a una educación de calidad reduce su capacidad para mejorar sus condiciones de vida y ejercer plenamente sus derechos. La internalización del estigma genera efectos negativos en su salud mental y autoestima, perpetuando un ciclo de vulnerabilidad.

La escasez de empleo empuja a muchas jóvenes a aceptar trabajos precarios y, en ocasiones, abusivos. Al mismo tiempo, enfrentan presión social para interrumpir embarazos no deseados, sin poder acceder a información o apoyo, debido al contexto de penalización del aborto. Esta situación genera un clima de silencio, miedo y desprotección.

Existe una profunda ausencia de apoyo familiar. Muchas jóvenes son expulsadas de sus hogares y experimentan violencia por parte de sus parejas. En muchos casos, no identifican estas situaciones como violencia, lo que lleva a su naturalización. Esta problemática también se extiende a mujeres adultas entrevistadas en el estudio.



A partir del análisis cualitativo, se identificaron hallazgos clave en torno a las experiencias de las mujeres entrevistadas. La principal vía de transmisión del VIH se da en el contexto de relaciones sexuales heterosexuales dentro de uniones estables, en las que los hombres son los principales transmisores. No obstante, un número considerable de participantes (11 de 50) nacieron con VIH, lo que evidencia fallas históricas en la prevención de la transmisión maternoinfantil. El diagnóstico suele realizarse tras la aparición de síntomas o al conocer el diagnóstico de la pareja o expareja. A diferencia de otros países de la región, son escasas las menciones de diagnósticos en contextos de embarazo o parto.

La consejería pre y post-prueba es limitada, lo que revela una brecha importante en la atención integral. La recepción del diagnóstico genera con frecuencia sentimientos de culpa y estigma internalizado. Ante la falta de respuestas adecuadas del sistema de salud, las redes de apoyo entre mujeres con VIH y las organizaciones comunitarias desempeñan un rol fundamental en la contención, el acceso a la información y el inicio oportuno del tratamiento. No se registró el uso de profilaxis post-exposición (PEP) en casos de violencia sexual ni en otras situaciones de alto riesgo, ni el acceso a la profilaxis pre-exposición (PrEP). Para la mayoría de las entrevistadas, la posibilidad de adquirir VIH no era algo que estuviera en su horizonte cotidiano.

Aunque el acceso a antirretrovirales (ARV) es relativamente extendido, no ocurre lo mismo con otros medicamentos esenciales. Las mujeres reportan dificultades relacionadas con factores económicos, distancias a centros especializados y estigmatización. La atención en salud sexual y reproductiva se enfoca casi exclusivamente en la maternidad, dejando de lado la etapa post-reproductiva. En el ámbito general de la salud, se observan diagnósticos tardíos y confusiones con síntomas del VIH, lo que repercute negativamente en la atención integral. Aspectos como la nutrición y el ejercicio físico suelen ser ignorados. Problemas de salud como la lipodistrofia, afecciones cardiovasculares, óseas y musculares son mencionados por las entrevistadas, pero no reciben atención especializada.

Muchas mujeres viven en situaciones de soledad, producto de separaciones, abandono o viudez. El diagnóstico genera una reevaluación de su sexualidad y sus relaciones afectivas: mientras algunas hacen una pausa y retoman sus vínculos de pareja más adelante, otras optan por no volver a establecer nuevas relaciones. La información sobre prevención combinada —uso de métodos de barrera, PrEP, conocimiento de la carga viral— es insuficiente. La dependencia económica de sus parejas es un factor de vulnerabilidad constante. La responsabilidad del cuidado recae principalmente sobre ellas, y se intensifica si otros miembros de la familia también viven con VIH. Si bien muchas expresan su deseo de ser madres, persisten sentimientos de culpa y carencias en la orientación profesional al respecto. El acceso a empleo formal y con derechos es limitado; predomina el trabajo informal, precario e inestable, y el trabajo sexual se convierte en una estrategia de subsistencia, ya sea como ingreso principal o complementario. La discriminación y el temor a ser discriminadas restringen su acceso al mercado laboral.

El estigma relacionado con el VIH persiste en distintos ámbitos. Las mujeres gestionan cuidadosamente la información sobre su diagnóstico, evaluando a quién compartirla. La confidencialidad se vulnera con frecuencia, tanto por profesionales de salud como por familiares. El autoestigma también está presente. Las violencias físicas, sexuales, psicológicas y económicas son ampliamente reportadas: al menos 28 de las 50 entrevistadas manifestaron haber vivido alguna forma de violencia. Entre ellas se destaca la violación de la confidencialidad, así como la violencia institucional en servicios de salud, incluidos los de infectología, ginecología y obstetricia.

La violencia económica atraviesa todas las dimensiones de la vida cotidiana de estas mujeres. Las desigualdades socioeconómicas y sanitarias se profundizan según factores geográficos, culturales y lingüísticos. Se reportan casos de violencia física grave, violaciones sexuales en contextos callejeros o de pareja, amenazas e insultos. La violencia sexual se presenta como una constante en los cuatro países estudiados, siendo los principales agresores los esposos, parejas o exparejas.



Conclusiones

La situación de las mujeres que viven con VIH en Honduras es sumamente precaria, resultado de una compleja interacción de factores estructurales como la violencia en sus distintas formas, las deficiencias del sistema de salud, la pobreza, la falta de acceso a la educación, la discriminación y el estigma persistente.

Las mujeres jóvenes, en particular, enfrentan una alta vulnerabilidad. La ausencia de programas específicos de apoyo las empuja, en muchos casos, a recurrir al trabajo sexual como medio de subsistencia. Además, están expuestas al acoso y a diversas formas de discriminación, al tiempo que son sistemáticamente excluidas de los espacios de toma de decisiones.

Las desigualdades territoriales agravan aún más esta realidad. En zonas como La Ceiba y en comunidades de Tela, la falta de centros de apoyo incrementa la exposición de las mujeres jóvenes a múltiples riesgos, viéndose obligadas a adoptar el trabajo sexual como estrategia para sobrevivir.

El sistema de salud en Honduras presenta serias carencias estructurales que afectan de forma desproporcionada a las mujeres con VIH. Entre ellas, destacan la provisión insuficiente de medicamentos para tratar enfermedades relacionadas con la infección y la escasa sensibilidad del personal sanitario. Aunque las mujeres reportan acceso generalizado a antirretrovirales (ARV) y adherencia al tratamiento, persisten múltiples barreras que afectan la calidad de la atención, tales como diagnósticos tardíos, falta de orientación adecuada, maltrato institucional y obstáculos para acceder a los servicios. Estas falencias no solo vulneran sus derechos, sino que también lesionan su dignidad, al evidenciarse situaciones como la ruptura de la confidencialidad, la ausencia de consejería, el abandono de su salud integral más allá del VIH, la culpabilización en torno a la maternidad y el aumento de prácticas de violencia obstétrica y otras formas de abuso.

El estigma continúa siendo una problemática central, presente en distintos niveles, incluida la auto discriminación. La violencia —en sus expresiones físicas, sexuales y económicas— se encuentra ampliamente extendida, afectando la integridad y calidad de vida de estas mujeres. Frente a la insuficiencia del sistema de salud formal, las redes informales de apoyo entre mujeres con VIH cumplen un papel esencial en la contención emocional y en el acceso a información clave para la continuidad del tratamiento.

Las barreras para acceder al empleo y a la educación contribuyen significativamente a perpetuar ciclos de pobreza y violencia. La dependencia económica respecto de sus parejas incrementa el riesgo de abuso, explotación y control.

En síntesis, el estudio da cuenta de una interacción compleja entre factores sociales, económicos y culturales que profundizan la situación de vulnerabilidad de las mujeres con VIH en Honduras. Esta realidad evidencia la urgencia de diseñar e implementar políticas integrales que aborden estas múltiples dimensiones de manera articulada, con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida y garantizar el ejercicio pleno de sus derechos.



Discusión

El análisis de las distintas etapas de la vida y de las relaciones que atraviesan las mujeres revela que el VIH contribuye a profundizar la vulnerabilidad y la precariedad frente a diversas formas de violencia, debilitando sus recursos para enfrentarlas. Las múltiples violencias que viven se ven potenciadas o habilitadas por el hecho de vivir con VIH. El estigma y el temor a la soledad o a reacciones hostiles, tanto hacia ellas como hacia sus familias, pueden llevarlas a no buscar alternativas para salir de contextos violentos.

El VIH no solo atraviesa experiencias previas de violencia, sino que también puede generar nuevas. Se entrelaza con estructuras de desigualdad vinculadas al género, la edad, el nivel socioeconómico, la raza, la etnicidad, la situación migratoria, la lengua, la discapacidad, el nivel educativo, el uso de sustancias, el encierro, y la salud física y mental. Las distintas formas de violencia —psicológica, simbólica, física, sexual, económica, conyugal, familiar, institucional y obstétrica— se retroalimentan. En este escenario, el VIH actúa como un factor amplificador de las violencias vividas o en curso.

Contar con redes de mujeres que también viven con VIH resulta clave tanto en el ámbito de la salud como en el emocional, además de ser un soporte importante para el ejercicio de derechos. Dado el carácter estructural de las problemáticas vinculadas a la salud y a la violencia, resulta necesario fortalecer el protagonismo de las mujeres con VIH, reconociendo el valor de sus voces, saberes y acciones.

Es indispensable integrar la problemática de la violencia hacia las mujeres en las respuestas al VIH y a la violencia de género. Esto implica asegurar la participación activa y el empoderamiento de las mujeres con VIH en los procesos de toma de decisiones. Más ampliamente, las políticas y agendas públicas en salud y equidad deben abordar de forma efectiva la violencia contra este grupo, incorporando sus perspectivas en las estrategias de derechos humanos.

Para enfrentar esta situación, se requieren intervenciones integrales que aborden los diversos factores de manera articulada. Es fundamental garantizar el acceso a la salud, promover el empoderamiento de las mujeres y trabajar activamente en la eliminación del estigma vinculado al VIH. Las acciones deben priorizar a las mujeres jóvenes y a quienes se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, mediante programas específicos que protejan y promuevan sus derechos humanos fundamentales.

Asimismo, es urgente corregir las fallas estructurales del sistema de salud y promover políticas públicas que garanticen la equidad y la inclusión. La incorporación de mujeres con VIH en los servicios especializados —no solo como usuarias, sino como actoras activas— es una estrategia clave para sensibilizar al personal sanitario y acompañar a mujeres recientemente diagnosticadas o con necesidades específicas. Esta participación también representa una valiosa oportunidad de formación y empleo para una población históricamente excluida.

En definitiva, se trata de reconocer a las mujeres con VIH como una parte esencial de la respuesta al VIH, tanto en el plano regional como local. Para ello, es fundamental que autoridades, tomadores de decisiones y donantes apoyen y fortalezcan a las organizaciones y redes de mujeres con VIH o afectadas por el virus, potenciando su capacidad de incidencia en políticas vinculadas al VIH, a la violencia de género, a los derechos humanos y a la equidad en salud pública.

Palabras clave: Mujer - Violencia - VIH - América Latina





Agradecimientos

A todas y cada una de las mujeres de Honduras, que compartieron sus historias, por resistir.

A las coordinadoras nacionales, entrevistadoras y transcriptoras, por su enorme compromiso.

A todas y todos quienes luchan por garantizar la salud y los derechos de las mujeres con VIH y de todas las personas, para acabar con todas las formas de violencia.

Contenido

I. RESUMEN	3
II. AGRADECIMIENTOS.....	8
III. PRÓLOGO	11
IV. PRÓLOGO DEL EQUIPO NACIONAL.....	13
V. PRESENTACIÓN.....	14
1. INTRODUCCIÓN GENERAL	15
1.1 Marco contextual	16
1.1.1. Datos epidemiológicos.....	16
1.1.2. Descripción del sistema de salud en Honduras con foco en VIH/Sida	18
1.1.3. Normativa legal	19
1.1.4. Violencia hacia las mujeres en América Latina.....	21
2. OBJETIVOS Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	23
2.1. Objetivos.....	23
2.2. Estrategia metodológica	23
2.3. Descripción de la muestra final de entrevistas y grupo focal	24
2.4. Desarrollo del trabajo de campo.....	26
2.5. Perspectiva de análisis: vulnerabilidad e interseccionalidad.....	27
3. RESULTADOS.....	29
3.1. El proceso diagnóstico	29
3.1.1. El diagnóstico del VIH.....	29
3.1.2. Las mujeres que nacieron con VIH	36
3.1.3. Interpretaciones acerca de cómo contrajeron el VIH	37
3.1.4. ¿Recibieron consejería antes o después de la prueba de VIH?.....	38
3.2. El proceso terapéutico.....	40
3.2.1. Del diagnóstico al tratamiento.....	40
3.2.2. Encontrar el servicio y la/el profesional e iniciar el tratamiento	41
3.2.3. El tratamiento y la adherencia	41
3.3. Impacto del diagnóstico y el tratamiento.....	43
3.4. Discriminación y violencia en el sistema de salud.....	44
3.4.1. Introducción.....	44
3.4.2. Discriminación, maltrato y/o violencia en los servicios de infectología.....	44
3.4.3. Discriminación, maltrato y/o violencia en el acceso a la salud integral: ginecología, odontología y la atención por guardia	45
3.4.4 El acceso a servicios de salud mental.....	46
3.4.5. Cuando no se respeta la confidencialidad	47



3.5. Discriminación y violencia obstétrica.....	48
3.6. Discriminación y violencia en los ámbitos de salud sexual y/o reproductiva.....	49
3.6.1. Introducción.....	49
3.6.2. Atención de la salud sexual y reproductiva	50
3.6.3. Sexualidad, miedos, malestar y violencia	52
3.6.4. Maternidad, VIH y discriminación.....	54
3.7. Discriminación y violencia en las relaciones familiares, de pareja y afectivas.....	55
3.7.1. Introducción.....	55
3.7.2. El VIH, los vínculos familiares y amistosos y las situaciones de violencia.....	55
3.8. Violencia sexual, psicológica y física.....	58
3.9 Discriminación y violencia en el entorno laboral.....	61
3.9.1. Introducción.....	61
3.9.2 El trabajo asalariado formal e independiente o informal para las mujeres con VIH.....	61
3.9.3. Los cuidados: la sobrecarga de las mujeres con VIH	63
3.10. Redes activistas y conocimiento de derechos.....	64
4. RECAPITULACIÓN Y DISCUSIÓN.....	67
5. LECCIONES APRENDIDAS	76
6. CONCLUSIONES GENERALES	78
7. RECOMENDACIONES	80
8. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA	84

Índice de Tablas

Tabla 1. Indicadores epidemiológicos seleccionados, Honduras, 2023	17
Tabla 2. Características de la muestra cualitativa, Honduras, 2024.	25
Tabla 3. Contexto del diagnóstico, respuesta múltiple. Honduras, 2024.....	31
Tabla 4. Recibió pre o post consejería. Honduras, 2024.....	39





Prólogo

Desde la articulación entre el **Movimiento de Mujeres Positivas (MM+)** y la **Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA para América Latina (ICW-Latina)** en el marco del proyecto: “Mejorando la calidad de vida y el disfrute de los derechos humanos hacia el buen vivir de las personas con VIH y poblaciones clave de América Latina / Abya Yala” de ALEP-PC, nos propusimos como prioridad fundamental contar con el **“Estudio sobre las Formas de Violencia hacia las Mujeres con VIH en Bolivia, Honduras, Panamá y Paraguay”**.

En la declaración política de la articulación entre MM+ e ICW Latina de agosto de 2022 ambas redes hemos alertado que: “...Si bien las mujeres somos partícipes de grupos de población clave, al segmentarnos dentro de las diversas categorías, nos fraccionan, silenciando las causas estructurales de la pobreza, el machismo, la misoginia, la violencia, el patriarcado, racismo, que provocan de manera reiterada la violación a nuestros derechos como colectivo y profundizan el estigma y la discriminación”.

La articulación de ambas redes de mujeres con VIH nos ha llevado a identificar formas de violencia exacerbadas en determinados ámbitos y, por tanto, fueron consideradas como prioritarias a ser observadas en el estudio desarrollado en el 2024 tales como la violencia en el entorno laboral, violencia en el sistema de salud incluyendo violencia obstétrica, violencia familiar, violencia en los ámbitos pertinentes a los derechos sexuales y reproductivos, violencia psicológica, violencia económica, violencia y explotación sexual.

El Estudio se basa en testimonios reales de 200 mujeres con VIH, de cuatro países de la región, quienes han sufrido diversas formas de violencias relacionadas al VIH, y muchas de ellas siguen viviendo en violencia debido a factores determinantes de pobreza, autoestima, estigma, discriminación, aun del propio entorno familiar y social. El miedo a la violencia impide que las mujeres con VIH accedan a servicios de prevención, atención y tratamiento de otras enfermedades oportunistas, al tiempo que el abandono de su pareja, familia e hijas/os las hace más sensibles a padecer ansiedad, depresión y angustia.

Escuchar testimonios desgarradores de compañeras cis, trans, trabajadoras sexuales, migrantes, usuarias de drogas, ex privadas de libertad, nacidas con VIH, campesinas, indígenas, negras/afros, jóvenes, adultas, adultas mayores desde la diversidad, interseccionalidad e intergeneracionalidad demuestra que la violencia persiste en todas sus formas, y que muchas veces las propias mujeres que somos violentadas no percibimos dicha situación, lo cual agrava o invisibiliza el hecho.



Según el diseño de investigación del MM+ e ICW-LATINA, el **estigma** puede describirse como el proceso dinámico de devaluación que desacredita de forma significativa a una persona a los ojos de las demás. Un resultado del estigma es la **discriminación**, la cual puede desarrollarse en forma de acciones u omisiones, de restricción o violación a los derechos de determinadas personas. La conjunción de procesos de estigma y discriminación puede generar e implicar el desarrollo de la violencia. Si bien son procesos que operan en paralelo y guardan relación, **es necesario profundizar las causas estructurales de la violencia y sus diversas manifestaciones**, las cuales producen situaciones o escenarios de desigualdad y vulneración de derechos en múltiples ámbitos (que refieren a la calidad de vida, acceso a los servicios, garantías de derechos laborales, desarrollo y goce de la vida social y familiar, la salud sexual y reproductiva, entre otros) y, por lo tanto, conllevan obligaciones por parte de los Estados respecto a la reparación, sanción y atención de estas situaciones.

Los hallazgos de la investigación son evidencias que nos permiten hacer seguimiento a las estrategias nacionales y regionales para transformar las realidades de las mujeres con VIH en su diversidad. También hacen visible a la comunidad y opinión pública en general los alcances, efectos e implicancias que tienen algunas formas de violencia que viven las mujeres con VIH en América Latina y el Caribe, con el objetivo de desnaturalizarlas y avanzar en su erradicación para mejorar la calidad de vida y garantizar el respeto de los derechos humanos de las más de 630.000 mujeres con VIH en la región.

Este estudio nos da muchos más elementos y razones para profundizar, reforzar e incidir en políticas públicas que abran conciencias y caminos para los cambios necesarios en las mujeres con VIH en su diversidad. De esta manera y atendiendo a las necesidades puntuales de las mujeres con VIH como clave en la respuesta, es que **es de consideración imprescindible que hoy contemos con información actualizada y precisa sobre el impacto que generan estas formas de violencia hacia las mujeres con VIH en la región**, con indicadores que describen la magnitud del problema, y que nos sirven para monitorear avances o retrocesos y de esa forma, generar evidencia para la incidencia política y el desarrollo de estrategias de comunicación, contribuyendo con el cambio en los marcos legales e institucionales en los países de la región.

Mirta Ruíz Díaz (Secr.General)
Yaris Campos
MM+

Hilda Esquivel (Secr.General)
María Teresa Martínez
ICW Latina





Prólogo del Equipo Nacional

No hay enfermedad hoy en día que simbolice tan aptamente la transición en los servicios de salud, como el VIH, la epidemia expuso las vulnerabilidades ocultas de la condición humana, que son tanto biológicas como sociales. La epidemia del VIH impulsó a la gente a actuar de una manera valiente y generosa, y también provocó respuestas crueles e irracionales.

El VIH mostró una nueva perspectiva sobre cuestiones tradicionales de valores y obligó a revalorar el funcionamiento de las instituciones de servicios de salud. En los años que han transcurrido desde que se reconoció la existencia de la epidemia, el VIH ha tocado casi todos los aspectos de la sociedad y alcanzado a casi todas las instituciones sociales: las familias, las escuelas y las comunidades, etc.

La investigación realizada demostró una vez más las múltiples necesidades y violaciones a sus derechos que aún viven las mujeres con VIH en nuestro país, de igual forma demuestra que a pesar de los avances logrados aún queda mucho por hacer, demostrándose que las diversas intervenciones de prevención deben contemplar la influencia de los condicionantes de género sobre las diferentes conductas de hombres y mujeres. Ello hace necesario que los mensajes preventivos, las estrategias educativas y la oferta de los servicios sanitarios y preventivos se adapten a las necesidades y a los valores específicos de hombres y mujeres. Igualmente, para aumentar la efectividad de las intervenciones preventivas se deben fomentar todas aquellas estrategias que favorezcan la participación de las mujeres con VIH en el diseño, el desarrollo y la valoración de dichas intervenciones.

Más aún, las acciones de intervención no deben olvidar las brechas de género existentes y considerar aspectos de interseccionalidad y condiciones específicas por zonas de intervención que son diversas y específicas.

Consideramos que la investigación será un hito en un país en donde las investigaciones están limitadas a la disponibilidad de fondos y peor aún a la necesidad de los organismos estatales para la consecución de fondos y que no reflejan las necesidades prioritarias de las mujeres con VIH.

No podemos dejar de agradecer a las valientes mujeres que participaron en la investigación quienes narraron sus experiencias y con eso contribuirán a dejar un mejor mundo para aquellas más jóvenes y que deberán seguir luchando para mejorar su calidad de vida con mayores y mejores herramientas.

Su voz es la voz de tantas mujeres con VIH en una Honduras en donde nacer mujer ya es casi una sentencia de vivir sin derecho a tener derechos.

Equipo de Honduras





Presentación

La Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA para América Latina (ICW-Latina), con presencia en 18 países de la región y con su secretaría regional en México, y el Movimiento de Mujeres Positivas (MM+), presente en 17 países y con secretaría regional en Paraguay, forman parte de la Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). Esta alianza tiene como objetivo fortalecer a las organizaciones sociales y a las poblaciones clave para impulsar procesos de incidencia política y mejorar la calidad de vida y el disfrute de los derechos humanos de las personas con VIH y otras poblaciones clave en América Latina.

Desde el año 2022, con el respaldo de ONUSIDA Regional, ICW-Latina y el MM+ han consolidado una articulación basada en la diversidad de sus trayectorias, reconociéndose como población clave. Esta articulación busca visibilizar los temas de interés para todas las mujeres que viven con VIH y/o están afectadas por el virus en la región. En este marco, se han impulsado iniciativas como el foro regional “Proyectando el fin de la violencia hacia las mujeres con VIH y el cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos”, realizado en Panamá en agosto de 2022, y el evento paralelo en la XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe de la CEPAL, titulado “Hacia una Sociedad de Cuidados que no deje atrás a las mujeres con VIH”, desarrollado en Argentina en noviembre del mismo año.

El origen de este proyecto y de esta articulación regional se enmarca en las necesidades identificadas a lo largo de los años por estas redes, desde su experiencia en el activismo. A partir de ese recorrido, se detectó como prioridad ineludible el abordaje de la violencia hacia las mujeres que viven con VIH. De esta necesidad surge la propuesta de llevar adelante un estudio de línea de base sobre las formas de violencia que enfrentan las mujeres con VIH en la región, iniciando el relevamiento en cuatro países durante el primer año: Bolivia, Honduras, Panamá y Paraguay.

El estudio se desarrolla en el marco del proyecto regional “Mejorando la calidad de vida y el disfrute de los derechos humanos hacia el buen vivir de las personas con VIH y poblaciones clave de América Latina / Abya Yala”, impulsado desde la Alianza ALEP+PC. Su propósito es generar conocimiento profundo sobre cómo se manifiesta la violencia hacia las mujeres, con el fin de construir herramientas que permitan transformar el presente y avanzar hacia un futuro más justo, seguro y digno para todas las mujeres que viven con VIH.

Este proyecto multipaís cuenta con el financiamiento del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.





1. Introducción general al estudio

Este estudio expone múltiples dimensiones de la vida de las mujeres que viven con VIH en Honduras, en el marco del contexto latinoamericano. En particular, se profundiza en las distintas formas de violencia que enfrentan, vinculadas a su condición específica de mujeres con VIH. Si bien los datos y el análisis se inscriben en un proyecto multipaís, el foco de este informe está puesto en el caso hondureño. Las situaciones registradas en un país son reconocibles en los otros; por ello, los informes nacionales mantienen una organización común y un análisis aplicable al conjunto de la población abordada. Los testimonios incluidos provienen de mujeres entrevistadas en Honduras, al igual que la mayoría de los datos contextuales.

Por una parte, el estudio muestra los avances que han transformado la historia social del VIH, permitiendo que la infección sea considerada hoy una condición crónica, pero controlable. Estas transformaciones han sido posibles gracias a diversos factores: los desarrollos tecnológicos (como la disponibilidad de antirretrovirales eficaces, el seguimiento por laboratorio, la prevención y tratamiento de otras patologías como las hepatitis, y nuevas estrategias de intervención social), el acceso universal a los tratamientos desde los sistemas de salud y la acción articulada de los movimientos sociales y de la sociedad civil. Estos actores han fortalecido a personas y colectivos, monitoreando la accesibilidad y la calidad de los servicios.

Del mismo modo, estos logros han sido impulsados por los movimientos feministas, las organizaciones de mujeres que viven con VIH, los colectivos LGBTIQ+, las redes de personas que usan drogas, las personas privadas de libertad, y los organismos de derechos humanos. La lucha cotidiana de estos sectores por la justicia social y el reconocimiento de derechos es lo que ha marcado una diferencia real en la vida de muchas personas.

Al mismo tiempo, el estudio también permite visibilizar la enorme diversidad de situaciones que persisten, marcadas por relaciones de desigualdad, experiencias de violencia, explotación y dominación. Se pone en evidencia cómo las distintas dimensiones de la vulnerabilidad se articulan con las formas estructurales de precariedad, tanto en Honduras como en el resto de la región de América Latina y el Caribe. La sexualidad —particularmente las heterosexualidades—, el trabajo remunerado y no remunerado, formal o informal, legal o no reconocido, las tareas de cuidado y la maternidad, constituyen fenómenos que configuran un territorio común en el que se inscriben las experiencias de vida de las mujeres entrevistadas.

La violencia sexual y de género, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, las condiciones del trabajo sexual, y las violencias discriminatorias hacia mujeres trans deben ser abordadas desde una perspectiva estructural, interseccional y de derechos humanos. Es indispensable analizarlas dentro del sistema de relaciones y jerarquías de género aún vigente, que se sostiene sobre una matriz patriarcal y desigual.

Las historias recogidas en este estudio se sitúan dentro de un gran movimiento contradictorio. Por un lado, se han registrado avances en el acceso a la salud y al ejercicio de derechos; pero por otro, se mantienen y reproducen desigualdades y violencias. El modo en que estas tensiones se resuelvan dependerá, en gran medida, de la fuerza y continuidad de las luchas colectivas.



1.1 Marco contextual

1.1.1. Datos epidemiológicos

Este estudio permite visibilizar diversas dimensiones de la vida de las mujeres que viven con VIH en Honduras, en el marco de la región latinoamericana. Se pone énfasis en las distintas formas de violencia que las atraviesan, específicamente vinculadas a su condición de mujeres con VIH. Aunque el análisis forma parte de un proyecto multipaís, el foco en este informe está puesto en el contexto hondureño. Las situaciones registradas en este país guardan similitudes con las de otros, razón por la cual los informes nacionales conservan una estructura y línea de análisis común. Los fragmentos textuales provienen de entrevistas realizadas en Honduras, al igual que la mayoría de los datos contextuales incluidos.

Por otra parte, el informe muestra los avances que han transformado la historia social del VIH, permitiendo que hoy se reconozca como una condición crónica y controlable. Estos progresos han sido posibles gracias a múltiples factores: los desarrollos tecnológicos —como los medicamentos antirretrovirales, las técnicas de seguimiento y el abordaje de patologías asociadas—, el acceso universal a los tratamientos, y la articulación de movimientos sociales que han fortalecido a personas y comunidades, al tiempo que vigilan la calidad y accesibilidad de los servicios disponibles.

Cabe destacar que estos logros no serían posibles sin la participación activa de los movimientos feministas, las redes de mujeres que viven con VIH, los colectivos LGBTQ+, las personas que usan drogas, las personas privadas de libertad y los organismos de derechos humanos. Son estas luchas las que, día a día, marcan la diferencia y sostienen el reclamo por justicia social y garantía de derechos para todas las personas, sin excepción.

En contraposición, el estudio también evidencia la enorme heterogeneidad de realidades que aún persisten, caracterizadas por relaciones estructurales de desigualdad, violencia, explotación y dominación. Las formas y dimensiones de la vulnerabilidad se entrelazan con las de la precariedad, y esta combinación se reproduce de manera persistente tanto en Honduras como en América Latina y el Caribe. La sexualidad, el trabajo formal e informal, las tareas de cuidado, la maternidad, entre otros aspectos, configuran un terreno común que atraviesa las trayectorias de vida de las mujeres entrevistadas.

Desde esta perspectiva, fenómenos como la violencia sexual y de género, el estigma y la discriminación por VIH, las condiciones del trabajo sexual y las violencias hacia mujeres trans deben ser analizados en clave estructural, interseccional y de derechos humanos. Se trata de dinámicas que forman parte de un sistema de jerarquías y relaciones de género aún patriarcal, que organiza y restringe las posibilidades vitales de estas mujeres.

Finalmente, las historias recogidas en este informe dan cuenta de un doble movimiento: si bien se reconocen avances en términos de salud y derechos, también se constata la persistencia de inequidades y violencias. La forma en que estas tensiones se resuelvan dependerá de la capacidad de articulación y lucha de los movimientos sociales que impulsan, desde hace décadas, una vida digna y libre de violencias para todas las mujeres con VIH.



Tabla 1. Indicadores epidemiológicos seleccionados, Honduras, 2023.

Categoría	Indicador	Valor estimado
Personas con VIH	Personas con VIH	20 000 [17 000 – 22 000]
	Personas de 15 o más años con VIH	19 000 [17 000 – 21 000]
	Mujeres (cis) de 15 o más años con VIH	7 700 [6 900 – 8 400]
Prevalencia de VIH (15 a 49 años)	Total	0.2 [0.2 – 0.2]
	Mujeres (cis)	0.1 [0.1 – 0.2]
Infecciones recientes	Total	<1000 [<500 – <1000]
	Personas de 15 o más años	<500 [<500 – <500]
	Mujeres (cis) de 15 o más años	<100 [<100 – <200]
Incidencia por cada 1.000 habitantes	Personas de 15 a 49 años	0.07 [0.05 – 0.10]
	Todas las edades	0.05 [0.04 – 0.07]
Muertes por SIDA	Total	<500 [<500 – <1000]
	Personas de 15 o más años	<500 [<500 – <1000]
	Mujeres (cis) de 15 o más años	<100 [<100 – <500]
Estado del diagnóstico	Personas que conocen su estado	15 000
	Porcentaje que conocen su estado	76 [68 – 84]
Tratamiento antirretroviral (ARV)	Personas en tratamiento ARV	13 000
	Porcentaje en tratamiento ARV	68 [60 – 75]
	Personas con carga viral indetectable	12 000
	Porcentaje con carga viral indetectable	64 [57 – 71]
	Cobertura de personas con VIH que reciben ARV (%)	68 [60 – 75]
	Personas de 15 o más años que reciben ARV	69 [62 – 76]
	Mujeres (cis) de 15 o más que reciben ARV	72 [65 – 78]
	Mujeres embarazadas que reciben ARV para evitar transmisión vertical (%)	55 [49 – 61]
Poblaciones clave	Personas con VIH que han hecho trabajo sexual (TS) (número)	1400
	Prevalencia de VIH en TS	5.0
	Prevalencia de VIH en TS hombres	5.8
	Prevalencia de VIH en TS mujeres	3.2

Fuente: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/honduras>

La razón hombre/mujer de la incidencia del VIH en 2022, para el conjunto de América Latina, fue de 2,46 hombres (al nacer) por cada mujer (al nacer). Cabe destacar que este cálculo se realiza con base en el sexo asignado al nacer, lo que implica que las mujeres trans están incluidas dentro de la categoría “hombres”, lo cual distorsiona la definición adoptada en el presente estudio, que considera a las mujeres trans como parte del universo de mujeres en toda su diversidad (PAHO, 2024).

En el caso de Honduras, para el año 2023 se registraron 13.278 personas en tratamiento antirretroviral (ARV), de las cuales 5.552 eran mujeres cis. Esta cifra representa un aumento del 30 % en relación con el año 2016, cuando se reportaron 10.848 personas en tratamiento. La razón hombre/mujer registrada para 2022 es de 2,90. En cuanto a la incidencia acumulada por sexo al nacimiento, el 65 % corresponde a varones y el 35 % a mujeres (PAHO, 2024).



De acuerdo con los informes estadísticos de la Epidemia de VIH en Honduras (Secretaría de Salud de Honduras, 2024), entre el inicio de la epidemia en 1985 y marzo de 2024 se notificaron un total de 42.445 casos positivos de VIH. De estos, 26.418 corresponden a infección avanzada y 16.027 a VIH asintomático. La principal vía de transmisión continúa siendo la sexual, con un 97,5 % del total de casos.

Durante el primer trimestre de 2024, del total de nuevos diagnósticos, el 48,6 % de las personas se autodefinieron como heterosexuales, el 32,9 % como homosexuales y el 15,6 % como bisexuales. Además, el 1,1 % de los casos notificados en ese período se identificaron como mujeres trans. El promedio anual de casos notificados a nivel nacional se mantiene en 1.060.

En cuanto a la distribución geográfica, para 2024 ocho departamentos concentran el 85,7 % de los casos notificados: Cortés, Francisco Morazán, Atlántida, Colón, Yoro, Choluteca, Olancho e Islas de la Bahía. Las ciudades con mayor carga de VIH son San Pedro Sula, Tegucigalpa, La Ceiba, Choloma, Tocoa, Roatán, Choluteca, Villanueva y El Progreso.

En términos de composición étnica, el 87,3 % de los casos corresponde a personas mestizas, el 4,5 % a la población garífuna y el 4,1 % a personas misquitas. En el acumulado histórico, los hombres representan el 56,75 % de los casos y las mujeres el 43,25 %. No obstante, para el año 2024, el 77,78 % de los casos corresponde a hombres y el 22,22 % a mujeres (Fuente: Informe Estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras, período 1985 - marzo 2024. Secretaría de Salud, junio de 2024).

1.1.2. Descripción del sistema de salud en Honduras con foco en VIH/Sida

El sistema de salud en Honduras se estructura a partir de un modelo basado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Estas redes no se organizan bajo criterios político-administrativos tradicionales —como los niveles municipal, departamental o nacional—, sino que están definidas por el flujo de demanda y las necesidades específicas de la población. En una misma región sanitaria pueden coexistir múltiples redes: algunas abarcan la población de un único municipio, mientras que otras integran dos o más municipios, según los criterios de acceso y cobertura definidos localmente.

Cada Región Sanitaria configuró y delimitó sus redes en función de las características geográficas y poblacionales. Esto ha dado lugar a una distribución desigual en el número de redes por región. Por ejemplo, Islas de la Bahía cuenta con una sola red, la Región de Valle con dos, y la Región Metropolitana del Distrito Central (Tegucigalpa) concentra la mayor cantidad, con un total de ocho redes. En conjunto, el país cuenta con 69 Redes Integradas de Servicios de Salud debidamente establecidas.

En términos de continuidad de la atención, se espera que la población reciba la primera respuesta a su demanda en el Primer Nivel de Atención. Sin embargo, si esta no es suficiente, debe ser derivada mediante referencia a un hospital tipo 1 (básico). A pesar de este diseño, la Secretaría de Salud dispone únicamente de 14 hospitales básicos en todo el territorio nacional.

Frente a esta limitación, varias regiones han identificado proveedores locales alternativos con los que sería posible establecer convenios de gestión para garantizar el acceso efectivo a los servicios. No obstante, mientras la Secretaría de Salud no formalice dichos convenios, las referencias deberán realizarse a los hospitales disponibles según criterios de acceso, sin que esto necesariamente respete la clasificación por nivel de complejidad.



1.1.3. Normativa legal

Honduras se rige por la Ley Especial sobre VIH/SIDA. Tal como señala el equipo nacional de Honduras en su informe final del trabajo de campo:

“los derechos humanos están relacionados con la propagación y el impacto del VIH/SIDA. La falta de respeto por los derechos humanos alimenta la propagación y exacerba el impacto de la enfermedad, al tiempo que el VIH socava el progreso en la realización de los derechos humanos. Este vínculo se manifiesta en la incidencia y la propagación desproporcionadas de la enfermedad entre determinados grupos que, dependiendo de la naturaleza de la epidemia y de las condiciones sociales, jurídicas y económicas imperantes, incluyen a las mujeres y a los niños, y a los que viven en la pobreza. También es evidente el hecho de que la carga abrumadora de la epidemia recae hoy en día en los países en desarrollo, donde la enfermedad amenaza con revertir los logros vitales del desarrollo humano. El VIH y la pobreza son ahora fuerzas negativas que se refuerzan mutuamente en muchos países en desarrollo y Honduras no es la excepción”.

Desde un enfoque constitucional, la Carta Magna de Honduras reconoce explícitamente el derecho a la protección de la salud, estableciendo que:

“Es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas”.

Además, el **artículo 148** estipula que:

“el Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados”.

La Ley Especial sobre VIH/SIDA (Decreto N° 147-99), reformada en 2015 y reglamentada el 2 de diciembre de 2021, establece medidas para la prevención, tratamiento, control e investigación del VIH, y para la educación e información de la población en general. Esta normativa define los mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, así como los derechos y deberes de las personas que viven con VIH.

En sus primeros artículos se definen sus propósitos:

Art. 1. “El propósito de la presente 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 Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como la educación e información de la población en general.”

Art. 2. “Se declara de interés nacional la lucha contra el VIH/SIDA, entendida en los aspectos de control y prevención de la propagación del VIH, considerando como puntos focales la educación y protección de la población en general, el respeto a los derechos y deberes de las personas infectadas por el VIH y enfermas del SIDA en cualquier ámbito, y el tratamiento y la investigación de la infección.”

A su vez, la Ley establece como objetivos fundamentales:

1. Establecer los mecanismos necesarios de coordinación interinstitucional e intersectorial para la educación, prevención, tratamiento, control e investigación del VIH/SIDA.
2. Definir las atribuciones y responsabilidades del Estado y sus instituciones, así como de personas individuales o colectivas vinculadas a esta problemática.
3. Establecer los derechos y deberes de las personas infectadas por el VIH o enfermas de SIDA, y específicamente del personal de salud en riesgo de contagio, así como de la población en general.



De acuerdo con el artículo 5, “la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud será la autoridad encargada de la aplicación de esta Ley, para lo cual coordinará sus esfuerzos con las demás instancias nacionales según su carácter, en lo que se refiere a la educación, prevención, tratamiento, control, información e investigación de la población afectada”.

El artículo 6 establece la creación de una Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), responsable de formular, aprobar y validar políticas nacionales sobre VIH, así como de apoyar el Plan Nacional de SIDA.

Entre los principios fundamentales que rigen esta ley se encuentran:

- Derecho a la atención médica sin discriminación (Art. 47).
- Confidencialidad sobre el diagnóstico (Arts. 60 y 61).
- Prohibición de negación de atención médica (Art. 48).
- Obligación del personal de salud a brindar atención sin restricciones (Art. 49).
- Reconocimiento del VIH como enfermedad ocupacional en casos de contagio laboral (Art. 50).
- Derecho a la libre circulación en espacios públicos (Art. 71).
- Prohibición de solicitud de prueba de VIH para trámites de documentos públicos (Art. 72).
- Derecho a recibir educación e información sobre su condición y derechos (Art. 65).
- Derecho a la educación sin discriminación (Arts. 51, 66 y 67).
- Protección de derechos laborales (Arts. 52 al 55).
- En cuanto a las acciones de promoción, prevención y atención, la Ley establece:
- Consejería obligatoria a toda persona que se realice una prueba de VIH (Art. 56).
- Difusión en medios de comunicación de información sobre VIH, respetando las condiciones culturales y religiosas del país (Art. 19).
- Formación sobre ITS y VIH/SIDA para personal de empresas públicas y privadas (Art. 22), así como para trabajadores del sector turístico (Art. 23).
- Inclusión de contenidos de Educación y Ética Sexual en la educación superior (Arts. 13a18).
- Promoción de investigaciones sobre VIH/SIDA conforme a tratados y resoluciones internacionales ratificados por el país (Arts. 81 al 84).

De forma excepcional respecto a los demás países del estudio, Honduras incluye en su legislación dos artículos que generan especial preocupación:

Art. 73. “Las personas infectadas por VIH o enfermas de SIDA deberán practicar su sexualidad con responsabilidad para con los demás.”

Art. 74. “Todas las personas en conocimiento de su seropositividad al VIH tienen la obligación de comunicar su condición serológica a las personas con las que hayan establecido, establezcan o vayan a establecer relaciones sexuales, a fin de tener el consentimiento informado de la misma.”

Según lo expresado por el equipo local de Honduras, esta normativa se complementa con disposiciones del código penal que permiten sancionar penalmente a las personas con VIH si se comprueba que actuaron con dolo. Actualmente, diversas organizaciones de la sociedad civil, entre ellas ICW, han iniciado procesos de incidencia para su reforma.

Los testimonios recogidos en este informe refuerzan la necesidad de eliminar este tipo de normativas que criminalizan a las personas que viven con VIH. Lejos de promover prácticas de cuidado, estas disposiciones agregan al temor al estigma el miedo al castigo penal, lo cual desincentiva el autocuidado, la búsqueda de apoyo y la comunicación abierta. La criminalización no fomenta comportamientos responsables, sino que profundiza la incertidumbre individual y relacional que viven muchas mujeres con VIH en Honduras.



1.1.4. Violencia hacia las mujeres en América Latina

De acuerdo con el UNFPA (s.f.), la violencia basada en género constituye “una pandemia global que afecta a millones de mujeres mellando su dignidad, su libertad y su autonomía”. En la región, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) estima que entre el 60% y el 76% de las mujeres —es decir, aproximadamente 2 de cada 3— han sido víctimas de violencia por razones de género en distintos momentos de sus vidas. A esto se suma que, en promedio, 1 de cada 4 mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja, lo cual eleva el riesgo de violencia letal.

Asimismo, los matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas constituyen una práctica nociva que persiste de forma extendida en América Latina, afectando a 1 de cada 5 niñas. En un informe reciente, la ONU (2022) señala que Honduras se ubica entre los países más inseguros para las mujeres. Por su parte, ONU Mujeres (s.f.) ha descrito la violencia contra las mujeres como un fenómeno complejo y multidimensional que adopta múltiples formas y se presenta en diversos ámbitos.

En cuanto a la violencia en el ámbito privado —como el maltrato en el hogar o la violencia de pareja— esta se entiende como cualquier patrón de comportamiento utilizado para adquirir o mantener control sobre una pareja íntima. Incluye actos físicos, sexuales, emocionales, económicos y psicológicos, así como amenazas que buscan someter a la otra persona. Esta es una de las expresiones más comunes de violencia que enfrentan las mujeres a nivel global.

La violencia económica se manifiesta a través del intento de generar dependencia financiera, controlar los ingresos y recursos de la pareja, o impedir el acceso al empleo o la educación. En paralelo, la violencia psicológica comprende desde la intimidación, amenazas de daño físico o emocional, hasta el aislamiento forzado de la red de apoyo familiar, escolar o laboral. La violencia emocional, por su parte, puede consistir en la desvalorización constante, el abuso verbal, el impedimento de vínculos afectivos o sociales, y el daño en las relaciones con hijas e hijos.

En el caso de la violencia física, se incluyen actos como golpes, quemaduras, empujones, bofetadas, mordidas, negación de atención médica o uso forzado de sustancias. Esta también puede implicar daños a la propiedad. ONU Mujeres define la violencia sexual como cualquier acto de naturaleza sexual cometido sin consentimiento, o en contextos donde este no puede ser otorgado —por edad, discapacidad, intoxicación, o inconsciencia—, incluyendo prácticas como acoso, violación o violación correctiva, esta última dirigida contra personas por su orientación sexual o identidad de género, con el propósito de imponer una normatividad heteronormativa.

Las mujeres con VIH, además de compartir un diagnóstico de salud, enfrentan situaciones de violencia y estigma específicas. En América Latina, sus experiencias suelen estar marcadas por múltiples formas de violencia a lo largo de la vida. En sus testimonios aparecen relatos que reconocen como violentos, contra los que luchan, resisten o aceptan con resignación. Muchas de estas situaciones están naturalizadas, lo cual impide su denuncia o abordaje efectivo.

Estas experiencias se entrecruzan con otros factores, generando formas de violencia interseccional. El hecho de vivir con VIH —una condición asociada al estigma, al miedo, a la discriminación y al riesgo de muerte en ausencia de tratamiento— se suma a otras desigualdades estructurales y a múltiples marcadores de vulnerabilidad. En este sentido, el estigma y la discriminación se convierten en una forma más de violencia que impacta la salud mental, física y emocional de las mujeres.

Particularmente preocupante es la discriminación en el sector salud. Algunas mujeres han narrado cómo enfrentan prácticas como pruebas pre-ocupacionales obligatorias o la negación de servicios médicos, lo que genera sufrimiento y limita sus condiciones de vida. Aunque han desarrollado diversas estrategias de adaptación o confrontación, estas rara vez se apoyan en herramientas jurídicas debido al desconocimiento o la ineficacia de las normas.



La discriminación puede ser directa —cuando una norma o práctica apunta explícitamente a una categoría— o indirecta, cuando una medida aparentemente general tiene efectos perjudiciales sobre un grupo específico, como sucede con los análisis prelaborales o prenupciales. Estos actos discriminatorios no solo generan consecuencias concretas, sino también efectos anticipatorios: las mujeres internalizan el miedo y optan por el silencio o la autoexclusión, especialmente al buscar empleo, relaciones afectivas o al denunciar violencia.

El impacto emocional de estas experiencias es ambivalente. Muchas mujeres sienten culpa, vergüenza, tristeza, rabia o soledad, pero también orgullo y fuerza por haber enfrentado obstáculos y sobrevivido en entornos adversos. Aun así, la percepción de discriminación social sigue latente, a pesar de los años de lucha contra el estigma y los avances en los tratamientos.

En este informe se destaca la importancia del vínculo entre las mujeres con VIH y el sistema de salud, especialmente en momentos clave como el diagnóstico, el tratamiento y la atención integral. También se identifican cuatro formas fundamentales de violencia que atraviesan sus vidas: la violencia obstétrica en el embarazo, parto y puerperio; la violencia en el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos; la violencia económica y laboral; y la que ocurre en el entorno familiar o de pareja.





Objetivos y estrategia metodológica

2.1. Objetivos

1. Construir un marco de situación actual sobre las formas de violencia hacia las mujeres con VIH en todas sus heterogeneidades en la región, en sus múltiples ámbitos (como la calidad de vida, el acceso a los servicios, el ejercicio laboral, la vida social y familiar, la salud sexual y reproductiva, entre otros).
2. Analizar la situación de violencia que viven las mujeres con VIH en la región, con base en la evidencia reportada por indicadores comparables en el tiempo y entre los países de la región.
3. Generar evidencias para la incidencia y la comunicación política aplicable a espacios clave de toma de decisiones, el diseño y evaluación de políticas públicas, el desarrollo de estrategias de prevención y campañas de comunicación en los ámbitos nacional, regional y global.

Se sugiere la realización de un estudio prospectivo que se desarrolla en atención a dos objetos específicos, a saber:

- a. Identificar indicadores cualitativos que permitan establecer un marco de situación sobre las formas de violencia hacia las mujeres con VIH en Honduras.
- b. Construir una propuesta metodológica para el relevamiento de esta información, que responda a la agenda de la articulación entre ICW Latina y MM+, que permita su implementación y su replicabilidad en otros países de la región.

2.2. Estrategia metodológica

El estudio adoptó una metodología cualitativa, con un enfoque exploratorio y descriptivo, de corte sincrónico. La generación de datos primarios se realizó a través de entrevistas individuales y grupos focales. El universo de análisis estuvo conformado por mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de VIH.

Para la recolección de datos, se empleó la técnica de entrevista semi-estructurada, complementada con grupos focales en cada país participante. La muestra, de carácter intencional, contempló la diversidad etaria dentro del rango de estudio, el año de diagnóstico (incluyendo mujeres nacidas con VIH), así como otros parámetros relevantes como la diversidad geográfica, cultural y la inclusión de mujeres trans.

El equipo de campo estuvo conformado por entrevistadoras, reclutadoras, coordinadoras y transcriptoras, todas ellas vinculadas a redes de mujeres con VIH en sus respectivos países. Estas mujeres contaban con experiencia previa en investigaciones similares y un estrecho vínculo organizacional y comunitario con las poblaciones abordadas. Cabe destacar que el estudio incorporó elementos de investigación-acción, generando impactos positivos en términos de promoción de la salud y fortalecimiento de redes activistas.



Si bien en la investigación cualitativa no se determina un número fijo de casos a priori, se estableció como meta la realización de 50 entrevistas por país, considerando tanto criterios metodológicos como la disponibilidad de recursos financieros para garantizar una participación digna. Cada mujer recibió un incentivo por su tiempo y aporte.

Se procuró incluir una muestra diversa: mujeres cis con distintas orientaciones sexuales, mujeres trans, afrodescendientes, indígenas o de pueblos originarios, migrantes, desplazadas, residentes en zonas urbanas y rurales, trabajadoras sexuales, con y sin ocupación formal, estudiantes, profesionales, jubiladas, con o sin hijas/os y/o nietas/os, y mujeres que nacieron con VIH. Se evitó priorizar liderazgos visibles, privilegiando entrevistas que reflejaran la cotidianidad de la experiencia de vida con VIH.

La investigación indaga temas centrales como el acceso al diagnóstico y la atención en salud, las condiciones laborales y familiares, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y las experiencias de estigma, discriminación y violencia. Todo ello con el objetivo de aportar evidencia útil para la formulación de políticas públicas e iniciativas de incidencia a nivel nacional y regional.

Las dimensiones abordadas en las entrevistas y grupos focales fueron:

- Datos sociodemográficos e identitarios.
- Diagnóstico de VIH y atención en salud integral.
- Embarazo y atención prenatal y posnatal.
- Estigma y discriminación.
- Contexto laboral y situación económica.
- Conyugalidad y relaciones familiares.
- Sexualidad y salud sexual y reproductiva.
- Redes de apoyo y ejercicio de derechos.

A partir de estas dimensiones —que se desglosan en múltiples subdimensiones— se realizó un análisis detallado de las vivencias de violencia, discriminación y exclusión, considerando la interacción entre el género, el VIH y otros factores estructurales clave

2.3. Descripción de la muestra final de entrevistas y grupo focal

En total, se realizaron 56 entrevistas en profundidad a mujeres con VIH residentes en Honduras. De estas, seis fueron empleadas como entrevistas piloto; sin embargo, la coordinación nacional decidió incluirlas en el análisis general del estudio. La muestra estuvo integrada por mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de VIH. En su mayoría, se trató de mujeres adultas cis que adquirieron el virus por vía sexual; además, se incluyeron 11 mujeres adultas que nacieron con VIH.

Al igual que en los demás países participantes del estudio, la muestra en Honduras presenta una alta representación de mujeres que se identificaron como indígenas o pertenecientes a pueblos originarios (o descendientes de estos), así como de mujeres afrodescendientes —quienes, en algunas regiones, constituyen la mayoría— y mujeres campesinas. En contraste, las mujeres blancas tuvieron una participación marginal en el estudio, lo que plantea interrogantes importantes sobre la manera en que el racismo opera como forma estructural de violencia en las vidas de las mujeres que viven con VIH.

Por su parte, las participantes de los grupos focales cumplieron con los mismos criterios de inclusión y exclusión definidos para las entrevistas individuales, garantizando así la coherencia y comparabilidad en la construcción de los datos cualitativos.



Tabla 2. Características de la muestra cualitativa, Honduras, 2024.

Categoría	Subcategoría / Variable	Cantidad
Cantidad de entrevistas		56*
Edad	Rango etario	18-70
	Edad promedio	46
Distribución por grupos etarios	Rango etario	15
	Edad promedio	7
	18-29	4
	30-39	30
	40-49	2
	50 y +	7
Tiempo desde el diagnóstico	Diagnóstico reciente (hasta 5 años)	5
	Entre 6 y 10 años	42
	Entre 11 y 15 años	11
	16 años o más	37
	Nació con VIH	18
Nivel educativo	Bajo	1
	Medio	26
	Alto	-
Situación laboral	Sector informal/independiente, baja calificación	7
	Desempleada	23
	Media o alta calificación	56
	No trabajan ni buscan empleo	0
Sector donde atiende su salud	Sistema Público	41
	Seguros Social / Sistema Privado	2
Situación conyugal	Soltera o sin pareja	4
	Viuda	5
	Separada o divorciada	8
	Casada	42
	Relación de pareja, convivencia o noviazgo	0
Tuvo hijos/as		56
Identidad de género	Trans	42
	Cis	0

Fuente: Estudio sobre las Formas de Violencia hacia las Mujeres con VIH en Bolivia, Honduras, Panamá y Paraguay, 2024.

Nota: *Se realizaron un total de 56, de las cuales 6 fueron utilizadas como prueba piloto y no se consideraron para el análisis.

Las edades de las mujeres entrevistadas oscilaron entre los 18 y los 70 años, con una edad promedio de 46 años. La distribución etaria mostró una concentración en los grupos extremos, con menor presencia en los rangos intermedios. De las participantes, 15 tenían entre 18 y 29 años; 7 entre 30 y 39 años; 4 se encontraban entre los 40 y 49 años; y 30 tenían 50 años o más.



En relación con el nivel educativo, 17 participantes contaban con formación básica (primaria incompleta o completa, y secundaria incompleta); 20 tenían nivel medio (secundaria completa o estudios terciarios/universitarios incompletos), y 13 habían alcanzado un nivel medio alto o alto (terciario o universitario completo). Respecto a la situación laboral, la mayoría trabajaba en el sector informal o en actividades de baja calificación (30 mujeres); 11 estaban desempleadas; 7 ejercían empleos de alta o muy alta calificación, y 2 no trabajaban ni buscaban empleo en ese momento (una de ellas era estudiante y la otra, ama de casa). Asimismo, se identificó que 2 mujeres trans y 2 mujeres cis habían ejercido o ejercían trabajo sexual.

La atención en salud estaba principalmente cubierta por el sistema público, al cual recurría la mayoría de las entrevistadas, mientras que solo 5 acudían a servicios de seguro social o al sistema privado. En cuanto al estado civil, 19 se identificaron como solteras; 7 como viudas (de las cuales solo una mencionó haber formado una nueva pareja); 8 estaban casadas y 16 mantenían una relación de pareja, convivencia o noviazgo. Cuarenta y cuatro de las entrevistadas habían tenido hijos, y tres se identificaron como mujeres trans. Además, al menos una participante se reconoció como lesbiana y otras dos como bisexuales.

2.4. Desarrollo del trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrolló de forma presencial entre abril y julio de 2024, y comprendió la realización de 50 entrevistas en profundidad en tres departamentos (Cochabamba, La Paz —incluido El Alto— y Santa Cruz), así como un grupo focal en Santa Cruz. Además, se llevó a cabo la transcripción de todas las grabaciones. Apenas se conformó el equipo de investigación nacional —integrado por una coordinadora, dos entrevistadoras y una transcriptor— se definieron agendas comunes de trabajo. El proceso comenzó a fines de abril con una capacitación de dos días, orientada a establecer pautas compartidas, especialmente en lo referente al encuadre ético del estudio, consensuar el cronograma de entrevistas y transcripciones, acordar lineamientos para el registro de la muestra, y familiarizarse con la guía de entrevistas.

Las entrevistas comenzaron a aplicarse en la primera semana de mayo y se realizaron de manera continua hasta alcanzar la meta en el mes de julio. A lo largo de este proceso, el equipo de investigación nacional enfrentó diversos desafíos logísticos y emocionales, que fueron superados gracias a las capacidades individuales de sus integrantes y al acompañamiento permanente de las compañeras de los equipos nacionales, así como del Equipo Técnico Regional, las redes ICW-LATINA y MM+, y HIVOS.

Como parte del proceso, se solicitó a las entrevistadoras:

- presentar un plan de trabajo individual adaptado a su tiempo, contexto geográfico, liderazgo y realidad social de su ciudad, conforme a lo estipulado en los Términos de Referencia.
- realizar un mapeo de mujeres con VIH en toda su diversidad (edad, cultura, vivencias), incluyendo a mujeres trans, visibilizando tanto las formas de violencia como las expresiones de resiliencia;
- identificar y gestionar, junto con la Coordinadora, espacios adecuados para las entrevistas que garantizaran confort, confidencialidad y accesibilidad geográfica, siendo seleccionadas para ello las oficinas del subreceptor ASUNCAMI en Santa Cruz, Cochabamba y La Paz;
- solicitar a las participantes, en el marco de fortalecer una red de apoyo entre pares, referencias a otras compañeras, lo cual se logró en varios casos.

Para garantizar el desarrollo fluido del estudio y evitar barreras institucionales, se realizó una socialización previa con el Programa de Enfermedades Infectocontagiosas del Ministerio de Salud y con organizaciones de sociedad civil vinculadas a la respuesta al VIH, en una reunión del Comité Nacional de Redes. Además, ante la necesidad de coordinar y compartir experiencias de campo, se llevaron a cabo dos reuniones plenarias regionales virtuales: la primera a finales de mayo, con el objetivo de evaluar colectivamente el avance del trabajo de campo, intercambiar aprendizajes, desafíos y hallazgos preliminares, y ajustar cuestiones logísticas; y la segunda, a finales de junio, centrada en aspectos administrativos y organizativos, incluyendo ajustes de agenda y cronograma de trabajo.



En ambas reuniones también se discutieron estrategias ante la eventual identificación de situaciones de alta vulnerabilidad o exposición a diferentes formas de violencia. Dado que estos casos requerían abordajes contextualizados, las integrantes de los equipos nacionales, junto con ICW-LATINA y MM+, construyeron articulaciones para facilitar información y brindar herramientas de apoyo a las mujeres entrevistadas, buscando, en la medida de lo posible, contener y acompañar estas situaciones. El trabajo de campo evidenció la relevancia de una estrategia de investigación participativa, centrada en el protagonismo comunitario, para comprender con profundidad las formas de violencia que enfrentan las mujeres con VIH.

Este proceso investigativo involucró a una diversidad de actores con distintos roles, entre ellos las redes de mujeres ICW-LATINA y MM+, el equipo investigador regional coordinado por el CENEP, los equipos nacionales, el subreceptor principal (HIVOS) y los subreceptores de los cuatro países donde se implementó el estudio. En este entramado, los procesos de coordinación, ejecución, acompañamiento e incluso el acceso a los recursos financieros enfrentaron diferentes retos. Sin embargo, gracias al compromiso, disponibilidad y responsabilidad de los equipos nacionales, se logró superar dificultades como retrasos en el desembolso de fondos, cambios en las fechas de entrevistas y ajustes derivados de procesos de retroalimentación, garantizando la calidad y el cumplimiento del cronograma del trabajo de campo.

Finalmente, en el mes de julio se concluyó la etapa de entrevistas y sus transcripciones. A mediados de mes se realizó una capacitación específica para el desarrollo de grupos focales, en la que se compartieron herramientas metodológicas, se acordaron criterios de reclutamiento y se ajustó la guía que orientaría la actividad. En la semana siguiente, se llevó a cabo el grupo focal en Santa Cruz. Este espacio, basado en el intercambio grupal, permitió la emergencia de dimensiones y matices sobre las múltiples formas de violencia vividas por las mujeres con VIH en su diversidad, y fue clave para profundizar en aspectos subjetivos y colectivos que no siempre afloran en las entrevistas individuales.

2.5. Perspectiva de análisis: vulnerabilidad e interseccionalidad

Vulnerabilidad

Los resultados del estudio se analizan desde una perspectiva de vulnerabilidad con enfoque de género, interseccionalidad y derechos humanos. La vulnerabilidad de las mujeres que viven con VIH no se concibe como una característica inherente a ellas o a sus grupos, sino como el resultado de desigualdades estructurales que, además de afectarlas, contribuyen a reproducir dichas inequidades. Esta mirada permite comprender que la vulnerabilidad puede expresarse en tres dimensiones: individual, social y programática (Paiva, Ayres, et al., 2018), algunas de las cuales son compartidas por muchas mujeres, mientras que otras resultan específicas según sus condiciones de vida.

Interseccionalidad

El concepto de interseccionalidad tiene sus raíces en los aportes del feminismo negro, tanto estadounidense como latinoamericano, que buscó visibilizar las formas específicas en que se entrelazan el racismo y la violencia de género en la vida de las mujeres (Viveros Vigoya, 2016). Como herramienta política y epistemológica, permite analizar cómo diferentes dimensiones —como el género, la raza, la clase social, la edad o la ubicación territorial respecto de los centros urbanos— configuran de manera diferencial las experiencias individuales y colectivas (Amuchástegui et al., 2022; Pontón y Viveros Vigoya, 2017; Rodó Zárate, 2021).

Desde esta perspectiva, la interseccionalidad resulta fundamental para el estudio, cuyo objetivo es comprender las formas de violencia que enfrentan las mujeres con VIH en su diversidad. Esta diversidad está compuesta por mujeres que se han identificado, en términos étnico-raciales, como negras, afrodescendientes, indígenas y/o pertenecientes a pueblos originarios; también como mujeres trans, migrantes, con discapacidad, madres o abuelas. Muchas han señalado las dificultades para acceder al mercado laboral, autodefiniéndose como trabajadoras empobrecidas.



En la mayoría de los casos, estas dimensiones se entrecruzan en una misma vida, generando formas singulares de habitar el mundo, afrontar obstáculos y construir estrategias cotidianas de subsistencia y resistencia, tal como se evidencia en los testimonios recogidos en este informe.

En contextos marcados por profundas desigualdades sociales, como los de América Latina, la articulación de factores como el género, la clase y la raza intensifica las distintas expresiones de violencia. Por ello, una descripción detallada del universo de mujeres participantes resulta esencial para comprender la complejidad estructural que atraviesa sus vidas y que constituye el trasfondo de los análisis presentados.

Adoptar una perspectiva interseccional implica el compromiso de identificar cómo se articulan estas dimensiones y de qué manera inciden concretamente en la vida de las mujeres con VIH. Esto se abordará a lo largo del informe, a partir del análisis de los testimonios recogidos y mediante preguntas orientadoras que abren camino hacia comprensiones más específicas de las múltiples violencias que experimentan: ¿cómo se expresa la violencia institucional del sistema de salud hacia las mujeres con VIH? ¿Qué ocurre cuando se trata de mujeres pobres, negras, indígenas o trans? ¿Cómo impacta la violencia económica en mujeres mayores de 40 años sin acceso a educación formal? ¿Cómo se manifiestan las formas de violencia laboral según si tienen o no hijas/os a cargo? ¿Qué sucede cuando también se enfrenta una discapacidad, sea visual, auditiva, motriz u otra?

En este contexto, muchas participantes reconocieron el espacio de la entrevista como un lugar de desahogo, de encuentro y de escucha sin prejuicios con otra mujer que vive con VIH. El agradecimiento expresado al finalizar muchas de estas conversaciones evidenció la escasez de espacios seguros para hablar no solo del dolor, sino también de las múltiples formas de resistencia que cada una ha construido, muchas veces de forma silenciosa y artesanal, para seguir habitando el mundo.





3. Resultados

3.1. El proceso diagnóstico

3.1.1. El diagnóstico del VIH

Antes de la introducción de las terapias antirretrovirales (ARV) combinadas a finales de los años noventa —que demostraron ser eficaces, primero para controlar la infección y posteriormente para evitar la transmisión del virus—, la diferencia entre ser una persona seropositiva y estar en la fase del “sida declarado” era aún muy marcada. En ese entonces, muchos profesionales de la salud estimaban que, una vez desencadenado el “sida clínico”, el pronóstico de vida oscilaba entre uno y dos años, debido al deterioro acelerado del sistema inmunológico y a las patologías oportunistas que provocaban internaciones frecuentes. Los tratamientos eran complejos y con efectos secundarios severos. La mayoría de las mujeres entrevistadas en Honduras recibió su diagnóstico entre finales de los años noventa y la primera década de los 2000.

Varias de las participantes diagnosticadas en aquellos años, o que convivieron con personas en esas condiciones, recuerdan ese horizonte sombrío, que ha cambiado con el tiempo. Actualmente, los tratamientos ARV permiten conservar una buena calidad de vida, y la idea de una muerte cercana dejó de ser una condena inevitable. Paralelamente, se han impulsado normas que promueven la no discriminación y garantizan el acceso al tratamiento. Sin embargo, el diagnóstico sigue marcando una ruptura profunda: es un antes y un después que provoca preguntas sobre el presente, el futuro y el pasado reciente.

Aunque el temor a la muerte inmediata ha disminuido, persisten otros temores: al estigma, a la discriminación, a la violencia, a la pérdida de vínculos o a la profundización de precariedades. El miedo al rechazo

de la familia, de las parejas o del entorno social continúa siendo una realidad, incluso cuando los marcos legales y discursivos han avanzado. Las mujeres siguen enfrentando situaciones en las que la confidencialidad no se respeta, incluso por parte de profesionales del sector salud, generando daños emocionales significativos.

Aquellas que recibieron su diagnóstico en los años noventa relatan con claridad el impacto subjetivo y familiar, la angustia, la incertidumbre, el estigma y los tránsitos difíciles hasta lograr reorganizar sus vidas, iniciar el tratamiento y adaptarse. Esta experiencia estuvo marcada también por las redes previas, la familiaridad con el tema del VIH y las propias percepciones de vulnerabilidad.

En general, las experiencias de diagnóstico se describen con una narrativa similar, más allá del año en que se produjo. Resulta más decisivo el momento vital: si ocurrió durante el embarazo o puerperio, cuando había hijos pequeños a cargo, o si sucedió en una etapa post-reproductiva, lo cual suele estar atravesado por prejuicios sociales sobre la sexualidad en mujeres mayores. En todos los casos, el diagnóstico representa una ruptura biográfica, un evento que obliga a repensar la vida, los vínculos y las expectativas, muchas veces bajo el peso de la culpa.

Inmediatamente después del diagnóstico surgen preguntas sobre el origen de la infección, quién la transmitió y cómo, lo que en ocasiones lleva a procesos acusatorios. También aparece la urgencia por saber qué hacer: iniciar análisis, comenzar tratamiento y, en contextos de embarazo, evaluar la posible transmisión vertical, lo que genera miedo, incertidumbre y sentimientos de culpa. En muchos relatos, se menciona la ausencia o la baja calidad de



la consejería post-test, lo que dificulta el proceso de aceptación y adherencia al tratamiento. La consejería adecuada, así como el acompañamiento psicológico, son componentes fundamentales para un abordaje integral del diagnóstico.

Si bien el estigma y el miedo siguen presentes en todos los relatos, se identifican matices en función del contexto histórico. A finales de los años noventa y principios de los 2000, la falta de información, los prejuicios sociales y la limitada disponibilidad de tratamientos y acompañamiento hacían de la experiencia del diagnóstico algo mucho más devastador. Sin embargo, como revelan los testimonios actuales, muchas de esas condiciones aún persisten.

Ninguna de las entrevistadas mencionó haber accedido a profilaxis post-exposición (PEP) en casos de violencia o exposición accidental, ni hizo referencia al uso de PrEP (profilaxis pre-exposición), herramienta preventiva actualmente disponible para personas seronegativas. Esto refleja una brecha informativa y de acceso, incluso en contextos donde estas estrategias ya deberían estar incorporadas como parte de la respuesta integral.

En resumen, pese a los avances biomédicos y normativos, ciertas prácticas y omisiones se mantienen. Los diagnósticos tardíos continúan siendo frecuentes, especialmente cuando las mujeres presentan síntomas o acuden al control prenatal. La consejería previa al análisis es prácticamente inexistente, y la posterior suele ser deficiente. La persistencia de estas fallas refuerza la urgencia de fortalecer la calidad y el enfoque de derechos en los servicios de salud vinculados al VIH.

Proceso que lleva al diagnóstico de VIH

Esta sección detalla las circunstancias y procesos que condujeron a la realización de la prueba de VIH. Con excepción de las mujeres jóvenes nacidas con VIH, la mayoría de las mujeres cisgénero entrevistadas contrajeron el virus a través de relaciones heterosexuales. En el caso de las mujeres trans, también se reporta transmisión por vía sexual. No se registraron en el estudio casos en los que se atribuyera el contagio a transfusiones sanguíneas o al uso de drogas inyectables.

Este dato abre una serie de interrogantes. ¿Qué tipo de norma es la heterosexualidad y cómo opera en las relaciones de las mujeres que viven con VIH? Dos comentarios permiten esbozar una respuesta preliminar.

Por un lado, muchas mujeres señalaron haber adquirido el VIH “estando quietas”, es decir, en el contexto de relaciones sexoafectivas estables, monogámicas, a menudo con sus esposos o parejas, padres de sus hijas e hijos. En algunos casos, estos hombres ya conocían su diagnóstico y decidieron no compartirlo con sus compañeras. Como se mencionó previamente, para muchas mujeres el diagnóstico fue sorpresivo y ocurrió tras la aparición de síntomas (en ocasiones graves), o durante controles prenatales. Posteriormente, superado el impacto inicial, varias de ellas asumieron el cuidado de su propia salud y también la de sus parejas.

Por otro lado, existen mujeres cuyas trayectorias de vida no se ajustan a los mandatos tradicionales impuestos por la norma heterosexual y el machismo. Son mujeres con una vida sexual activa, con múltiples vínculos sexoafectivos, que disfrutaban de espacios nocturnos, salidas o fiestas. En estos casos, el diagnóstico suele ser interpretado por su entorno —y a veces por ellas mismas— como una forma de castigo, reforzado por familiares, profesionales de la salud e incluso por discursos sociales que culpabilizan y estigmatizan.

A continuación, se presentan los distintos contextos en los que tuvo lugar la realización de la prueba de VIH. Uno de los más frecuentes fue durante el embarazo o en el momento del parto. Otro contexto recurrente fue el conocimiento del diagnóstico de una pareja o ex pareja. También se realizaron pruebas ante la aparición de síntomas físicos o por iniciativa propia durante controles médicos, al donar sangre o en requerimientos laborales. Asimismo, se incluye el caso de mujeres nacidas con VIH.

El acceso temprano al diagnóstico posibilita el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral, mejora la calidad de vida y permite prevenir la transmisión del virus, tanto por vía sexual como vertical. En contraste, cuando el diagnóstico es tardío, se presentan síntomas avanzados y se incrementa el riesgo de transmisión a otras personas, situaciones que podrían haberse evitado con una detección más temprana.



Tabla 3. Contexto del diagnóstico, respuesta múltiple. Honduras, 2024.

Motivo	Número de casos
En contexto de embarazo o parto	2
Por síntomas o resultado positivo en una pareja	9
Por aparición de síntomas	11
En un control de rutina	0
Nació con VIH	11
Otros o sin información	17*

Fuente: Estudio sobre las Formas de Violencia hacia las Mujeres con VIH en Bolivia, Honduras, Panamá y Paraguay, 2024.

Nota: *Debido a algunas dificultades durante el trabajo de campo, no se pudo reconstruir esa información.

** En algunos casos es en contexto de síntomas en ambos.

Los contextos diagnósticos

Este apartado describe los principales contextos en los que ocurre el diagnóstico del VIH. Debido a algunas limitaciones durante el trabajo de campo, no fue posible reconstruir esta información para todas las entrevistadas. Un escenario recurrente en el que se toma conocimiento del diagnóstico seropositivo es durante los controles vinculados al embarazo, el parto y la maternidad. Otro contexto identificado con frecuencia es el testeado realizado tras la confirmación del diagnóstico en una pareja o la aparición de síntomas en ella. Asimismo, es común que las mujeres decidan hacerse la prueba al presentar síntomas, a veces simultáneamente con los de su pareja. Finalmente, se identificaron otros contextos menos frecuentes que también aportan información relevante sobre el acceso a los servicios de diagnóstico y la situación general de salud.

Contexto de embarazo, parto y/o maternidad

Los contextos diagnósticos más frecuentes del VIH en mujeres cis están vinculados al embarazo, el parto y la maternidad. La detección suele ocurrir durante los controles prenatales, en ocasiones con embarazos avanzados o incluso en el momento del parto. Esta situación evidencia tanto la escasez general de testeos como el lugar específico que adquieren las mujeres embarazadas dentro del sistema de salud. El momento en que se realiza la prueba, así como la forma y el contexto en que se comunica el diagnóstico, a menudo se solapan con prácticas que pueden enmarcarse dentro de lo que se denomina violencia obstétrica. Este aspecto será retomado más adelante.

Uno de los casos describe a una mujer que se realiza la prueba al no lograr quedar embarazada, aunque no resulta claro por qué motivo clínico se le solicita un test de VIH. El resultado positivo la lleva a abandonar su deseo de gestar. Su compañero, seronegativo, la acompañó durante el proceso. También encontró apoyo en otras mujeres viviendo con VIH, quienes le explicaron aspectos del tratamiento y contribuyeron a contener su angustia.

“Yo me enteré porque el que actualmente es mi esposo... Nosotros teníamos unos cinco años de vivir en unión libre para ese entonces y yo ..., bueno con él, los dos lo hablamos y llegamos a un acuerdo de tener un bebé, entonces lo consensuamos y ya habían pasado cinco años y yo no quedaba embarazada. Entonces a raíz de eso yo pedí una cita con la ginecóloga y me mandó a hacer una serie de exámenes, entre esos exámenes iba el examen del VIH, y cuando me dieron el diagnóstico, fue cuando los exámenes habían arrojado eso. De ahí todo cambió, así fue como me di cuenta de mi resultado de seropositividad (...) Después, todo cambió, al darme cuenta yo de eso... Pienso que como cualquier persona me sentí desesperada, me sentí abatida, y cuando yo llegué a mi casa, el que ahora es mi esposo, que en ese tiempo sólo era mi compañero, pues él sabía que ese día yo iba a consulta y que iban a leerme los exámenes que me había hecho, yo llegué y me fui de paso para el cuarto y me fui allá a llorar... y él llegó, se me acercó y me preguntó, ‘¿qué te pasa?’ ‘No, nada’, le dije yo así, entonces él me dijo, ‘¿qué pasó, salió



positivo el examen de VIH?’ ‘Sí, le dije yo, e incluso en ese momento yo no sabiendo porque yo tenía a mi hija, que no era hija de él y...yo dije: ‘no sé, ¿soy yo, será él?’; pero una al no tener la certeza si él también eh...era seropositivo. Pero como yo ya tenía mi diagnóstico, yo le dije a él en ese momento que yo le daba su libertad, y que si él agarraba sus cosas y decidía irse de la casa, que yo no lo iba a juzgar o lo iba a recriminar, que yo le devolvía su libertad, pero gracias a Dios me dijo ‘no... yo no me estoy yendo, para mí usted no tiene nada, y yo no la amo por una condición, yo la amo por lo que usted es y no se preocupe de ésta vamos a salir adelante’; pues gracias a Dios, hasta ahí estuvo bien, sí, yo sentí aquel apoyo de parte de él eh... Yo empecé a ir a grupos de autoapoyo. Esos me ayudaron bastante. Tenía unas compañeras muy lindas, que algunas de ellas hoy día no están ya, y me ayudaron mucho, me ayudaron mucho en ese tiempo. Luego de eso yo me agarré del ejemplo de verlas a ellas, que ellas me decían ‘mira, mira esto, no es nada, mira yo tengo tantos años, tenés que tener una buena adherencia’; y empezaron a darme consejos. Me agarré de todo eso y aprendí a tener aceptación; pues yo dije: bueno tengo que aceptarla y ya, tengo que aceptar que este virus vive en mí y pues aprendí a aceptarlo, a aceptar, aprendí a tener una buena adherencia, tuve que aprender a tomar mis antirretrovirales eh... ya no a desvelarme, ya pues ya no andar en fiestas, en discos, fui dejando todo eso. Hubo muchas dificultades porque mi esposo sí él pues siguió saliendo, luego se hizo el examen salió negativo, hasta el sol de hoy él sigue saliendo negativo, se quedó a mi lado, sí yo sé que me ama pero ha habido dificultades e incluso muchas veces no sé si conscientemente o inconscientemente, nunca me lo ha dicho con palabras, pero hay momentos que yo me he sentido minimizada por él, porque pues a raíz de eso, una decisión que yo tomé de no darle un hijo porque yo le dije, ya, en esta condición, yo ya no te voy a poder dar un hijo, pero él me dijo que no, que no le hacían falta porque no estaba conmigo para que yo le diera hijos, pero siento que si fue algo como que lo bloqueó a él, entonces yo siempre lo miraba como... que cuando él miraba niños así o vecinitos a chinearlos, él jugaba con ellos y yo porque él es bien querendón con los niños, entonces yo siempre he sentido como que le hizo falta eso a él, pues en

el transcurso de los años nosotros nos casamos porque llegamos a los pies de Cristo, nos casamos pues él dejó la bebida, dejó muchas cosas, pero el enemigo nunca duerme, volvió a caer y no es que él sea un hombre uy el súper esposo, pero se puede decir que tenemos una buena relación, dentro de lo que cabe cuando él tiene trabajo es muy responsable, pero actualmente la situación económica no está muy bien, los trabajos han ido decayendo; eso a veces a él lo pone como que se estresa, porque él a veces dice púchica, lo que hay se está gastando y no está entrando nada, entonces tal vez ya vienen los pagos, pagar luz, pagar esto, lo otro, entonces como que él como que se frustra.” (Honduras)

En muy pocos casos las mujeres entrevistadas han tenido hijas o hijos que nacieron con VIH. Se trata, en general, de mujeres que estaban o están en relaciones heterosexuales de larga data o convivencia sostenida. No siempre sus parejas conocen o reconocen su propio diagnóstico.

Aunque la prueba debería solicitarse al inicio de la gestación, algunas mujeres fueron diagnosticadas recién al momento del parto, incluso en años recientes. En estos contextos, el miedo a haber transmitido el virus a una hija o hijo resulta más angustiante que la incertidumbre sobre su propia salud. Más adelante se retomará la cuestión del temor a dañar a sus hijas e hijos, no solo en términos de salud o transmisión, sino también por los efectos del estigma, la discriminación o la exclusión social que puedan enfrentar como consecuencia del diagnóstico materno.

Las mujeres entrevistadas ubican a sus hijas e hijos como una prioridad absoluta en sus vidas. Temen la posibilidad de haberles transmitido el virus, de morir y dejarlos solos, o de enfrentar reclamos cuando los niños y niñas crezcan. Si bien el diagnóstico marca un punto de quiebre en la vida de las mujeres, su impacto biográfico se intensifica cuando se entrecruza con experiencias de maternidad.



De acuerdo con el informe del equipo nacional de Honduras:

Las mujeres que se enteraron de su diagnóstico en el momento del embarazo o el parto y le han transmitido el VIH a sus hijos e hijas, sienten culpa y miedo por cómo la violencia escolar e institucional puede afectarles. (Informe del equipo nacional)

En los casos de mujeres que crían hijas o hijos que nacieron con VIH, la culpa se entrelaza con una sobrecarga de cuidados, lo cual incrementa la exigencia física y emocional sobre ellas. Esta situación repercute directamente en su bienestar y en las condiciones de reproducción de la vida cotidiana, generando un desgaste sostenido.

Algunos diagnósticos vinculados al embarazo y la maternidad se produjeron después del nacimiento, cuando el testeo se realizó inicialmente a la criatura por la aparición de síntomas, y luego a la madre. En estos casos, el impacto es doble: implica tanto el conocimiento del estado serológico como la confirmación de la enfermedad en la hija o hijo.

“Yo iba a un hogar, yo iba a otro, buscando la ayuda todos los días, porque mi hija se ahogaba, no podía respirar. Y yo decía ‘¡Dios mío!, ¿qué es lo que tiene mi hija? ¿Qué será eso? ¿Y cómo hago?’ Me abrió los ojos y me dijeron: ‘Esta niña lo que tiene es una enfermedad terminal. ¿Y usted se hizo el examen?’ ‘Sí’, le dije. ‘¿Y usted cómo sale?’ ‘Igual que ella’, le dije yo. ‘¿Usted?’ Me dijo. ‘Pues las dos están iguales.’” (Grupo Focal Honduras)

Una de las situaciones más dolorosas es enterarse simultáneamente del diagnóstico propio y de la transmisión vertical, especialmente cuando, como en algunos casos, la criatura fallece poco tiempo después.

Dado que existen protocolos efectivos para prevenir la transmisión del VIH madre-hijo/a, resulta indispensable garantizar el acceso universal y sistemático a los controles prenatales, incluyendo la oferta temprana de la prueba de VIH. En caso de un diagnóstico positivo, deben asegurarse procesos adecuados de consejería y el cumplimiento integral de las medidas preventivas. Para las mujeres nacidas con VIH, esta información debe estar disponible desde antes de planificar o desear un embarazo.

Diagnóstico de VIH a raíz de aparición de síntomas o diagnóstico de VIH en una pareja

Las parejas o compañeros no siempre conocían su diagnóstico de VIH. Los varones heterosexuales, en particular, tienden a no realizarse pruebas de detección. Entre quienes sí sabían, algunos compartieron la información con su pareja; otros, en cambio, decidieron no hacerlo, lo cual es una práctica común. Hay casos en los que ambos miembros de la pareja se enteran al mismo tiempo, incluso cuando presentan síntomas simultáneamente. En ocasiones, la información sobre el diagnóstico del compañero o excompañero llega a la mujer a través de terceras personas. Los escenarios son diversos.

Uno de los motivos que impulsa a las mujeres a realizarse la prueba de VIH es enterarse —o sospechar— que su compañero, generalmente una pareja estable, vive con el virus. Esto puede suceder cuando él ya presenta síntomas o incluso tras su fallecimiento. En muchos casos, la mujer se entera por rumores o comentarios de otras personas, más que por un reconocimiento directo por parte del propio compañero.

Las sospechas pueden surgir a partir de ciertos indicios: cambios en el comportamiento habitual, como dejar el alcohol, o la presencia de nuevos medicamentos en casa. En estos casos, algunas mujeres asumen el rol de descubrir la situación serológica de sus parejas, quienes, por diversas razones, no comparten su diagnóstico. El conocimiento del diagnóstico de una pareja o expareja enciende una alarma que, con frecuencia, motiva a las mujeres a realizarse una prueba, ya sea por decisión propia o por recomendación médica.

La interrogante sobre el momento y la forma de la transmisión se instala de inmediato. Y con ella, otras preguntas implícitas que evocan culpa o sospecha: ¿cómo ocurrió? ¿con quién o con quiénes tuviste relaciones sexuales? Estas no solo provienen del entorno social o sanitario, sino que muchas veces son formuladas por la propia mujer afectada, cargadas de dolor y autoacusación.

En el contexto del VIH, la lógica culpabilizante reproduce injusticias, ya que no solo discrimina a quienes viven con el virus, sino que también genera una sensación de invulnerabilidad en quienes se perciben fuera del riesgo, lo que desincentiva prácticas de prevención y cuidado.



El estigma y la discriminación no afectan únicamente a la persona diagnosticada, sino también a su entorno cercano. La responsabilidad por la infección suele proyectarse sobre la propia mujer, su actual o anterior pareja, o sobre terceras personas imaginadas: otra mujer —en ocasiones trabajadora sexual—, o incluso un hombre. La búsqueda de culpables persiste como un mecanismo social frente a cada nuevo diagnóstico: ¿cómo ocurrió?, ¿quién fue?, ¿cómo contrajo el virus esa persona?

Diagnóstico por aparición de síntomas

Uno de los motivos que conduce a realizarse la prueba, generalmente en etapas avanzadas, es la aparición de síntomas, en ocasiones persistentes o severos. A pesar de estos indicios, muchas de las mujeres entrevistadas expresaron que el diagnóstico resultó sorpresivo, marcando un punto de quiebre en sus vidas. Esta sorpresa suele vincularse al hecho de que la transmisión del virus ocurrió dentro de una relación sexoafectiva estable, donde, en varios casos, la pareja conocía su diagnóstico, pero no lo compartió por diversas razones.

“Cuando nos enteramos fue porque a mí me pegaba fiebre, empecé con diarrea, con calentura y llamaron a mi familia, mi familia llegó a la casa, me llevaron al hospital (...) y le dijeron a mi hermana si me podía hacer un examen de VIH, y mi hermana dijo que sí, y ahí fue cuando le dieron el diagnóstico a mi hermana.

P: ¿Y qué pasó después?

R: Yo me sentí triste y pensé en mis hijos, y pensé en mi pareja porque yo dije él fue, con nadie más he estado yo. Él se me negó, pero luego me confesó que había tenido una relación con una pareja allá en Guaimaca, y hasta me enseñó la pareja con quien él estaba y hasta tuvieron un hijo, pero ella siempre ahí está. Él ya falleció y ya pues gracias a Dios yo estoy bien y eso es todo lo que yo puedo decir” (Honduras).

El diagnóstico tardío, ya sea en la mujer o en su pareja, constituye un problema significativo. En este sentido, resulta pertinente preguntarse si se trata de un fenómeno del pasado o si, por el contrario, sigue siendo frecuente. La evidencia recogida en los países muestra que los diagnósticos tardíos siguen ocurriendo en la actualidad.

Diagnóstico por control de rutina

No aparecen en los testimonios mujeres que hayan sido diagnosticadas como VIH positivas a partir de un control de rutina o por iniciativa propia de chequear su estado serológico. No parece ser una práctica común incluir la prueba de VIH en los controles médicos de rutina, sino que suele indicarse únicamente cuando hay un motivo específico. Esto plantea una pregunta clave en materia de política pública: ¿cómo promover el testeo como herramienta para un diagnóstico precoz, mediante una oferta sostenida y accesible que no dependa exclusivamente de la circunstancia reproductiva o de la presencia de señales de alarma?

Diagnóstico en contexto laboral

La mayoría de las mujeres participantes en este estudio no ha tenido acceso al trabajo formal bajo condiciones reguladas por la legislación laboral. En su lugar, han desempeñado o desempeñan actividades precarias, sin protección legal, o trabajos por cuenta propia.

Dado el escaso número de trabajadoras o extrabajadoras en el mercado formal, los test de VIH como requisito preocupacional no han aparecido como práctica extendida, aunque sí como un motivo de preocupación para quienes ya conocen su diagnóstico. Vale subrayar que los diagnósticos realizados en el ámbito laboral suelen ser inconsultos y, por tanto, ilegales.

En algunos casos dentro de nuestra muestra, las mujeres recibieron el diagnóstico a través de pruebas solicitadas en el contexto de sus empleos, como ocurrió con esta mujer, que fue diagnosticada a inicios de los años 2000, en un episodio marcado por la desolación:

“Me enteré por un trabajo, me pidieron... Trabajaba en el área de cocina y el jefe me pidió que por favor me fuera a hacer unos análisis y ahí iba incluido la prueba del VIH. Los resultados no me los iban a dar a mí, se los iban a dar a él, a las manos de él. Entonces él me mandó a llamar a la oficina, era de confianza, era conocido mío de mucho tiempo y era el gerente del restaurante. Me llamó a la oficina para decirme que uno de los análisis había salido mal, le pregunté que por qué, entonces él me dijo: ‘fíjese compañera que



hay un diagnóstico mal aquí de sus exámenes; me dice, ‘mire un análisis le salió positivo, mire su prueba de VIH y mire yo lo siento pero la verdad es que ya no puede seguir laborando con nosotros’. Entonces él, igual que yo, una persona de mucha confianza conmigo, me dio dinero de la bolsa de él y me dijo: ‘vaya, repítaselo, pero vaya a otro lado’, entonces me mandó para la P. porque él, al igual que yo, no lo podía creer, y sí me los fui a hacer. Ahí sí, me dieron el resultado propiamente a mí, tuve que ir a recogerlos. Me pasaron con una licenciada, que me dijo que sí, que había salido positiva, y me dio unos consejos ahí, pero la verdad es que es bien difícil cuando le dan a uno esos resultados que uno no espera pues, pero igual Dios es bueno y Él nunca jamás lo deja solo a uno de la mano” (Honduras).

Tal como lo indica la frase resaltada: “yo lo siento pero la verdad es que ya no puede seguir laborando con nosotros”, este caso refleja cómo, aun en contextos donde existe una relación de confianza entre empleador y empleada, la desinformación y el prejuicio conducen a prácticas discriminatorias y violentas. Aunque no haya una intención explícita de dañar, se vulnera gravemente el derecho a la confidencialidad del diagnóstico. Este testimonio evidencia cómo la falta de información adecuada puede generar daños profundos, incluso cuando las acciones arbitrarias se realizan sin ánimo de exclusión. Para finalizar, citamos un pasaje del informe del equipo nacional de Honduras:

El hecho de conseguir un trabajo formal, debido a la situación que se vive en el país, se agrava en el caso de las mujeres con VIH, por lo cual se ven limitadas a realizar trabajos domésticos y venta de productos elaborados por ellas mismas (Informe nacional de Honduras).

Diagnóstico en relación con donar sangre

En el año 2003, una mujer —entonces de unos 40 años— recibió su diagnóstico tras donar sangre para una familiar:

“Me enteré que tenía VIH porque a una cuñada le habían detectado cáncer. Cada vez que la internábamos a ella, se necesitaba una pinta de sangre. Entonces yo me ofrecí a darle la pinta de

sangre. Para darle sangre, tuvieron que hacerme la prueba del VIH, y hacerle una serie de exámenes a uno. Así fue cómo me enteré. (...) Después, a los 8 días, fui a traer el resultado mío. Y ahí fue cuando la licenciada me dijo que... , porque en ese tiempo no lo preparaban a uno ni nada, la licenciada de ahí del hospital me dijo que tenía SIDA. Yo sentía que ya me moría, que ya me moría. Desde que me dieron ese diagnóstico mi vida cambió. Cambió, creo, no sé si para bien o para mal, pero en esos días yo pensé que ya me moría (...). Fue sorprendente porque yo no he sido una mujer de la calle; yo he sido de hogar con mi pareja. Nunca me lo imaginé, porque yo pensé que sólo las mujeres de la calle iban a tener ese virus. Y resulta que para mí también. (...) Nunca imaginé ese diagnóstico para mí. Siempre me sentí una mujer sana y nunca esperé ese diagnóstico” (Honduras).

Este testimonio revela la persistencia de representaciones sociales estigmatizantes que vinculan el VIH con ciertos comportamientos sexuales considerados “desviados” o “de riesgo”. En la frase “porque yo no he sido una mujer de la calle, yo he sido de hogar con mi pareja”, se expresa una distinción moralizante entre mujeres “respetables” y mujeres “promiscuas”, que opera como marco interpretativo del diagnóstico. Tal como se ha documentado en secciones previas del informe, estas asociaciones de sentido siguen vigentes en la actualidad, afectando no sólo la vivencia del diagnóstico, sino también las respuestas institucionales y sociales ante el VIH.

En los casos de testeo vinculados a donaciones de sangre, como el relatado aquí, las mujeres entrevistadas no recibieron ningún tipo de consejería previa ni posterior a la prueba, lo que constituye una grave omisión desde la perspectiva de los derechos en salud y la calidad de atención.

Diagnóstico en una internación, operación o atención de algún otro problema de salud

Otra circunstancia indirecta y no buscada en la que las mujeres reciben el diagnóstico de VIH es cuando acuden a consulta por un motivo de salud inicialmente no relacionado, y en el proceso se les realiza la prueba. Es el caso de esta mujer, a quien se le indicó el test como parte del abordaje de un cuadro sintomático de dengue. Poco después, su esposo falleció:



“R. Me pegó un dengue normal como cualquier persona, así fue como me indicaron varios exámenes y entre ellos el del VIH.

P. ¿Y qué pasó después?

R. Bueno como no me... no creía que tenía VIH, tuve que hacerme el western blot, y... esperar quince días, veinte días para el diagnóstico, es lo que se tardaba en aquel tiempo, pues pasó de que sí estaba positiva, y cómo asimilar el diagnóstico, verdad... La aceptación fue difícil, pues a los dos meses que nos habíamos dado cuenta con mi esposo, él falleció” (Honduras).

Este relato da cuenta de cómo el diagnóstico puede producirse en contextos no previstos, donde ni la persona ni el personal de salud estaban orientados hacia la sospecha del VIH. En estos casos, la sorpresa, la confusión y la dificultad para procesar la información se suman al impacto emocional del diagnóstico, especialmente cuando se entrelaza con el fallecimiento de la pareja. Este tipo de experiencia refuerza la necesidad de fortalecer los mecanismos de consejería, acompañamiento y acceso oportuno a información clara y empática por parte de los servicios de salud.

3.1.2. Las mujeres que nacieron con VIH

En los casos de las jóvenes que nacieron con VIH, no corresponde analizar el momento del diagnóstico ni cómo se enteraron sus madres, sino el proceso —a veces el momento puntual— en que ellas se enteraron o comenzaron a tomar conciencia de su situación. Más adelante veremos que el impacto no está tanto en las prácticas de cuidado vinculadas al tratamiento o seguimiento, pues estas ya formaban parte de su cotidianidad, sino en cómo se proyectan hacia el futuro, incluyendo su vida afectiva, sexual y reproductiva.

Todas ellas están en tratamiento antirretroviral y en seguimiento médico desde el nacimiento. Por esta razón, conocer el diagnóstico no necesariamente cambia su trayectoria en cuanto a iniciar el vínculo con los servicios de salud o adherirse a la medicación. Mientras que en las mujeres diagnosticadas en la juventud o adultez la pregunta gira en torno al cómo, cuándo y con quién se produjo la transmisión, en quienes nacieron con el virus las preguntas son otras:

¿por qué toman medicación?, ¿por qué tienen que ir al médico?, ¿cómo fue que su madre contrajo el virus?, y ¿por qué no se pudo evitar la transmisión vertical?

La violencia económica también atraviesa estas historias. En palabras de una entrevistada:

“Fue mi madre quien me lo dijo. Porque ella estaba en un sufrimiento, le había dado tuberculosis, y comencé a hacerle preguntas sobre por qué lo tenía. Ella me dijo que a raíz de eso había recibido primero el virus del VIH. Y se había convertido en SIDA, y después la tuberculosis la había atacado bastante. Y ahí le dije, ¿yo también lo tengo mami?” ‘Sí, hija, yo te di lactancia porque estaba en unas circunstancias que no podía comprar para darte leche aparte. Entonces tuve que darte lactancia’, y como ella fue de las hijas de mi abuela que tuvo ese problema más discriminado, porque durante su vida ella también tomó la calle. Y ahí fue donde ella salió afectada. Y las hermanas y hermanos, por ese motivo que ella estaba en la calle, la vieron menos. Cuando se dieron cuenta de que ella tenía el virus del VIH, que se había convertido en SIDA, la vieron más de menos. Cuando se dieron cuenta de que yo también estaba infectada empezaron a discriminarme y a decir cosas, aun estando grande, me han dicho que yo no sirvo, que era un inútil, que mi mamá no debería haberme tenido porque soy sólo una mancha para la familia. Por este problema de las crisis epilépticas siempre me han visto sin valor. A los ocho años, fue cuando comencé con la presentación de crisis epiléptica. Al tiempo, mi madre murió en mi presencia. Mi hermano mayor decidió enviarme a un internado en las afueras de Tegucigalpa. Y ahí estudié hasta mi edad, los dieciocho años. Cuando salí estudié un tiempo con el apoyo de uno de los directores ejecutivos del internado que me apoyó con mis estudios hasta mi bachiller. Y me puse pilas. También me ayudó a lograr la meta de tener, en ese solar, donde está la casa de mi abuela materna, una casa propia. Pero, como en mi familia siempre ha habido envidia porque nunca han querido verme éxito ni con logros grandes, había una tía que me envidiaba que yo tuviera una casa. Luego, hasta el momento antes de estar con mi familia, tuve que andar rodando



con gente particular en zonas peligrosas. He estado viviendo con gente particular. También he estado en lugares, casas, pedazos de casas que me prestó un hermano mío, el mayor, que no era ni bueno ni casa agradable, ni cuarto agradable, porque comencé a dormir en el suelo y teniendo mi familia cercana y hasta algunos en el extranjero que pudieron haberme apoyado hasta grande, pero como siempre me han visto, como digo, de menos y de carga, siempre me han desechado, entonces, ah, que se muera. Siempre me han discriminado en ese trayecto. Mi hermano, antes me apoyaba bien, pues ahora no me apoya para nada, no puedo molestarlo porque se enoja.” (Honduras)

Este testimonio pone en evidencia que, incluso aquellas personas consideradas como “inocentes” por haber adquirido el VIH por transmisión vertical, también son objeto de estigma y discriminación. El régimen de “culpabilidad-inocencia” que suele instalarse en torno al VIH estigmatiza por igual, incluso a quienes no “se lo buscaron”, según los discursos morales dominantes. El virus aparece entonces como una “mancha” que habilita el desprecio y la exclusión, especialmente cuando se suman otros elementos de desigualdad, como la discapacidad, la pobreza o el abandono familiar.

En relación con este punto, el equipo nacional de Honduras destaca en su informe:

Las mujeres jóvenes nacidas con VIH han sido estigmatizadas y discriminadas desde la niñez y han naturalizado el maltrato convirtiendo sus vidas en un infierno y en muchos casos recurren al uso de sustancias.

También resalta la importancia de los vínculos solidarios y las redes de apoyo:

La empatía y apoyo, entre ellas, de un grupo de mujeres jóvenes nacidas con VIH que crecieron en casas hogares, les permitió salir a la vida alquilando un lugar y sosteniéndose con sus ingresos.

En muchos casos, las madres de estas jóvenes fallecieron cuando ellas aún eran niñas, dejándolas al cuidado de familiares que, en varias ocasiones, repro-

dujeron situaciones de maltrato. Así, el conocimiento del diagnóstico no siempre ocurre en un entorno protegido, ni es parte de un proceso de información progresiva o contención emocional, sino que puede estar cargado de violencia y abandono.

3.1.3. Interpretaciones acerca de cómo contrajeron el VIH

Los procesos que llevan a las mujeres a realizarse la prueba de VIH son diversos y, con frecuencia, implican una ruptura biográfica: un replanteamiento de su vida, sus vínculos familiares y sociales, y de sus proyecciones a futuro. Desde el momento del diagnóstico, suele emerger la pregunta sobre cómo y a través de quién se produjo la infección, que en la mayoría de los casos ha sido por vía sexual heterosexual.

La pregunta por el “cómo”, “cuándo” y “a través de quién” atraviesa las experiencias de las mujeres y, en muchas ocasiones, también es formulada por profesionales de salud. A partir del diagnóstico, además del abordaje clínico y del seguimiento de parejas e hijos/as, se desencadenan dinámicas interpersonales que pueden ser conflictivas: acusaciones, sospechas y recriminaciones que reactivan y amplifican las jerarquías y violencias de género. En paralelo, suelen intensificarse los sentimientos de culpa, el estigma internalizado y procesos de (auto)discriminación.

Los datos epidemiológicos indican que la principal vía de transmisión en mujeres cis es la heterosexual. Esta tendencia también se refleja en este estudio, aunque es importante señalar que el concepto de “transmisión heterosexual” abarca múltiples situaciones, con matices y especificidades. Como veremos más adelante, la vulnerabilidad, en sus distintas dimensiones, se manifiesta de formas diversas, y debe reconocerse la especificidad tanto de las jóvenes nacidas con VIH como de las mujeres trans.

Muchas de las mujeres entrevistadas refieren haber adquirido el VIH a través de sus parejas varones —novios, esposos o convivientes—, generalmente considerados como vínculos estables. Esta situación fue mencionada tanto en entrevistas individuales como en grupos focales, y concuerda con los patrones reportados en los estudios epidemiológicos.



Cuando el virus aparece en el marco de una relación que se suponía monogámica y estable, surge inevitablemente la pregunta sobre cómo fue que la pareja contrajo la infección: si ocurrió en el pasado o en el presente, si fue con otra mujer, con una trabajadora sexual o con un hombre. Estas sospechas suelen generar tensión emocional en los primeros momentos tras el diagnóstico.

En algunos casos, no es posible determinar la vía exacta de transmisión. Algunas mujeres atribuyen la infección a situaciones distintas a las sexuales, como hacerse un tatuaje, aunque en la mayoría de los casos se presume una transmisión sexual. En otros, no es posible identificar a la persona transmisora, por ejemplo, cuando ha habido múltiples parejas sexuales o cuando no hay contacto actual con esa persona. También puede ocurrir que el vínculo no permita abordar esa conversación o que la persona implicada haya fallecido.

En ciertos casos, el diagnóstico puede fortalecer los vínculos afectivos, especialmente cuando se experimenta de forma compartida o se acompaña con empatía. Sin embargo, también puede generar reproches mutuos, rupturas, abandono o violencia, especialmente si se desencadenan procesos de revictimización. Esto ocurre, por ejemplo, cuando se culpabiliza a una mujer, niña o adolescente que fue víctima de abuso sexual, haciéndola responsable de su diagnóstico o de la violencia vivida, tanto dentro de la pareja como en su entorno familiar.

3.1.4. ¿Recibieron consejería antes o después de la prueba de VIH?

De acuerdo con las recomendaciones y normativas vigentes, la prueba de VIH debe realizarse con el conocimiento y consentimiento de la persona. No puede llevarse a cabo a espaldas de quien será testada, ni de forma involuntaria, y debe garantizarse la confidencialidad. Asimismo, se establece que debe haber una instancia de consejería previa en la que se explique el procedimiento, se identifiquen posibles situaciones de riesgo —tanto en abstracto como en la historia personal de quien se someterá a la prueba—, y se informe sobre las implicancias de un resultado negativo o positivo. También se indica la necesidad de una consejería posterior, independientemente del resultado.

Además de proporcionar información, la consejería cumple una función de contención emocional ante el impacto del diagnóstico. El testeo acompañado de consejería no sólo constituye la puerta de entrada al seguimiento clínico y eventual tratamiento, sino también una oportunidad para la prevención primaria, secundaria y terciaria, así como para la promoción integral de la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, la ausencia de consejería pre y post test, así como la falta de confidencialidad en la entrega de los resultados, no son hechos aislados. Las mujeres lo viven como una falla dolorosa del sistema de salud hacia ellas (Pecheny et al., 2012). A su vez, no siempre ocurre que, tras conocer un diagnóstico positivo, la pareja se realice también la prueba. La ausencia de consejería representa una oportunidad perdida para estimular el testeo en la pareja actual o en parejas anteriores, cuando hay confianza y las condiciones lo permiten. También se pierde la posibilidad de difundir información clara sobre dónde, cómo y por qué hacerse la prueba de VIH.

La escasa cobertura de consejerías voluntarias en América Latina continúa siendo un problema no resuelto. Los datos de este estudio evidencian que, en la mayoría de los casos, no hay consejería previa ni posterior al testeo. En varias ocasiones, cuando existe, es brindada por redes u organizaciones comunitarias, y no por los servicios públicos de salud. Esto es particularmente preocupante si se considera que los testimonios analizados corresponden a mujeres que han recibido un diagnóstico positivo, lo cual permite inferir que, en los casos con resultado negativo, la consejería es probablemente inexistente.

Ante la consulta sobre la existencia de consejerías pre y post test, sólo una minoría de las mujeres entrevistadas refieren haber recibido alguna orientación por parte del personal de salud. Las consejerías previas son prácticamente nulas, incluso en el marco de campañas, testeos ambulatorios o controles de rutina. En cuanto a las consejerías posteriores, las menciones son también escasas. Cuando se dan, consisten en breves intercambios que acompañan la entrega del diagnóstico, una instancia que suele ser emocionalmente desafiante. En ese contexto, salvo excepciones, las consejerías se desarrollan de modo que no alcanzan a tener un impacto significativo en las mujeres.



Tabla 4. Recibió pre o post consejería. Honduras, 2024

Consejería post-test*	# de casos
Recibió consejería	18
No recibió consejería	21
No aplica**	11

Fuente: Estudio sobre las Formas de Violencia hacia las Mujeres con VIH en Bolivia, Honduras, Panamá y Paraguay, 2024.

Notas: * No se contabilizan las entrevistas realizadas en las pruebas piloto.

**Nació con VIH

Lo más frecuente en los relatos de las entrevistadas es que recibieron el diagnóstico estando solas. Por un lado, las consejerías resultan ineficaces por su inacción, al no indicar pasos concretos a seguir. Por otro lado, se registraron casos en los que las/os profesionales de salud, al comunicar el diagnóstico, generaron efectos nocivos por la forma en que intervinieron: en lugar de brindar contención, generaron temor, vulneraron la confidencialidad o reprodujeron discursos prejuiciosos y machistas, responsabilizando a las mujeres por su diagnóstico:

“Hay que trabajar bastante para que esto cambie, porque hasta las licenciadas... me acuerdo de que en el 2004 yo recibí mi diagnóstico por ser VIH, y me acuerdo muy bien porque miré la ficha a la dicha licenciada esa que me dio la charla por ser VIH. Bueno, me hicieron los exámenes y todo. De ahí a los ocho días, porque entregaban el examen a los ocho días, me fui con mi esposo y viene la muchacha esa y me dice, ‘¿y ustedes a qué vienen?’ ‘A tener los resultados,’ le dije yo. ‘¿Cómo te llamas? ¿Me dice su nombre?’ Y mi esposo le dio el nombre de él. Entonces me dice ‘ah, los dos ustedes tienen SIDA’. Entonces sentí que me mató, yo sentí y me entró una risolera, pero yo me reía y me reía y después de reírme empecé llorar que yo no sé ni qué por qué. Porque me pasaba tanto... Si ahora en este tiempo tal vez la muchacha esa me hubiera hecho eso, yo ya la hubiera demandado, porque ella siendo una licenciada en salud me discriminó. Esa mujer me mató en completo y después de eso me pegó herpes, un montón de cosas y no me querían atender por ser persona VIH” (Grupo Focal Honduras).

Cuando no hay consejería desde los servicios de salud, el apoyo ofrecido por redes y grupos de personas con VIH logra, al menos parcialmente, suplir las deficiencias institucionales.

En los casos en que sí hubo una consejería de calidad, las mujeres entrevistadas la recuerdan con especial aprecio. Esto pone de manifiesto, una vez más, que el momento de comunicar el diagnóstico es una oportunidad estratégica de intervención para el sistema de salud, que en muchos casos se desperdicia.

Luego del diagnóstico y/o de la consejería post test, lo esperado actualmente es el inicio temprano del tratamiento antirretroviral, la vinculación con el sistema de salud y la reorganización de la vida cotidiana.

“Después de recibir mi diagnóstico mi vida cambia, me sentía otra persona. Cuando busqué la ayuda del médico en el centro de salud, ya me dijeron que yo valía mucho, que con mis medicamentos yo iba a salir adelante, y así fui superándome pues, hasta la hora del sol de hoy yo los medicamentos me los tomo y veo a la infección como cualquier enfermedad” (Honduras).

En síntesis, los hallazgos de este estudio muestran que el diagnóstico continúa teniendo un impacto biográfico profundo, aun cuando hoy ya no implique necesariamente una expectativa de muerte cercana gracias a los antirretrovirales. Representa una ruptura vital para las mujeres e intensifica formas de violencia previas al diagnóstico (económica, institucional, laboral, simbólica, entre otras). En ninguno de los testimonios aparece la profilaxis post exposición como herramienta accesible.

Aún hoy no se garantiza el acceso a consejerías pre y post test eficaces ni significativas. Persisten violaciones graves al principio de confidencialidad. Y el testeo fuera del contexto de embarazo, parto o maternidad sigue siendo muy escaso. Por fuera de estos escenarios, las pruebas se realizan mayoritariamente por indicios vinculados a una pareja enferma o diagnosticada, situaciones fortuitas (donación de sangre, cirugías) o por síntomas ya avanzados.

El impacto emocional del diagnóstico, o su confirmación, profundiza estados de depresión, tristeza, des-



esperanza o ansiedad ya existentes, y puede teñir de angustia incluso momentos de alegría, como un embarazo. Frente a esta situación, el sistema de salud rara vez ofrece apoyo emocional o acompañamiento, por lo que las redes comunitarias siguen cumpliendo un rol crucial, aunque con muchas dificultades.

En las mujeres jóvenes, el diagnóstico tiende a relacionarse con aspectos reproductivos. Esto refuerza una visión reduccionista que concibe a las mujeres como sujetos de atención sanitaria solo en función de su capacidad reproductiva (Martin, 2006; Vieira, 2002). En el caso de mujeres adultas mayores, el diagnóstico fuera del contexto reproductivo genera mayor sorpresa, y las enfrenta, muchas veces solas, a la necesidad de retomar prácticas de cuidado que el sistema de salud vincula más con la anticoncepción que con la salud sexual integral.

Desde los servicios de salud es urgente dejar de centrar el diagnóstico exclusivamente en el ciclo reproductivo. El alto número de diagnósticos en contextos de embarazo, parto o maternidad —algunos incluso posteriores al parto— y los numerosos casos asociados a síntomas ya avanzados, alertan sobre las limitaciones de cobertura y oportunidad diagnóstica a lo largo del ciclo vital de las mujeres.

La escasez de consejería, la vulneración de la confidencialidad y la persistencia de prácticas discriminatorias desalientan el inicio oportuno del seguimiento y del tratamiento. El diagnóstico de VIH es un momento clave en la respuesta integral a la epidemia: refleja en qué medida se respetan —o se vulneran— los derechos de las mujeres.

3.2. El proceso terapéutico

3.2.1. Del diagnóstico al tratamiento

Lo que ocurre en las vidas de las mujeres tras conocer su diagnóstico es sumamente diverso y depende, en gran medida, de las condiciones en las que han llegado a esa instancia, así como de las redes personales e institucionales con las que cuentan. Contar con redes afectivas de apoyo, información clara sobre la infección y sus tratamientos, y referencias de servicios de salud accesibles puede facilitar la transición desde el diagnóstico hacia el inicio del tratamiento.

Según los testimonios recopilados en este estudio, lo ideal tras recibir el diagnóstico e informarse sobre las alternativas disponibles sería:

- **Mujeres no embarazadas:** realizarse los estudios pertinentes, comunicar el diagnóstico a sus parejas (en caso de decidir hacerlo), iniciar el seguimiento clínico y el tratamiento antirretroviral. Si tienen hijas/os que pudieron haber estado expuestos, se recomienda su evaluación serológica.
- **Mujeres embarazadas:** iniciar el tratamiento y activar el protocolo de prevención de la transmisión vertical, tanto durante el embarazo como en el parto y el postparto inmediato.

La vida que comienza a partir del diagnóstico se configura según una serie de condiciones que pueden allanar o dificultar el camino. Estas condiciones incluyen la existencia y solidez de redes de apoyo, el acceso a recursos económicos (por ejemplo, para cubrir traslados), y la disponibilidad real y efectiva de servicios de salud.

Contar con información sobre los tratamientos existentes —es decir, saber que hay alternativas terapéuticas eficaces— constituye otra condición clave que moldea las posibilidades de acción de las mujeres. El tiempo necesario para procesar la nueva información, el contacto con un equipo de salud capacitado y empático, y la reorganización de la vida cotidiana y de las prácticas de cuidado y autocuidado son procesos que pueden suceder de forma rápida o lenta, total o parcial, y que varían según los contextos.

Para muchas mujeres participantes, el conocimiento del diagnóstico implicó ingresar en un nuevo estado de vulnerabilidad, lo que vino acompañado de intentos por modificar algunas prácticas cotidianas en función del autocuidado: adherencia al tratamiento, reducción o eliminación del consumo de alcohol, menor frecuencia de salidas nocturnas, y en algunos casos —aunque no siempre sostenidos—, mayor atención a la alimentación.

El diagnóstico suele marcar un quiebre biográfico. Esa experiencia de ruptura es una constante en los relatos. Lo que varía es lo que ocurre después: cómo, en qué condiciones y con qué recursos se procesa el diagnóstico y se construyen estrategias para vivir con él.



3.2.2. Encontrar el servicio y la/el profesional e iniciar el tratamiento

El proceso que transcurre desde el testeo, la confirmación del diagnóstico y su elaboración subjetiva, hasta la identificación de un/a profesional o equipo de salud de referencia y el inicio del tratamiento, no suele ser lineal. En general, implica un tránsito, a veces lento, desde el estado de shock e incertidumbre hacia la aceptación de la nueva condición serológica, el establecimiento de lazos de confianza con profesionales, y la incorporación de conocimientos sobre lo que implica vivir con VIH y las posibilidades que ofrece el tratamiento.

Contar con orientación, información clara y una adecuada derivación desde el momento de la consejería post diagnóstico puede facilitar el acceso a servicios especializados, evitando demoras innecesarias en el inicio del tratamiento y mejorando la experiencia de las mujeres en el sistema de salud.

La identificación de un servicio y/o profesional médico de referencia con quien establecer una relación de confianza y seguimiento continuo es altamente valorada por las mujeres entrevistadas. No obstante, esta figura no siempre aparece desde el primer momento tras el diagnóstico. Suelen encontrarla cuando acuden a servicios especializados o cuando cuentan con una referencia previa que facilita el contacto.

Una vez establecido ese vínculo, las mujeres tienden a sostenerlo en el tiempo, valorando positivamente la posibilidad de ser atendidas por alguien que conozca su historia clínica, las escuche, las asesore y les brinde información confiable. En algunos casos, la figura de referencia no recae en una sola persona, sino en un equipo o servicio con el que se sienten cómodas.

Muchas de las entrevistadas no han vivido siempre en capitales o grandes ciudades, lo que visibiliza la falta de servicios especializados en zonas rurales o periféricas. Esta carencia suele obligarlas a desplazarse largas distancias para acceder a atención, lo que genera una fuerte desigualdad territorial en el acceso a la salud, dependiendo del lugar de residencia y de la posibilidad de movilizarse.

Las experiencias con médicas/os son diversas. Algunas mujeres relatan procesos positivos de cuidado y acompañamiento; otras, en cambio, debieron atravesar situaciones de maltrato, juicio moral o indiferencia. Encontrar un/a profesional que genere confianza y escuche activamente suele ser parte de una búsqueda prolongada, marcada por encuentros y desencuentros.

El papel del cuerpo médico es clave para fortalecer la adherencia al tratamiento. Sin embargo, muchas veces el vínculo se reduce al control clínico y farmacológico, dejando de lado otras dimensiones que inciden en la salud integral de las mujeres, como la salud mental, el acompañamiento psicosocial o la orientación sexual y reproductiva. La confianza mutua es un elemento fundamental para promover el bienestar físico y emocional. Cuando existe contención por parte del personal de salud, el tránsito por los servicios se vuelve más llevadero. En este contexto, el uso de mensajes por celular ha emergido como una herramienta útil para el seguimiento: si bien no reemplaza la interacción humana, puede complementar la atención de forma ágil y efectiva.

3.2.3. El tratamiento y la adherencia

La mayoría de las mujeres entrevistadas refiere estar en tratamiento antirretroviral y realizarse controles de laboratorio relacionados con el VIH. Sin embargo, otras dimensiones de su salud suelen quedar relegadas. Muchas postergan la atención de otras afecciones hasta que los síntomas se vuelven graves o los análisis generan preocupación, como ocurre ante la sospecha de un tumor.

Es probable que exista un sesgo en la muestra que favorezca la inclusión de mujeres en tratamiento y con buena adherencia. Aun así, la existencia de esquemas terapéuticos más simples y eficaces hace que hoy en día sean pocos los casos en que las mujeres interrumpen el tratamiento una vez iniciado.

Una vez que toman conciencia del diagnóstico y de la importancia del seguimiento, las mujeres suelen mostrar alta adherencia al tratamiento. Tal como han evidenciado otras investigaciones, la relación con el personal médico es determinante: cuando sienten que se las trata con respeto y empatía, tienden a cumplir con la medicación y los controles.



No obstante, el inicio de la adherencia no siempre es inmediato ni continuo. Las trayectorias individuales, los efectos adversos y las condiciones del sistema de salud influyen en este proceso:

R: Antes me valía todo...

P: ¿Antes le valía todo?

R: Sí, porque antes me valía chancleta todo, no me cuidaba de salud, mis pastillas no me las tomaba, las dejaba y ahora sí me las tomo.

P: ¿Y por qué dejaba sus pastillas?

R: Dejaba las pastillas porque yo quería morirme, ya.

P: ¿Y por qué dejaba sus pastillas, si usted es una cipota, joven con todas las fuerzas, tiene toda una vida por delante?

R: Ay, no sé usted, sólo Dios sabe..." (Honduras)

En los países del estudio, las entrevistadas declaran una adherencia constante al tratamiento, y ninguna refiere faltantes sistemáticos de medicamentos. Sin embargo, debe considerarse que las mujeres que abandonaron el tratamiento o no lo iniciaron difícilmente formen parte de esta muestra.

Algunas mujeres mencionan efectos secundarios, como la lipodistrofia, pero estos no las han llevado a abandonar el tratamiento. Incluso se mencionan casos en los que han consultado a nutricionistas para mitigar estos efectos. La posibilidad de dar continuidad al tratamiento depende también de la accesibilidad geográfica y económica, así como de la disponibilidad de redes de apoyo para el cuidado de hijas/os.

Las mujeres suelen asistir entre una y cuatro veces al año a consulta médica para el seguimiento del VIH. En muchos casos, han sido atendidas por distintas/os profesionales a lo largo del tiempo, y encontrar una o un médica/o de referencia en quien confiar es una tarea progresiva que influye directamente en la adherencia.

La estabilidad en los equipos médicos y la empatía del personal de salud son factores claves para sostener los tratamientos. Por el contrario, los servicios percibidos como poco amigables o discriminatorios pueden resultar expulsivos. La rotación de profesionales, común en varios contextos, también incide en la continuidad del vínculo asistencial.

Actualmente, los antirretrovirales son provistos por el Estado, lo que elimina una de las principales barreras económicas. Sin embargo, persisten dificultades asociadas a los costos de transporte, la obtención de permisos laborales y la organización del cuidado doméstico. La entrega mensual de medicamentos agrava estos desafíos; una periodicidad mayor, como cada tres meses, facilitaría la adherencia.

La falta de recursos para movilizarse o realizarse análisis representa una barrera comúnmente reportada en los cuatro países del estudio. Las condiciones económicas siguen siendo determinantes en la continuidad del tratamiento, especialmente cuando se debe viajar largas distancias para acceder a los medicamentos o controles médicos.

También se reportan efectos secundarios que afectan la calidad de vida cotidiana. Estos pueden ir desde malestares leves hasta síntomas que interfieren con las actividades diarias. En este contexto, el acompañamiento médico es crucial para ajustar o cambiar la medicación y sostener la adherencia.

Un factor clave que favorece la adherencia es constatar que los tratamientos permiten preservar la salud y mantener una buena calidad de vida. Inversamente, dejar la medicación suele traducirse en un rápido deterioro, como señala esta participante:

"Tuve un abandono de tres años y medio. Y aquí yo les digo que (...) que nadie, nadie deje (...), porque eso es lo más triste. Y lo recuperé gracias a la licenciada A. y al doctor Z. Aquí lo vine a recuperar y ahí tenía el papel yo. Yo no quería ir, estaba negativa a volver a recuperar. Después le lloraba aquí en el hospital de San Pedro, le lloraba y le decía 'quiero mi medicamento'. (...) Ya que llevo una adherencia hace más de 17,18 años, no he vuelto a dejar mi medicamento y a nadie, a nadie le recomiendo que dejen medicamentos, porque es peor dejarlo que volver a empezar" (Grupo Focal Honduras)

En una situación ideal, las mujeres logran incorporar el tratamiento en su rutina diaria, sin que ello represente una carga emocional adicional. Esto se expresa con claridad en el siguiente testimonio:



P: Cuéntenos un poco más sobre qué hizo para organizar su vida luego de enterarse lo del VIH...

R: Como te dije, no mentalicé esa enfermedad dentro de mí. Incluso cuando tomo mi medicación, no recuerdo que sea para esa enfermedad.

P: ¿Sólo lo recuerda cuando toma su medicamento?

R: Cuando me tomo mi medicamento, no recuerdo que es para esta enfermedad. Cuando hablamos, como ahora que hablamos del tema, me meto al rollo. O cuando alguien habla de VIH es así, pero yo..." (Honduras)

Como muestra esta mujer, que vive con VIH desde hace más de 15 años, muchas logran resignificar la experiencia del tratamiento, incorporándolo como una práctica cotidiana que no interfiere con su identidad ni con su día a día.

Las mujeres entrevistadas conocen los beneficios del tratamiento y los riesgos de interrumpirlo. No obstante, las dificultades para sostener la adherencia están mediadas por factores estructurales: acceso a servicios, ingresos, tiempo disponible y la posibilidad de confiar en su entorno. El proceso de "expertización" en salud pasa por identificar profesionales, servicios y redes de pares que brinden apoyo. Estos vínculos son fundamentales también para enfrentar otras formas de vulnerabilidad y violencia.

3.3. Impacto del diagnóstico y el tratamiento

El diagnóstico puede ser más o menos esperado, incluso previsible, o completamente inesperado. En muchos casos, las mujeres no se consideran parte de los grupos "en riesgo", lo que agudiza el impacto emocional y biográfico del diagnóstico:

"Para mí fue sorpresivo porque para mí, en ese tiempo era una ama de casa, y yo decía que yo no podría tener VIH, porque en aquel tiempo siempre decían que las que tenían VIH eran las mujeres de la calle, decían, y no las amas de casa. Entonces como que para mí fue sorpresa, fue bien difícil aceptarlo, hubo mucha negación de mi parte." (Honduras)

Salvo en los casos en los que la pareja había sido recientemente diagnosticada o cuando se trataba de mujeres que ejercían el trabajo sexual, el diagnóstico aparece como sorpresivo. El golpe emocional puede provocar reacciones diversas: desde el aislamiento hasta la búsqueda activa de apoyo en el sistema de salud, en redes de pares o en organizaciones comunitarias.

"Cuando yo salí con el diagnóstico, que mi papá ya se dio cuenta, me llevaron al médico y todo y les digo, no, ella lo que tiene es SIDA, verdad, y ahí nosotros no podemos hacer nada porque en ese tiempo pues no había nada de información, no había tratamiento, no había nada. Fue en el 2003, estuve enferma, padecí de todo, me dio de todo, pues la gente decía que me había muerto y era que yo estaba bien escondida y que no quería que nadie me viera por la falta de información que había y porque me discriminaran pues no quería que nadie me viera mal". (Grupo Focal Honduras)

Si bien el diagnóstico se presenta como un hecho traumático, cuyas consecuencias negativas suelen prolongarse (como la estigmatización familiar, la discriminación laboral y los impactos en la salud mental), también puede representar un punto de inflexión. Algunas mujeres comienzan a valorar más su vida, adoptan hábitos de autocuidado y fortalecen vínculos con otras mujeres, lo que en algunos casos da lugar a procesos de activismo y participación social.

El proceso que lleva a la atención, el seguimiento y la intervención terapéutica puede extenderse en el tiempo, con implicaciones para la salud física y emocional. Este retraso suele estar vinculado con el miedo, la angustia o la depresión posteriores al diagnóstico. Algunas mujeres accedieron a los servicios de salud por recomendación de terceros, mientras que otras lo hicieron de forma espontánea.

Las entrevistadas coinciden en valorar positivamente el hecho de contar con una profesional o servicio de salud donde se sientan escuchadas, respetadas y acompañadas. Aunque se mencionan interrupciones del tratamiento relacionadas con el estigma o el temor a ser descubiertas por la pareja, en general la adherencia y el acceso a los controles son adecuados en esta muestra.



Las principales barreras no radican en la falta de disponibilidad de antirretrovirales, sino en aspectos logísticos y estructurales: la distancia a los centros de salud especializados, el costo del transporte y la dificultad para organizar el cuidado de hijas e hijos. Estas condiciones, especialmente en contextos de precariedad económica, inciden en la continuidad del tratamiento.

3.4. Discriminación y violencia en el sistema de salud

3.4.1. Introducción

Tal como lo ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la discriminación en la atención sanitaria es una problemática ampliamente extendida a nivel global, que se manifiesta de múltiples formas. Constituye una violación a los derechos humanos fundamentales y afecta tanto a quienes usan los servicios de salud como a quienes los prestan. Sus causas pueden estar asociadas al origen étnico, la orientación sexual, los estereotipos de género, la situación migratoria o de asilo, los antecedentes penales, entre otros prejuicios y prácticas estructurales.

Los efectos de la discriminación y la violencia en los entornos sanitarios se evidencian tanto en su ejercicio explícito como en el temor que generan de manera anticipada. Las manifestaciones explícitas pueden incluir maltrato verbal, trato negligente, negación de atención o la realización de procedimientos de manera dolorosa e innecesaria. Por su parte, el miedo anticipado puede provocar que las mujeres eviten los servicios de salud, oculten información relevante para su atención o decidan autoexcluirse, lo cual compromete la calidad de los servicios y, en última instancia, obstaculiza el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Esta violencia en el sistema de salud se sostiene, en parte, por la naturalización de la autoridad médica. Esto se traduce en una dinámica que normaliza comentarios inadecuados y prácticas abusivas por parte del personal médico. Ante preguntas sobre experiencias de maltrato o discriminación, algunas mujeres afirmaron no haber atravesado situaciones de ese tipo; sin embargo, en sus relatos posteriores emergen episodios de violencia evidentes sufridos

en hospitales públicos o privados. En otros casos, las mujeres señalaron que nunca fueron maltratadas, pero esto puede explicarse por el ocultamiento del diagnóstico como estrategia de protección o por la internalización del maltrato como un costo implícito del acceso a la atención.

También hubo entrevistadas que identificaron claramente situaciones de maltrato, especialmente cuando acudieron a servicios en los que no contaban con un vínculo personalizado con médicas/os o equipos de referencia. En contraposición, contar con un profesional o servicio médico de confianza se reveló como una estrategia clave para acceder a una atención más respetuosa y continua. La construcción de vínculos sostenidos con equipos de salud permite enfrentar las barreras de acceso, garantizando un trato más humanizado.

Cuando se habla de maltrato, discriminación o violencia en los servicios de salud, no se hace referencia únicamente a la atención vinculada al VIH, sino también a la totalidad de servicios que las mujeres pueden requerir: desde consultas ginecológicas o atención odontológica hasta terapias en salud mental. Este apartado, por tanto, aborda tanto lo que sucede en los espacios de infectología como las barreras y situaciones adversas que enfrentan las mujeres con VIH al acceder a otros servicios de salud, en consultas programadas o en contextos de urgencia.

3.4.2. Discriminación, maltrato y/o violencia en los servicios de infectología

Los servicios de infectología ocupan un lugar central en las trayectorias de atención en salud de las mujeres que viven con VIH. Muchas de ellas refieren realizar controles al menos dos veces al año, aunque la frecuencia y el tipo de vínculo que establecen con estos servicios varía. En algunos casos, las consultas exceden lo estrictamente clínico e infectológico, adoptando una perspectiva más integral que permite abordar preocupaciones cotidianas, efectos del tratamiento, estrategias de cuidado, así como el concepto de indetectabilidad y sus implicancias en la vida diaria.

En otros casos, la atención se reduce a la revisión de los resultados de laboratorio y al ajuste de la medicación, sin mayor espacio para el diálogo o la orientación



integral. Esta atención limitada puede ser vivida por algunas mujeres como una forma de maltrato, especialmente cuando la relación médico-paciente carece de escucha activa, empatía o interés genuino en su bienestar más allá de los parámetros biomédicos. Para ellas, la salud no se reduce a indicadores clínicos, sino que está atravesada por factores emocionales, económicos y sociales que demandan un abordaje más amplio.

Algunas entrevistadas relataron que continúan siendo atendidas por la misma profesional desde el inicio del tratamiento, lo que ha favorecido el establecimiento de vínculos de confianza. Otras, en cambio, señalaron que lograron encontrar una médica o médico de referencia después de haber enfrentado situaciones de maltrato, discriminación o indiferencia. También hay casos en los que no se ha logrado consolidar ese vínculo, por lo que deben atenderse con profesionales distintos según la disponibilidad del servicio, lo cual puede afectar la continuidad y calidad de la atención.

Los relatos de maltrato en los servicios de infectología suelen estar asociados a la falta de empatía y a una mirada reduccionista del proceso salud-enfermedad, centrada exclusivamente en la adherencia a los antirretrovirales y en los valores del laboratorio. Las mujeres entrevistadas expresaron el deseo de poder formular sus preguntas y ser escuchadas de manera cercana, fluida y humana. Esta demanda refleja una necesidad de atención más respetuosa, que considere la integralidad de sus vidas y las dimensiones psicosociales que atraviesan su salud.

3.4.3. Discriminación, maltrato y/o violencia en el acceso a la salud integral: ginecología, odontología y la atención por guardia

Cuando hablamos de salud integral, nos referimos al abordaje de los procesos relacionados con el bienestar físico, mental y social de las mujeres, incluyendo la prevención y atención de enfermedades más allá del VIH. En muchos casos, sin embargo, el VIH atraviesa y condiciona otros aspectos de la salud, lo cual se evidencia en al menos dos sentidos clave.

1. Primero, el diagnóstico de VIH tiende a desplazar o invisibilizar otras dimensiones del cuidado. A pesar de que tanto la infección como el tratamiento antirretroviral pueden deteriorar

la salud general, o agravar condiciones preexistentes, la mayoría de las mujeres entrevistadas solo da seguimiento médico al VIH. En este contexto, las/os infectólogas/os suelen asumir el rol de médicas/os de cabecera, encargándose también de otras problemáticas de salud y gestionando derivaciones.

2. Segundo, las entrevistas evidencian que los servicios de salud no especializados en VIH reproducen prácticas estigmatizantes, resultado del desconocimiento y los prejuicios persistentes. Esta combinación genera discriminación directa o indirecta, que desincentiva a las mujeres a buscar atención fuera de los servicios de infectología, perpetuando su exclusión del sistema de salud general.

A pesar de los avances logrados en el acceso al tratamiento del VIH, el abordaje integral de la salud sigue siendo una deuda pendiente. En este apartado se analizan tres servicios sanitarios frecuentemente mencionados por las mujeres entrevistadas: ginecología, odontología y atención por emergencia o guardia médica.

Si bien la atención en salud sexual y reproductiva será abordada en detalle más adelante, es pertinente destacar que, más allá del VIH, el único otro motivo por el cual las mujeres acceden regularmente a servicios de salud es la salud reproductiva, mientras están en edad fértil y sexualmente activas. En este marco, el servicio de ginecología aparece reiteradamente en los relatos.

Aunque en teoría el campo ginecológico se presta a un abordaje clínico integral de la salud de las mujeres cis (Mines Cuenya, 2021), este ideal no se replica en la experiencia de las mujeres con VIH. Son pocas quienes han logrado hablar abiertamente sobre su diagnóstico en una consulta ginecológica. Ante el temor a prácticas discriminatorias derivadas de la falta de formación, muchas mujeres optan por no revelar su condición serológica en estos espacios.

Un caso especialmente ilustrativo es el de una joven de 20 años, nacida con VIH, quien, debido a experiencias previas de maltrato y la falta de derivación adecuada, nunca ha accedido a una consulta ginecológica:



P: ¿Alguna vez se sintió incómoda o maltratada en algún servicio de salud?

R: Siempre.

P: ¿Por qué siempre?

R: La vez pasada hace uno o dos meses el doctor me estaba atendiendo normalmente. (...) El doctor comenzó normalmente la consulta y después se fue. Me dijo, 'espérame vengo dentro de cinco minutos' y esos cinco minutos se hicieron media hora y yo encerrada en el consultorio sin el doctor y el doctor a saber dónde estaba metido. (...)

P: ¿Vivió alguna experiencia de discriminación en algún servicio de salud?

R: En farmacia no, solamente que los doctores le tienen asco a uno (...) en las consultas los doctores le tienen asco a uno...

P: ¿Por qué les tienen asco?

R: No sé, algunos ni saben qué es eso, cómo se contagian, son aprendices.

P: ¿Tiene otros profesionales de la salud que atienden diferentes problemas? Por ejemplo, ginecóloga.

R: Nunca he ido al ginecólogo, nunca me han pasado con ella.” (Honduras)

El temor anticipado al maltrato también limita el acceso al servicio de odontología. Este ha sido mencionado por entrevistadas de varios países como un espacio donde se reproducen prácticas discriminatorias, lo que las lleva a evitarlo incluso a costa de su bienestar.

A menudo, el maltrato odontológico implica no solo discriminación, sino también negligencia frente a otras afecciones que pueden estar asociadas directa o indirectamente al VIH o a los efectos secundarios del tratamiento. Los testimonios siguientes describen experiencias en contextos quirúrgicos, una reciente y otra ocurrida hace más de una década:

“Yo lo que podría decirle que en salud, en salud porque todavía sin cara nos están discriminando, nos están discriminando, no se cumplen las leyes, porque cuando la cuota de recuperación ustedes fueron a poner a cada farmacia que no se pagaba la cuota de recuperación y todavía sigue y sigue abochornándonos en salud mire lo que me pasó en el hospital, la doctora que me

iba a operar del cuello me dijo que no le gustaba operar personas con VIH, entonces también estoy discriminada por la doctora T.” (Honduras)

“En el hospital A. me iban a operar, hace como más de 10 años y ya había dado la autorización la directora que estaba... En su momento pasó que no me podían ingresar a la sala porque ‘iba a infectar toda la sala’, entonces fue como una lucha, llamar a Derechos Humanos y a ver qué se hacía para que me hicieran la operación, que era de urgencia, ambas hablaban de lo de ‘infectar el quirófano.’” (Honduras)

La siguiente experiencia en un servicio de urgencias ilustra cómo el estigma asociado al VIH puede traducirse en atención negligente y trato indigno, configurando una forma de violencia institucional:

“A mí se me violentaron los derechos. La vez pasada que me pegó taquicardia, me llevaron a emergencia del hospital M. y no me querían atender. Y la coordinadora del programa donde yo asisto, que es el programa Puerta Abierta, me atendieron porque la miraron a ella y ellos cuando dijeron que yo era VIH, no, sólo póngale en el suero y despacio. ¿Entonces le dije yo y por qué? No, me decía, tú, me dice, sólo le vamos a dar esto. Y me dieron salbutamol y fue peor la cosa, tuve que ir a un doctor particular, porque ahí se le violentan los derechos bastante a uno. Y en el S. es otra cosa, que los están atendiendo a nosotros afuera. Porque no nos quieren dejar entrar, porque dicen que están pintando, que no sé qué.” (Grupo Focal Honduras)

3.4.4 El acceso a servicios de salud mental

Son muchas las mujeres entrevistadas que relatan haber atravesado episodios de depresión tras recibir el diagnóstico positivo de VIH, e incluso algunas mencionan intentos de suicidio. En este sentido, la necesidad de acompañamiento psicológico desde el momento del diagnóstico surge como uno de los hallazgos más importantes de la investigación. La mayoría de las mujeres refiere haber enfrentado afectaciones a su salud mental, que van desde la angustia y la ansiedad episódica hasta crisis más graves con intentos reiterados de suicidio.



Pese a ello, solo una minoría ha accedido a servicios de salud mental o ha recibido atención psicológica especializada. Este dato contrasta con los beneficios evidentes que muchas reconocen tras haber accedido a dichos servicios. La limitada disponibilidad y accesibilidad de este tipo de atención pone en evidencia una brecha crítica en los sistemas de salud, especialmente en lo relativo al abordaje emocional del diagnóstico.

Las problemáticas psicológicas que relatan las entrevistadas, como la angustia o la ansiedad, están asociadas con el VIH, aunque no tanto con la infección o los tratamientos en sí, sino con las múltiples formas de estigmatización y discriminación —reales o anticipadas— que rodean al diagnóstico. La experiencia del estigma y la violencia simbólica tiene un peso significativo en la construcción del malestar emocional.

“P: A partir del diagnóstico, ¿tiene o tuvo en algún momento depresión o situaciones en las que sintió miedo, angustia o ansiedad?”

R: Yo me angustio cuando la gente anda hablando de mí.

P: ¿Asiste usted a la atención psicológica?”

R: Sí.

P: ¿Cómo es el trato?”

R: Ellas... Me atienden de una manera que... Me dicen que me tome las pastillas, que no me olvide las pastillas, que ponga la alarma.” (Honduras)

3.4.5. Cuando no se respeta la confidencialidad

La vulneración del principio de confidencialidad constituye en sí misma una forma de maltrato, que puede además habilitar actos discriminatorios y violentos por parte de terceros frente a la información serológica de las mujeres. Estas prácticas se ven agravadas cuando se intersectan con violencias simbólicas de tipo machista y sexista. La confidencialidad, más que un protocolo, es un derecho fundamental que protege la autonomía, la intimidad y la dignidad de las personas que viven con VIH.

No es poco frecuente que profesionales del sistema de salud se arroguen el derecho de comunicar el diagnóstico de una mujer a terceros sin su consentimiento.

Esta práctica, además de ser contraria a la ética profesional, puede tener consecuencias devastadoras para la vida de las mujeres, generando situaciones de exclusión, discriminación o violencia. Gestionar el estigma —como plantea Erving Goffman— es una estrategia personal y privada; ninguna otra persona, salvo la interesada, tiene la potestad de decidir a quién, cuándo y cómo compartir su diagnóstico.

Esta transgresión a la confidencialidad no ocurre exclusivamente en los espacios de atención médica. También familiares y amistades cercanas, en ocasiones, comparten o filtran esta información sin autorización, lo que puede desencadenar conflictos, violencia simbólica o verbal y rupturas en las relaciones afectivas. El temor a que otras personas se enteren sin consentimiento es una constante en los relatos recogidos.

“P: ¿Hay otros familiares o amistades cercanas que saben que tiene VIH? ¿Les contó usted o cómo se enteraron?”

R: Por lo mismo, porque una hermana mía gritó de arriba ¡M. tiene SIDA! entonces ahí está el detalle y la verdad de las cosas que es feo porque la otra hermana mía, la que le sigue a la mayor, ella fue bien discriminadora conmigo. Pero ya lo hecho, hecho está. Y aparte de eso, por la crítica que ella va a la iglesia supuestamente y más bien es malo por eso juzgar porque nadie sabe.” (Honduras)

Las amenazas de revelar el diagnóstico, así como su divulgación sin consentimiento, son formas concretas de violencia psicológica. En los testimonios se evidencian reacciones de enojo y malestar ante esta intromisión, ya provenga de profesionales, familiares o personas cercanas. La decisión de compartir el diagnóstico debe residir únicamente en la mujer, y la falta de respeto a esa decisión constituye una vulneración de sus derechos.

En ciertos casos, la divulgación involuntaria o no consultada termina derivando en consecuencias que las propias mujeres valoran de manera positiva, al permitirles ampliar sus redes de cuidado y apoyo. Sin embargo, estos efectos no deben justificar ni validar la falta de confidencialidad, ya que el consentimiento sigue siendo el eje fundamental para garantizar una atención respetuosa y no violenta.



3.5. Discriminación y violencia obstétrica

La violencia obstétrica se define como el conjunto de prácticas nocivas ejercidas durante la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, perpetradas por profesionales de salud u otros actores del ámbito médico. Estas prácticas vulneran la autonomía, el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, y se manifiestan mediante violencia verbal, física o sexual, así como a través de intervenciones médicas innecesarias, invasivas o sin consentimiento. Sus consecuencias son profundas, afectando la calidad de vida, generando traumas, depresión y afectaciones en la salud mental y sexual.

Muchas mujeres entrevistadas señalaron haber recibido el diagnóstico de VIH durante controles prenatales, a menudo sin haber sido preparadas adecuadamente para ello. En varios casos, el momento del parto o de la cesárea coincidió con la reciente asimilación del diagnóstico, exacerbando la vulnerabilidad emocional y física de las mujeres en esa etapa.

El embarazo y el parto son contextos que tienden a reforzar mandatos normativos sobre la maternidad. Las mujeres con VIH enfrentan juicios morales y estigmas por parte del personal de salud, que proyecta sobre ellas supuestos relacionados con su vida sexual, situación económica o familiar. A esto se suma el desconocimiento o el incumplimiento de las obligaciones éticas como la confidencialidad, especialmente en momentos críticos como el trabajo de parto.

“Una semana antes estuve en el hospital porque me había dado preeclampsia desde que inició el embarazo y pues me ingresaron una semana antes, me estuvieron dando suero y comida sin sal pues la verdad que me atendieron bien en el hospital y como a mi mami la conocieron por demandadora (se ríe) decían ‘ella es la hija de la demandadora, atiéndanla bien’. El único problema que yo sí tuve le voy a ser sincera: estábamos cinco personas acostadas en la sala y había un practicante nuevo y se me acerca y me dice, ‘usted es la persona con VIH’, así llegó, y lo quedo viendo y más bien me dio risa, ¿verdad? Cuando se me acercó le dije, ‘mire, le voy a pedir un favor, cuando entré acá no lo grite porque a la gente no le importa si tengo VIH’.” (Honduras)

La violencia obstétrica se manifiesta también en decisiones médicas unilaterales, como negar la analgesia, imponer procedimientos o no respetar lo acordado previamente. Casos de esterilización forzada o de presión para realizar ligaduras de trompas se repiten entre los relatos. Estas prácticas reflejan un desconocimiento de la voluntad reproductiva de las mujeres y una deslegitimación de su derecho a decidir sobre sus cuerpos.

“P: ¿Quedó embarazada o tuvo hijas/os desde que se enteró que tiene VIH?”

R: Sí, es un suceso bien extraño, aunque mi hijo fue planeado fue un evento bien raro, empecé con diarrea, vómitos, dolores de cabeza, pero yo no sabía que estaba embarazada, incluso mi mami me llevó a donde una sobadora y también me llevó al SAL, me pusieron inyección contra la basca (náuseas), me mandaron a hacerme una prueba de sangre, pero no salió nada y cuando me mandan a hacer el ultrasonido resultó que estaba embarazada. Fue un proceso bien difícil para mí, porque el doctor y la doctora que me estaban atendiendo durante mi embarazo querían que a mí me pegaran los dolores, sabiendo que soy una persona con VIH, entonces vino mi mamá que es la que anda conmigo para arriba y para abajo le dijo: ‘mire doctor, a mi hija no quiero que le vayan a dar dolores usted sabe que es una persona con VIH usted sabe que no puede parir normal, si usted deja que a mi hija le pegue dolor yo lo voy a demandar’.” (Honduras)

“He vivido mucha violencia desde que fui diagnosticada, caí al hospital, que para un examen, que para otra cosa. Luego salí embarazada nuevamente. No me querían hacer la cesárea, luché. Mi hijo ya tiene 23 años. Pero esa gente no quería hacer, no querían hacerme la cesárea. Yo me acuerdo de la doctora C., que no lo olvido, porque ella también estaba conmigo en ese proceso. Ellos me decían, ‘¿hasta dónde estás dispuesta a llegar para que sea necesario, para que tu hijo se le dé la oportunidad de ser un niño negativo?’ Hasta cualquier límite. Yo no quería ser pública en ese momento, no me sentía preparada para ser pública como una persona bien, pero estaba dispuesta a serlo para que le dieran derecho a ese niño a que naciera sano, a que naciera sin esa infección, porque yo ya había



lidiado con una niña así y yo sabía en la condición que estaba, pero igual era mi derecho haber salido embarazada y nadie podía repudiarme, pero me lo repudiaba el doctor, ‘están enfermos y traen hijos enfermos’.” (Grupo Focal Honduras)

Otro patrón recurrente en los relatos refiere a ligaduras tubarias realizadas sin consentimiento o bajo coacción, incluso en medio del parto o poscesárea. Las mujeres relatan que no fueron informadas adecuadamente o que recibieron presiones para aceptar el procedimiento, bajo argumentos médicos que deslegitiman su deseo de maternar o tener más hijas/os.

También se reportan situaciones en las que el control del recién nacido se realiza sin brindar información clara a la madre. Esto genera angustia, desconfianza e incluso temor, ya que la falta de comunicación impide comprender los procedimientos o razones del aislamiento de la criatura. La incertidumbre se agrava cuando se presume una carga viral elevada y no hay mediación del personal de salud.

“Yo quiero decirles que las mujeres están sufriendo violencia obstétrica en los hospitales, porque no las quieren operar y si las operan tienen que ser las últimas para que su niño nazca sin la infección. Yo viví ese caso con mi hija en la Ceiba, fue muy duro porque ella me decía ‘mami no me quieren dar el niño’, ¿pero por qué? Llamamos a todas partes, no faltó ninguna, tocamos todas las puertas. ¿Y por qué creen ustedes que era? Porque supuestamente la madre tenía una carga viral elevada, pero no había quién diera esa información. Como les digo yo, es una falta de comunicación porque la madre pregunta por qué no se le puede dar su hijo. Qué le costaba a la licenciada llamarla a ella o llamar un familiar, decirle que no se le da por este caso o por esto, el baby tiene que estar en observación, había que darle no sé cuántos medicamentos, no sé si usted está en el tema y no sé, porque por la carga viral, pues, de la madre que nació por cesárea, sabía que no se le iba a dar pecho, pero había que darle ese medicamento controlado.” (Grupo Focal Honduras)

Asimismo, las decisiones reproductivas se ven coaccionadas desde parámetros médicos y sociales.

El ofrecimiento de anticoncepción quirúrgica a las mujeres con VIH es frecuente, mientras que no se registran prácticas similares hacia sus parejas. Algunas mujeres deben ocultar la ligadura a sus parejas o enfrentan rechazo cuando lo hacen público. También existen presiones familiares o institucionales para interrumpir un embarazo, aun en contextos donde el aborto es ilegal.

En el estudio no surgieron referencias directas al aborto inducido a solicitud de la mujer, aunque ello podría deberse al tipo de preguntas formuladas. De todos modos, se identificaron tensiones y presiones alrededor de la continuidad o interrupción del embarazo, evidenciando el peso de los juicios sobre quién merece o no maternar. La situación de recibir el diagnóstico durante el parto representa un desafío para los equipos de salud. La falta de preparación o formación para afrontar estos casos suele derivar en reacciones inadecuadas, traumatizantes o violentas. Esta circunstancia requiere de abordajes sensibles, éticos y centrados en la dignidad de las mujeres, que siguen siendo frecuentemente vulneradas en un momento de máxima exposición emocional y física.

3.6. Discriminación y violencia en los ámbitos de salud sexual y/o reproductiva

3.6.1. Introducción

Según la OMS (2018), la salud sexual implica un estado de bienestar físico, mental y social vinculado con la sexualidad, y no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad o malestar. Su abordaje requiere una mirada positiva y respetuosa de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de vivir experiencias sexuales seguras, placenteras y libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y sostener una buena salud sexual, es fundamental que se respeten, protejan y garanticen los derechos sexuales de todas las personas.

Los derechos sexuales forman parte de los derechos humanos reconocidos en tratados y documentos internacionales, regionales y nacionales. De acuerdo con la OMS (2018), los derechos fundamentales para la realización de la salud sexual incluyen: 1) el derecho a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad personal;



2) el derecho a la igualdad y a no sufrir discriminación; 3) el derecho a no ser sometido a tortura ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes; 4) el derecho a la privacidad; 5) los derechos al nivel más alto posible de salud —incluida la salud sexual— y a la seguridad social; 6) el derecho al matrimonio y a formar una familia con consentimiento libre e informado, y a la igualdad dentro del matrimonio y en su disolución; 7) el derecho a decidir libremente el número de hijos/as y el intervalo entre los nacimientos; 8) los derechos a la información y la educación; 9) el derecho a la libertad de opinión y expresión; y 10) el derecho a una reparación efectiva ante la violación de estos derechos fundamentales.

Estos derechos representan la aplicación de los derechos humanos a la sexualidad y a la salud sexual. Su propósito es proteger el derecho de todas las personas a ejercer y disfrutar su sexualidad de forma plena, segura y digna, siempre en el marco del respeto a los derechos de los demás y en condiciones libres de discriminación.

La salud sexual y/o reproductiva constituye un campo complejo y diverso que atraviesa las vidas de las mujeres de maneras singulares. A los temores vinculados con la discriminación por vivir con VIH, se suman otros factores como las creencias personales sobre el cuerpo, la familia, la pareja, el placer, la fe religiosa, las condiciones de vida, y la etapa del ciclo vital en la que se encuentren. Estas dimensiones configuran las formas en que las mujeres experimentan y expresan su sexualidad.

Esta diversidad nos obliga a pensar en dispositivos integrales e interseccionales, capaces de abordar las múltiples aristas involucradas. Solo así se podrá garantizar a las mujeres que viven con VIH el acceso pleno y efectivo a sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, reconociendo y respetando sus decisiones, cuerpos y trayectorias de vida.

3.6.2. Atención de la salud sexual y reproductiva

En las entrevistas, los procesos relacionados con la salud sexual aparecen vinculados principalmente a dos espacios del sistema de salud: los servicios de infectología y los de ginecología. El servicio de

infectología está asociado a la posibilidad de alcanzar la indetectabilidad del virus del VIH, condición que disminuye el temor a la transmisión en las prácticas sexuales. En general, las mujeres expresan que este tema sí se aborda en las consultas de infectología, aunque el grado de profundidad varía. Muchas señalan que las y los profesionales les indican que pueden llevar una vida sexual activa con el uso del preservativo.

En contraste, la atención en ginecología parte de un supuesto inverso: mientras en infectología se asume que la paciente vive con VIH, en ginecología son las propias mujeres quienes deben decidir si comparten o no su diagnóstico. Esto implica una disyuntiva: revelar el diagnóstico y exponerse a posibles prácticas discriminatorias por parte de profesionales que, en muchos casos, desconocen aspectos básicos sobre el virus; o bien no revelarlo, con el consiguiente riesgo de recibir una atención médica limitada o inadecuada.

Diversos testimonios relatan que compartir el diagnóstico en este tipo de consultas ha resultado en experiencias negativas, lo cual a menudo se traduce en la interrupción, discontinuidad o abandono de los controles ginecológicos. Muchas mujeres señalan que postergan la atención de otras cuestiones de salud hasta que los síntomas se vuelven insoportables o alarmantes. Asimismo, no se identifican instancias médicas orientadas a brindar información sobre el climaterio, la menopausia o los efectos a largo plazo del VIH y de los tratamientos antirretrovirales, como la osteoporosis o enfermedades cardiovasculares.

La salud reproductiva remite también a otros ámbitos del sistema de salud y a distintos actores profesionales. Cuando desaparece el horizonte reproductivo —ya sea por edad, por ligadura tubaria o por la ausencia de actividad sexual—, los controles ginecológicos tienden a volverse esporádicos o directamente se interrumpen. A esto se suman las barreras propias del sistema, como la escasez de turnos, la desatención institucional y la falta de proactividad por parte del personal de salud.

La atención se focaliza en los aspectos reproductivos (como la anticoncepción o la maternidad) y en el VIH, dejando de lado otras necesidades en salud. Esto afecta especialmente a las mujeres adultas mayores viviendo con VIH, quienes en general no



reciben orientación o acompañamiento en los cambios fisiológicos y emocionales asociados al envejecimiento, la menopausia o los efectos de largo plazo de la infección y los tratamientos.

Organizaciones como MM+ han señalado la importancia de considerar a las mujeres más allá de su capacidad reproductiva. Sin embargo, las entrevistadas refieren no recibir información adecuada sobre sus derechos sexuales y reproductivos en esta etapa, ni sobre cómo prevenir condiciones como la osteoporosis, los tumores u otras enfermedades que deberían ser monitoreadas con mayor atención por parte del sistema de salud.

Numerosos problemas de salud —como hepatitis B y C, afecciones cardíacas, tumores, osteoporosis, discapacidades o condiciones oftalmológicas— afectan también a las mujeres viviendo con VIH. Sin embargo, estas cuestiones no reciben el mismo nivel de atención que el tratamiento para el VIH. Cuando aparece una afección no vinculada directamente al virus, muchas veces genera desesperación, incertidumbre y frustración, particularmente cuando se perciben actitudes negligentes o discriminatorias.

“P. En todo este tiempo que hace que tiene VIH, ¿siente que hay algún problema de salud que surgió a causa del VIH o del tratamiento?”

R. Sólo eso del pecho (...) Sí, a causa del VIH, por el medicamento que me agarraba ahogo (...) como asma pero ya el doctor él sabe que cuando me pega eso yo voy donde él y ya me dice, ‘te voy a dar algún medicamento, ve ni primero te voy a poner un suero y te voy a poner una inyección para que se te baje, ahorita como están de vacaciones no he ido’.” (Honduras)

“P. ¿Tiene o tuvo alguna otra cuestión de salud importante además del VIH?”

R. Diabética. (...)

R. ¿El azúcar, por los medicamentos?”

R. Sí.” (Honduras)

“P. ¿Tiene o tuvo alguna otra cuestión de salud importante además del VIH?”

R. La lipodistrofia y mi problema de la piel los medicamentos me generaron hígado graso, estoy diagnosticada con hígado graso, en

la actualidad bueno ya días me piden un ultrasonido del hígado graso, pero no he podido hacérmelo para ver en qué etapa está me dice el Dr., porque si muchas veces estoy durmiendo y me da un dolor bien fuerte aquí, y no puedo ni menearme.

P. En todo este tiempo que hace que tiene VIH, ¿siente que hay algún problema de salud que surgió a causa del VIH o del tratamiento?”

R. La lipodistrofia también tengo hígado graso me dijo la doctora, que era provocado por tanta pastilla tengo que estar tomando protectores gástricos y pues también dicen ellos que lo de la piel no sé cómo ellos usan unos términos bien raros, pero ahora supuestamente hasta el sol le hace daño.” (Honduras)

El déficit en la atención integral, en las derivaciones oportunas y en los seguimientos adecuados constituye una expresión de vulnerabilidad programática, y, en última instancia, una forma de violencia institucional.

“Aquel día fui porque me dolían las rodillas, inflamadas las rodillas. No, fui a buscar al médico de los huesos, de ortopedia. ¿Por qué no va al Sai? Porque me duelen los huesos. En el Sai me dieron mis medicamentos para mi VIH. Ahorita ando por dolor de huesos. ‘Se supone que usted es el médico de los huesos por eso vengo junto a usted.’ Pero es que el Sai, el Sai es el completo. ¿Y quién le dice usted que el Sai tiene oftalmólogo, tiene, tiene nariz, tiene de todo? El Sai solo atiende a las personas con VIH. Una vez que a nosotros nos duele la cabeza, tenemos que buscar al de la cabeza. Nos duelen los huesos, tenemos que buscar el de los huesos, nos duelen los ojos, tenemos que buscar el de los ojos, tenemos que buscar los médicos especialistas. ¿Qué clase de especialista es usted?” Y pasó una muchacha, yo había llegado antes que ella y ella pasa ahí. Y le digo yo, ‘¿cuál es el problema?’ ‘¿Por qué no me pasa a mí?’ Yo me metí y lo hice pasar en vergüenza delante de lo que él está preparando, cinco muchachos que tenía nuevos ahí. Yo le dije, ‘usted me va a atender a mí, porque es mi derecho. Yo vine antes que ella y el hecho de que traigo un dictamen, VIH positivo, usted no tiene el derecho de pasar una persona delante de mí, me va a atender y me va a atender antes’, que me



senté y le dije ‘me va a atender antes que a ella, porque mi derecho usted me lo está violentando y yo lo puedo ir a demandar a usted ahorita mismo por lo que usted está haciendo. No sabe que nosotros tenemos derechos, usted tiene que hacer valer mis derechos y yo lo voy a hacer que me lo valga si usted no lo quiere hacer’. Vino él, agachó la cabeza y todos los internos lo quedaron viendo a ver cuál es la actitud de él. Y él ya vino y me dijo está bien, la voy a atender. Vino, se puso los guantes para tocarme las rodillas, ya me tocó la rodilla, me mandó a hacer el examen, ya después me dijo el día esto es lo que usted tiene, tiene que estarle poniendo agua tibia y tiene inflamados los ligamentos, también necesito una tomografía de todo su cuerpo, vale 7000 lempiras, no lo puedo, no puedo costearlo. Entonces me dice, ‘cómo quieren que las ayuden si no tienen ni dinero’. Pues, le digo, ‘porque no se nos da trabajo tampoco. Usted no me puede juzgar a mí si usted no sabe nada de mi vida. Una cosa le voy a decirle, enséñalos a esos muchachos a que miren a las personas como seres humanos, porque usted es el jefe. A ese señor yo lo dejé tan avergonzado que no tuvo más palabras que decir’. Y yo salí victoriosa, y uno de ellos me siguió y me dijo la felicito porque usted supo defender sus derechos sin faltarle respeto a nadie y usted se posicionó como debió haber sido, porque usted llegó antes que ella, porque él tenía que atenderla y usted tiene un derecho. El muchacho fue detrás de mí felicitándome por mi actitud, porque también nosotros podemos poner un alto a que esto siga sucediendo, pero necesitamos mucha ayuda para eso. Ese día me encolericé, pero traté de manejar mi cólera y decirle a él con toda mi confianza que yo era una mujer empoderada y que podía defender mis derechos y que no necesitaba nada y que él tenía que cumplir con su trabajo de médico, porque a mí me dolían las rodillas y yo necesitaba que él me ayudara con mis rodillas. Yo no podía caminar en casa. Ahorita me hicieron lavado de oídos porque me iba de lado. La doctora no me dijo por qué no vas al Sai. Ella vino, me dio la cita y me hizo mi lavado. E. me dice si sentís más mareo, te venís para atenderte, para ver en qué te puedo ayudar. Esa es la actitud de los médicos. Gracias doctor, por haber hecho su trabajo conmigo. Y por no haberme discriminado, por no haberme tratado diferente, como digo, no todos los médicos son

malos. Simple y sencillamente hay que trabajar con ellos. Hay que decirle, ellas son personas igual que nosotros”. (Grupo Focal Honduras)

Pese a que algunas mujeres expresan preocupación por el sobrepeso, la lipodistrofia u otras condiciones físicas, son escasas las menciones a consultas sobre nutrición o actividad física. Estos temas tienden a emerger tardíamente, a medida que se prolonga la trayectoria de vida con VIH, con el envejecimiento y el tránsito hacia la menopausia.

3.6.3. Sexualidad, miedos, malestar y violencia

El VIH, para ciertos aspectos de la vida, puede marcar un antes y un después. Algunas mujeres, tras el impacto inicial del diagnóstico, reorganizan o continúan sus relaciones sexo-afectivas; otras las interrumpen y, con el tiempo, pueden retomarlas o no hacerlo. El VIH no solo implica reordenamientos en torno a la medicación o el seguimiento clínico, sino que también atraviesa dimensiones subjetivas profundas relacionadas con el ejercicio de la sexualidad.

Estas dimensiones pueden resultar dolorosas, pues están ligadas a vivencias del propio cuerpo, al placer, al contacto físico, a la culpa o a traumas previos que se reactivan ante la posibilidad de una relación sexual. Sin embargo, también hay experiencias en las que el VIH representa una oportunidad de reconexión vital con los propios límites, deseos y proyectos, lo que posibilita a algunas mujeres resignificar sus vínculos, sus cuerpos y su autonomía.

El ejercicio de la sexualidad, posterior al diagnóstico, suele estar mediado por temores, dudas e inseguridades, especialmente cuando la mujer ha perdido a su pareja o ha vivido rupturas posteriores al diagnóstico. Algunas deciden evitar los vínculos sexo-afectivos como una forma de protegerse frente a situaciones en las que puedan sentirse expuestas al estigma o discriminación. En muchos casos, el dilema de revelar o no el diagnóstico se convierte en una barrera para iniciar o sostener relaciones.

El sentimiento predominante que atraviesa estas experiencias es el miedo: miedo al rechazo, a no poder negociar el cuidado con la pareja, a divulgar el diagnóstico, aunque muchas expresen que hacerlo es



una forma de proteger a la otra persona. Este miedo, en algunos casos, conduce a una inhibición de la vida sexual.

P: ¿De qué manera considera que ha cambiado su vida sexual, si es que cambió después de su diagnóstico? (...)

R: Sí, cambió mucho, la verdad, porque no volvía a meterme con nadie, me quedé sola.

P: ¿Cambió por miedo? (...)

R: Sí, quedé joven, me da miedo infectar a otra persona y saber que voy a estar en una relación con alguien y llevar una vida sexual normal, todo tiene que ser ya con más cuidado... y por eso pienso yo que es mejor estar sola". (Honduras)

Muchas veces, el uso del preservativo se convierte en eje de discusión y negociación, y la desinformación sobre el principio "indetectable = intransmisible" profundiza las inseguridades. También se entrecruzan experiencias de abuso o violencia sexual que condicionan el deseo y la posibilidad de vivir una sexualidad basada en el placer y el consentimiento.

Los efectos del diagnóstico en la vida sexual pueden ser persistentes. En algunos casos, el miedo se extiende a otros aspectos de la cotidianidad compartida, como la alimentación o el contacto físico, e incluso deriva en una opción deliberada por la soledad como estrategia de autoprotección.

"Como me quedé sola, me puse súper activa, pero estuve un buen tiempo desde que mi esposo murió. (Ahora) ya tengo más de 14 años de no tener una relación sexual, porque es una decisión que he tomado. (...) Decidí no tener más hijos y, cuando tuve relaciones sexuales, decidí siempre utilizar el condón y mencionarle a la pareja que estaba conmigo que tenía VIH". (Honduras)

El desgano, la culpa y las "pasiones tristes" son comunes en los relatos, y se contrarrestan, en algunos casos, con el acompañamiento de personas cercanas o de la pareja. Algunas mujeres deciden continuar con la pareja que les transmitió el virus por tratarse de un vínculo ya conocido. En otros casos, las culpas no pueden tramitarse y conducen a la ruptura.

La decisión de permanecer solas es una estrategia defensiva que aparece en mujeres de distintas edades. Para muchas, representa una forma de cuidado, ya que temen enfrentar el rechazo o la divulgación del diagnóstico sin su consentimiento.

P: ¿Considera que una persona con VIH debe informarle a otra persona si van a tener relaciones?

R: Por los momentos yo estoy sola, porque imagínese que hay hombres que sólo la ocupan a una sólo por el momento y una les va a decir solo que se protejan ellos bien protegidos.

P: ¿No está de acuerdo?

R: Por un pasatiempo, irle a dar un diagnóstico después el hombre y después el hombre va a andar regando por donde no haya lugar". (Honduras)

Las condiciones económicas, la edad, las experiencias previas en relaciones sexuales o afectivas y las redes de apoyo con las que cuentan también influyen en la decisión de vincularse o no. En algunos casos, el diagnóstico implica una transformación en la percepción de la confianza hacia las parejas: mujeres que antes se entregaban desde la confianza ahora se muestran más cautelosas y desconfiadas.

La discusión en torno a la responsabilidad de la transmisión del VIH es otro motivo que afecta las dinámicas de pareja. La carga de cuidados también aparece como una constante en los casos de mujeres con parejas seropositivas, generando sobrecarga emocional y física. La construcción de nuevas relaciones luego del diagnóstico plantea desafíos particulares. A la gestión del cuidado con la pareja, se suma la exposición ante el entorno de esa pareja. Esta sobrecarga emocional puede debilitar el vínculo o provocar su ruptura.

Entre quienes sí mantienen una vida sexual activa, con o sin pareja estable, el uso del preservativo emerge como la principal recomendación del personal de salud. La dificultad, sin embargo, radica en lograr su negociación efectiva. Para algunas mujeres, el diagnóstico ha significado un proceso de aprendizaje y empoderamiento respecto de su salud sexual y de su derecho a decidir.



“P: ¿De qué manera considera que ha cambiado su vida sexual, si cambió, después de su diagnóstico?”

R: No cambió, cambió porque yo aprendí a cuidarme más. Como le decía, a negociar el uso del condón, cosa lo cual antes no lo hacía con mi esposo, e incluso si fuera de parte de él, él me lo ha dicho muchas veces, sos mi esposa aunque él siga saliendo negativo él me dice, yo sé, me dice, para mí sin condón, aprendí también que si no uso ese condón puede haber una reinfección para y lo pongo en riesgo a él también, entonces si ha habido muchos cambios en mi vida porque pues aprendí a cuidarme en mi intimidad, pues aprendí a decir no, no quiero y que se me respete y tener una intimidad que si yo decido si deseo o quiero si, nada es a la fuerza que no me puede obligar que no es por el hecho de ser mi esposo que yo voy a estar ahí para cuando él quiera que tiene que ser un mutuo acuerdo... A vivir mi sexualidad abierta...” (Honduras)

La recomendación sistemática del uso del preservativo parte de la presunción de que las mujeres tienen, o podrían tener, una vida sexual activa, lo cual contrasta con posturas previas donde incluso se desalentaba toda vida sexual y reproductiva tras el diagnóstico.

Como en otras esferas de la vida, las redes personales juegan un papel clave: contar con personas de confianza, con quienes compartir experiencias y afectos, puede fortalecer el deseo y la posibilidad de vivir una sexualidad plena, autónoma y placentera.

3.6.4. Maternidad, VIH y discriminación

En varios relatos del trabajo de campo, se evidencia el fuerte deseo de ser madres entre mujeres ya diagnosticadas con VIH, a pesar de la discriminación y los múltiples obstáculos que esto conlleva. Las intenciones, ilusiones y planes de tener hijas o hijos, o de ampliar la familia, son aspectos que emergieron con fuerza en esta investigación, al igual que en estudios previos (Pecheny, Binstock, et al., 2012), incluso cuando los tratamientos eran más limitados y menos eficaces que en la actualidad. Esto resalta la necesidad de considerar estos deseos dentro del sistema de salud para que puedan concretarse en condiciones seguras tanto para la mujer como para su pareja e hijas/os.

“P: Si tuvo algún hijo o hija desde el VIH. ¿Puede contarme cómo fue el proceso de parto?”

R. Ay que sí, me regañaron esos doctores... no los paraba bola.

P: ¿Por qué la regañaron?”

R. Ay, porque sí me dolían los puyones que me metieron en la espalda y peor esa rajada ay Dios santo, aguántese, aguántese (...)

P: ¿Cómo se manejaron con usted en el servicio por ser mujer con VIH?”

R. No, a mí me trataron bien

P: ¿Recuerda algún comentario que le hayan hecho en el servicio de salud (ya sea durante el embarazo, durante la labor de parto o después), que le haya hecho sentir mal (enojada, triste, vulnerable)?

R. Normal.

P: ¿Se sintió bien al tener a su bebé?”

R. Sí.” (Honduras)

En ocasiones, los servicios de salud no ofrecen la orientación necesaria a las mujeres con VIH respecto de sus opciones reproductivas, o bien ejercen formas de violencia institucional bajo el argumento de que “no siguieron el procedimiento adecuado”. Diversas entrevistadas relataron barreras de información por parte del sistema de salud, particularmente en temas relacionados con anticoncepción o planificación del embarazo.

Por otra parte, el deseo o la decisión de tener hijas/os implica considerar múltiples factores: el proyecto de pareja y familiar, la situación económica y habitacional, la edad, y el propio diagnóstico de VIH. Este último puede generar temores relacionados con la transmisión del virus, el riesgo de enfermar o fallecer, o la capacidad para asumir la crianza. Estas preocupaciones se entrelazan, además, con las condiciones de vida precarias y la falta de garantías institucionales.

En los testimonios, las/os hijas/os adquieren un papel central como fuente de motivación y sentido. Para muchas mujeres, son la razón para continuar con el tratamiento, sobreponerse al diagnóstico y sostener el cuidado de su salud, pese a las adversidades sociales y económicas.



A su vez, las mujeres que fueron madres de hijas/os con VIH enfrentaron altos niveles de estigmatización y abandono por parte del sistema de salud. El siguiente testimonio da cuenta de ese rechazo, pero también de la dignidad con la que las mujeres defienden su historia:

“No es que digan como dijeron unas personas, hay que hacer un hoyo, echarlos todos en el mismo hoyo, enterrarlos a todos. No. Nosotros tenemos derecho a la vida todavía. Nosotros. (...) 26 años tiene S. Nació S. de mí, así. S. no lo adquirió en la calle, como me han dicho, ¿y su hija por qué tiene SIDA, de dónde agarró SIDA?, mi hija no tiene SIDA, es VIH positivo. Y mi hija no, no anduvo en la calle, nació de mí. Si alguien tiene que culpar, es a mí, no a mi hija. No me señale a mi hija porque usted no sabe la historia que hay detrás de mí. Ella nació por su mamá. Ella es nacida nata de mí. No es que la consiguió en una esquina. Yo sí lo conseguí. Ella nació de mí. Porque mucha gente hace la pregunta porque ya si tienes enfermedad y de dónde. Si ella anduvo con quién y la huirra apenas tiene 26 años. La huirra nació de mí así. Eso es lo que pueden hacer las instituciones por nosotros. Cambiar cómo nos miran, cómo nos tratan.” (Grupo Focal Honduras)

El hecho de que algunas mujeres hayan tenido hijas/os con VIH, a pesar de la existencia de métodos de prevención, revela no solo fallas en la provisión de información y servicios, sino también la persistencia de condiciones estructurales de exclusión. Estas se agravan por la pobreza, la falta de acceso a recursos básicos y la desigual distribución de las tareas de cuidado, lo que deriva en sentimientos de culpa además de enfermedad y precariedad.

“Sí, hija, yo te di lactancia porque estaba en unas circunstancias que no podía comprarte leche para poder darte leche por aparte.” (Honduras)

3.7. Discriminación y violencia en las relaciones familiares, de pareja y afectivas

3.7.1. Introducción

Los entornos personales y las redes de apoyo tienen un rol decisivo en los modos en que las personas enfrentan sus procesos de salud y enfermedad. Las mujeres que viven con VIH no son la excepción: como madres, hijas, esposas, abuelas o amigas, sus trayectorias están atravesadas por los vínculos que logran o no consolidar. En ciertos casos, tras procesos prolongados, han logrado que su entorno se involucre activamente en sus vidas y en el cuidado de su salud. En otros, sin embargo, han enfrentado el distanciamiento e incluso el rechazo por parte de familiares cercanos, quienes han ejercido actos discriminatorios y violentos. En este escenario, revelar el diagnóstico, decidir cómo, cuándo y a quién contarle, se convierte en una de las tantas gestiones que las mujeres con VIH deben realizar.

Por otro lado, las relaciones de pareja también se ven profundamente afectadas por el diagnóstico. Como se ha señalado anteriormente en este informe, muchas de las mujeres entrevistadas adquirieron el virus a través de sus parejas. Algunas de esas relaciones continuaron, mientras que otras finalizaron, pero las huellas emocionales y subjetivas permanecen. Estas relaciones, además, pueden ser espacios en los que se manifiestan distintas formas de violencia: simbólica, verbal, económica y sexual. También se han identificado situaciones extremas de violencia sexual, como las violaciones grupales, perpetradas por personas ajenas al círculo íntimo.

3.7.2. El VIH, los vínculos familiares y amistosos y las situaciones de violencia

El tratamiento de la información sobre el VIH representa un aspecto fundamental en la vida de las personas diagnosticadas. Esta relevancia se relaciona tanto con el estigma y la discriminación persistentes como con el carácter íntimo de dicha información,



que en algunos casos se desea compartir con ciertas personas, en otros mantener en reserva, e incluso ocultar por completo.

Diversos relatos recogidos evidencian múltiples formas de gestionar esta información. Algunas mujeres encontraron apoyo emocional esperado o inesperado; otras, en contraste, enfrentaron violencia, hostilidad o exclusión dentro de sus círculos familiares, sociales o laborales. El común denominador es que la decisión de comunicar o no el diagnóstico implica un proceso complejo, cargado de reflexión y desgaste emocional para ellas.

Asumir el control de la comunicación —incluso del silencio— es una de las múltiples tareas que surgen a partir del diagnóstico. El silencio no es ausencia de acción: es una respuesta estratégica frente a contextos hostiles o violentos, y frecuentemente se convierte en un mecanismo de autopreservación. Este resguardo incluye, muchas veces, a familiares muy cercanos.

Romper ese silencio puede obedecer a razones diversas. En ocasiones, se elige compartir el diagnóstico con personas de confianza dentro del entorno íntimo. Las madres y amistades cercanas suelen ser las primeras en enterarse y brindar apoyo.

Los testimonios reflejan que los prejuicios persisten incluso en entornos familiares, lo que puede llevar a optar por el silencio para evitar rupturas o tensiones. Esta “anticipación de la discriminación” no se limita al ámbito familiar, sino que también se manifiesta en contextos sanitarios y laborales.

Una constante identificada en las entrevistas es que las mujeres no siempre deciden cuándo ni con quién compartir su diagnóstico. Cuando la información se difunde sin su consentimiento, se trata de una forma de violencia, cuyas consecuencias afectan distintos aspectos de la vida cotidiana.

En cuanto a las relaciones sexo-afectivas, las opiniones divergen. Algunas mujeres insisten en la importancia de informar a sus parejas sobre su serología, como acto de honestidad y cuidado, especialmente ante experiencias previas de transmisión por parte de parejas que ocultaron su diagnóstico:

“P. ¿Considera que una persona con VIH debe informarle a otra persona si van a tener relaciones?”

R. Sí, debe informarle P: ¿Y por qué le debe informarle? R: Porque a mí no me gustaría, verdad, que otra persona no sepa y después se pueda enojar conmigo y de ahí vienen los pleitos, peleas, entonces uno tiene que ser sincero.” (Honduras)

Otras consideran que, si se usan métodos de protección en relaciones sexuales ocasionales, no es necesario revelar el diagnóstico. El tipo de vínculo (casual o estable) también influye en esta decisión:

“P. ¿Considera que una persona con VIH debe informarle a otra persona si van a tener relaciones? R. En ese caso, si van a tener verdad un hogar, me imagino que sí, pero una pareja casual para mí no sería lo correcto, porque no se sabe cómo iría a reaccionar esa persona.” (Honduras)

Las respuestas familiares frente al diagnóstico son variadas y, en muchos casos, contradictorias. Se han reportado actitudes hostiles junto con apoyo material o cuidados simultáneos con prácticas de exclusión. Las vivencias incluyen discriminación directa, rupturas de vínculos, insultos y violencia, pero también aprendizajes colectivos impulsados por las propias mujeres:

“La aceptación fue difícil, pues a los dos meses que nos habíamos dado cuenta con mi esposo, él falleció, quedé viuda y a seguir adelante, a aprender del tema, porque no sabía nada del tema, a quererme involucrar y aprender y como que a educar a mi familia que nunca les negué nada, siempre supieron lo que tenía, lo que me estaba pasando y hubo mucho estigma, mucha discriminación por parte de mi familia en ese momento y fue como un tiempo de sufrimiento, mucho, por los rechazos de la propia familia. Pero aprendí y me dije me voy a educar yo para educar a mi familia y eso pasó, me eduqué yo, y eduqué a mi familia, y a medida del tiempo mi familia se educó y ya estamos conviviendo mejor. Fue difícil por mis hijos, pero pasado el tiempo comencé a hacer voluntariados y así fue como empecé a involucrarme en este tema.” (Honduras)

“En el momento que se dieron cuenta quisieron matar a mi esposo, fue una reacción bien terrible,



pero ahora al tiempo que estamos nos llevamos muy bien, estamos bien, aunque sea por una llamadita están pendientes de mí.” (Honduras)

El papel de la familia puede ser clave en la contención o, por el contrario, profundizar el aislamiento de las mujeres. En este sentido, muchas de ellas procuran administrar cuidadosamente la información sobre su diagnóstico, aunque esto no siempre evita experiencias de discriminación:

“P: ¿Hay otros familiares o amistades cercanas que saben que vive con VIH? ¿Les contó usted o cómo se enteraron? ¿Cómo reaccionaron? ¿Cómo es el trato después de que conocen el diagnóstico? R: En la zona donde estamos ahorita he evitado que la gente se entere. P: ¿Pero algún familiar sí sabe? R: Algunos familiares sí P: Cuénteme de eso, de cuando la maltrataban R: Sí, toda mi familia durante esta trayectoria y vecinos cercanos de la zona donde yo vivía, que era Melgar 1 y de este sector donde estoy viviendo pues, no se han dado cuenta. P: ¿Cómo es el trato, después de que saben el diagnóstico? R: Discriminación, actuar de tal manera a gritárselo a los cuatro vientos, lo gritan a los cuatro vientos, y a veces cuando uno ofrece algo dicen ay no a mí no me des, tenes ese SIDA y a mí me vas a terminar infectando, con eso ay no... y así van a estar que no se les puede ni tocar porque ellas brincan.” (Honduras)

Los testimonios que muestran contención familiar son escasos. Resulta llamativo que la propia familia pueda ser fuente de agresión directa:

*“Todo el mundo ahora me admira en mi casa porque dije chica, qué cambio. Antes me acuerdo de que sólo me daban cinco lempiras mis hermanos. ¿Por qué me daban esos cinco lempiras o 20 lempiras? Tenga esto para que se vayan juntos. Porque sabían que yo no los iba a ocupar, pero ahora ellos cuando pueden me dan, ahora me dan hasta 1000, 1000 lempiritas, ténganme para que pague agua, luz de la casa. ¿Por qué? Porque miran mi cambio. **Antes les daba pena andar conmigo, ahora ellos salen conmigo.** Vamos, me dice. Con mi hermana*

*menor caminamos a la par y mi hermana ya no tenía vergüenza porque ella nunca me discriminó. Ella nunca me discriminó a mí en mi casa. Y bueno, sufrí bastante, sufrí aquí en San Pedro. Cuando puse el pie en esa terminal, solo me acordé cómo iba yo, cómo iba, (...) pero se me vinieron aquellos recuerdos que como me fui yo de aquí, **yo me fui huyendo, no del padre de mis hijos, porque el padre de mis hijos aquí trabaja, no de él, sino que por medio de la familia de él. Yo me fui huyendo porque ellos me hicieron la vida, principalmente la medio hermana, me hizo la vida imposible, no sólo por vivir con VIH, sino por otros problemas de herencia que pensaban que yo iba a pelear** si la herencia es del papá de mis hijos, no es de mis hijos, eso es todo.” (Grupo Focal Honduras)*

Cuando la mujer con VIH es también madre, el dilema sobre si comunicar o no su condición a sus hijas/os es recurrente. Algunas deciden esperar a que tengan determinada edad; otras prefieren mantenerlo en secreto. A veces, terceros revelan la información sin consentimiento, lo que agrava la experiencia:

“P: ¿Sus hijos saben que vive con VIH? ¿Les contó usted o cómo se enteraron? ¿Cómo reaccionaron? ¿Cómo es el trato después de que conocen el diagnóstico? R: Si P: ¿Les contó? R: No, se dieron cuenta por la bomba que se regó en el barrio (...) esos son los engaños de la gente que piensan que porque uno tiene o padece de VIH/ SIDA cree que se va a morir y las cosas no son así (...)” (Honduras)

“P: ¿Hay otros familiares o amistades cercanas que saben que vive con VIH? R: Mi hermana. P: ¿Usted le contó o se enteró?, R: Ella se enteró P: ¿Y cómo fue la reacción de ella?, R: Se puso a regañarme y me dijo un montón de cosas, incluso lo divulgó (...) yo no le hablo a ella por eso. P: ¿Todavía?, R: Sí. No.” (Honduras)

Algunos relatos combinan apoyo con discriminación. La siguiente historia ilustra cómo los gestos familiares pueden ser determinantes para enfrentar el diagnóstico y, a la vez, representar una fuente de violencia:



“Cuando me dieron el diagnóstico... yo no quería ir al hospital, mi hermano se me arrodillaba y me decía ‘hermanita, caminá, te voy a llevar’... Y yo lo que quería era pasarmela en el sofá de la sala, no quería ni comer. Y vino mi hermano, como pudo, me agarró y me llevó. (...) A los cuatro días lo mismo hizo mi sobrina, me llevó: ‘tía, la queremos, no queremos que se muera’ me dijo, ‘tienes que averiguar qué es lo que tienes’. Y a la hora de llegadas, me dejó ingresada. Después, como mi cuñada era diligenciada en enfermería, vino, lo publicó en toda la casa, no tuvo confidencialidad, a todo mundo le dijo, todo el bloque de la Kennedy se dio cuenta de que tenía SIDA, no era ni VIH, era SIDA. Y entonces, una de la Cruz Roja me fue a decir: ‘¿sabe lo que tiene usted?’ Pero me lo dijo duramente. En ese tiempo a uno lo ponían con varios enfermos, me acuerdo. Yo ahí estaba con una señora y otras mujeres, éramos como seis, porque eran seis. Y fue doloroso para mí. Cuando me lo dijo, muy duro, sólo se agachó en mi cama y me dijo usted tiene SIDA, me dijo. No, y yo pensé ‘pero por eso yo no me voy a tirar de la ventana’. Y agarré el valor y sólo se me cayeron las lágrimas. (...) Mi hermana gemela, que en paz descanse, me discriminó también, una vez llevó a una amiga de la colonia y me pasaban a dejar comida y sólo se la daban a la enfermera que me la fuera a poner y sólo se me quedaron viendo las dos. Éramos dos gotas de agua (...). Fue una discriminación. Y a veces a uno la misma familia lo hace, lo hace, sí, la misma familia lo hace.... Ahí yo lo tuve, cierto, mi familia era grande, pero de ahí yo tenía el apoyo de mi madre (...) A mí me miraban como bicho raro, en mi casa me tenían miedo, creían que yo les iba a pasar el VIH, pero no. Conocí una compañera que se llama L. y ella me llevó a un lugar que se llama Calidad de vida y ahí fui agarrando un poquito de conocimiento” (Grupo Focal Honduras)

Los imaginarios sociales estigmatizantes siguen operando en las instituciones y comunidades. Ante la divulgación del estado serológico de una mujer, pueden activarse mecanismos de acompañamiento, pero también nuevas formas de violencia y exclusión.

La problemática del silencio, del ocultamiento y de la vergüenza internalizada es constante en las

narrativas. Estos silencios no son simples omisiones, sino el resultado de una tensión entre el derecho a la privacidad, el temor al rechazo y la necesidad de proteger a sus hijas/os del estigma asociado al VIH.

3.8. Violencia sexual, psicológica y física

La violencia en las relaciones de pareja y/o en el ejercicio de la sexualidad constituye una forma extendida, grave y, en muchos casos, naturalizada de violencia contra las mujeres. El diagnóstico de VIH añade nuevas dimensiones a estas violencias. Algunas mujeres compartieron experiencias dolorosas apenas se mencionó el tema; otras, solo pudieron hacerlo al final de la entrevista, tras generar un espacio de confianza o ante repreguntas cuidadosamente formuladas. En ciertos casos, narraron situaciones de violencia sin denominarlas como tales, como si se tratara de aspectos cotidianos. Particularmente en casos de violencia sexual —como las violaciones dentro del matrimonio—, la entrevista permitió desnaturalizar estas experiencias y comenzar a nombrarlas como lo que son: violencia.

“Como mujeres no hay quien no haya pasado una violencia. En mi caso, hablo poco de mi vida privada porque soy muy llorona y no me gusta llorar. Pero sí como mujeres pasamos por todos los procesos que todos ustedes hemos hablado de la violencia, de todo, de toda clase de violencia, falta de dinero, acoso sexual, ¿qué es lo que no hemos vivido? Pero bueno, seguimos para adelante, no somos mujeres si nos quedamos ahí como los hombres que son un poco cobardes, que después de que hacen el mal huyen. Pues ni modo así son” (Grupo Focal Honduras).

Las violencias se entrelazan con las condiciones de vulnerabilidad y precariedad, y al mismo tiempo las reproducen, generando un círculo que intensifica el daño y limita las posibilidades de afrontamiento.

En los relatos de las mujeres entrevistadas, la violencia ejercida por parejas, familiares o desconocidos es una experiencia reiterada y profundamente dolorosa. Dicha violencia rara vez puede clasificarse en una sola categoría —conyugal, económica, sexual, etc.—, ya



que frecuentemente abarca múltiples dimensiones. En todos los casos, se trata de violencia de género, habilitada y sostenida por un sistema jerárquico que impone desigualdades estructurales y normaliza el sometimiento de las mujeres.

Aunque muchas experiencias de violencia anteceden al diagnóstico, el VIH agudiza las condiciones de vulnerabilidad, generando sentimientos de culpa, miedo e impotencia para cortar con vínculos violentos. Se convierte en un elemento más de control, utilizado para culpabilizar o recriminar, y puede estar vinculado a pérdidas dolorosas, como la muerte de un hijo o hija, en contextos de estigma superpuesto (Parker y Aggleton, 2003), que refuerzan la violencia y debilitan los recursos personales y comunitarios.

“He vivido violencia sexual, incluso mi pareja hasta me decía ‘vos sidoso’ y ‘quién te va a querer, ya tenés SIDA’... ‘y para qué me coges, le dije yo a él’ (...) Él me trataba de sidoso porque, supuestamente no fue él el que... Él no me pasó el VIH, porque no tiene VIH, todavía está vivo, ya le arrancaron dos dedos... él tiene otras cosas, tiene azúcar y todo eso, pero no tiene VIH el hombrecito ese. Pero yo le dije igual, yo ya lo tengo y no quiere vivir conmigo por playa, andate, le dije, no te quedes conmigo. Porque la violencia sexual era tanta que él me rompía. (...) Obvio, el hombre quería abusar de mí y yo le decía no, para qué vas a estar con esta sidoso, como él me decía sidoso, yo le decía ‘para qué vas a estar con esta sidoso, te voy a pasar SIDA’ le dije, pero él me arrancaba los bloomers, me rompía mi ropa interior y él hacía lo que quería. En ese tiempo yo no me sabía defender de él, pero cuando me empoderé, pobrecito, porque yo estaba con un cuchillo, dormía con un cuchillo... (...) Entonces, la vida sigue. Pero sí, fui violentada sexualmente” (Grupo Focal Honduras).

Algunas mujeres han vivido situaciones de violencia de manera permanente; otras las identifican a partir del diagnóstico de VIH o remiten a experiencias pasadas de abuso. En muchos casos, las violaciones son perpetradas por personas cercanas —parejas, familiares, vecinos, amigos—, aunque también ocurren en espacios públicos por parte de desconocidos. Varias entrevistadas atribuyen la transmisión del VIH a estos episodios, incluso mencionando la transmisión intencional por parte del agresor.

Según el informe del equipo nacional de Honduras:

Las mujeres que han adquirido el VIH de sus parejas o esposos y a partir del diagnóstico sufrieron de más violencia (Informe del equipo de Honduras).

Estas vivencias son transversales a los cuatro países del estudio. También lo son la capacidad de resiliencia y la fortaleza de muchas mujeres, quienes logran sobreponerse con el apoyo de nuevas parejas, redes familiares, amistades o sus hijas e hijos. En contextos de violencia sexual, la posibilidad de negociar el uso del preservativo suele estar limitada o completamente anulada. Esta inequidad se reproduce incluso dentro del matrimonio, donde la imposición sexual y la ausencia de consentimiento siguen estando presentes.

Históricamente, las mujeres han sido uno de los grupos más vulnerables a la violencia sexual. La forma más explícita es la violación, pero existen otras formas menos reconocidas, como la discriminación, el señalamiento o el acoso hacia mujeres con VIH que deciden mantener una vida sexual activa. Estas situaciones también configuran violencias sexuales, así como lo hace la violencia psicológica, que puede volverse estructural y acompañar otras formas de maltrato.

Este tipo de violencia se relaciona con los imaginarios del “amor romántico”, que promueven la idealización de parejas y relaciones aun cuando estas sean violentas. Tales creencias perpetúan la tolerancia al maltrato y dificultan la ruptura con vínculos dañinos.

La violencia física ha sido mencionada reiteradamente por las mujeres entrevistadas, principalmente ejercida por esposos, parejas o exparejas. Es menos común que esta violencia sea cometida por desconocidos. Cuando ocurre en el ámbito de la pareja, suele ser constante y acompañarse de violencia verbal, con graves efectos sobre la salud física, mental y emocional de las mujeres y sus hijas/os. También se asocia con el consumo problemático de alcohol o sustancias.

“R: Mi esposo me maltrataba mucho, porque como él solo ebrio pasaba, como que no pasé una vida muy bien con él

P: ¿Era alcohólico?

R: Sí, alcohólico. (...) Me agredía bastante porque



como caminaba bien ebrio y me seguía, una, o como dos veces, me pegó.

P: ¿La insultaba?

R: Claro eso siempre lo de los insultos era un montón, desde que llegaba me insultaba.

P: ¿Tuvo algo que ver con eso el tema del VIH?

R. No, fíjese en eso no, porque a veces él me platicaba y me decía todo esto va a pasar, hay que tomar el medicamento, como es pues, yo me lo tomaba como era, pero él no, él no se lo tomaba, corría mejor a embriagarse porque yo pensaba en mis hijos, verdad, como en ese tiempo estaban bien pequeños, pidiendo a Dios porque mis hijos están bien pequeños, quién va a ver por ellos que están tan pequeños...” (Honduras).

Romper un vínculo violento puede resultar extremadamente complejo, no solo por la dependencia económica, sino también por factores emocionales, por la presencia de hijas/os o por las promesas de arrepentimiento del agresor. A ello se suma la falta de respuesta institucional efectiva y accesible en los países, lo que reduce aún más las alternativas para las mujeres.

El VIH puede ser utilizado como herramienta de chantaje o como una forma de dañar la autoestima: amenazar con revelar el diagnóstico o usarlo como insulto hiere profundamente y refuerza el sometimiento.

La falta de autonomía y la dependencia material condicionan severamente las posibilidades de cortar con estos vínculos. La ausencia de redes o lugares seguros agrava esta situación. Algunas mujeres logran encontrar refugio temporal con familiares, mientras que otras deben desplazarse lejos, asumiendo el desarraigo como una estrategia de supervivencia.

“P. ¿Estaba en pareja cuando se enteró del diagnóstico de VIH?

R. Eh pues mire estaba con el papá de mi hijo, él no sabía nada, al final él se enteró, no sé cómo porque él trabajaba y (...)

P. ¿En algún momento, por lo que sea, su pareja actual o alguna de sus parejas la ha tratado mal o la ha agredido?

R. Ese el que le conté que me dejó botada, llegó bolo (borracho) una vez y me salió con un puñal y yo mejor me fui pa’ donde mi mamá, él me quería

matar y yo no iba a esperar que me matara (...)

P: ¿y cómo es que la maltrataba?

R: Porque ese día venía bolo y llegó a la casa y entonces como yo estaba en la cocina pues ese día entró y gritó y es que no hay nadie aquí en la casa y qué quiere y ahí... empezó el relajo ahí, entonces yo me salí. Él ya no está, él ya se murió...

P: ¿La dejó sola él?

R: Sí, me dejó sola.

P: ¿Tuvo algo que ver con eso el tema del VIH?

R: No sé si es que él nunca supo nada...” (Honduras)

“Yo recibí mi diagnóstico en el 97, tenía mi hija, el trauma pues de que tenía mi hija, meses sin nada de información y de la forma que me lo dijo la doctora, que me lo dijo también, verdad, que no fue nada bonito. Y me tocó sobrellevar eso como seis años sin decirle a nadie nada. Seguí trabajando, seguía haciendo mi vida, tratando de hacer mi vida normal, sin ninguna información. Y tuve que huir porque el papá de mi hija pues me violentaba, me trataba pues de lo peor. Tuve que huir porque ya no nos aguantábamos ninguno de los dos, verdad. Entonces me fui, estuve en Belice viviendo cuatro años, casi cinco años. Hasta allá me fue a buscar el hombre que quería que me viniera, pero no, no me vine, me quedé allá porque era demasiado el maltrato que él me daba. Y estando en Belice yo pues recaí, verdad, me tuve que venir de allá mal a comenzar algo que yo había huido, algo que yo no quería que nadie se diera cuenta porque no quería que me fueran a ver mal en mi casa, verdad”. (Grupo Focal Honduras)

Otra forma recurrente de violencia es el abandono por parte de las parejas, tanto de las mujeres como de sus hijas/os. Este abandono suele estar acompañado de la omisión de responsabilidades económicas, generando una doble carga para las mujeres. A veces ocurre efectivamente; otras, opera como amenaza constante, lo que también constituye una forma de control emocional.

Incluso en relaciones donde ambas partes viven con VIH, pueden presentarse dinámicas de desigualdad en las responsabilidades de cuidado, lo cual también se constituye como una forma de violencia.



En resumen, resulta alarmante constatar que prácticamente todas las mujeres entrevistadas conocen a otras que han sufrido violencia sexual y muchas han atravesado esa experiencia ellas mismas. Algunas atribuyen su infección al contexto de una violación. Asimismo, el diagnóstico refuerza el estigma internalizado, afectando la salud emocional y la autonomía. La posibilidad de narrar estas experiencias en un espacio seguro —como el que se generó en las entrevistas— resultó sanadora. Allí se construyeron vínculos de confianza que permitieron compartir, contenerse y dar sentido a sus vivencias más difíciles.

3.9 Discriminación y violencia en el entorno laboral

3.9.1. Introducción

Trabajar en condiciones dignas y recibir una remuneración justa es un derecho reconocido por la comunidad internacional, al que deberían acceder todas las personas sin excepción. No obstante, según el Banco Mundial (2022), aproximadamente 2400 millones de mujeres en el mundo no cuentan con los mismos derechos laborales y económicos que los hombres. En América Latina y el Caribe, las mujeres acceden a menos de tres cuartas partes de los derechos legales que poseen los hombres. Estas cifras reflejan la desigualdad estructural que atraviesa el mercado laboral y evidencian su impacto negativo en las mujeres en general.

Desde una perspectiva interseccional, estas desigualdades se ven agravadas por el racismo, la transfobia, el cisexismo, así como por las múltiples formas de discriminación, violencia y maltrato vinculadas al diagnóstico de VIH.

El Convenio 190 sobre la violencia y el acoso, adoptado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2019, reconoce el derecho de toda persona a un entorno laboral libre de violencia y acoso, incluyendo aquellos motivados por razones de género. Este instrumento subraya que dichas prácticas constituyen una violación de los derechos humanos y considera la interseccionalidad como un factor relevante en los procesos de discriminación. Asimismo, el Convenio reconoce la salud como un componente clave: por un lado, señala que el trabajo digno es fundamental para

preservar la salud; por otro, establece que condiciones de salud como el VIH no deben ser motivo de exclusión o discriminación en el acceso al empleo.

En esta sección se abordan las múltiples barreras que enfrentan las mujeres con VIH en el ámbito laboral, tanto formal como informal. Como se verá, además de las desigualdades estructurales del mercado, muchas mujeres deben enfrentar situaciones de estigmatización y discriminación asociadas a su estado serológico.

3.9.2 El trabajo asalariado formal e independiente o informal para las mujeres con VIH

La mayoría de las mujeres entrevistadas no ha tenido empleo formal ni acceso a relaciones laborales con derechos garantizados. Sus trayectorias laborales se caracterizan por empleos no registrados, independientes, informales (sin protección legal ni cobertura social), precarios o por cuenta propia; muchas ejercen múltiples ocupaciones de forma simultánea. Las actividades incluyen ventas ambulantes o desde el hogar, trabajo doméstico, cuidado infantil, limpieza, trabajo sexual en algunos casos, o pequeñas actividades comerciales. Algunas son profesionales —por ejemplo, docentes o contadoras— y unas pocas colaboran de manera parcial con organizaciones o redes vinculadas al VIH.

Muchas de las mujeres que desempeñan trabajos informales o autónomos no se identifican como trabajadoras. Incluso llegan a afirmar que no trabajan, a pesar de haber relatado previamente que realizan tareas como limpieza o ventas. Esta disociación refleja el despojo simbólico de la identidad laboral. Por ello, el tema de los exámenes preocupacionales aparece con menor frecuencia, pero sí se expresa el temor que genera conocer el propio diagnóstico, lo cual desincentiva la búsqueda de mejores empleos. En aquellos casos donde el estado serológico es conocido en el ámbito laboral —ya sea porque lo comunicaron, se filtró, o fue evidenciado en controles—, casi todas refieren haber perdido su empleo.

En un contexto latinoamericano de crisis económica persistente, desempleo y falta de corresponsabilidad en el trabajo doméstico y de cuidado, la amenaza de



discriminación asociada al VIH genera un profundo desaliento en relación con el desarrollo de una vida laboral activa.

Todas las entrevistadas, sin importar la fuente de ingreso, se identifican también como amas de casa y principales responsables del sostenimiento del hogar. La mayoría son madres —algunas, abuelas—, y muchas debieron incorporarse al mercado laboral tras separaciones o viudez.

Entre quienes cuentan con un empleo, la mayoría prefiere no revelar que vive con VIH, no solo por temor a la discriminación, sino también porque consideran que no es información que deba ser compartida en ese ámbito.

El diagnóstico de VIH representa una barrera para el acceso y la permanencia en el empleo. Esta situación se explica tanto por la autoexclusión preventiva de las propias mujeres, como por barreras sociales —impuestas por empleadores— y programáticas —derivadas del Estado—. En conjunto, estas condiciones configuran vulnerabilidades personales, sociales y estructurales que limitan la inclusión laboral de las mujeres con VIH, tanto en el sector formal como informal.

“Desde que fui diagnosticada se me negó el derecho a un trabajo, que dicen que tenemos derecho a trabajo, eso es una gran mentira, nadie me da trabajo. He ido a varios lugares, pero cuando le hacen la prueba a una y sale positivo, no le dan el trabajo. Y es el primer derecho que es violentado. Y dicen que tenemos derecho a la vida. Y cómo voy a vivir si no me dan un trabajo y no puedo ni comer, no puedo ni comprarme lo que necesito” (Grupo Focal Honduras).

Los relatos permiten identificar múltiples dimensiones de vulnerabilidad. Por ejemplo, las dificultades para acceder al carnet sanitario reflejan una vulnerabilidad programática, pues es el Estado quien impone barreras. La divulgación del diagnóstico en entornos laborales, el uso del polígrafo en exámenes pre-ocupacionales y los despidos vinculados al estado serológico evidencian una vulnerabilidad social. A ello se suma la vulnerabilidad individual, atravesada por las creencias y experiencias previas de las mujeres, quienes han aprendido que si no logran ocultar su

diagnóstico serán maltratadas o despedidas, lo que muchas veces las lleva a autoexcluirse.

En contextos de empleo precario, la distinción entre el “antes” y el “después” del diagnóstico resulta poco significativa. No hay una trayectoria laboral estable, sino una supervivencia a partir de lo que se consigue. Para muchas, no hay alternativa viable a la precariedad.

La discriminación en el ámbito laboral es una constante en los relatos. Se registra tanto en empleos formales —incluido el sistema sanitario— como en el trabajo informal, incluyendo la venta ambulante y el trabajo sexual. Estas experiencias erosionan el autoconcepto laboral de las mujeres, quienes van perdiendo la expectativa de encontrar un empleo digno.

“Yo tenía un empleo, trabajaba en una institución de gobierno (...). Ya iba para cinco años de estar trabajando ahí, a nosotros nos hacían pruebas de sangre, nos hacían la prueba pues. Nunca fue directo él: tenía un jefe inmediato y siento que cuando ellos se dieron cuenta de mi seropositividad, empezaron como a ponerme contra la pared. Ya no era aquella empleada que ellos decían que era muy buena, sino que empezaban como a hostigarme con horas extras de trabajo, las cuales no pagaban, y tenían que pagar. Había veces que me tocaba hacer horas los fines de semana o hacer turnos extras, si un compañero tenía libre me tocaba a mí cubrirle y yo miraba que esa represalia sólo era contra mí. Me sentía como utilizada, como explotada. Luego mi mamá se enfermó y pedí un permiso sin goce de salario. Primero (un permiso) normal y no me lo dieron, luego pedí un permiso sin goce de salario y me lo negaron, no me aceptaban la constancia que yo les traje. Lo último que marcó fue que yo me había ido a sacar una muela y no me aceptaban la constancia; me dijo el jefe inmediato: ‘sí o sí usted se va a presentar a trabajar’, y me obligó a presentarme a trabajar. Ese día yo estaba asignada en el instituto P. y hasta las abogadas y abogados de ahí me decían: ‘usted tendría que estar descansando, hoy usted no tendría por que haber venido, mire que se le va hinchar’. Al día siguiente andaba toda hinchada, y cuando yo ya me hinché así,



al día siguiente ya no fui, y me puse mal, volví a ir al médico, me dieron la constancia y el jefe me acusó de abandono de puesto. Yo no volví después de eso, porque me dijeron que ellos me iban a llamar. En ese tiempo no conocía mucho de mis derechos y pues lo fui dejando así y el caso es que hasta el sol de hoy yo nunca les firmé carta de renuncia. Porque ni ellos me dieron un despido, entonces pues así quedaron los años que yo le brindé a esa institución, nunca me dieron un cincito, incluso mi salario los días que me debían nunca me los acreditaron. Eso me marcó mucho porque la última prueba que nos hicieron eh... una compañera me dijo a mí: ¿sabes por qué lo están haciendo? porque ellos ya saben de tu condición. Eso me marcó bastante a mí, porque yo decía, yo necesito mi trabajo. Lo necesitaba porque en ese tiempo mi esposo bebía mucho, él era bien irresponsable en ese tiempo y de ahí era de donde yo le ayudaba a mi mamá, a mi hija y a mi papá, de donde yo sacaba mi sustento. Entonces eso sí me marcó bastante a mí porque me quedé sin un empleo. Después de eso no me he sentido capaz de buscar un trabajo (...), por el temor que me manden hacer una prueba de VIH, y que me digan ‘como usted es positiva, no le podemos dar el empleo’ y también por mi edad porque ya los empleadores después de 35 años ya no...” (Honduras).

ellos decían que no todo el tiempo, (...) y que mejor dijera la verdad, entonces ya por último me vieron el medicamento y... y por eso fui retirada del trabajo (...) en el último trabajo que yo tuve fue cuando el jefe ahí me trató bien feo, me dijo que por qué no le había dicho que yo tenía SIDA antes de... de darme el empleo, que si yo le hubiera dicho pues eh... entonces yo le dije que si yo hubiera dicho ¿me hubiera dado el trabajo? claro que no me lo hubiera dado, le digo, entonces porque además, no es obligatorio decirle que es lo que yo tengo mientras yo pueda trabajar, pues es que trabajar yo puedo con mis manos, todo eso porque soy una mujer sana, sólo es que tengo una diagnóstico de salud, pero no me..., no es que estoy enferma, o sea aquí yo me siento bien para hacer mis actividades, le digo yo, y entonces me gritó, entonces yo le dije ¿qué es lo que quiere usted? ¿acaso no tengo derechos a casa, a un trabajo, a mi alimentación? ¿o qué es lo que piensa usted, qué es lo que quiere?, ¿qué es lo que usted quiere para mí? le digo yo, ¿que me tire de este edificio? ¿o que...? Vos sos la que estas poniendo palabras en mi boca, me dijo, entonces ésa fue la última vez” (Honduras).

3.9.3. Los cuidados: la sobrecarga de las mujeres con VIH

Al recibir el diagnóstico y comenzar el tratamiento del VIH, las mujeres no solo enfrentan el reto de reorganizar su propia vida, sino también el desafío —real, anticipado o temido— de reestructurar la organización del cuidado a su cargo. Esta reorganización involucra principalmente la atención de hijas/os y otras/os menores, así como de parejas o personas adultas mayores, en tanto las mujeres suelen ser las principales responsables de las tareas de cuidado y reproducción cotidiana.

Quienes colaboran en estas labores suelen ser las madres o hijas de las entrevistadas. En algunas situaciones, los hijos e hijas también aportan económicamente al hogar. En pocos casos, las parejas o las hijas —y en menor medida los hijos— “ayudan” o brindan apoyo ocasional, generalmente cuando las mujeres están insertas en el trabajo remunerado o dedicadas a otras tareas de cuidado.

En el caso de las mujeres entrevistadas en Honduras, la mayoría desempeña labores altamente precarizadas, como tareas de limpieza. Muy pocas acceden a empleos más formales o menos inseguros. Por ello, la pregunta por un “cambio de actividad” tras el diagnóstico suele carecer de sentido. En los pocos casos en que existía un empleo estable, el diagnóstico significó perderlo.

R. Sí.

P: ¿Por qué?

R: Por las discriminaciones.

P: ¿Alguien en su trabajo sabe lo del VIH?

R. Sí, lo que pasó ahí fue cuando por el motivo de que uno pedía permiso para ir a las citas a traer el medicamento entonces le preguntaban a uno que a qué iba... entonces yo trataba de decir que iba a traer medicamento para otra, otras enfermedades no precisamente de eso,



De acuerdo con los equipos locales, en la mayoría de los casos son las propias mujeres quienes asumen la totalidad de las responsabilidades domésticas y de cuidado. Algunas conviven con otras mujeres —madres, hermanas y/o hijas— que colaboran o comparten parcialmente esas tareas. Sin embargo, durante las entrevistas, la dimensión del cuidado no fue abordada en profundidad ni fue motivo de repreguntas específicas por parte del equipo entrevistador. Esto sugiere que dicha dimensión se encuentra ampliamente naturalizada: para todas las entrevistadas parece evidente que el cuidado de las/os demás recae principalmente sobre las mujeres.

3.10. Redes activistas y conocimiento de derechos

Tener capital social, entendido como la capacidad de articularse con redes de apoyo entre pares, instituciones y vínculos interpersonales, es clave para sobrevivir en contextos marcados por la vulnerabilidad, el desempleo, la precariedad y la crisis económica. Los relatos de mujeres con VIH muestran cómo estas redes, tanto formales como informales, contribuyen a reducir riesgos, mitigar daños, brindar contención emocional y compensar la ausencia de respuestas desde el sistema de salud, así como enfrentar la vulnerabilidad programática ante el abandono del Estado. En esta línea, los grupos de pares y los espacios de encuentro entre mujeres que viven con VIH se constituyen como ámbitos vitales y necesarios.

Desde la voz de las propias entrevistadas emergen experiencias positivas en relación con el acceso a tratamiento, particularmente a medicamentos anti-retrovirales, cuya provisión —aunque con excepciones— parece garantizada. Si bien persisten dificultades en el acceso a otros medicamentos y exámenes, existen profesionales de salud comprometidos y con calidez humana, lo cual mejora la experiencia de atención. Además, la indagación sobre la adherencia al tratamiento permitió que las mujeres denunciaran la escasez de medicamentos complementarios, visibilizando dimensiones centrales para abordar su salud de manera integral.

Gracias a la lucha sostenida de mujeres y personas con VIH, así como de poblaciones clave, se han logrado

avances en la garantía de derechos, especialmente en el ámbito del tratamiento. Sin embargo, estos logros deben ser sostenidos y fortalecidos. La vigilancia activa de organizaciones y activistas ha sido esencial para identificar vulneraciones, exigir responsabilidades institucionales, monitorear los servicios de salud y apoyar a usuarias en el ejercicio de sus derechos, especialmente ante prácticas arbitrarias, cambios injustificados en los esquemas de tratamiento y faltantes de medicación.

La participación en organizaciones comunitarias es ampliamente valorada por quienes forman parte de ellas. Las mujeres que no participan reconocen el papel fundamental que cumplen sus pares activistas. En sus relatos, identifican al menos dos funciones claves de estas organizaciones: por un lado, las orientadas al interior del colectivo, brindando apoyo y contención entre mujeres; por otro, aquellas que inciden hacia afuera, buscando transformar la relación con instituciones, servicios de salud y otros actores sociales.

“Últimamente si hemos cambiado porque uno puede hablar de su diagnóstico abiertamente, puede decir soy una mujer con VIH y como dice un vecino ‘ustedes se sienten orgullosas de ser VIH’. Si, porque ya hay conocimiento, ya somos mujeres empoderadas, mujeres que emprendemos, mujeres que servimos a las comunidades. No somos mujeres que nos vamos a quedar ahí en un hospital esperando la muerte, no, ahora somos mujeres empoderadas y tenemos una, una organización que se llama ICW que ahí nos enseñan a defender y nos enseñan a emprender también. Y cómo podemos defender nuestros derechos le digo, Capacitando a todos y como dice el lema liderado por las comunidades que tenemos que empoderar a las comunidades también. Ustedes siempre se sufren el estímulo y la discriminación de nuestras comunidades. Gracias” (Grupo Focal Honduras).

El rol de las organizaciones no solo se limita al acompañamiento, sino también al monitoreo permanente del funcionamiento de los servicios de salud y a la promoción de los marcos normativos que respaldan los derechos de las mujeres con VIH. En algunas entrevistas se destaca la figura de lideresas comunitarias, a quienes las mujeres recurren



para recibir orientación ante dudas, malestares o experiencias de discriminación en diferentes esferas de la vida cotidiana.

“Las organizaciones que trabajan con el tema tienen que estar vigilantes a todas estas situaciones que pasan en el SAI siempre, estar siempre ahí permanentes viendo del trato de los médicos hacia las personas que visitan el SAI, estar preguntándole a las personas, estar haciendo siempre ese censo, porque si no siempre vamos a estar en lo mismo, los médicos conocen y saben que uno tiene sus derechos, saben que tienen que tratarnos, no es que lo van a chinear a uno de que uno llegue a la consulta, pero no tratarlo mal, ellos saben el trato que le deben de dar ¿por qué? Yo tuve un accidente y fui donde la ortopedia y cuando vio mi expediente me dijo: ¿Cómo querés que te trate? Porque a ustedes no se les puede tratar mal, porque si no lo demandan a uno. Entonces le dije yo a él: ‘trátame como usted trata a las demás personas, yo no tengo nada diferente, lo único que tengo diferente lo tengo en mi sangre y no le afecta a nadie más y a mí entonces trátame igual como a otras personas, con igualdad y vamos a estar bien’, le dije. Ah, ok me dijo. Entonces los médicos tienen el conocimiento, saben de que no tienen que violentar nuestros derechos, pero algunos lo hacen. Yo soy una persona con discapacidad, yo siempre hago valer mis derechos, aunque me digan que soy peliona y que me quieran decir lo que me quieran decir, es mi derecho. Hasta en los buses cuando me quieren cobrar más: ‘por qué me vas a cobrar tanto, es que subió el pasaje, nombre, aquí está, mira mi carne, dame descuento.’ Entonces dicen que soy peleona, no yo no peleo, simplemente digo las cosas de buena manera, de buena forma para que así igual me traten a mí. Hay que defender los derechos porque no hay otra, nos toca”. (Grupo Focal Honduras)

“P. ¿Participa o ha contactado alguna organización que trabaja por las mujeres o por las personas con VIH? ¿Cómo fue su experiencia?

R. Ah...sí, participo en la organización ICW y ahí uno aprende bastante le enseñan a conocer sus deberes derechos y que nosotras somos importantes en el país como todas, entonces ahí aprendemos muchos

de las mujeres viviendo con VIH entonces sabemos que no estamos solas

P. ¿Cómo son sus alianzas y/o vínculos con otras mujeres de su comunidad? ¿Cómo se apoyan entre ustedes?

R. Ahí intercambiamos experiencias y ahí es donde uno va apoyándose o con el simple hecho de que nos escuchan, nos escuchemos unas con otras es un cambio, es un apoyo para nosotras.

P. En su opinión, ¿qué podrían hacer las organizaciones que trabajan por los derechos de las mujeres con VIH?

R. Bueno yo le digo a todas las organizaciones que trabajan por las mujeres con VIH, que trabajen más para nosotras más proyectos que queremos una salud que realmente sea una salud integral para nosotras y ya para ... y que ellos de verdad esas organizaciones se preocupen por nosotras por las personas viviendo con VIH”. (Honduras)

“P. ¿Participa o se ha contactado con alguna organización que trabaja por las mujeres o por las personas con VIH? ¿Cómo fue su experiencia?

R. Sí, con la gente de Benita

P. ¿ICW?

R. Sí, el que queda allá también he ido sí, sí también he ido y me gustan mucho y me han llamado para que vaya y a veces nos van a dar charlas al (Hospital) Tórax, van a darnos charlas (...) En el grupo somos unidas porque a veces me voy así a la cocina a traer la comida, y si podemos ayudar, ayudamos, como le estoy diciendo” (Honduras).

Disponer de referencias cercanas y accesibles resulta fundamental al momento de recibir el diagnóstico. Para muchas mujeres, estas redes representan no solo un espacio de apoyo, sino también un impulso para involucrarse en procesos de activismo y empoderamiento colectivo.

Además, el conocimiento sobre los marcos legales que respaldan los derechos de las personas con VIH constituye una herramienta clave para responder ante situaciones de discriminación en los servicios de salud. Las redes de activismo y las organizaciones comunitarias actúan como canales de información, defensa y visibilización de derechos, generando



condiciones más favorables para el ejercicio de la ciudadanía plena.

“P. ¿Tiene o tuvo problemas para conseguir sus medicamentos antirretrovirales

R. Sí. He tenido problemas porque a veces no sé qué está pasando, de unas pastillas dan muy poquitas, de otras más, de unas no me sobran otras me faltan, y entonces una vez fui a reclamar de que me faltaba medicamento y la doctora no me lo quiso dar, entonces le dije que si no me los daba yo iba a ver qué hacía por mi lado. Yo iba

a poner la denuncia, porque tenía derecho a mi medicamento, pero sólo esa vez que la internista que estaba no me lo quiso dar.

P. ¿y cómo hizo para conseguirlo?

R. Yo me enojé y le dije que tenía derecho a mi medicamento, y que si no me lo daba la iba a denunciar. Entonces me llamaron las doctoras, y me dijeron que me lo iban a dar en la cita más temprana” (Honduras).





4. Recapitulación y discusión

A riesgo de reiterar, en este apartado se recapitulan los principales hallazgos que evidencian cómo las mujeres que viven con VIH enfrentan situaciones de estigma, discriminación y violencia en distintas etapas de sus vidas y en diversos espacios y tipos de relaciones.

Sobre el proceso diagnóstico y terapéutico del VIH:

Adquisición del virus: complejizar la comprensión de la transmisión sexual del VIH hacia las mujeres

- La transmisión ocurre, en la mayoría de los casos, a través de relaciones sexuales heterosexuales sin protección.
- En algunos relatos se identifican situaciones de violencia sexual, incluyendo violaciones, como forma de transmisión.
- Se registraron un par de casos atribuidos al uso de agujas no esterilizadas para tatuajes. En uno de ellos, se trata de una mujer lesbiana que no contempla la posibilidad de transmisión sexual entre mujeres.
- Cerca del 10 % de las mujeres entrevistadas nacieron con VIH.
- No se reportaron casos de transmisión vinculados al uso de drogas inyectables ni a transfusiones de sangre.

Diagnóstico del VIH: necesidad de ampliar el acceso oportuno, confidencial y con consejería más allá del contexto materno

- En la mayoría de los casos, el diagnóstico se realiza durante el embarazo o parto, o bien a raíz del conocimiento del estado serológico de una pareja o ex pareja. En tercer lugar, se da por la aparición de síntomas.
- Se identificó un número alarmante de diagnósticos realizados durante el embarazo o incluso en el momento del parto, incluso en años recientes.
- En al menos un caso, la mujer tuvo resultado negativo en el control prenatal, pero dio positivo en el parto, lo que pone en evidencia la importancia de testear también a las parejas y de mantener medidas preventivas durante la gestación.
- Muchos hombres (parejas, esposos, amantes) no conocen su diagnóstico o, si lo conocen, no lo comunican a sus compañeras, por miedo, desconocimiento o estigma. Existe además una marcada resistencia de los varones heterosexuales a realizarse la prueba, incluso cuando las mujeres lo sugieren.
- En Honduras, 11 mujeres entrevistadas nacieron con VIH; en el resto, no se cuenta con información clara sobre las circunstancias del diagnóstico.
- Los diagnósticos tardíos están relacionados con la aparición de síntomas y la posibilidad de transmisión a otras personas, lo que habría podido prevenirse con un testeo temprano.
- La alta proporción de diagnósticos realizados en contextos vinculados a la maternidad evidencia la urgencia de incorporar a las mujeres cis en toda su diversidad en la respuesta al VIH, desde una perspectiva integral y a lo largo del ciclo vital.



- La recepción del diagnóstico positivo impacta profundamente en la trayectoria vital de las mujeres, reconfigurando su biografía.
- Este momento suele ir acompañado de sentimientos de culpa y cuestionamientos sobre la vía de transmisión. En algunos casos se busca identificar un “culpable”; en otros, se decide enfocar las energías en gestionar el diagnóstico.
- Persisten niveles altos de estigma, tanto externo como internalizado.
- La consejería pre y post prueba continúa siendo escasa o inexistente. Cuando está presente, muchas veces es brindada por redes u organizaciones comunitarias, más que por los servicios de salud. Esta situación es especialmente preocupante dado que se trata de diagnósticos positivos; cabe pensar que en casos de resultado negativo, la consejería probablemente no se ofrece.
 - En Honduras, de 50 entrevistas, 18 mujeres recibieron consejería, 21 no la recibieron (o no hay registro) y en 11 no aplica por haber nacido con VIH.
- Ante la ausencia de respuestas institucionales adecuadas, el acompañamiento de pares, redes y organizaciones resulta crucial para brindar contención, información y facilitar el inicio oportuno del tratamiento.
- En los relatos no se menciona el uso de PEP (profilaxis post exposición) en contextos de violencia sexual u otras situaciones indicadas, ni tampoco la mención de uso de PrEP (profilaxis pre exposición), ni por parte de las entrevistadas ni de sus parejas. En general, la posibilidad de adquirir VIH no parece estar contemplada como una situación probable dentro del horizonte de prevención de muchas de las mujeres entrevistadas.

Tratamiento ARV: desafíos de su sostenibilidad y de cómo garantizar la adherencia y superar los obstáculos existentes

- Hay provisión - en general - de ARV, pero no siempre de otras medicaciones
- Las entrevistadas son adherentes al seguimiento y al tratamiento ARV
- Hay dificultades, a veces serias, para acceder por problemas económicos, por distancias (algunas regiones no cuentan con centros de salud especializados por lo que las mujeres deben moverse) y por estigma
- Cuando los medicamentos se entregan por períodos más largos, que alcanzan, por ejemplo, para un trimestre, los obstáculos ligados a la falta de tiempo o recursos de movilidad son menores.
- Hay dificultades para los medicamentos y tratamientos de otras patologías asociadas o habilitadas por el VIH o por los tratamientos ARV

A lo largo del informe se han examinado tanto generalidades como aspectos específicos relacionados con el momento del diagnóstico, los primeros contactos con el sistema de salud y el acceso y gestión del tratamiento. Estas etapas constituyen momentos clave en las trayectorias de vida de las mujeres con VIH, y cada una de ellas representa desafíos particulares que son enfrentados con mayor o menor dificultad según las redes y recursos disponibles.

Uno de los primeros escenarios que aparece con mayor frecuencia en los relatos es el de la maternidad. En muchas historias, el diagnóstico ocurre dentro del marco de relaciones sexoafectivas estables y proyectos reproductivos. La mayoría de las pruebas fueron realizadas durante controles prenatales de rutina, en contextos donde las mujeres no sospechaban haber adquirido el virus. Esto generó un impacto sorpresivo, marcado por el miedo y la incertidumbre. Las entrevistas abren interrogantes: ¿qué habría sucedido si no se hubiesen embarazado? Todo indica que, de no haber sido por el embarazo, muchas no se habrían enterado hasta presentar síntomas agudos. El testeo ambulatorio no aparece mencionado como práctica habitual.

Estas observaciones permiten cuestionar si la salud de las mujeres jóvenes, afrodescendientes, trabajadoras, madres, abuelas y/o indígenas es contemplada por las políticas sanitarias más allá de su condición de



potenciales madres. En varios casos, las parejas sabían de su condición serológica y no la compartieron; otras veces, el diagnóstico fue simultáneo. La mayoría decidió continuar con el embarazo, y sólo en pocos casos no se logró evitar la transmisión vertical, debido principalmente al diagnóstico tardío o a prácticas negligentes durante el parto. En estos contextos, las mujeres deben procesar su diagnóstico, iniciar tratamiento, decidir sobre la continuidad de la relación de pareja y criar a un/a recién nacido/a, todo en simultáneo. Mientras algunas lograron salir adelante, otras vivieron este proceso con angustia y depresión.

Otro escenario habitual de diagnóstico es cuando se conoce el estado serológico a partir de síntomas o de una prueba realizada a la pareja. Muchas mujeres refieren haber mantenido relaciones sexuales monogámicas, otras no. En ambos casos, el impacto del diagnóstico marca un antes y un después en sus vidas y, frecuentemente, en sus relaciones afectivas. Cuando la pareja se mantiene, las mujeres suelen asumir el rol de cuidadoras principales, gestionando los contactos con los servicios de salud, el seguimiento y los tratamientos tanto propios como de sus compañeros, en el marco de relaciones que muchas veces no son recíprocas en términos de cuidado.

Son escasos los casos en que las mujeres relataron haber recibido una consejería pre o post diagnóstico significativa. En su mayoría, estas experiencias ocurrieron en dispositivos instalados por organizaciones de la sociedad civil. Aquellas que accedieron a una buena consejería valoran profundamente la experiencia. No obstante, la consejería previa al testeo suele ser inexistente y la posterior, poco significativa, lo que deja a las mujeres enfrentando el diagnóstico en soledad o con el apoyo de sus propias redes.

Las consejerías pre y post diagnóstico, cuando son adecuadas, pueden constituir espacios estratégicos para el abordaje integral de la salud sexual. Incluso si el resultado del test es negativo, el acceso a una consejería adecuada permite fomentar prácticas informadas y seguras. Asimismo, se ha evidenciado que la recepción de un diagnóstico positivo es menos traumática cuando hay contención profesional y humana. Por el contrario, la ausencia de este acompañamiento o una atención inadecuada pueden ser profundamente perjudiciales, y muchas veces implican actos de violencia simbólica o verbal por parte del personal de salud, ya sea por desconocimiento o deliberadamente.

Posterior al diagnóstico, el siguiente paso es el acercamiento a un servicio de salud para recibir atención y comenzar el tratamiento. En algunos casos, esta transición es inmediata; en otros, puede demorarse significativamente, lo que conlleva complicaciones en la salud. Las demoras suelen estar asociadas al miedo, la angustia o la depresión. Algunas mujeres llegaron a los servicios por referencia, pero muchas lo hicieron por cuenta propia. Mientras unas lograron establecer un vínculo con un/a médico/a de cabecera, otras se relacionan más bien con un “servicio de cabecera”, aunque el personal profesional cambie constantemente.

En general, el acceso a los controles médicos y a los tratamientos es valorado positivamente. Las principales barreras mencionadas se relacionan con las distancias a los centros especializados, el costo del transporte y las dificultades para garantizar el cuidado de hijas e hijos. A pesar de ello, la adherencia al tratamiento suele ser alta.

El diagnóstico de VIH representa un acontecimiento crucial en la vida de las mujeres entrevistadas. Como tal, tiene el poder de generar una ruptura que reconfigura vínculos, formas de habitar el cuerpo y perspectivas sobre la salud. Este proceso convoca a repensar la propia vida, los hábitos, las relaciones personales y el futuro. De allí que el modo en que se comunica el diagnóstico sea determinante: debe respetar los tiempos de cada mujer, ofrecer información clara sobre la cronicidad de la infección, las posibilidades de vivir con calidad y los derechos que le asisten.

Los tratos recibidos al momento de comunicar el diagnóstico pueden detonar sufrimientos evitables, reactivar discursos estigmatizantes y dificultar la aceptación del nuevo estado de salud. Sin embargo, si el contexto de



comunicación es respetuoso, empático y acompañado, puede promover transformaciones positivas: una nueva relación con el cuerpo, un mayor cuidado personal, cambios en los vínculos y una proyección vital más consciente. Varias entrevistadas afirman que el diagnóstico marcó un punto de inflexión para atender otras dimensiones de su salud.

La experiencia del diagnóstico es central para la garantía de salud y derechos. Cuando es precoz, oportuno y comunicado en un marco de respeto, puede habilitar un tratamiento exitoso y una vida plena. Pero con demasiada frecuencia, el diagnóstico llega de manera tardía, en soledad o de forma violenta.

Este contexto invita a preguntarnos: ¿qué posibilidades reales y visibles existen hoy para vivir con VIH? ¿Qué imaginarios persisten en torno a la infección y sus causas? ¿Qué formas de violencia se activan con el diagnóstico? Desde sus inicios, el VIH/SIDA fue asociado a transgresiones sexuales, identidades estigmatizadas y prácticas consideradas inaceptables por la moral hegemónica. En ese marco, la infección fue leída como una amenaza al cuerpo social, reforzando el estigma hacia determinadas corporalidades. ¿Qué tanto de esa violencia simbólica aún circula en los discursos sociales contemporáneos sobre el VIH? ¿Es posible recibir un diagnóstico sin que estos imaginarios emerjan?

Sobre la discriminación y la violencia en el sistema de salud: desafíos para garantizar la salud integral y evitar las actitudes discriminatorias y violentas que aún subsisten en el sector salud

- El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva está limitado, en la mayoría de los casos, al contexto de la maternidad.
- La atención integral de salud se ve reducida, como si el VIH fuese el único aspecto relevante de la salud de las mujeres. Se desatienden los impactos del estigma y la discriminación sobre su bienestar general.
- No existe seguimiento específico de los efectos en el cuerpo y la salud producidos por años de inflamación crónica o por los efectos secundarios de los tratamientos.
- La salud mental está descuidada; muchas mujeres relatan padecimientos psicoemocionales vinculados a la experiencia de vivir con VIH.
- Existen carencias en la atención de otros temas de salud distintos al VIH o la reproducción. Los diagnósticos suelen ser tardíos o atribuidos erróneamente al virus.
- Se reporta escasa o nula atención en áreas como nutrición y actividad física, pese a preocupaciones expresas por condiciones como la lipodistrofia, o problemas óseos y musculares.
- Algunas mujeres relatan que, a pesar de todo, el diagnóstico les permitió encontrar amistades sinceras, motivación para vivir y razones para adoptar hábitos saludables.

A lo largo del informe se ha reflexionado sobre lo que implica el acceso a la salud en general, y para las mujeres con VIH en particular. Se ha destacado el rol de los servicios de infectología como principales puntos de referencia, así como las formas de maltrato que persisten en dichos espacios. También se identificaron barreras en consultorios ginecológicos, odontológicos y servicios de urgencias, y se discutieron las limitaciones de acceso a servicios de salud mental. El abordaje del uso de sustancias, la violencia obstétrica y sus efectos también formaron parte del análisis.

El lugar central que ocupa el VIH en la relación de las mujeres con el sistema de salud se refleja en el protagonismo de los consultorios infectológicos, que a menudo funcionan como única puerta de entrada a la atención médica. Esta centralidad invisibiliza otras necesidades de salud, que tienden a ser desatendidas. Los servicios ajenos a infectología son percibidos como más hostiles, siendo la salud reproductiva el segundo eje que recibe atención.

Para acceder a su derecho a la salud, incluso aquellas mujeres con mayores recursos simbólicos y materiales deben adoptar un rol activo y defensivo. Esto implica desgaste emocional, desigualdad frente a otras poblaciones



y autogestión de la atención. También supone gestionar la información sobre el diagnóstico, decidir si compartirla, y enfrentar las consecuencias de su divulgación, muchas veces sin consentimiento.

Numerosos testimonios dan cuenta de situaciones en las que las mujeres han debido insistir para acceder a medicamentos vitales o enfrentar prácticas de violencia obstétrica. En muchos casos, los servicios de salud representan espacios de riesgo, más que de cuidado. Por eso, las redes personales e institucionales, los contactos previos y la experiencia acumulada se vuelven claves para acceder a una atención digna y adecuada. Sobre la discriminación y violencia en los ámbitos de salud sexual y/o reproductiva:

A lo largo del informe se han abordado diversos escenarios en los que se manifiestan los múltiples componentes de la salud sexual y/o reproductiva de las mujeres con VIH. Se ha analizado lo que ocurre en los servicios de salud, particularmente en infectología y ginecología, así como la manera en que otros aspectos del bienestar físico y emocional inciden en la vida sexual de estas mujeres. Además, se exploraron los impactos del diagnóstico en el ejercicio de la sexualidad, los temores asociados al propio cuerpo y al de otras personas, y la manera en que se gestionan la culpa, el miedo, el placer y la comunicación del diagnóstico a las parejas sexuales.

Asimismo, se examinaron las articulaciones entre VIH, deseo y miedo respecto a la maternidad, así como la forma en que el diagnóstico interfiere o transforma las experiencias de crianza. También se visibilizaron los retos y violencias que enfrentan las mujeres que son madres de hijas/os nacidos con VIH. Por último, se indagó en las distintas dimensiones —incluida la violencia— que atraviesan la sexualidad en contextos de pareja.

La salud sexual y reproductiva, idealmente, debería ser abordada por el sistema de salud como un componente central del bienestar, proveyendo información, recursos e insumos para garantizar el ejercicio pleno de la sexualidad y la autonomía reproductiva, tanto para quienes desean ser madres como para quienes no. Sin embargo, los testimonios y análisis del estudio revelan que este abordaje se reduce casi exclusivamente a la recomendación del uso del preservativo, sin mayores acompañamientos ni intervenciones educativas.

En cuanto al acompañamiento emocional, las mujeres refieren que cuentan con escasos espacios para hablar de sus temores relacionados con el VIH y la sexualidad, a pesar de que muchas identifican el diagnóstico como un punto de quiebre en su vida íntima. El virus impacta directamente en la autoestima, y esto se traduce en nuevas formas de vincularse consigo mismas y con sus parejas sexuales, sean ocasionales o estables. En algunos casos, este impacto se convierte en aprendizaje, promoviendo una mayor afirmación en la negociación del uso del preservativo y en la exigencia de relaciones más equitativas.

Respecto a la maternidad, algunas mujeres expresan que el VIH elimina de su horizonte el deseo o la posibilidad de tener hijos/as. Las decisiones reproductivas posteriores al diagnóstico suelen estar atravesadas por las condiciones materiales, particularmente la situación económica, así como por la capacidad de contar con redes de apoyo para el cuidado. También incide la presencia o ausencia de corresponsabilidad en las tareas de cuidado por parte de sus parejas.

La influencia del sector salud, la información sobre los efectos de los antirretrovirales y las posibilidades de planificar un embarazo con control médico adecuado son factores que inciden en la decisión de maternar. En muchos casos, el temor no radica tanto en la posibilidad de transmisión vertical como en los efectos del estigma y la discriminación que ellas mismas han vivido, y que temen que enfrenten sus hijos/as.

Algunas experiencias recogidas en el estudio muestran cómo las mujeres que crían hijos/as con VIH deben lidiar con situaciones complejas que trascienden lo estrictamente médico, incluyendo formas de exclusión y prejuicio. Estos relatos dan cuenta de cómo las decisiones y vivencias reproductivas están profundamente atravesadas por el contexto social, institucional y afectivo que rodea el diagnóstico.



Las mujeres con VIH viven una gran diversidad de situaciones en sus relaciones afectivas, familiares y de pareja. En muchos casos, el diagnóstico representa un punto de inflexión que lleva a replantear tanto la sexualidad como los vínculos. Algunas mujeres hacen una pausa antes de retomar su vida afectiva; otras deciden no buscar nuevas parejas. Entre los motivos que mencionan se encuentran el temor a ser rechazadas al compartir el diagnóstico y el miedo, aún mayor, a transmitir el virus. Las reacciones de sus parejas han sido variadas: desde el abandono y el estigma hasta la consolidación del vínculo a través del acompañamiento y el afecto.

Una de las carencias más relevantes identificadas es la falta de acceso a información sobre métodos combinados de prevención de la transmisión sexual del VIH. Se mencionan, con mayor frecuencia, los preservativos masculinos, mientras que el preservativo femenino apenas aparece en los relatos. Prácticamente no hay referencias a la PrEP (profilaxis preexposición), y pocas mujeres conocen o han sido informadas de que una persona con carga viral indetectable no transmite el virus, lo que constituye un dato clave para vivir la sexualidad con tranquilidad y sin culpa.

En el ámbito reproductivo, persisten prácticas de culpabilización hacia las mujeres que viven con VIH y desean embarazarse. También se evidencia la ausencia de consejería adecuada para la planificación de embarazos y partos. Cuando estas experiencias se desarrollan en un marco de respeto, contención y orientación, son recordadas con agradecimiento. Por el contrario, cuando hay negligencia o violencia institucional —especialmente si ocurre transmisión vertical—, estas vivencias se convierten en algunas de las más dolorosas relatadas por las mujeres.

La maternidad continúa siendo un deseo o un proyecto de vida para muchas de ellas. Sin embargo, es indispensable que el sector salud garantice asesoramiento adecuado para que estos procesos puedan transitarse sin poner en riesgo la salud de la mujer, de su pareja ni del hijo o hija. Algunas mujeres crían hijas/os que adquirieron el virus por transmisión vertical, y refieren que recibir el diagnóstico de sus hijos/as fue aún más devastador que haber recibido el propio.

Sobre la discriminación y violencia en las relaciones familiares, de pareja y afectivas en general: por relaciones interpersonales sin miedo, estigma y estigma internalizado, sin discriminación y sin violencias

- Hay una gran variedad de situaciones. En general el diagnóstico trae consigo un replanteo de la sexualidad y los vínculos. En algunos casos hay una pausa y luego retoman, otras deciden ya no buscar compañero. Entre las razones se mencionan el temor a las reacciones si se enteran y el temor, aún mayor, a transmitir el VIH a alguien. Las reacciones de ellos también son variadas: desde el rechazo o el refuerzo del vínculo.
- Se evidencia que no se tiene acceso a información sobre los métodos combinados para prevenir la transmisión sexual del VIH: métodos mecánicos (preservativo masculino, el preservativo femenino apenas se menciona apenas se menciona), la PrEP, y sobre todo la confirmación de que una persona con carga viral indetectable no transmite el virus.
- Hay una culpabilización y bastante falta de información / orientación a la hora de planificar embarazos y partos en mujeres con VIH. Cuando se hace bien, la experiencia es recordada con agradecimiento; cuando se pasa mal, y sobre todo cuando no se previene la transmisión, es de las peores cosas que han relatado las mujeres.
- Tener hijas/os o más hijas/os es un deseo o proyecto de muchas mujeres con VIH. Es necesario pues orientar para que estos procesos se hagan de manera tal de no poner en riesgo a la mujer, a su pareja y al hijo/a la hija.
- Algunas de ellas tienen un hijo o hija con VIH, lo cual fue devastador más que el propio diagnóstico de ellas mismas y que aún las sigue marcando.
- Las mujeres suelen tener una carga mayor en las tareas de cuidado, las cuales se intensifican si otro miembro de la familia tiene VIH.
- En el caso de las mujeres jóvenes con VIH, se señala la búsqueda de parejas mucho mayores, para asegurarse



un techo y comida para ellas y sus hijos e hijas, a pesar de la violencia ejercida por sus parejas.

Durante el desarrollo del Estudio se ha profundizado en la importancia que tienen los vínculos personales y las redes sociales en la vida de las mujeres que viven con VIH. Se exploraron las estrategias y criterios que ellas utilizan para decidir cómo, cuándo y a quién compartir su diagnóstico. Asimismo, se analizaron las experiencias con familiares, amigas/os y personas del entorno cercano, así como las formas en que dichas relaciones influyen en su bienestar emocional y en el ejercicio de sus derechos.

Desde sus distintos roles —madres, hijas, esposas, abuelas, amigas—, las mujeres con VIH construyen y habitan redes que pueden convertirse en fuentes fundamentales de apoyo o, por el contrario, en espacios de exclusión. Algunas lograron, con el tiempo y mediante procesos complejos, que sus vínculos más cercanos participaran activamente en su cuidado y acompañamiento. Sin embargo, otras enfrentaron el rechazo, el prejuicio y la discriminación por parte de sus familias, lo cual derivó en rupturas permanentes. Estas reacciones suelen estar relacionadas con estereotipos y estigmas asociados a la sexualidad de las personas que viven con el virus.

El análisis también permitió comprender cómo el VIH incide en los vínculos de pareja y en la configuración de relaciones afectivas. Las experiencias relatadas son diversas. Algunas mujeres han podido construir relaciones respetuosas y solidarias, en las que el diagnóstico no significó una barrera, sino una oportunidad para fortalecer la confianza y el apoyo mutuo. En contraste, otras relatan haber estado o estar actualmente inmersas en relaciones marcadas por distintas formas de violencia, que van desde el maltrato verbal, simbólico o económico, hasta situaciones extremas de violencia física y sexual, incluyendo violaciones reiteradas.

En los casos más graves, estas situaciones están acompañadas del consumo problemático de alcohol y drogas por parte de las parejas, lo que incrementa los niveles de riesgo y vulnerabilidad. Estos hallazgos reafirman la necesidad de abordar las relaciones afectivas y familiares desde una perspectiva integral que contemple el impacto del estigma, la desigualdad de género y las condiciones estructurales que atraviesan la vida de las mujeres con VIH.

Sobre las experiencias en el entorno laboral, incluyendo discriminación y violencia: cómo el VIH viene a acentuar la precariedad laboral y la vulnerabilidad económica

- En las muestras de los distintos países se ve poco trabajo formal, registrado y con derechos, y mucha informalidad y desempleo, coincidiendo con las características de los mercados de trabajo (más aún, los femeninos) de los países.
- Algunas salen a buscar trabajo cuando se van sus parejas o enviudan.
- Muchas de ellas son jefas de hogar, esto por no contar con pareja o porque éste ya falleció.
- La mayoría de las mujeres entrevistadas tienen la carga de cuidado de su hogar (o bien, otras mujeres) y se definen, sean o no trabajadoras, como amas de casa, madres, abuelas.
- Hay un número considerable de mujeres desocupadas, algunas de ellas reciben ayuda por parte de familiares.
- Hay mención a los análisis inconsultos, hechos sin el conocimiento y/o el consentimiento de la mujer trabajadora.
- El temor y las prácticas discriminatorias funcionan para disuadir a buscar trabajos u otros trabajos.
- Las dificultades de conseguir un trabajo formal se agravan en el caso de las mujeres con VIH, por lo cual se ven limitadas a realizar trabajos domésticos y/o comercio independiente (ej. venta de productos elaborados por ellas mismas).
- Algunas de las compañeras por factores sociales/económicos se dedicaron al trabajo sexual (como complemento o como única fuente de ingresos), algunas de ellas lo dejaron y otras aún continúan con el trabajo.



A lo largo del Estudio se caracterizaron las desigualdades estructurales que atraviesan los espacios laborales según el género. Se abordaron las diversas dificultades y experiencias de discriminación que enfrentan las mujeres con VIH al momento de acceder o sostener un empleo. Asimismo, se analizaron las particularidades del trabajo sexual en relación con el VIH, así como la forma en que las tareas de cuidado —propias y de terceros/as, como parejas, hijos/as o personas mayores— incrementan la carga diaria de estas mujeres, sin que exista reciprocidad ni reconocimiento. También se examinó la existencia o ausencia de subsidios, apoyos o ayudas estatales, sus condiciones de acceso y sus impactos en la vida cotidiana.

En términos generales, la mayoría de las mujeres entrevistadas se encontraban desempleadas o insertas en condiciones laborales precarias o muy precarias. Algunas contaban con trabajos estables antes del diagnóstico, pero los abandonaron debido a situaciones vinculadas a su estado serológico. En muchos relatos se evidencian experiencias de discriminación abierta durante procesos de selección laboral, lo que limita sus oportunidades de empleo o las relega a puestos más vulnerables. Estas circunstancias las obligan, en muchos casos, a ocultar su diagnóstico por temor a ser excluidas. A ello se suman las responsabilidades de cuidado que asumen de manera desproporcionada.

Además, se identificó una falta de políticas públicas y programas sociales específicos que contemplen medidas de apoyo para mejorar las condiciones laborales y de vida de las mujeres con VIH. Esta carencia también se manifiesta en el ámbito de las jubilaciones, especialmente en el caso de mujeres mayores que no pudieron insertarse laboralmente en condiciones formales a lo largo de su vida. La combinación de estos factores repercute directamente en el deterioro de la situación económica de las mujeres y en la restricción de su autonomía. Esta dependencia económica, en muchos casos, se traduce en relaciones de poder marcadas por el chantaje, la violencia o el abuso por parte de quienes sostienen la provisión de recursos, lo que profundiza aún más las condiciones de vulnerabilidad estructural.

Estigma: reconocer el carácter multidimensional y las formas variadas del estigma asociado a tener VIH, particularmente en las experiencias de las mujeres en su diversidad, experiencias específicas en la intersección del género, el VIH y las diferentes líneas de inequidades existentes

- Tener VIH sigue siendo motivo o pretexto de estigma y discriminación
 - En el sector salud
 - Con parejas y compañeros sexuales y afectivos
 - Con hijas/os y familiares
 - En el trabajo, vecindario, con las amistades
- Por el estigma, las mujeres manejan la información y evalúan a quién contar o no
- Muchas veces, demasiadas, no hay protección de la confidencialidad - por parte de profesionales de la salud y familiares
- Discriminación: formas directas e indirectas, anticipación de la discriminación (auto-discriminación)

Violencia: una realidad de las mujeres en todos los países, que preexiste y se potencia a partir de tener VIH

- La violencia es muy prevalente a lo largo de las vidas de muchas mujeres
- Una primera forma de violencia extendida es la falta de respeto a la confidencialidad del diagnóstico
- Otra la violencia en el seno del sistema de salud: en servicios de salud generales, de infectología, de ginecología y obstetricia.
- La violencia económica atraviesa todo: la pareja, los hijos, el trabajo, la adherencia.



- Hay dimensiones geográficas, culturales, lingüísticas que potencian y reproducen las desigualdades socio-económicas y sanitarias.
- Se ha registrado, como señala el proyecto, en los cuatro países y de manera extendida:
 1. Violencia en el entorno laboral: vulnerabilidad y precariedad
 2. Violencia en el sistema de salud, incluyendo violencia obstétrica,
 3. Violencia familiar e interpersonal,
 4. Violencia en los ámbitos pertinentes a los derechos sexuales y reproductivos
 5. Violencia sexual.
- Con formas muy graves: violencia física reiterada, violaciones callejeras y en contexto de la pareja, amenazas e insultos.
- Multidimensional y potenciada: violencia física combinada con amenazas y chantajes económicos, revelación del VIH por parte de una pareja o ex pareja como modo de devaluar la autoestima de la mujer, vulneración de derechos en el ámbito de la salud combinada con violencia psicológica y maltrato, etc.
- Formas: sexual, conyugal, psicológica, económica, física, en la atención de la salud (incluyendo violencia obstétrica), familiar
- Siempre es, o tiene dimensiones de, violencia de género
- Potenciada por, habilitada por, con pretexto de, tener VIH
- Tener VIH a veces lleva a las mujeres a no buscar alternativas para salirse de la violencia.

El VIH atraviesa y reconfigura experiencias de violencia previamente existentes. Se inserta en estructuras de desigualdad ya establecidas, que operan sobre jerarquías de género, edad, situación socioeconómica, origen étnico-racial, estatus migratorio, lengua, condición de discapacidad, nivel educativo, consumo de sustancias, privación de libertad y estado de salud física o mental.

Las distintas manifestaciones de la violencia se entrecruzan y se potencian mutuamente: violencia psicológica, verbal, simbólica, física, económica, sexual, conyugal, familiar, institucional y obstétrica, entre otras. El VIH no solo se inscribe en estos contextos, sino que intensifica y complejiza los circuitos de violencia que las mujeres ya atraviesan o han experimentado previamente. Los hallazgos del Estudio confirman que las violencias asociadas al VIH constituyen una problemática estructural, extendida y persistente, que continúa afectando de manera directa la salud, el bienestar y los derechos de las mujeres en toda su diversidad.





5. Lecciones aprendidas

A lo largo del desarrollo del proyecto, el equipo de Honduras identificó múltiples aprendizajes y estrategias que permitieron fortalecer el trabajo en terreno. En particular, se destacan las siguientes acciones implementadas:

- Se establecieron alianzas con otras organizaciones de la sociedad civil para facilitar el acercamiento a mujeres con VIH en toda su diversidad.
- Se adecuó un espacio físico que garantizara condiciones de confidencialidad y comodidad para realizar las entrevistas completas.
- Se promovieron reuniones periódicas del equipo de trabajo, orientadas a compartir avances en las entrevistas y transcripciones, así como a generar espacios de apoyo emocional para las entrevistadoras, profundamente movilizadas por los testimonios recibidos.
- Se mantuvo una comunicación constante y fluida con el Equipo Técnico Regional, lo que facilitó el acompañamiento técnico y emocional a lo largo de todo el proceso.
- Pese a las dificultades en el pago por parte del subreceptor, el equipo sostuvo las actividades previstas en los términos de referencia, incluso afrontando gastos con recursos propios.
- En junio, la visita de Hilda Esquivel, Secretaria Regional de ICW, permitió reimpulsar la gestión con el subreceptor y avanzar en acuerdos que facilitarían los desembolsos necesarios para gastos operativos y honorarios.
- Se reconoció la resiliencia de las mujeres adultas mayores con VIH, quienes, pese a años de violencia y estigmatización, continúan construyendo sus vidas con dignidad.
- Se identificó la necesidad, expresada por algunas entrevistadas, de contar con preservativos vaginales, como una forma de autonomía para prevenir infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados.
- En mujeres jóvenes con VIH, se evidenció una tendencia a vincularse con hombres significativamente mayores como una estrategia de supervivencia frente a la falta de vivienda y recursos, a pesar de las situaciones de violencia en esas relaciones.

Reflexiones del equipo tras el trabajo de campo

Al culminar el proceso, el equipo nacional compartió una serie de reflexiones que evidencian la profundidad del impacto vivido:

“Más allá de los obstáculos encontrados, el trabajo de campo ha sido de mucha ayuda para la vida personal de las entrevistadoras, porque les motiva a salir adelante y escuchar a cada una de sus pares: lo que han sufrido, violencia intrafamiliar, discriminación de la misma familia, desde su diagnóstico y en el transcurso del tiempo, lo que motiva al equipo del estudio a seguir adelante.”

“Es agradable escuchar a una joven decir que la vida le ha enseñado a luchar por sus derechos y por las compañeras, lo que les trae muchos recuerdos bonitos de la vida personal, pero también recuerdos no tan agradables, vividos personalmente, lo que les hace reflexionar que todas podemos salir adelante y muchas veces pensamos que todo está bien.”

“Poder escuchar esas historias de cada una de ellas es muy triste y conmovedor; muchas veces ajenas a todas esas cosas que están sufriendo en cada ciudad y darse cuenta de que son similares a las vivencias propias y lo que pasan en la capital del país, sin excepción, las mujeres jóvenes, mujeres adultas mayores, etc. Con todas esas necesidades que cada una carga y no poder expresar lo que le está pasando, los sentimientos encontrados por no contar con una madre, crecer en una casa hogar y luego ejercer el trabajo sexual o buscar una figura de un hombre para sobrevivir de la violencia y el estigma y discriminación de la familia y social.”



“Esta es la realidad que día a día se sufre aquí en el país: las mujeres, en especial con VIH, sin empleo, sin estudio y entre otras necesidades, que más allá de su cosmovisión, sufren en esas comunidades excluidas, no se conoce sus necesidades, no hay conocimiento del concepto del VIH. Sólo hablan de que es brujería que le han hecho.”

“Es difícil comprender cómo están las jóvenes viviendo una vida que no se la merecen, jóvenes que para salir adelante buscan hombres mayores y, como comento una de ellas, ‘uno lo hace porque no queda otra,’ ya que la casa hogar donde ellas estuvieron cerró y tienen que buscar un sustento de vida; y otra cosa es que por tener una enfermedad de base nadie les da trabajo y también les pasa a las chicas que hacen trabajo sexual, las demás compañeras se encargan de decir su diagnóstico, pero la vida sigue y hay que sacar fuerzas de donde sea seguir adelante ese proceso de la vida.”

Estas voces dejan entrever los núcleos centrales de las problemáticas abordadas en el estudio: vulnerabilidad estructural, padecimientos subjetivos, estrategias de afrontamiento y el peso contradictorio de los vínculos con los varones, quienes pueden representar tanto una fuente de violencia como un soporte material ante la ausencia de alternativas. La debilidad institucional y la escasa presencia estatal refuerzan la urgencia de incidir políticamente para garantizar derechos.

Lecciones clave del proceso participativo

Además de las dificultades logísticas y los aprendizajes técnicos, se rescatan múltiples lecciones sustantivas:

- Una de las principales lecciones fue la reafirmación del valor del enfoque entre pares. Ser entrevistadas por mujeres que comparten sus vivencias permitió un nivel profundo de apertura emocional y confianza.
- El liderazgo de redes como ICW Latina y MM+ desde el diseño metodológico garantizó que el proceso tuviera un enfoque ético, culturalmente situado y políticamente comprometido.
- El abordaje de experiencias de violencia generó, en muchos casos, procesos emocionales intensos que requirieron contención, cuidado y acompañamiento.
- Aunque el objetivo principal era construir evidencia, el proceso permitió que muchas entrevistadas reconocieran la violencia que han vivido y expresaran con claridad que no desean seguir tolerándola.
- La confianza forjada durante las entrevistas posibilitó la emergencia de relatos que combinan dolor, resistencia, deseo de transformación y sentido colectivo de lucha.
- El estudio logró visibilizar que compartir experiencias de violencia no implica revictimizar, sino integrar esas vivencias en una narrativa colectiva con potencial transformador para la región.
- Se conformaron grupos de apoyo entre mujeres que compartieron el proceso, generando espacios seguros y sostenidos emocionalmente.
- Esta experiencia reafirma la importancia de defender el derecho a investigaciones profundas y humanizadas, como parte de la lucha por el reconocimiento de derechos y la dignidad.
- Se trata de una experiencia inusual en términos metodológicos y de liderazgo comunitario, en particular al ser impulsada y ejecutada por mujeres.
- El Estudio de Formas de Violencia en su dimensión multipaís (Honduras, Bolivia, Panamá y Paraguay) constituye un piloto valioso para inspirar investigaciones similares en otros países de América Latina.
- Esta investigación representa una herramienta de incidencia política regional para exigir a los Estados, al Fondo Mundial, a ONUSIDA y a otros organismos internacionales que prioricen la atención y prevención de las violencias hacia mujeres con VIH desde una perspectiva interseccional, intergeneracional e intercultural.

En síntesis, el proceso investigativo participativo, liderado por mujeres con VIH, no solo generó información de calidad, sino que fortaleció a las organizaciones, promovió vínculos solidarios, movilizó capacidades políticas y confirmó la viabilidad de producir conocimiento situado, ético y transformador.





6. Conclusiones generales

Las múltiples formas de violencia son una realidad persistente para las mujeres con VIH en los cuatro países abordados en el presente Estudio. La condición de vivir con VIH habilita violencias específicas que se suman a las ya existentes: revelaciones forzadas del diagnóstico, realización de pruebas sin consentimiento, esterilizaciones impuestas, abortos coaccionados, despidos laborales, restricciones de acceso al empleo, expulsiones del hogar y rupturas familiares. En muchos casos, el VIH y el SIDA funcionan como insulto y amenaza.

A pesar del paso de más de cuatro décadas desde el inicio de la epidemia, estas formas específicas de violencia siguen repitiéndose. Tal como se observa en los testimonios recogidos, las mujeres continúan enfrentando violencias obstétricas: presiones para no gestar, esterilizaciones no consentidas o revelación del diagnóstico sin confidencialidad. Estas prácticas se vinculan con la desinformación del personal de salud, pero también con relaciones jerárquicas marcadas por el poder médico, donde los derechos de las mujeres no son reconocidos ni garantizados adecuadamente.

En los cuatro países del estudio, muchas mujeres relataron cómo el diagnóstico de VIH se convierte en un factor de estigmatización en diferentes ámbitos de su vida: servicios de salud, espacios laborales y relaciones afectivas. Esto las expone a violencias verbales, físicas y psicológicas, afectando gravemente su salud mental, la cual en la mayoría de los casos no ha sido abordada ni tratada, dejándolas sin herramientas para afrontar la culpa, el miedo o el aislamiento social. Esta situación dificulta el acceso a vínculos de apoyo, afecto y comunicación que contribuyan a su bienestar.

El estigma asociado al VIH genera un impacto subjetivo profundo. Por un lado, la culpa suele internalizarse, con mujeres que asumen la responsabilidad por su diagnóstico. Este sentimiento se intensifica cuando han tenido hijos/as luego del diagnóstico y han vivido la transmisión del virus a una hija o hijo, experiencia descrita como especialmente dolorosa.

En los relatos de las entrevistadas, las violencias ejercidas por parejas o ex parejas son frecuentes. Se manifiestan en agresiones físicas y psicológicas, muchas veces intensificadas tras conocer el diagnóstico. A ello se suman amenazas, chantajes y culpabilizaciones relacionadas con el virus o con supuestas conductas sexuales. Ante experiencias previas de violencia, varias mujeres expresaron el temor a formar nuevas parejas por miedo a ser rechazadas o agredidas. Así, el VIH no solo introduce nuevas violencias, sino que debilita las capacidades de las mujeres para resistirlas, por temor al aislamiento, la discriminación hacia sus hijos/as o la estigmatización pública.

La violencia sexual —incluidas situaciones de violación— aparece de forma transversal en los cuatro países. La mayoría de los casos relatados señalan como agresores a parejas, esposos o ex parejas, aunque también se reportan episodios perpetrados por personas poco conocidas o desconocidas, como en situaciones de violencia callejera.



A pesar de los avances médicos que han transformado el VIH en una condición crónica tratable, gracias a los antirretrovirales y otras herramientas diagnósticas y clínicas, el acceso a estos servicios integrales sigue siendo un reto para muchos sistemas de salud en los países analizados. Persisten barreras estructurales que limitan el acceso oportuno y de calidad a la atención, especialmente para mujeres en situación de vulnerabilidad.

En este contexto, el papel de los movimientos sociales y organizaciones comunitarias resulta fundamental. No solo monitorean el cumplimiento de las obligaciones estatales en materia de salud y derechos, sino que suplen las fallas del sistema, brindando contención afectiva, asesoría legal, apoyo material y acompañamiento. En muchos casos, la presencia de estas redes permite que el VIH se convierta en una oportunidad para empoderarse, para luchar por los derechos propios y colectivos, y para transformar las condiciones que sostienen las violencias.

Violencia, precariedad y desigualdad se entrelazan en un escenario estructural que facilita las infecciones y al mismo tiempo condiciona las posibilidades de vida de las mujeres con VIH. Las inequidades de género, clase, etnia y acceso a derechos determinan no solo el riesgo frente al virus, sino también el acceso a una vida digna después del diagnóstico.

Salud y derechos humanos son dimensiones indivisibles. Allí donde hay vulneración de derechos, se deteriora la salud; y donde las condiciones de salud son graves, también se restringe el ejercicio pleno de los derechos. La respuesta al VIH no puede limitarse a la dimensión biomédica, sino que debe incorporar una mirada integral que aborde las desigualdades estructurales.

Hoy en día, un diagnóstico positivo de VIH ya no equivale a una sentencia de muerte, gracias al acceso a tratamientos eficaces. Sin embargo, los activismos insisten en que esta mejora no debe hacernos olvidar la urgencia de encontrar una cura. Como señaló Parker (2024), el derecho a la salud solo estará plenamente garantizado cuando la cura sea una realidad tangible.

Casi al inicio de la década de los noventa, Betinho, figura emblemática de la lucha contra el SIDA en América Latina, escribió un mensaje que aún resuena:

De repente me di cuenta de que todo había cambiado porque había cura. Que la idea de la muerte inevitable paraliza. Que la idea de vida moviliza. . . aunque la muerte sea inevitable, como sabemos. Despertar, saber que vas a vivir, hace que todo tenga sentido en la vida. Despertar pensando que vas a morir hace que todo pierda sentido. La idea de muerte es la muerte misma instalada. De repente me di cuenta de que la cura para el SIDA existía antes de que existiera, y que su nombre era vida. Fue de repente, como pasa todo.

En 2024, sería deseable poder concluir este informe afirmando que estamos cerca de alcanzar la cura soñada por Betinho. Tal vez estemos más cerca. Pero las experiencias de las mujeres con VIH en la región nos recuerdan que todavía persisten enormes desigualdades y violencias. Para enfrentarlas, es imprescindible fortalecer el compromiso global con la respuesta al VIH, siempre con las mujeres como protagonistas centrales de su propia historia.





7. Recomendaciones

Como señalan de forma reiterada las organizaciones de la sociedad civil, las persistencias problemáticas y la falta de respuestas eficaces y respetuosas de los derechos humanos se deben, en parte, a la exclusión de las propias poblaciones afectadas —en este caso, de las mujeres latinoamericanas con VIH en toda su diversidad— en los procesos de relevamiento, diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas. También se evidencia su limitada participación en el acceso a recursos, en el desarrollo de mensajes y campañas comunicacionales, y en la toma de decisiones estratégicas.

Este Estudio, impulsado y liderado por mujeres con VIH de la región, responde a una perspectiva ética y política basada en la participación protagónica. Las recomendaciones que se derivan de esta investigación parten de datos y evidencia concreta, y buscan aportar a la promoción y garantía de los derechos humanos de las mujeres.

Cada una de las dimensiones analizadas a lo largo del informe convoca a repensar, de manera crítica y creativa, respuestas integrales. Además, plantea con fuerza la necesidad de ampliar los compromisos y apoyos que incorporen activamente a las mujeres con VIH como sujetas clave en la respuesta al VIH y en la erradicación de las múltiples formas de violencia que las afectan.

Recomendaciones para las redes y organizaciones de la sociedad civil, en articulación con las políticas públicas

- **Incidir políticamente en la sostenibilidad de las políticas de VIH:** Garantizar la provisión universal y continua de antirretrovirales, reactivos y demás medicamentos necesarios para abordar todas las condiciones asociadas al VIH. Es fundamental asegurar que el VIH se mantenga como una prioridad en la agenda pública del Estado.
- **Incluir el estigma, la discriminación y la violencia como ejes transversales:** Incorporar estas problemáticas en todos los programas de salud, género y derechos humanos, tanto en aquellos específicamente dirigidos a mujeres o personas con VIH, como en los orientados a la población general, a nivel nacional y local.
- **Reforzar y ampliar los programas de sensibilización y formación:** Integrar a las redes y organizaciones de la sociedad civil, especialmente a aquellas conformadas por mujeres con VIH, en la capacitación de autoridades y personal del sector salud. Los contenidos deben abordar salud integral, derechos humanos, estigma, discriminación y violencia, así como los efectos de la exclusión educativa y laboral que enfrentan muchas mujeres con VIH.
- **Impulsar la producción continua de evidencia:** Generar insumos sobre salud y violencia que reflejen las realidades específicas y diversas de las mujeres con VIH, asegurando un enfoque basado en derechos y centrado en sus necesidades. Es clave promover investigaciones que articulen el análisis de la falta de acceso al trabajo y a la educación con las condiciones de salud, y fomentar la colaboración entre organizaciones comunitarias y la academia para fortalecer la incidencia política y la sensibilización.



- **Difundir investigaciones, hallazgos y recomendaciones sobre VIH:** Asegurar que los resultados de estudios e informes lleguen a tomadores de decisiones, responsables de servicios de salud y a la comunidad en general. La difusión accesible y amplia de esta información es esencial para generar conciencia, respaldo social e impulso a la implementación de políticas públicas efectivas.
- **Fortalecer la articulación interinstitucional:** Promover alianzas estratégicas entre organizaciones de la sociedad civil, instituciones gubernamentales, entidades del sistema de salud y del ámbito educativo, con el objetivo de consolidar respuestas integrales a las necesidades de las mujeres con VIH. Esta cooperación debe sustentarse en un enfoque de derechos y equidad. Experiencias como las llevadas adelante por ICW Latina, CONASIDA, CONADEH, Foro Sida, Liga Cattrachas y la Asociación Arcoíris demuestran el impacto positivo de estas alianzas en la mejora de la atención y el bienestar de las personas con VIH.

Recomendaciones para los sistemas y servicios de salud

- **Fortalecer el acceso al diagnóstico con consejería respetuosa y confidencial:** Promover un enfoque integral en la realización de pruebas de VIH que incluya orientación terapéutica, información sobre derechos y apoyo emocional, garantizando la confidencialidad en todas las etapas de la vida, más allá del embarazo y el parto. La experiencia regional demuestra que la participación activa de mujeres con VIH en estos procesos favorece el bienestar emocional y mejora la adherencia al tratamiento. Es urgente abordar las brechas históricas en diagnóstico y atención, reformulando políticas que erradiquen la violencia obstétrica y ofrezcan alternativas reales para el proyecto de vida de las mujeres.
- **Fomentar el involucramiento informado de las parejas:** Diseñar estrategias que promuevan la participación activa y solidaria de las parejas en los procesos de prevención del VIH durante el embarazo y el acompañamiento emocional. Esto debe ir acompañado de programas de educación en género que contribuyan a la corresponsabilidad y prevengan situaciones de violencia.
- **Implementar campañas de prevención combinada del VIH:** Desarrollar estrategias integrales de prevención que incluyan métodos de barrera (preservativos), anticoncepción, profilaxis post y pre exposición (PEP y PrEP) y acceso oportuno al tratamiento y seguimiento médico.
- **Garantizar la disponibilidad universal de la profilaxis post-exposición:** Asegurar su inclusión en casos de violencia sexual y brindar protección específica a mujeres con VIH víctimas de violencia por parte de parejas o exparejas, considerando también factores como la dependencia económica.
- **Articular el sector salud con redes de mujeres con VIH:** Promover la colaboración efectiva entre instituciones públicas, como la Secretaría de Salud, y organizaciones de mujeres con VIH, a fin de garantizar espacios de contención, apoyo entre pares y acompañamiento frente al estigma, la discriminación y otras formas de violencia.
- **Erradicar la violencia obstétrica en los servicios de salud:** Asegurar consejería anticonceptiva adecuada, libre de coerciones o estigmas, y respetuosa de las decisiones de las mujeres sobre su maternidad. Es imprescindible acompañar con sensibilidad a quienes desean ser madres.
- **Capacitar al personal de salud en atención integral y con enfoque de derechos:** Asegurar que profesionales de todas las áreas de salud, en especial quienes trabajan en zonas rurales o periféricas, reciban formación en atención integral a mujeres con VIH, abordando salud física y mental, con enfoque interseccional y de género.
- **Facilitar el acceso físico y económico a los servicios de salud:** Establecer mecanismos de apoyo económico y de transporte para garantizar la asistencia a controles y la continuidad del tratamiento, especialmente en zonas donde las distancias, los costos y los horarios dificultan el acceso.



- **Desarrollar políticas de apoyo económico estructural:** Diseñar medidas que fortalezcan la autonomía económica de las mujeres con VIH, reconociendo la precariedad laboral que enfrentan y su impacto en la adherencia a tratamientos, la gestión del cuidado y la posibilidad de salir de situaciones de violencia.
- **Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos:** Asegurar el acceso pleno a los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres con VIH, sin importar su identidad de género, orientación sexual o situación de vida.
- **Reconocer y apoyar el ejercicio pleno de la sexualidad:** Brindar contención frente al miedo a la soledad, fomentar el empoderamiento afectivo y promover el acceso a recursos que permitan prevenir o enfrentar situaciones de maltrato y violencia en las relaciones de pareja.

Recomendaciones para tomadoras y tomadores de decisión

Se proponen priorizar las siguientes recomendaciones generales a nivel nacional, departamental y local, ya sea en el ámbito gubernamental, no gubernamental y/o comunitario:

- **Incluir la violencia contra las mujeres en las políticas de respuesta al VIH:** Es fundamental abordar esta problemática en todas las políticas relacionadas con el VIH, asegurando que se reconozca y se actúe frente a las situaciones de violencia que enfrentan las mujeres.
- **Incorporar de manera activa a las mujeres con VIH en la toma de decisiones:** Las mujeres con VIH deben estar representadas y tener un rol decisivo en las políticas que abordan la violencia de género y la violencia contra las mujeres, garantizando que sus voces y experiencias sean tomadas en cuenta.
- **Integrar la violencia hacia las mujeres con VIH en las políticas de derechos humanos:** Es esencial que las agendas de derechos humanos reflejen la problemática de la violencia que enfrentan las mujeres con VIH, asegurando que sus perspectivas y necesidades sean recogidas y atendidas.
- **Proporcionar respuestas efectivas a la violencia contra las mujeres con VIH:** Las políticas y agendas de salud pública y equidad deben abordar específicamente la violencia que sufren las mujeres con VIH, buscando soluciones concretas y eficaces.
- **Fortalecer los espacios de acogida y atención:** potenciar los refugios seguros y programas de reintegración que brinden apoyo psicológico y emocional, así como orientación sobre salud integral para mujeres con VIH. En Honduras, la precariedad en la que viven las personas con VIH, especialmente las mujeres jóvenes, contrasta notablemente con la situación en otros países. Este grupo enfrenta vulnerabilidades significativas, ya que, al alcanzar cierta edad, ya no pueden continuar residiendo en hogares que les proporcionan protección. Al dejar estos entornos, a menudo se ven forzadas a enfrentar la vida sin las herramientas necesarias, lo que puede conducir a situaciones alarmantes, como la necesidad de recurrir al trabajo sexual para sobrevivir.
- **Instrumentar programas de capacitación y formación:** Proveer herramientas y habilidades que permitan a estas mujeres con VIH acceder a oportunidades laborales, garantizando así su autonomía económica. La falta de programas adecuados que ofrezcan apoyo y capacitación obstaculiza el desarrollo de sus capacidades y la capacidad para enfrentar los desafíos diarios. Esta problemática se ve exacerbada por un contexto de machismo, en el cual la inclusión de los hombres en los procesos de apoyo es compleja y al mismo tiempo fundamental. La desprotección generalizada subraya la urgencia de que las autoridades reconozcan y aborden las necesidades específicas de este grupo poblacional.
- **Fortalecer el sistema de veeduría y monitoreo en los servicios de salud:** Establecer un sistema que incorpore a organizaciones de mujeres con VIH y fomente un diálogo efectivo con los tomadores de



decisiones. Este sistema debe centrarse en la evaluación continua de la calidad de la atención, el acceso a medicamentos y las condiciones en que se brinda atención médica en diversas comunidades del país, garantizando que todas las necesidades sean adecuadamente visibilizadas y atendidas. Es crucial que el monitoreo se realice a nivel nacional, extendiéndose más allá de Tegucigalpa para identificar deficiencias en comunidades y aldeas apartadas de las grandes ciudades. Para asegurar su eficacia, este sistema de monitoreo y veeduría debe contar con financiamiento y recursos adecuados en el marco de políticas públicas, evitando depender principalmente de voluntariados ad-honorem de las organizaciones de la sociedad civil.

- **Reconocer a las mujeres con VIH como actores clave en la respuesta al VIH:** Las autoridades, tomadoras y tomadores de decisión, así como donantes, deben considerar a las mujeres con VIH como una parte fundamental en la formulación e implementación de respuestas efectivas al VIH en niveles regional y local.
- **Fortalecer organizaciones y redes de mujeres afectadas por el VIH en Honduras:** Es fundamental apoyar y potenciar las organizaciones y redes de mujeres con VIH para que puedan influir efectivamente en la respuesta al VIH, contribuir a la lucha contra la violencia de género, y promover los derechos humanos y la equidad en salud pública. Esto implica fortalecer el movimiento de VIH mediante la planificación y la asignación adecuada de recursos, garantizando así la participación activa de voluntarios y activistas en estas iniciativas.
- **Revisar y reformar la legislación relacionada con los derechos de las personas con VIH:** Es necesario llevar a cabo una revisión exhaustiva de la legislación vigente para garantizar su implementación efectiva y proteger los derechos de las personas con VIH, eliminando barreras y discriminación presentes en la misma legislación

En síntesis:

Los testimonios recogidos en las 50 entrevistas y los grupos focales reflejan con claridad que la violencia hacia las mujeres con VIH constituye una realidad persistente que atraviesa sus vidas en Honduras. En este sentido, se hace un llamado a todas las personas e instituciones que forman parte de la respuesta global al VIH a reconocer la urgencia de incluir, de manera efectiva y respetuosa, a las mujeres con VIH en toda su diversidad. Su participación debe ser central en las estrategias orientadas a reducir o eliminar nuevas infecciones, garantizar el acceso universal y de calidad a los tratamientos, y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos humanos, en contextos libres de estigma, discriminación y violencia.





Referencias y bibliografía

Alberti, C. (2019). Genealogías sidarias. Un análisis del discurso social sobre los sujetos seropositivos en la formación de grado en Comunicación Social. Tesis de Grado. Lic. En Comunicación Social, Facultad de Ciencia Política y RR. II., Universidad Nacional de Rosario.

Alberti, C. (2020). Discursividades víricas: hacia una genealogía sobre los posicionamientos teórico-políticos suscitados por el VIH/ SIDA. Rosario: UNR Editora.

Almeida Filho N, Castiel L. D, Ayres J. R. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva. 2009;5(3):323-344.

Alves, P. C. (2016). Itinerários terapêuticos, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz & A. Gomes da Silva Junior (Eds.), ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde (pp. 125-146). Rio de Janeiro: CEPESC Editora-IMS/UERJ-ABRASCO.

Amuchástegui, A., Evangelista García, A. A., (2022). Interseccionalidad y condicionantes sociales de la salud: Una aproximación teórico-metodológica sobre el efecto del estigma en la vida de mujeres con VIH/sida en Chiapas. Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México, 8. <https://doi.org/10.24201/reg.v8i1.929>

Ayres, J. R., Paiva, V., Franca, I. (2018). De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea. En Paiva, Maroni: Profilaxis Pre-Exposición en AL (Argentina, Brasil y México) 907 V. (ed.), Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos (pp. 35-65). Buenos Aires: Teseo.

Ayres, José R. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. En Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 20 (2): 67-82.

Banco Mundial (2022). "Aproximadamente 2400 millones de mujeres en el mundo no tienen los mismos derechos económicos que los hombres". Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2022/03/01/nearly-2-4-billion-women-globally-don-t-have-same-economic-rights-as-men>

Barry, C.; Stevenson, F., Britten, N., Barber, N., Bradley, C. (2001). "Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice". En Social Science & Medicine, 53: 487-505.

Bertaux, D. (2005) Los relatos de vida, perspectiva etnosociológica. Barcelona, Bellaterra.

Betinho (1992) O dia da cura, Jornal do Brasil, 31 de enero de 1992.

Biagini, G. (2004) Sociedad civil y Estado: ¿relaciones peligrosas? En: Sociedad civil y salud: exploración en torno al SIDA. Publicación Interna Cátedra Sociología de la Salud, FCS, UBA. Argentina.

CEPAL (2022). "Al menos 4.473 mujeres fueron víctimas de feminicidio en América Latina y el Caribe en 2021". Disponible en: [https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-al-menos-4473-mujeres-fueron-victimas-feminicidio-america-latina-caribe-2021#:~:text=En%202021%2C%20al%20menos%204.473,y%20el%20Caribe%20\(CEPAL\)](https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-al-menos-4473-mujeres-fueron-victimas-feminicidio-america-latina-caribe-2021#:~:text=En%202021%2C%20al%20menos%204.473,y%20el%20Caribe%20(CEPAL)).

Charmaz, C. (1997). Good Days, Bad Days. The Self in Chronic Illness and Time. New Brunswick, Rutgers University Press.

Charmaz, C. (1999) "Discoveries of Self in Illness", Charmaz K. y Paterniti D. (eds.), Health, Illness, and Healing. Society, Social Context, and Self. Los Angeles, Roxbury Publishing: 72-82.



- Colautti, M. A. (2020). Derecho a la salud y las agencias internacionales desde una perspectiva latinoamericana: VIH/SIDA en la agenda de salud internacional durante la emergencia sanitaria de 2002, Argentina. *Astrolabio*, 24, 52-79
- Crossley, M. 1998. 'Sick role' or 'empowerment'? The ambiguities of life with an HIV positive diagnosis. En *Sociology of Health & Illness*, (20): 507-531.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. sage.
- Dey, I. (1993). *Qualitative data analysis*. Londres: Routledge.
- Farmer, P. (1999) *Infections and Inequalities: The Modern Plagues* (Berkeley: University of California Press).
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (2009). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research* (4. paperback printing). Aldine.
- Gogna, M. L.; Pecheny, M. M.; Ibarlucía, I.; Manzelli, H. y López, S. B. (2009). The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. *Social Science & Medicine*, 69(6), 813-820.
- Gregoric, J.J. (2017). *Micropolíticas de vida. Activismo de personas afectadas por el VIH*. Universidad de Buenos Aires. Mimeo.
- Grimberg, M.; Fernández Álvarez, M.I. y Rosa, M. (2009). *Estado y movimientos sociales: estudios etnográficos en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Antropofagia
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a ed). McGraw-Hill.
- Holstein, J. A. y Gubrium, J.F. (1995). *The active interview*. California: Sage.
- Jones, D., Barrón López, S., Alonso, J.P. y Cunial, S. (2017). *Adherencia a los tratamientos antirretrovirales en personas que viven con VIH en la Argentina*, Buenos Aires. Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.
- Jones, D. y Cunial, S. (2020). Los vínculos afectivos en la adherencia a tratamientos por VIH y por consumos problemáticos de drogas (Argentina, 2014-2016). *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), e00035919
- Kornblit, A.L. (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos
- Mann, J. M.; Gruskin, S.; Grodin, M. A. y Annas, George J. (eds.). 1999. *Health and Human Rights*. Nueva York y Londres: Routledge.
- Manzelli, H., Pecheny, M., Alsina, M. y Gilligan, M.E. (2024), *Las luchadoras: Situación social y accesibilidad a servicios de salud de las mujeres de 45 años y más que viven con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: CENEP y UNFPA.
- Meccia, E. (2019). *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas*. Santa Fe., Ediciones UNL – EUDEBA
- Mines Cuenya, A. (2021). *Condensaciones ginecológicas: Relaciones entre prácticas médico-clínicas, políticas sexuales y reproductivas y la materialidad de los cuerpos de las mujeres cis en el campo (toco)ginecológico de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina*. *Horizontes Antropológicos*, 61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832021000300006>
- OIT (2019). *Convenio sobre la violencia y el acoso (C190)*. Disponible en: https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190
- OMS (2017). "Poner fin a la discriminación en los centros de atención sanitaria". Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/ending-discrimination-in-health-care-settings>
- OMS (2021). "La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres". Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
- ONU Mujeres (s.f), *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
- ONU (2022). "Honduras, República Dominicana, El Salvador, Bolivia y Brasil, los países más inseguros de América Latina para las mujeres". Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2022/11/1517112>



ONU Mujeres (2023), El progreso en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible. Panorama de género 2023. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-12/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2023-es.pdf>

ONUSIDA (2024), La urgencia del ahora: el sida frente a una encrucijada. ONUSIDA Actualización mundial sobre el sida 2024. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_es.pdf

PAHO (2024), HIV Situation in the Americas. Disponible en: <https://www.paho.org/en/hiv-situation-americas>

Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A. J., Amuchástegui, A., & Pecheny, M. M. (2018). Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos.

Parker, R.; Aggleton, P. (2003) HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action. *Social Science & Medicine*, vol.57, n.01, p.13-24.

Parker, R. (2024) Epidemics of signification and global health policy: From the end of AIDS to the end of scale-up of the global AIDS response, *Global Public Health*, 19:1, 2327523, DOI: 10.1080/17441692.2024.2327523

Pecheny, M. (2003), "Sexual Orientation, AIDS, and Human Rights in Argentina: The Paradox of Social Advance amid Health Crisis", in Susan Eckstein and Timothy P. Wickham-Crowley eds., *Struggles for Social Rights in Latin America*. London: Routledge.

Pecheny, M. et al (2006) La ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. En *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*, CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA, Buenos Aires.

Pecheny, M.; Binstock, G.; Manzelli, H.; Hiller, R. y Bruno, M. (2012), Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina – Informe final 2012, ONUSIDA-OPS-CENEP. Accesible en : <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/caracterizacion-de-las-mujeres-recientemente-diagnosticadas-con-vih-en-argentina>

Pecheny, M. y Manzelli, H. (2008). Estudio Nacional sobre la Situación Social de las Personas Viviendo con VIH en la Argentina. Buenos Aires: UBATEC.

Pecheny, M. (2016). La discriminación, la diversidad social y la estructura en la Argentina. G. Kessler (Comp.), *La sociedad argentina hoy. Radiografía de una nueva estructura*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Pecheny, M., Bruno, M., Hiller, R., Binstock, G. y Manzelli, H. (2012). Vulnerabilidad de las mujeres ante la infección por VIH en Argentina. Mónica Gogna (comp.): *Las mujeres viviendo con VIH en Argentina. Desafíos para la atención integral*. Buenos Aires: Ediciones Publikar.

Pecheny, M.; Hiller, R.; Manzelli, H.; Binstock, G. y Epele, M. (2012). Mujeres, infección por VIH y uso de drogas en la Argentina reciente. Epele M.(comp.). *Padecer, cuidar y tratar: Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia, 25-55.

Pecheny, M.; Manzelli, H. y Jones, D. (2007). The Experience of Stigma: People Living with HIV/AIDS and Hepatitis C in Argentina. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(1), 17-30.

Pecheny, M.; Manzelli, H. y Jones, D. (2002). Vida cotidiana con VIH/SIDA y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización. Buenos Aires: Cuaderno del Ciclo de Seminario de Salud y Política Pública, CEDES.

Perez-Brumer, A., Hill, D., & Parker, R. (2024). Latin America at the margins? Implications of the geographic and epistemic narrowing of 'global' health. *Global Public Health*, 19(1), 2295443. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2295443>

Recoder, M. L. (2001). El problema médico de la adherencia, la relación médico-paciente y el 'encuadre terapéutico' en la atención a personas que viven con Vih/Sida. En: *Cuadernos de Antropología Social* N°13, pp. 157–182. Facultad de Filosofía y Letras- UBA. Buenos Aires, Argentina.

Rodó Zárate, M. (2021). Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones. Bellaterra.



- Sivori, H. (2008). GLTTB y otros HSH: Ciencia y política de la identidad sexual en la prevención del SIDA. En Pecheny, M., Figari, C., Jones, D. (eds.) *Todo sexo es político: estudios sobre sexualidad en Argentina* (p. 245-277). Buenos Aires: Libros del Zorzal
- Sontag, S. (2003), *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*, Buenos Aires: Taurus.
- Strauss, A. (1986). *Chronic Illness*. En Conrad, P. y Kern, R. (eds.). *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. Nueva York: St.Martin's Press: 92-99.
- Strauss, A. et al. (1984). *Chronic illness and the quality of life*. St Louis y Toronto: The C.V.Mosby Company.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- UNAIDS (2021) *Declaración política sobre el VIH y el sida: acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030*. En: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_es.pdf
- UNFPA (s.f.). "Erradicar la violencia basada en género y las prácticas nocivas contra mujeres y niñas". Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/topics/violencia-basada-en-g%C3%A9nero-0>
- Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2007). *La investigación cualitativa*. En I. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa* (1. ed, pp. 23-64). Gedisa.
- Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Fiocruz.
- Viveros Vigoya, M. (2016). *Interseccionalidad. Genealogías, debates y políticas*. En R. Campoalegre & J. A. Sánchez (Eds.), *Aportes para la declaración de derechos de los pueblos afrodescendientes*. CLACSO.





Informe Honduras

Estudio sobre las Formas de Violencia hacia las Mujeres con VIH en Honduras



ALEP+PC

Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave

