



# **Violencia Basada en Género (VBG) y los Derechos de la Salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de VIH en regiones de Honduras**

# **2023**

# ÍNDICE

<b>1</b>	Resumen ejecutivo .....	<b>3</b>
<b>2</b>	Objetivo .....	<b>4</b>
<b>3</b>	Marco Conceptual .....	<b>5</b>
	<b>a.</b> Revisión documental .....	<b>5</b>
<b>4</b>	Metodología .....	<b>10</b>
	<b>a.</b> Mapeo legal y político .....	<b>10</b>
	<b>b.</b> Trabajo de Campo .....	<b>12</b>
<b>5</b>	Resultados .....	<b>14</b>
	<b>a.</b> Revisión documental .....	<b>14</b>
	<b>b.</b> Entrevistas con actores clave .....	<b>19</b>
	<b>c.</b> Trabajo de campo .....	<b>23</b>
<b>6</b>	Conclusiones .....	<b>35</b>
<b>7</b>	Recomendaciones .....	<b>35</b>
	<b>a.</b> Políticas, planes y programas en VIH y sobre violencia basada en género .....	<b>35</b>
	<b>b.</b> Servicios de salud especializados en VIH .....	<b>36</b>
	<b>c.</b> Servicios de atención de las violencias hacia las mujeres .....	<b>36</b>
<b>8</b>	Anexos .....	<b>37</b>



# 1 RESUMEN EJECUTIVO



El estudio "Violencia Basada en Género (VBG) y los Derechos de la Salud Sexual y Reproductiva (DSSR) de las mujeres en el contexto de VIH en regiones de Honduras durante 2022", es una investigación que busca documentar las experiencias de vida de las mujeres hondureñas con VIH y con ello generar evidencia para transformar y fortalecer las políticas, protocolos, planes y programas en torno a la VBG, DSSR y sus interrelaciones con el VIH. La finalidad es mejorar el acceso a servicios de prevención, atención; promover y realizar los derechos humanos de las mujeres, incluyendo a las mujeres que viven con y afectadas por el VIH.

A nivel mundial se encuentra ampliamente documentado cómo la VBG representa una amenaza grave para la vida de las mujeres; el impacto de la violencia en su vida se reconoce como un problema de salud pública y de vulneración a los derechos humanos. Actualmente, existe un marco normativo que busca lograr la igualdad de género, de aquí que sea este uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la igualdad de género no es sólo un derecho fundamental, sino una base esencial para construir un mundo y sociedades pacíficas, prósperas y sostenibles. Para alcanzar la igualdad, existen metas concretas que incluyen eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas (Meta 5.2); asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos (Meta 5.6). Además, dentro del Objetivo del Desarrollo Sostenible enfocados a la salud, se incluye la meta de poner fin a la epidemia de SIDA (Meta 3.3).<sup>1</sup>

Sabemos que las dinámicas de género contribuyen a la transmisión del VIH, los valores hegemónicos del género y la sexualidad estructuran la vida de las mujeres de tal manera que se espera que cumplan con actitudes y comportamientos como la virginidad antes del matrimonio, pasividad, no reconocimiento o expresión del deseo sexual, obligación de complacer a la pareja más allá de su propio deseo, la procreación como principal motivo para ejercer la sexualidad, todo ello parte de preceptos heteronormativos y patriarcales.<sup>2,3</sup>

De forma similar a la construcción del género, en el ejercicio sexual existen normas y delimitaciones, los ideales culturales sobre la fidelidad sexual y la monogamia, aunados a la desigualdad de poder dentro de las relaciones de pareja, condicionan la posibilidad que tienen las mujeres para solicitar el uso del condón a sus parejas, antes y después de un diagnóstico con el VIH, se ha documentado que, esta confrontación de las mujeres con sus parejas puede culminar en violencia.<sup>4,5</sup>

La VBG es un factor asociado al incremento de riesgo de adquirir VIH y otras ITS, su presencia está asociada y condicionada a las construcciones sociales y culturales que subordinan y desvalorizan a las mujeres, orillándolas a que asuman que el maltrato físico, económico, psicológico y sexual es parte de la interacción cotidiana, tanto con sus parejas, como en otras dimensiones de la vida como lo son lo familiar, comunitario y en los servicios de salud<sup>6</sup>.

1. Naciones Unidas, Objetivos y metas de desarrollo sostenible. Consultado el 6 de marzo, 2023. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>. UNAIDS—cannot end AIDS without gender equality and reproductive rights.
2. Jenna J. Garret y Clare Barrington. "We do the impossible": women overcoming barriers to cervical cancer screening in rural Honduras—a positive deviance analysis. *Culture, Health & Sexuality* 15 (5/6), pp. 637-651.
3. Judith L. Gibbons & Sandra E. Luna. For men life is hard, for women life is harder: gender roles in Central America. En Safdar, S., Kosakowska-Berezecka, N. (editors). *Psychology of Gender Through the Lens of Culture*, pp 207-325. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-14005-6\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-14005-6_15)
4. Ana Luisa Liguori. "Mujeres y Sida: perspectiva poco alentadora" en *Demos*, 8 (1995), s/p.
5. Tamil Kendall, Anabel Castillo, Cristina Herrera, "El uso inconsistente del condón en mujeres mexicanas que viven con VIH: un reto para los servicios de salud" en *Salud Pública de México*, vol 57 (2015), suplemento 2 pp: 183-189.
6. En las relaciones violentas, la violación y otras formas de coerción sexual son comunes, lo cual aunado a otros tipos de violencia repercute en las redes de apoyo, la autoestima, las estrategias de negociación y las prácticas de autocuidado en el ámbito sexual.



Es por ello que el presente estudio se centra en las distintas expresiones de la VBG a las que las mujeres hondureñas se enfrentan en el día a día, sus percepciones, pero sobre todo las estrategias que cada una ha generado para hacerle frente. Este informe es una breve muestra del gran trabajo que realiza la sociedad civil organizada al acompañar, fortalecer el proceso de vida de las mujeres a la vez, al involucrarse, exigir e incidir en los cambios a nivel normativo y de política pública.

La participación de las mujeres en este estudio fue crucial, no sólo por haber sido ellas las princi-

pales interlocutoras, sino también porque mujeres líderes hicieron parte del diseño y la implementación del proyecto, particularmente en los grupos focales. Es importante señalar que, para Fundación Llaves transformar las desigualdades para garantizar acciones que contribuyan al bienestar de las mujeres con VIH, es también hacerlas partícipes y principales actrices de investigaciones, que de manera colaborativa se sigan trazando caminos para atender la estrecha relación entre VBG y VIH.

## 2 OBJETIVO

Realizar un estudio sobre Violencia Basada en Género (VBG) y Derechos de Salud Sexual y Reproductivos (DSSR) en las adolescentes, jóvenes y mujeres adultas con VIH en Honduras en los municipios de San Pedro Sula, Puerto Cortés, El Progreso, Choloma, Tela (Tornabé, San Juan y Triunfo de la Cruz), La Ceiba, Trujillo, Comayagüela y Tegucigalpa.

### Objetivos específicos

**1.** Realizar un estudio de violencia basada en género (VBG) y derechos de salud sexual y reproductiva (DSSR) en adolescentes, jóvenes y mujeres adultas con VIH.

**2.** Identificar las líneas estratégicas para el abordaje y la transversalización de la VBG y los DSSR para la prevención y la erradicación de la violencia

que se ejerce sobre adolescentes, jóvenes y mujeres adultas con VIH, mismas que serán propuestas a grupos feministas, entes de Estado e instancias y/o iniciativas legislativas.

**3.** Revisión del marco legal-político del país; así como de documentos regionales que incluirá distintos rubros.

# 1 MARCO CONCEPTUAL



Desde finales del siglo XX, fruto de la lucha feminista y de distintos movimientos de mujeres alrededor del mundo, comenzó a establecerse una agenda internacional y nacional que tiene como objetivo central erradicar la VBG. En virtud de ello, Honduras ha avanzado en la ratificación de instrumentos internacionales en la materia y legislado para garantizar el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencias. No obstante, como veremos más adelante, esta ratificación de acuerdos no necesariamente se ha traducido en acciones específicas que garanticen los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia; así como a otros derechos fundamentales.

De acuerdo con información recabada, la mayoría de los países en la región cuenta con limitadas medidas para abordar la VBG desde una perspectiva multisectorial y con participación comunitaria.<sup>7</sup> Las investigaciones desarrolladas por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Comunidad Internacional de Mujeres con VIH (ICW) en la región apuntan a que la violencia, discriminación y exclusión social, por razones de género y estatus serológico, son realidades constantes para las mujeres y las personas con VIH en general.<sup>8</sup>

## a. Revisión documental

Al realizar la búsqueda de literatura sobre el tema se identificó que la mayoría de las publicaciones exploran cómo la violencia de género produce condiciones de vulnerabilidad que inciden en las dinámicas de transmisión del VIH. Uno de los conceptos claves para entender la relación entre mujeres y VIH es el género. Como herramienta analítica da cuenta de cómo las prácticas erótico-afectivas están condicionadas por construcciones culturales normativas de la sexualidad y las atribuciones sociales hechas a partir de la diferencia sexual, cuestiones que influyen en riesgo de transmisión y a la vez, que condicionan la experiencia de vivir con VIH.

Para esta investigación retomamos la propuesta de violencia entendida como la violencia estructural basada en la explotación, represión, marginalización y que se manifiesta a través de la "desigualdad en el acceso a los recursos, el poder político, la educación, atención sanitaria y legal [...] la violencia vinculada a elementos culturales legitima la violencia estructural que está íntimamente relacionada con la injusticia social"<sup>9</sup>. Honduras se encuentra entre los 20 países a nivel mundial con la tasa más alta de muerte por causas vinculadas a la violencia contra las mujeres<sup>10</sup>.

7. PNUD (2020). Marco de abordaje integral para la prevención, atención y reparación de la violencia contra las mujeres y niñas. Disponible en: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/2020\\_\\_marco\\_de\\_abordaje\\_integral\\_para\\_la\\_prevenccion\\_atencion\\_y\\_reparacion\\_de\\_la\\_violencia\\_contra\\_las\\_mujeres\\_y\\_las\\_ninas.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2020__marco_de_abordaje_integral_para_la_prevenccion_atencion_y_reparacion_de_la_violencia_contra_las_mujeres_y_las_ninas.pdf)
8. Luciano, D., Negrete, M., Vázquez, M.J., Hale, F., Salas, J., Álvarez-Rudín, M., Arends, M., Cano, A., Iacono, M., Sánchez, M., Cabezas, M., Chete, B., Flores, G., García, F., Ferreira, M.L., López, L., Ramírez, B., Soto, E.M. (2020). Estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina. ICW Latina, Hivos, Development Connections y Salamander Trust. Managua, Nicaragua. Disponible en: <https://icwlatina.org/wp-content/uploads/2022/01/estudio-regional-sobre-violencia-y-mujeres-con-vih-en-america-latina-2.pdf>
9. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S (2006) Structural Violence and Clinical Medicine. PLoS Med 3(10): e449. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>.
10. CEPAL (2022). Poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas y al feminicidio o femicidio. Reto clave para la construcción de una sociedad del cuidado. Observatorio de Igualdad de género. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/documentos/poner-fin-la-violencia-mujeres-ninas-al-femicidio-o-femicidio-reto-clave-la>



Entre 1985 y 2021 en Honduras se han reportado 40,469 casos de VIH, de este total 17,583 corresponden a casos de mujeres de las cuales, 7,264 (41%) fueron diagnosticadas tempranamente del total de mujeres con VIH, el 35.4% (14,007) son mujeres con diagnóstico temprano; mientras que 10,589 (60.2%) fue diagnosticada con VIH avanzado<sup>11</sup>.

En diversos estudios sobre prevalencia de VIH, Honduras reporta la tasa más alta en Centroamérica, solo comparable con África Subsahariana. Las investigaciones entre 1998 y 2017 coinciden en las altas prevalencias entre hombres y mujeres que residen en comunidades urbanas y rurales, lo que significa que las dinámicas tienen puntos de encuentro, de manera que las intervenciones debieran tener ejes transversales.<sup>12</sup> En cuanto a la distribución geográfica el 86% de los casos se encuentra en los departamentos de Cortés, Francisco Morazán, Atlántida, Yoro, Colón, Choluteca y Comayagua.

La relación de casos hombre/mujer ha cambiado con el paso del tiempo, en los primeros años de la epidemia, estuvieron caracterizados por una razón de casos hombre/mujer 4:1, en 1998 descendió y pasó a ser de 2:1.<sup>13</sup> Para inicios del siglo XXI, se alcanzó la razón más baja de la región 1:1; esta se mantuvo hasta 2013. A partir de ese año, comenzó a identificarse un aumento de casos entre hombres, de acuerdo con información compartida por SESAL a 2022, la razón de casos se mantiene en 1:3, lo que significa que existe un aumento en la proporción de casos en hombres.

Como demostramos a continuación a través del

mapeo político y legal, aun cuando en Honduras los datos epidemiológicos generados por el Estado dan cuenta de la necesidad de construir una respuesta en la que las mujeres sean parte central de las políticas de prevención y atención de VIH, esto no ha sucedido. De manera similar a lo que sucede en otros países de la región, la política pública está dirigida a grupos clave, las mujeres solo son consideradas como parte de los grupos vulnerables<sup>14</sup>.

De acuerdo con lo mencionado en PENSIDA (2020-2024), existe una disminución de casos de VIH entre quienes reportan prácticas heterosexuales y un aumento entre aquellas que mantienen prácticas homo y bisexuales. Es importante señalar, que la revisión del periodo previo no refleja que las mujeres fueran consideradas como sujeto de derecho en estrategias de prevención y atención. Lo encontrado en la revisión revela que no han sido identificadas como una población prioritaria, aun cuando han sido de las poblaciones más afectadas por la epidemia de VIH.

Las principales estrategias han estado dirigidas a la prevención perinatal y hacia las trabajadoras sexuales, lo cual ha generado que la población femenina quede desprotegida ante la ausencia de acceso a pruebas de VIH y servicios integrales, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y la atención a la violencia por causas asociadas al género<sup>15</sup>.

Una de las principales causas de esto, de acuerdo con lo encontrado en la revisión, se vincula con la interferencia de la religión en la toma de decisio-

11. CEPAL (2022). Poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas y al feminicidio o feminicidio. Reto clave para la construcción de una sociedad del cuidado. Observatorio de Igualdad de género. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/documentos/poner-fin-la-violencia-mujeres-ninas-al-femicidio-o-feminicidio-reto-clave-la>
12. SESAL. Informe estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras periodo 1985-2022. Unidad de Vigilancia de la Salud. Gobierno de Honduras.
13. Kendall, T. and C. Albert. (2015). Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *Journal of the International AIDS Society* 18:19462 doi.org/10.7448/IAS.18.1.1946
14. SESAL. Informe estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras periodo 1985-2022. Unidad de Vigilancia de la Salud. Gobierno de Honduras.
15. ONU. Declaración Política sobre el VIH y el sida: Acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2021\\_political-declaration-on-hiv-and-aids\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_es.pdf)



nes<sup>16</sup>; así como con una mirada basada en constructos sociales de la epidemia que no necesariamente responden a las realidades a las que las mujeres se enfrentan<sup>17</sup>. Esto es evidente al hacer un recuento histórico de las estrategias enunciadas a través de planes y programas en torno a VIH, salud sexual y reproductiva; así como a la violencia de género. La influencia de los sectores religiosos marcó el rumbo de la prevención primaria de VIH, y la salud sexual, hasta hace poco Honduras era uno de los pocos países en el mundo que prohibía totalmente el uso de la Pastilla de Anticoncepción de emergencia (PAE).

Otro indicio de que hay una falsa percepción de bajo riesgo en las mujeres, está en los resultados de la encuesta de determinantes sociales de la salud en Honduras publicada por USAID (2019)<sup>18</sup>, donde se menciona que más del 80% de las mujeres encuestadas tiene nociones sobre el VIH, el sida, las vías de transmisión y las estrategias de prevención como uso de condón; sin embargo, persiste la idea de que las prácticas de riesgo - donde se usa el condón únicamente son con las parejas ocasionales, aun cuando de acuerdo a lo reportado en la región poco más del 80% de las transmisiones de los casos, se dieron dentro de una pareja estable, regida bajo preceptos tradicionales de la construcción de los roles de género.

Este punto es de gran relevancia si se considera que la transmisión del VIH en mujeres está estrechamente relacionada con relaciones desiguales de poder dentro de una relación heterosexual, en la que la concepción del riesgo puede ser menor e incluso cuando se percibe, existe poca posibilidad para el establecimiento de acuerdos o negociaciones, en

gran medida debido a los mandatos de género que dictaminan lo que se espera de hombres y mujeres.<sup>19</sup>

De acuerdo con lo identificado en la literatura, estas construcciones normativas se expresan en distintos ámbitos de la vida de las mujeres, la pareja es uno de ellos, pero no es el único, la desigualdad permea todas las esferas de la vida social de las mujeres, entre ellas la política, de aquí que, como se muestra en la revisión de literatura y política pública, existan importantes sesgos en la respuesta del Estado en la integración de las necesidades de prevención y atención para mujeres.

La VBG es un tema que no se limita a las dinámicas de transmisión, también se hace presente una vez el diagnóstico ha tenido lugar. A nivel mundial, ha sido gracias al trabajo de mujeres VIH positivas que existe un mayor reconocimiento sobre cómo la violencia es un factor que se hace presente después del diagnóstico.

La violencia no desaparece al conocer el diagnóstico, existen dinámicas que pueden transformarse, como la pareja, la familia, las relaciones interpersonales; sin embargo, ser mujer y vivir con VIH, vuelve más susceptible a las mujeres de enfrentar otro tipo de violencias que se vinculan estrechamente con el género y la condición de salud, en los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva y/o en espacios laborales.

Es por estas razones que se considera de vital relevancia continuar con la generación de conocimiento que nos permita comprender cómo es que la violencia se articula antes y después del diagnóstico VIH positivo con otros estratificadores sociales

- 
16. Rosales, R. (2020) Un abordaje desde las deudas en materia de derechos de salud sexual y reproductiva y las vivencias de sus protagonistas. Tesis para obtener el grado de Maestría. UNSAM: San Martín.
  17. De acuerdo con lo identificado a través de la revisión de literatura gris, se encontró que previo al inicio del funcionamiento de los SAI, la atención a personas con VIH se daba en las arquidiócesis, no fue sino hasta principios del siglo XXI que se inició con la creación de los SAI.
  18. USAID, SOMOS, Asociación LGBT Arcoiris. (2019). Determinantes sociales en VIH de población de hombres que tienen sexo con otros hombres de Honduras. Plan de acción. Disponible en: [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00TXJN.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00TXJN.pdf)
  19. Instituto Nacional de las Mujeres, Informe 2007-2012, Política Nacional de Igualdad entre hombres y mujeres, (2012). Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101207.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101207.pdf).





como edad, ingreso económico, ocupación, estatus migratorio, identidad de género, ocupación, estado civil. La intersección entre el VIH y la violencia de género afecta el acceso a recursos de atención, prevención y protección de las mujeres.

La pobreza, la desigualdad de género, la discriminación étnica/racial y las normas sociales refuerzan las violencias que son condicionantes comunes tanto de la transmisión del VIH como perpetuadoras de la VBG. Un ejemplo de ello, es en el acceso a recursos de prevención y atención del VIH, como vimos en párrafos anteriores, una alta proporción de mujeres conocieron su diagnóstico en fases avanzadas<sup>20</sup>.

Tomando esto en consideración, es que plantea como una necesidad pensar en una respuesta integral y sostenible al VIH en la que se tome como punto de partida las realidades específicas de las poblaciones y se garantice el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias. De acuerdo con investigaciones internacionales, confirmadas en el contexto hondureño a través de estudios previos desarrollados por Fundación Llaves, existen varios mecanismos en los que la desigualdad de género y la violencia incrementa la vulnerabilidad a la infección por VIH en las mujeres:

- a. el sexo forzado o coaccionado con una pareja que tiene el virus, la inequidad que la violencia

genera para negociar comportamientos preventivos como el uso del condón, y

- b. el abuso sexual o físico durante la niñez, mismo que ha sido asociado con comportamientos sexuales y usos de sustancias que pueden repercutir en mayor probabilidad de adquirir el VIH durante la adolescencia y la edad adulta;
- c. y construcciones de masculinidad y prácticas entre parejas masculinas violentas que incluyen prácticas sexuales y de uso de drogas que incrementan la posibilidad de adquirir VIH y otras ITS (por ejemplo, sexo no protegido con múltiples parejas).<sup>21,22</sup> Existen estudios que demuestran empíricamente que sufrir violencia física y sexual por parte de la pareja se relaciona con una mayor probabilidad de adquirir el VIH.<sup>23,24</sup>

Se ha documentado violencia física, sexual y psicológica por parte de la pareja y la familia como consecuencia de compartir la noticia del diagnóstico VIH-positivo<sup>25</sup>. Estudios en América Latina muestran que las mujeres con VIH experimentan un alto grado de estigma y discriminación en los servicios de salud y otros servicios sociales si comparten el diagnóstico de VIH, lo cual representa una barrera a la promoción y protección de sus derechos humanos, incluyendo el derecho a vivir una vida libre de violencia y de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos<sup>26,27,28</sup>. Además,

- 
20. Luciano, D., Negrete, M., Vázquez, M.J., Hale, F., Salas, J., Álvarez-Rudín, M., Arends, M., Cano, A., Iacono, M., Sánchez, M., Cabezas, M., Chete, B., Flores, G., García, F., Herreira, M.L., López, L., Ramírez, B., Soto, E.M. (2020). Estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina. ICW Latina, Hivos, Development Connections y Salamander Trust. Managua, Nicaragua. Disponible en: [https://icwlatina.org/\\_wp2/wp-content/uploads/2022/01/estudio-regional-sobre-violencia-y-mujeres-con-vih-en-america-latina-2.pdf](https://icwlatina.org/_wp2/wp-content/uploads/2022/01/estudio-regional-sobre-violencia-y-mujeres-con-vih-en-america-latina-2.pdf)
  21. Fundación Kukulcan (2022) Índice de estigma y discriminación en poblaciones clave y en condiciones de vulnerabilidad. Honduras, marzo.
  22. Maman, S., Campbell, J., Sweat, M.D., Gielen, A.C. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine*, 50(4), 459-478.
  23. Campbell, J. C., Baty, M. L., Ghandour, R. M., Stockman, J. K., Francisco, L., & Wagman, J. (2008). The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review, *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 13(4), 221-231
  24. Dunkle, K.L., Jewkes, R.K., Brown, H.C., Gray, G.E., McIntyre, J.A., & Harlow, S.D. (2004). Gender based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa, *Lancet*, 363 (9419), 1410-1411.
  25. Silverman, J.G. et al, (2008). Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. *JAMA*, 300(6), 703-710.
  26. Investigación del Índice de Estigma en Personas que viven con VIH (INDEX), versión 2.0 Honduras. 2019. Llave/REDCA.
  27. Duarte K.J, Duarte Z.E., González, R. 2020. Las niñas, niños y adolescentes (NNA) en contexto de COVID en 8 Departamentos de Cortes. <https://fundacionllaves.wordpress.com/2021/02/18/diagnostico-de-la-situacion-actual-de-las-ninas-ninos-y-adolescentes-nna-en-contexto-de-covid-19-y-vih-en-8-departamentos-de-cortes/>
  28. Kendall, T. and C. Albert. (2015). Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *Journal of the International AIDS Society* 18:19462 doi.org/10.7448/IAS.18.1.19462





se ha observado que la integración entre los servicios de VIH, salud sexual y reproductiva y violencia de género y las rutas de atención son deficientes.<sup>29</sup> Mejorar esta situación ha sido una reivindicación importante de las redes de mujeres que viven con el VIH en la región, incluyendo en Honduras.

A partir de la evidencia recabada en la revisión documental, se retoman las siguientes definiciones, para el caso de la violencia basada en género, la entendemos como: actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género, esto es, todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual, o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción, o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada" (ONU, 1995)<sup>30</sup>.

Sobre las definiciones de violencia, se entienden como (ONU,2022)<sup>31</sup>:

1. Física. Comprende cualquier acto corporal que atente contra una mujer, con el riesgo o resultado de producirle una lesión física o un daño.
2. Sexual: Incluye cualquier tipo de acceso corporal, acoso sexual y por razón de sexo, amenaza sexual, observación y la imposición de cualquier práctica sexual no consensuada.
3. Psicológica: toda conducta u omisión que produce en una persona desvalorización y/o sufrimiento mediante amenazas, humillación, vejaciones, menosprecio, desprecio, exigencia de obediencia o sumisión, coerción verbal, insultos, aislamiento o cualquier otra limitación de su ámbito de libertad.
4. Económica: privación intencionada y no justificada de recursos para el bienestar físico o

psicológico de una persona, en este caso una mujer y/o también de sus hijas/os.

5. Institucional: Acciones u omisiones de las personas que laboran en instituciones públicas y que vulneran los derechos de las mujeres para garantizar una vida libre de violencia.
6. Obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: incluye todas aquellas acciones como la esterilización forzada o coaccionada, embarazo forzoso, dificultad o negación para acceder a métodos anticonceptivos, de prevención y atención de ITS, VIH, métodos de reproducción asistida, así como todas aquellas prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, dignidad, el cuerpo y la salud de la mujer.
7. Patrimonial: se entiende como todas aquellas formas de robar, destruir, romper documentos, objetos o bienes comunes, lo cual es tipificado como un delito.

De acuerdo con la revisión de literatura son distintos los ámbitos en los que la violencia se expresa, aunque el hogar es uno de los espacios más comunes no se limita, de acuerdo con diversos autores algunos otros ámbitos en los que esto se expresa son:

- a. Servicios de salud: espacios de prevención, diagnóstico y atención en los que las violaciones de los derechos de las mujeres con VIH se evidencian en las barreras en el acceso a información o servicios, aunque esto se puede vivir en cualquier momento en el que se acuda a demandar servicios, la evidencia científica muestra que las violencias contra las mujeres en este ámbito, suelen estar relacionadas con la salud sexual y reproductiva. También se expresa a través de coacción

29. Kendall, T., Avalos Capin, J., Damji N., Lopez Uribe, E. (2020). Community mobilization to promote and protect the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV in Latin America. Health and Human Rights Journal. 22(2) <https://www.hhrjournal.org/>.

30. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª. Revisión. Manual de Instrucciones (Volumen 2). Publicación Científica No. 554. Washington, D.C

31. ONU MUJERES. Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. Consultado el: 15 de abril de 2022. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>.



por parte de algún profesional de la salud, esterilización o condicionalidad para acceder a servicios.

- b. Laboral: todas aquellas prácticas en las que se solicita que se realice una prueba de detección de VIH, previo al ingreso al centro laboral, de igual manera se ha identificado que existen centros laborales que aplican pruebas diagnósticas de VIH sin autorización expresa de la mujer. Aquellos casos que, una vez que

conocen la condición de salud, despiden, presionan o niegan la posibilidad de trabajo a una mujer con VIH, lo cual repercute en las posibilidades de acceder a trabajos, así como de mantenerse.

- c. Institucional: refiere a todas aquellas faltas, omisiones, coacciones por parte de agentes que forman parte de las instituciones de gobierno y que limitan el pleno ejercicio de las mujeres a una vida libre de violencia.

## 4 METODOLOGÍA

El estudio es preponderantemente cualitativo, cuenta con un breve componente cuantitativo y otro de fase documental. El levantamiento y análisis de los datos se llevó a cabo de agosto a diciembre de 2022, se desarrolló en dos fases de investigación que buscaron integrar desde distintas fuentes de información (revisión de política pública y marcos normativos, entrevistas a grupos focales, entrevistas individuales, cuestionario

sociodemográfico). Con el objetivo de garantizar que, todas las actividades se realizaban en un marco de derechos humanos, tanto el protocolo como los instrumentos para recabar información fueron sometidos al comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. El número de registro de la investigación es IRB 00003070.

### a. Mapeo legal y político

El mapeo, aplicado a este estudio, es una revisión del marco legal y político que permite la revisión de uno o varios países- en este caso, se realizó únicamente de Honduras. Esta es una estrategia de revisión que retoma la propuesta de investigación de leyes en salud pública. Esta perspectiva se ha utilizado previamente en otros mapeos políticos y legales de la región Latinoamericana, específicamente, en el caso de mujeres con VIH<sup>32</sup>.

Como parte de la propuesta se retomó la metodología utilizada en las revisiones antes menciona-

das, para esta investigación el análisis se centró en los siguientes ejes:

- VIH, incluye prevención y atención para mujeres y adolescentes con VIH;
- Salud sexual y reproductiva para mujeres y adolescentes con VIH;
- Violencia basada en género, prevención y atención, se revisaron planes y programas, con énfasis en acciones dirigidas a mujeres y adolescentes con VIH.

32. AGREGAR REFERENCIA DE LA ICW



Se examinaron políticas públicas hondureñas vigentes y la normativa relacionada en los dos últimos periodos de gobierno (2015-2019 y 2018-2022). Los pasos a seguir para la búsqueda fueron los siguientes:

Decisión y construcción de los criterios de medición: se realizó un proceso de revisión de normas, recomendaciones y compromisos en la región en torno a la equidad e igualdad de género, VIH, salud sexual y reproductiva, violencia ejercida contra las mujeres. A partir de ello, se elaboró una selección de criterios orientadores, los cuales responden a los objetivos específicos de esta investigación.

La revisión de investigaciones previas<sup>33</sup> en la materia fue de vital importancia para el desarrollo del instrumento, la intención principal fue que a través de estos criterios se diera cuenta de los avances, barreras y limitaciones que enfrentan las mujeres con VIH en el ejercicio de sus derechos humanos.

Etapas de medición: se elaboró una guía de medición para analizar el marco normativo y/o de política pública. Se tomaron en consideración unidades basadas en la regla de interpretación literal legislativa, además se incluye evidencia que constata el criterio y la fuente de información, esto con el objetivo de justificar la valoración en la que:

- Sí: La respuesta es afirmativa, cuando el criterio aparece de manera textual definido en la norma analizada.
- No: La respuesta es negativa, cuando en ningún caso aparezca la referencia al criterio.
- Parcial: La respuesta se considera parcial, cuando no está de manera literal en el texto, pero incluye algunas dimensiones de este.

Toda la información se vació en una matriz de análisis de contenido que incluyó criterios, unidad de medición, fuente de verificación donde se

indicó, textual o literalmente, las fuentes revisadas sobre leyes y políticas que justifican la respuesta; además se incluyó un área de comentarios:

**Número**

**Criterio**

**Unidad de Medición (sí, no, parcial)**

**Fuente de verificación**

**Comentarios**

Para contestar cada uno de los criterios, se realizó la identificación de fuentes primarias y secundarias de información, la cual incluyó:

- a. Marco legal nacional leyes específicas sobre igualdad de género, violencia contra la mujer, salud sexual, salud reproductiva y el VIH. Se consideró la existencia de medidas, mecanismos y responsabilidades establecidos para los compromisos regionales e internacionales. También se consideró el marco de la política nacional: planes, estrategias nacionales, guías, protocolos o normas de atención concernientes a la equidad e igualdad de género, la violencia basada en género, particularmente la violencia contra la mujer, incluyendo la salud sexual y reproductiva y el VIH (planes estratégicos nacionales y/o multisectoriales).
- b. Implementación de las estrategias, mecanismos y/o respuestas nacionales conjuntas a la violencia basada en género, la igualdad de género, la salud sexual y reproductiva y el VIH

33. Kendall, T. & Lopez-Urbe, E. (2010). Improving the HIV response for women in Latin America: Barriers to integrated advocacy for sexual and reproductive health and rights. Global Health Governance 4(1) [www.ghgj.or](http://www.ghgj.or)



según informes/monitoreo del gobierno, investigaciones independientes por parte de investigadoras académicas, de sociedad civil y fuentes internacionales (monitoreo de los ODM).

Una vez vaciada, la información fue analizada tomando en consideración los distintos ámbitos de interés, se construyeron recomendaciones para cada una de las dimensiones revisadas. Se

realizó una valoración del estado de avances y barreras para la atención de mujeres con VIH en Honduras. El documento generado en la primera fase, se retomó para esta etapa, así como para los insumos finales que se espera puedan contribuir a la toma de decisiones sobre violencia basada en género, derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, jóvenes y mujeres en contexto de VIH.

## b. Trabajo de Campo

Una vez concluido el mapeo político y legal, se realizó una segunda fase de trabajo, durante la cual las adolescentes y las mujeres con VIH participaron en el desarrollo de la investigación. Mujeres líderes que previamente habían participado en actividades con Fundación Llaves, tomaron una capacitación en materia de técnicas cualitativas de acercamiento y criterios éticos, fueron ellas quienes realizaron la invitación a mujeres de los grupos de pares en los que colaboran o mujeres a quienes conocen y que sabían podían tener interés en participar en una investigación como esta. Por otro lado, se integraron los resultados obtenidos en la revisión de política pública dando énfasis a las barreras y facilitadores en los servicios de salud. Los instrumentos en este apartado se construyeron considerando dos tipos de actores sociales: mujeres con VIH adultas y actores clave. En el caso de las primeras, se ahondó sobre experiencias vinculadas a vivir con VIH, salud sexual, salud reproductiva y violencia contra las mujeres y de género. En el caso de los actores clave, se exploró su perspectiva respecto a las dimensiones antes mencionadas.

### Grupos focales y encuesta

Los grupos focales son una técnica ideal para estudiar interacción entre las participantes, y así

explorar sus conocimientos, experiencias y propias preguntas y prioridades. La comunicación entre las personas participantes (las bromas, los desacuerdos, el uso de dichos coloquiales) revelan los valores y las normas culturales del grupo o del sub-grupo. Es una técnica ideal para explorar temas que puedan estar estigmatizadas por la cultura hegemónica, por ejemplo, sexualidad o violencia de género, porque el grupo ofrece la posibilidad de apoyo mutuo.<sup>34</sup>

Para la primera fase del trabajo de campo en sitio, las mujeres líderes, que han recibido capacitación en procesos de investigación, incluyendo ética, confidencialidad de la información y marco en derechos humanos, además de contar con formación previa en grupos de pares de mujeres con VIH y procesos de fortalecimiento, extendieron la invitación a otras mujeres con VIH a participar en los grupos focales.

El estudio fue realizado en Tegucigalpa, San Pedro Sula, El Progreso, Puerto Cortés y Tela los sitios fueron elegidos a partir del trabajo que realiza Fundación Llaves en Honduras buscando tener diversidad geográfica, más no de muestreo representativo. De acuerdo con información compartida con la SESAL (2022), todas estas zonas se

34. Jenny Kitzinger. Qualitative research: introducing focus groups. BMJ 1995; 311: 299. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>



encuentran entre las ciudades con mayor prevalencia de casos.

Durante el grupo focal se les invitó a contestar un cuestionario que recabó información sociodemográfica; así como otras variables relevantes sobre necesidades en salud, violencia basada en género, derechos sexuales y derechos reproductivos. Es importante mencionar que este cuestionario buscó complementar la información obtenida a través de las técnicas cualitativas, únicamente se realizó a las mujeres participantes de los grupos focales, de ahí que no se plantee un muestreo representativo.

De igual manera, se les comentó a las mujeres participantes sobre una posible entrevista individual, en la que se buscó ahondar sobre su experiencia de vida en torno a la salud sexual, salud reproductiva y/o violencia basada en género, en caso de aceptar, se les solicitó anotar medio de contacto (teléfono o mail); nombre o seudónimo para establecer comunicación por la vía de su preferencia.

Los grupos focales fueron dirigidos por investigadoras junto con mujeres líderes que colaboran con Fundación Llaves, los espacios en los que se realizaron fueron acordados antes de las sesiones a fin de garantizar que fueran espacios seguros.

### **Entrevista individual**

Con el análisis de los grupos focales y las encuestas sociodemográficas, se buscó identificar casos paradigmáticos en los que se ahonde información sobre violencia por parte de la pareja, violencia por parte de proveedores de salud, necesidades en salud sexual, carencias del acceso a la salud reproductiva.

La entrevista individual, es una técnica de investigación que permite recabar información median-

te una conversación profesional, es un proceso de comunicación donde ambas personas, la entrevistadora y la interlocutora pueden influirse mutuamente, a partir de las preguntas y respuestas se crea una situación concreta que da como resultado, significados que sólo pueden expresarse y comprenderse en ese marco de interacción mutua.<sup>35,36</sup> Esta técnica permite ahondar en la experiencia y vivencia de las mujeres con VIH en un espacio completamente confidencial y donde podrían expresar sentimientos y experiencias que podrían diferir de las compartidas durante el grupo focal. Únicamente se estableció contacto con aquellas participantes que previamente accedieron a participar en las entrevistas y que compartieron algún medio de contacto.

Las entrevistas individuales fueron realizadas por la investigadora principal del estudio, y tuvieron una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos. Cabe mencionar que, en caso de haber identificado alguna necesidad específica en salud sexual o reproductiva, previo consentimiento de la mujer, se solicitó apoyo de Fundación Llaves para canalizarla a los servicios pertinentes.

Para todo el proceso de trabajo de campo, se implementaron estrategias que garantizaron mantener un ambiente de diálogo abierto, respetando siempre la voluntad y derechos de las mujeres participantes, sin causar estrés, revictimizar o causar malestar a las mismas. Además, se contó con un listado de servicios disponibles en salud sexual y salud reproductiva; así como atención a la violencia de género para aquellas mujeres que lo requirieron y estuvieron de acuerdo en recibir orientación.

### **Entrevista con actores clave**

Por último, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con informantes clave usando una

35. Kendall, T. & Lopez-Urbe, E. (2010). Improving the HIV response for women in Latin America: Barriers to integrated advocacy for sexual and reproductive health and rights. *Global Health Governance* 4(1) [www.ghgj.or](http://www.ghgj.or)

36. Kendall, T., Avalos Capin, J., Damji N., Lopez Uribe, E. (2020). Community mobilization to promote and protect the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV in Latin America. *Health and Human Rights Journal* 22(2) <https://www.hhrjournal.org/>.



guía de entrevista semi-estructurada, el objetivo de esta actividad fue ahondar en las limitaciones relativas al marco legal y de políticas; así como conocer las prioridades, estrategias y soluciones propuestas a las violencias que viven las mujeres en torno al VIH. Se incluyeron instituciones gubernamentales y no gubernamentales además de la cooperación internacional en este tema, por ejemplo, funcionarios del Ministerio de Salud responsables a la respuesta al VIH, salud sexual y reproductiva y la violencia de género, Naciones Unidas (ONUMJERES, ONUSIDA, UNFPA), donantes y funcionariado, organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional responsables de la respuesta al VIH, salud sexual y reproductiva.

#### **Método de análisis:**

El plan de análisis cuantitativo (mapeo del marco legal y políticas públicas, y las encuestas a las mujeres que viven con el VIH) contempló un análisis estadístico descriptivo. Para el caso del componente cualitativo se consideró la integración de los datos construidos a partir de los grupos focales y las entrevistas con mujeres viviendo con VIH y actores clave, se realizó a través de ejes temáticos. Para las dos técnicas, se incluyeron los siguientes ejes:

1. Sistema sexo-género y la vulnerabilidad frente al VIH
2. Derechos Humanos
3. Estigma y discriminación
4. Violencia de género

## **5 RESULTADOS**

### **a. Revisión documental**

Se revisaron dos periodos de gobierno (2015-2019 y 2018-2022), para el caso particular de esta investigación el análisis se centró en tres rubros: a) VIH

#### **Codificación y análisis de la información**

Se garantizó la confidencialidad de las participantes, únicamente la investigadora principal tuvo acceso a las grabaciones. Previo al inicio de las entrevistas individuales y grupales se ahondó sobre el consentimiento informado, esto implicó explicarles a las interlocutoras el propósito de la investigación, la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que así lo decidan o no contestar alguna de las preguntas o herramientas, se les entregó, un formato escrito de consentimiento con la información correspondiente. Se solicitó permiso para grabar previo a las sesiones de grupos focales y las entrevistas.

Para el proceso de transcripción, a cada una de las entrevistas les fue asignado un código de identificación, en el caso de las entrevistas grupales, está integrado por las dos primeras iniciales de la subregión, seguido del día en que se realizó la entrevista focal, no se transcribió el nombre de las participantes, únicamente se agregó la inicial de la palabra participante y un número consecutivo que irá del 1 al 8, de acuerdo con el número de asistentes. Para el caso de las entrevistas individuales, se asignó fecha de aplicación, seguida de las iniciales de la palabra entrevista individual y un número consecutivo que irá del 1 al 7. Los audios y transcripciones fueron guardadas en una unidad de almacenamiento a la cual sólo puede acceder la investigadora principal.

y sida, donde se incluye prevención y atención para mujeres y adolescentes con VIH, b) Salud sexual y reproductiva para mujeres y adolescentes





con VIH, c) violencia basada en género, prevención y atención, se revisaron planes y programas, con énfasis en acciones dirigidas a mujeres y adolescentes con VIH.

Para el periodo de revisión de 2019, se encontró que varios de los documentos normativos y de política pública se habían actualizado, entre ellos: la Ley Especial de VIH y sida (2015), Reglamento de la Ley Especial sobre VIH/sida (2021), Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y al sida (2019), Manual de atención Integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija (2021) y Manual de atención Integral al adulto y adolescente con VIH (2020). Situación distinta a lo identificado en salud sexual y reproductiva; así como violencia basada en género donde los planes y programas se mantuvieron, esto en gran medida porque el periodo que abarcaban los programas y políticas en su creación fue de diez años.

En cuanto al marco general, se encontró que, en la Constitución Política de Honduras, el Estado acepta los principios y tratados internacionales, además de los fallos de Cortes internacionales, en caso de identificar controversia con la Constitución, el tratado deberá ser aprobado por el Congreso Nacional para ser modificado, antes de que se ratifique por el Poder Ejecutivo.

A pesar de esto, existen contrariedades que son importantes de señalar, de acuerdo con los criterios construidos, la Constitución sólo prohíbe parcialmente la discriminación, esto se debe a que, en su artículo 60 declaran que toda discriminación por sexo, raza, clase u otra lesiva a la dignidad humana será punible, no se menciona el género de manera explícita, aunque puede entrar en el marco de cualquier otra lesiva que atente contra la dignidad humana. En otro de sus artículos se prohíbe el matrimonio, unión de hecho entre personas del mismo sexo; así como la adopción de parejas homoparentales, lo que constituye una contrariedad en términos de la garantía de

derechos por causas vinculadas con la identidad y orientación sexual.

### **VIH y sida**

Cabe resaltar que entre los múltiples cambios a nivel normas y políticas públicas, se encuentra la ley especial sobre VIH/sida (12 de marzo de 2015, el congreso aprobó una reforma con varios artículos de la ley especial sobre VIH y VIH avanzado; además el 2 de diciembre de 2021, se aprobó el Reglamento de la Ley Especial sobre VIH/sida) De acuerdo con la investigación desarrollada por Rosales (2020), las modificaciones de estos documentos pueden concentrarse en cuatro puntos:

- Primero, se reconoce que el Estado está obligado a cumplir con los compromisos internacionales en materia de derechos humanos.
- Segundo, se reforma la estructura de la Comisión Nacional de sida (CONASIDA en adelante), su operación pasa a estar dividida en dos niveles: político decisorio y técnico consultivo.
- Tercero, se establece una acción afirmativa en materia de derecho a la salud, por lo que, de acuerdo con el artículo 47 "Las personas que viven con VIH quedarán exentas del pago de cuotas de recuperación" o de cualquier otro cobro por la prestación de servicios de salud o el suministro de cualquier tipo de medicamentos en instituciones del Estado.
- Cuarto, se elimina la obligatoriedad de la prueba de VIH para contraer matrimonio, acceder a un trabajo o permanecer en él.
- Quinto, en materia de salud sexual y reproductiva, se reconoce que es responsabilidad del Estado proporcionar información a las personas con VIH sobre sus derechos sexuales y reproductivos, con la finalidad de promover una adecuada comunicación con la pareja que facilite hablar sobre su estado serológico, además obligatoriedad comunicar el diagnóstico a la pareja. En el caso del artículo 77 se menciona que las personas con VIH tienen el derecho a procrear y el Estado debe garanti-





zar que no se produzca transmisión del VIH de la madre a su hija o hijo, otorgando el tratamiento oportunamente durante el embarazo. Este último artículo insta al Estado a asumir un rol activo en la garantía de los derechos humanos y en la prevención, al quitarle a la mujer o la pareja la transmisión vertical, centrándose ahora en la responsabilidad del Estado de asumirlas.

Como se observa existen avances considerables en relación con garantizar la confidencialidad y no obligatoriedad de la prueba de VIH para contraer matrimonio, acceder un trabajo o permanecer un él, un punto que, como se verá en otro de los apartados representa una de las vulneraciones más constantes a mujeres con VIH y que, como ellas mismas lo comparten, representa uno de los retos más amplios pues, es una constante la exclusión o negación de oportunidades de desarrollo laboral para mujeres con VIH, lo que las coloca en una situación más vulnerable, producto de la desigualdad.

Un elemento que se problematiza en distintas latitudes de la región es la criminalización de la exposición o la transmisión del VIH, varias investigaciones han hecho énfasis en que la criminalización no disminuye la violencia, ni los casos de transmisión, lo único que realiza es revictimizar y vulnerar los derechos de las personas con VIH<sup>37</sup>. Sería importante tomar este punto en consideración para futuros debates e incidencia política en cuanto a las modificaciones a la Ley Especial del VIH.

De acuerdo con lo encontrado, no se identificó un cambio sustancial respecto a las intervenciones de prevención dirigidas para las mujeres, éstas aún se centran en trabajadoras sexuales y mujeres embarazadas. El PENSIDA IV (2015-2019), no habla específicamente de mujeres, sino de pobla-

ciones vulnerables, no existe una definición clara, esto sucede nuevamente en la actualización de PENSIDA IV (2020-2024) donde se menciona que se busca aumentar la oferta, el acceso, cobertura y utilización de servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados, entre los que incluyen a las mujeres como población general.

Respecto a la discriminación por VIH en los servicios de salud, desde el periodo 2015 la Ley Especial de VIH contaba con estatutos que garantizaban el acceso a servicios de salud sin discriminación, sin embargo, en el Reglamento de la Ley Especial de VIH/sida (2021) se incluye el principio de igualdad a través del cual se busca garantizar el trato sin discriminación por edad, raza, nacionalidad, identidad de género, orientación sexual, condición socioeconómica.

Se incluyen intervenciones dirigidas a eliminar la discriminación de los servicios de salud en la actualización del PENSIDA (2020-2024), al respecto se menciona en su meta setenta y ocho, personal capacitado y certificado de salud y sociedad civil en protocolo del componente de VIH, TB sensible y comunicación con el paciente con un enfoque de DDHH, específicamente contra el estigma y la discriminación.

Sobre la prevención e identificación de estrategias para la violencia y su vínculo con el VIH se encontraron cambios importantes, en el periodo 2015-2019 la respuesta se acotaba a violencia sexual, para el periodo 2020- 2024 con las reformas al Reglamento de la Ley Especial de VIH/sida (2021), se menciona en el artículo 3, sobre la atención integral que debe atenderse a todas las personas sobrevivientes por razones de género, lo que implica un necesario engranaje entre distintas instituciones del sector salud, justicia y otros que confirme a los roles y leyes han creado proto-

37. Organización de los Estados Americanos. Declaración Conjunta de la Secretaría General de la OEA y la Coalición LGBTTTI con motivo del Día mundial de la Lucha Contra el VIH/Sida: Pongamos fin a la criminalización del VIH. Comunicado de Prensa. Disponible en: [https://www.oas.org/es/centro\\_noticias/comunicado\\_prensa.asp?sCodigo=C-073/22](https://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-073/22)



colos y guías de atención para orientar de forma armonizada y congruente la adecuada actuación.

Respecto al acceso universal a servicios integrales de salud que incluyen prevención y tratamiento de infecciones oportunistas no se identificaron cambios sustanciales desde el marco normativo y de política pública se encuentra garantizado por la constitución y rectificado en la actualización de PENSIDA (2020-2024), "garantizar el acceso universal con calidad y calidez a servicios de promoción y prevención de la infección por VIH y otras ITS; así como a servicios de atención integral incluyendo tratamiento antirretroviral, apoyo psicosocial a todas las personas que los necesitan". Un punto importante por mencionar es que además de lo anterior se hace énfasis en que todo esto deberá realizarse desde un enfoque en derechos humanos y desde una respuesta multisectorial, no sólo se incluyen ITS, sino también infecciones oportunistas más comunes.

La voluntariedad y confidencialidad se continúan garantizando, con las actualizaciones en el Reglamento de la Ley Especial de VIH/sida (2021) y el PENSIDA (2020-2024) se identificaron brechas relacionadas con la voluntariedad, además con barreras en el acceso y oferta de la prueba a mujeres, a pesar de este importante avance esto no se traduce en acciones específicas para aumentar el acceso a mujeres. La actualización del marco legal continúa sancionando los actos por parte del personal de salud que violen la confidencialidad y voluntariedad de la prueba. Un punto sobre el que valdría profundizar a través del trabajo de campo con usuarias de los servicios es la información que el personal de salud les brinda, es decir, si la SESAL informa de manera oportuna sobre las instancias a las que las mujeres pueden recurrir si el personal de salud violenta su derecho a la confidencialidad y voluntariedad.

Se identifica un cambio de gran relevancia en torno a garantizar los derechos de las mujeres con VIH en la resolución de embarazos, en el primer

periodo de revisión (2015-2019), el Manual de Atención Integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH (2015), no se incluía información relativa a la cesárea segura, tampoco se consideraba el parto vaginal como una opción. Actualmente, el Manual de atención integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de Madre a Hijo e Hija (2021) tiene criterios claros y basada en la evidencia científica para cesárea programada o parto vaginal para las embarazadas que viven con el VIH. Las recomendaciones para la decisión del tipo de parto deben estar basadas en los siguientes criterios:

Cesárea programada a las 38 semanas en aquellas mujeres que:

- No tengan una CV realizada en el tercer trimestre del embarazo
- Tengan una CV > 50 copias/ml
- Diagnóstico de VIH realizado en labor y parto

Criterios para parto vaginal:

- Mujeres sin indicación obstétrica de cesárea
- En TAR estable, buena adherencia
- CV no detectable realizada a las 34 SDG

Además de esto mencionan que el parto vaginal está condicionado a los criterios definidos y a su cumplimiento de manera estricta para su programación; así como que es de carácter obligatorio que la embarazada con VIH tenga una carga viral no detectable durante el último mes del embarazo.

Por otro lado, la actualización del Manual de Atención Integral al adulto y adolescente con VIH menciona que es clave ofrecer la prueba a adolescentes de poblaciones clave; así como vincularlos a los servicios de salud, una limitante en este apartado es que no se identificaron acciones específicas en la prevención del VIH dirigidas a mujeres adolescentes y/o jóvenes. En el caso de acciones dirigidas a la atención, hay un importante avance respecto al periodo anterior (2015-2019), ahora existe un apartado dirigido a mujeres adolescen-



tes y VIH en la que se abordan puntos como apego a TAR, servicios amigables, en adolescentes con transmisión perinatal ahondar sobre toxicidad y fracaso virológico, vacuna contra VPH, métodos anticonceptivos y salud mental.

Sobre el derecho a la libre elección de las mujeres con VIH a tener hijos, en el Reglamento de la Ley especial de VIH/sida (2021) se adicionó el artículo 108 que menciona que todas las personas con VIH que deseen procrear informarán al personal de salud tratante para ser evaluadas de forma oportuna y ofrecerles las diferentes opciones para evitar la transmisión del VIH de madre a hija/hijo. Si bien, este es uno de los puntos más importantes, garantizar el acceso para prevenir nuevos casos de VIH, esto no debería estar enfocado únicamente en la transmisión de la mujer al producto, sino también en el reconocimiento y garantía del derecho de la mujer a recibir atención obstétrica de calidad en un marco de derechos humanos.

En cuanto a mujeres de comunidades indígenas y garífunas no existen acciones específicas, todas las acciones de prevención al VIH se engloban dentro de las dirigidas a población garífuna- sin distinción de género-. Aunque estas acciones buscan aumentar la oferta, el acceso, cobertura y utilización de información integral, además aumentar el uso del condón en este sector poblacional, no hay acciones específicas por género. Para el caso de población migrante, no existe una limitante sobre el acceso, pero tampoco hay acciones concretas para garantizarlo.

### **Salud sexual y salud reproductiva**

Una actualización importante, tanto en PENSIDA (2020-2024), como en el Reglamento de la Ley especial de VIH/sida y el Manual de Atención Integral al adulto y adolescente con VIH es que se alude a mujeres en terapia ARV y se describen de manera detallada las recomendaciones para el uso de distintos anticonceptivos incluyendo DIU, orales, inyectables, condones. Un punto que ya desde antes era garantizado es el acceso de las

mujeres menores de edad a la prueba de VIH sin consentimiento de padres/madres y/o tutores.

Por su parte, no se identificaron de manera clara, sanciones para el personal de salud en caso de violencia obstétrica, entre las que se incluye la esterilización forzada, no se identificaron actualizaciones que promuevan la detección oportuna de VPH, salvo la vacuna para adolescentes. Otro avance que podría considerarse parcial es respecto a la detección oportuna de cáncer de mama, en el documento de Atención Integral del Adulto y Adolescente con VIH se mencionan acciones específicas.

Otro punto que aún falta armonizar son los programas en salud sexual y reproductiva, que, como se comentó al inicio, no se actualizaron, por lo que no necesariamente existe concordancia con lo modificado en la política en VIH. Esto es aún más evidente al tomar en consideración que, en salud sexual y reproductiva no se mencionan acciones específicas de prevención y atención del VIH. En prevención de la violencia, un cambio importante se refleja con la actualización del manual de atención integral para el adulto y adolescente con VIH, donde se incorpora un punto sobre protección contra la violencia de género y se menciona que: "siguiendo las recomendaciones de la OMS, se debe ofrecer apoyo inmediato a las mujeres que indiquen alguna forma de violencia, ya sea de una pareja íntima o de un familiar o que manifiesten haber sufrido violencia sexual." En esos casos, el personal de salud debe brindar apoyo de primera línea.

Si el personal de salud no puede proporcionarlo, debe asegurarse de que haya alguien más, ya sea dentro de los servicios de salud u otra dependencia u organización de fácil accesibilidad al que se pueda referir. Es importante que el personal de salud indague sobre situaciones relacionadas con violencia de pareja y valorar la presencia de lesiones u otras condiciones como probable consecuencia de violencia.



De acuerdo con el Reglamento de la Ley Especial de VIH/sida y el Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH, se debe brindar intervenciones sobre autoeficacia y empoderamiento respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos a fin de optimizar su salud y ejercer sus derechos. Es importante que se brinde apoyo como la notificación asistida de la condición de seropositividad cuando la mujer con VIH así lo decida y valorando el potencial riesgo de violencia contra la mujer.

Esto implica que además de reconocer las distintas violencias que incluyen necesidades de atención en el ámbito de la salud, también se contemplan otros elementos que requieren de la referencia a otras instancias de atención. Un elemento que aún queda pendiente es la inclusión de profilaxis pre y post exposición como medida de prevención combinada. Uno de los puntos más relevantes encontrados en el Manual de atención integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a Hijo e Hija es que ya cuenta con definiciones operativas sobre lo que se entiende por violencia obstétrica,

Violencia obstétrica, se entiende como todo aquel parto atendido por personal no calificado, tactos vaginales innecesarios, tactos vaginales durante la contracción, dilatación digital del cérvix, maniobra de Ksiteller, revisión uterina sin analgesia/anestesia, cesáreas sin indicación, episiotomía y/o episiorrafia, parto operatorio por personal sin experiencia, manipulación vaginal durante la expulsión, extracción manual de la placenta sin anestesia/analgésico, restricción de las necesidades básicas de la mujer, divulgación de imágenes

o información sin consentimiento, obligar o negar el derecho a recibir un método de planificación familiar (SESAL, 2021).

Se considera un avance importante, que el manual mencione una definición operativa y que además existan acciones vinculadas para atender estos tipos de violencia, si bien, no se identifican todos los tipos y de momento, no existe un protocolo de actuación claro es un avance para la identificación, seguimiento y prevención de la violencia en sus distintas formas.

En el Manual de Atención Integral al Adulto y el adolescente con VIH, enuncia algunas acciones a seguir en caso de que el personal de salud identifique alguna forma de violencia, ya sea por parte de una pareja, familiar o en caso de violencia sexual. Se menciona que, si el personal de salud no cuenta con la capacidad de brindar atención, debe asegurarse que otra persona dentro del servicio la atienda o en su caso, la derive. Señalan que, todas las acciones deben ser eficaces, empoderar a las mujeres respecto a la salud, los derechos sexuales y reproductivos a fin de optimizar su salud y ejercer sus derechos.

Otra barrera identificada en este ámbito es que si bien, se ha producido literatura en la región Latinoamericana, los estudios que abonan a la producción del conocimiento desde la realidad de las mujeres hondureñas, son pocos. Han sido las organizaciones de la sociedad civil, quienes, de manera preponderante, han empujado una agenda en materia de VBG y su vínculo con el VIH basadas en la experiencia de vida de las mujeres.

## **b. Entrevistas con actores clave**

Se realizaron 5 entrevistas con actores clave, el objetivo fue indagar su perspectiva respecto a los cambios en las normas y políticas en VIH, salud sexual, salud reproductiva y su vínculo con la VBG,

además, se ahondó sobre su experiencia en espacios de toma de decisión vinculados al diseño de políticas y normas, en la implementación en los servicios de salud, o en defensoría de los derechos



humanos. Se establecieron tres criterios de inclusión, buscando garantizar que los actores clave participantes, tuvieran experiencia relevante en el área.

### **Criterios de inclusión**

1. Que se desarrollen laboralmente en agencias de cooperación internacional, organizaciones de la sociedad civil, gobierno local o nacional.
2. Que cuenten con experiencia laboral en temas de VIH, mujeres, salud sexual, salud reproductiva, violencia basada en género.
3. Que participen de manera voluntaria.

Todas las entrevistas se realizaron a través de plataforma por video llamada, se informó sobre los objetivos del estudio, se solicitó autorización para grabar, se salvaguardó su identidad, los nombres y espacio de desarrollo fue sustituido por un seudónimo asignado al momento de codificar las entrevistas.

La primera parte del intercambio estuvo dirigido a ahondar sobre su experiencia laboral en torno al VIH, la salud sexual, reproductiva y su vínculo con la violencia basada en género. Los perfiles de las personas entrevistadas, fueron, tomador de decisión a nivel nacional, coordinación de agencia de cooperación internacional, procuración de derechos humanos, activista y trabajadores del gobierno. Todos los actores clave mencionaron estar vinculados a la toma de decisión e implementación de las estrategias nacionales en torno al VIH. Desde la perspectiva de las personas entrevistadas, existe una deuda histórica en materia de mujeres y VIH en Honduras; se reconoce los avances a nivel normativo; no obstante, esto no se refleja en la operación de los servicios, continúa existiendo personal no capacitado, falta de insumos, no se atiende de manera integral las

necesidades en salud sexual y salud reproductiva; tampoco en el tema de violencia.

Para todas las personas entrevistadas, si bien la actualización del PENSIDA IV fue un gran paso para abonar a lograr las metas en prevención y atención del VIH, coincidieron con que existen importantes temas pendientes y que es necesario trabajar en la elaboración del PENSIDA V, dando cuenta de las realidades de las poblaciones, así como en respuestas basadas en evidencia científica, novedosas y dar seguimiento a su implementación, pues este sigue siendo uno de los retos más importantes.

En términos de las barreras identificadas para los procesos de decisión de normas, políticas y actividades de incidencia se mencionó que la salida de ONUSIDA del país representó una pérdida importante para incidir junto con el trabajo que realizan organizaciones de la sociedad civil en posicionar la VBG y su vínculo con el VIH como prioridad. Esto se refleja de manera que, actualmente ninguna de las otras agencias de cooperación internacional vinculadas a la ONU cuenta con programas específicos para mujeres con VIH.

A nivel operativo, todas las personas entrevistadas coincidieron en que el personal médico y las instituciones de salud siguen siendo el principal espacio en el que se violentan los derechos humanos de las mujeres, sobre todo en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva, aún con los avances incorporados a la extensión del PENSIDA(2020-2024) y el Reglamento de la Ley Especial de VIH/sida. Una de las barreras mencionadas sobre la ley especial de VIH es que, las modificaciones se implementaron en 2015, no obstante, su Reglamento de la ley especial de VIH/sida, se aceptó hasta 2021, lo que significa que existe un desfase en cuanto a las estrategias entre ambos documentos que es necesario armonizar.

En temas de defensoría de derechos humanos, el temor a las represalias, por ejemplo, que se les nieguen servicios o que la violencia por parte del



personal de salud aumente, fue identificada como una barrera importante para la asignación de responsabilidades para violaciones y la rendición de cuentas. Los actores claves indicaron que este temor está más presente en las localidades distantes de centros urbanos, donde las mujeres deben trasladarse más de una hora para llegar a los centros especializados de atención, al no existir otras opciones, saben que, si denuncian, esto se sabrá y puede ser presionada no sólo por el personal médico, sino el de todo el centro de atención, poniendo en riesgo la atención, que incluye el tratamiento ARV.

Otra situación es que, varios de los casos cuentan con consentimiento informado, lo que significa que, aparentemente aceptaron se les realizará la esterilización, al llegar a los centros de denuncia han desestimado los casos al decir que, si cuenta con el documento firmado, no se puede considerar esterilización forzada. Sin embargo, relata la entrevistada que, lo que no se toma en cuenta son las maneras en las que el personal de salud presiona a las mujeres y en algunas ocasiones a sus familiares para que firmen los documentos.

También han identificado que suelen entregarles el consentimiento a firma como parte de los papeles a firmar para la resolución del parto, no suelen darse cuenta de lo que están consintiendo, menos puede considerarse como una decisión libre e informada, lo que en realidad implica un proceso de consentimiento informado. Es sabido por las defensorías en derechos humanos que el personal de salud suele emitir presión con las mujeres con VIH para que acepten la esterilización, o algún otro método anticonceptivo, incluso han encontrado casos en los que, les han dicho que es mejor no volver a tener otra pareja o ejercer su vida sexual.

Una actora clave compartió que desea pronto pueda llevarse un caso a denuncia, lo que les permitiría sentar un precedente en sanciones para quienes ejerzan este tipo de prácticas. Una de los pocos casos documentados, fue hace 6

años, donde identificaron una queja paradigmática. Los servicios de salud, enviaron a una mujer con VIH en trabajo de parto a un hospital para que fuera atendida, el cual se encontraba a varias horas de distancia, cuestión que conocía el médico de la localidad. La mujer, al no contar con recursos económicos, se trasladó en transporte público, los médicos ocultaron que sabían que tenía VIH en el expediente, pero la dejaron parir sin acompañamiento y atención. El personal de la defensoría en DDHH, identifica que este tipo de casos son una recurrencia, donde hay personal médico que se niega a atenderlas, por lo que es de gran importancia contar con mecanismos que permitan documentar y realizar las denuncias.

Sobre el tema de violencia, una de las entrevistadas mencionó que, desde los espacios en derechos humanos, la actividad que más realizan se enfoca en la prevención, a través de la capacitación a personal para identificar casos de violencia y servicios de salud libres de violencia de género que atiende en los centros especializados para personas con VIH. También han identificado que las mujeres se enfrentan a violencias de género en el ámbito familiar que no se limitan sólo a la pareja, sino a otras personas con las que comparte la vivienda, en algunos casos esto incluye a los hijos. Durante 2022, recibieron dos denuncias de mujeres con VIH que fueron golpeadas por sus hijos, mencionan que desconocen porque ocurren estas situaciones.

En el ámbito comunitario y como resultado de la situación con las pandillas, las mujeres se enfrentan a otro tipo de violencias, por ejemplo, hay familias que se han visto obligadas a migrar para evitar que las pandillas ejerzan algún tipo de violencia a agresión contra sus hijas. Se han documentado casos en los que el personal no puede realizar campañas o acudir a sitios para atender a personas con VIH por la presencia de la pandilla. Un punto muy importante que no se pudo documentar en las entrevistas a mujeres pero que si se hizo alusión con actoras clave es la violencia de la que son sujetas las niñas y adolescentes con VIH.





De acuerdo con lo compartido, han identificado por lo menos un caso de una menor que no era atendida por su círculo familiar; la mamá vive en Estados Unidos y enviaba dinero para la menor; sin embargo, la familia no dirigía los gastos para la menor, incluso dejó de ir al centro especializado de atención por los medicamentos y las consultas, fue esto lo que alarmó al personal de trabajo social. De acuerdo con lo compartido en las entrevistas, se están tomando medidas para su atención.

El vínculo entre violencia de género en mujeres y el VIH, continúa siendo un tema pendiente, existen avances considerables en materia de prevención y atención desde el marco político, lo cual ha sido resultado de la exigencia de las organizaciones de la sociedad civil expertas en la materia; no obstante, de acuerdo con lo compartido por los actores clave, existen importantes temas pendientes a nivel operativo, pues las modificaciones a nivel normativo, no necesariamente se reflejan en la prestación de servicios. Entre los motivos que las personas entrevistadas atribuyeron se encontró:

- Estigma y discriminación, a pesar de los importantes avances en la materia, el personal de los servicios de salud, continúa ejerciendo prácticas discriminatorias sustentadas en nociones estigmatizantes. Al respecto una de las personas entrevistadas compartió que hasta el año pasado aún era posible identificar casos en lo que a las mujeres embarazadas con VIH se les hiciera esperar para atenderlas durante la resolución del parto. Identificaron casos en los que las mujeres eran relegadas a las camillas más alejadas y terminaban pariendo sin asistencia médica, el argumento del personal de salud para justificar estos actos era, que no se daban abasto en el servicio, sin embargo, esto sucedía de manera regular con las mujeres con VIH, más que con otro grupo poblacional de mujeres con alguna condición de salud.
- Capacidad instalada en los centros de atención. De acuerdo con lo mencionado, los

centros de atención de las zonas rurales, enfrentan importantes retos para atender a las mujeres no cuentan con el personal necesario, ni los insumos, además en este tipo de comunidades, hay personas que deben movilizarse más de una hora, por lo que la posibilidad de acudir a otro centro de salud para recibir atención es nula.

- Violencia generalizada. Las personas entrevistadas coincidieron en que la presencia de pandillas en localidades ha impactado en las posibilidades de atención, aun cuando el personal de salud identifique casos de violencia o problemas para que las personas acudan, como en el caso de menores de edad mencionado párrafos anteriores, son pocas las posibilidades con las que cuenta el personal de salud para acudir e intervenir, en ocasiones al hacer brigadas se les ha dicho que no es posible que acudan a ciertas localidades, a menos que los líderes de las pandillas acepten, de otra manera acudir implica una serie de riesgos para el personal de salud.
- Laicidad, un elemento mencionado por una de las entrevistadas fue que existe un importante reto para avanzar en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a la PAE está prohibido, así como cualquier forma de interrupción del embarazo, esto se debe en gran medida al poder de los grupos eclesiásticos en las decisiones de gobierno, lo cual vulnera los derechos de las mujeres, puesto que el derecho a la salud no debe estar supeditado a creencias o ideologías religiosas.
- Producción científica. Un punto sobre el que todas las personas entrevistadas coincidieron fue la necesidad de generar mayor evidencia sobre la VBG y su vínculo con el VIH, las organizaciones de sociedad civil han sido pioneras en el desarrollo de estudios que aborden esta relación; sin embargo, es necesario ahondar más en el tema.

Es importante señalar que la violencia de género, no sólo se ejerce entre la pareja o por parte del personal de salud, dado que la desigualdad es un





elemento estructural articula entramados que permean toda la vida social, incluida la política pública y la respuesta al VIH, no es casualidad que, las estrategias nacionales en Honduras sigan sin priorizar a las mujeres en la prevención y atención, aun cuando existe una demanda histórica por parte de los grupos de mujeres con VIH y la evidencia epidemiológica señala la necesidad de estrategias centradas en las mujeres como sujetos de derecho.

Las entrevistadas compartieron que existe un importante reto en Honduras, así como en la región Latinoamericana, es necesario que las estrategias de prevención y atención se dirijan a disminuir las brechas de desigualdad basada en género y otras vulnerabilidades sociales, de no hacerse, la violencia continuará siendo una realidad que merme la vida de las mujeres.

## C. Trabajo de campo

La siguiente fase de la investigación implicó trabajo de campo; este se realizó en 5 regiones del país Tegucigalpa, San Pedro Sula, El progreso, Tela y Puerto Cortés. Todas estas, zonas relevantes para la comprensión de la epidemia en Honduras; de acuerdo con el reporte epidemiológico de la SESAL (2022) todas estas son ciudades con altas prevalencias. Participaron 51 mujeres en esta fase, a todas ellas se les compartió información sobre los objetivos del estudio, se les invitó a participar en la siguiente fase (entrevistas); no todas aceptaron por lo que el número de participantes es menor en la encuesta que en los grupos focales.

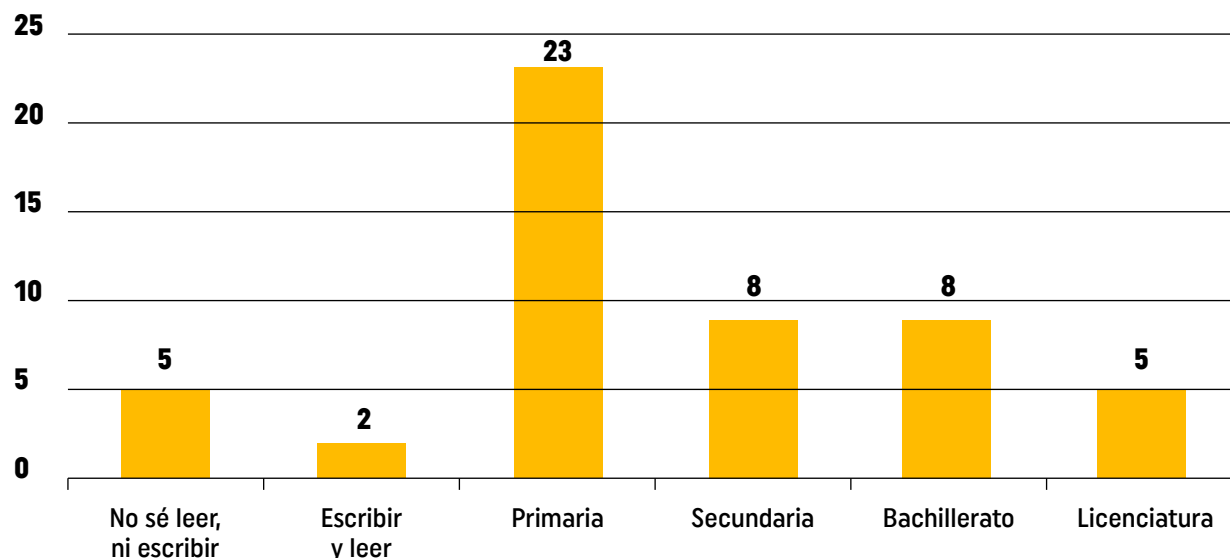
La convocatoria se realizó a través de mujeres líderes capacitadas por Fundación Llaves y la coordinación del estudio. Es importante señalar, que, de acuerdo a lo mencionado por las mujeres, este tipo de actividades en las que se comparten las experiencias y sentires, son espacios de apoyo emocional y contención que se transforman en experiencias compartidas de manera colectiva. A continuación, se presentan los resultados del componente de trabajo de campo que incluye, la caracterización de las mujeres participantes a través de la encuesta sociodemográfica y los resultados de las entrevistas grupales e individuales.

### **Caracterización de las mujeres participantes**

Participaron 51 mujeres. Del total de quienes contestaron la encuesta, 11 (22%) se identificaron como indígenas, 18 (35%) como garífunas, 19 (37%) como ladinas, y 3 (6%) mencionaron no identificarse con algún grupo de pertenencia. La edad media de las participantes fue de 49 años, del total de participantes, 9 (18%) eran menores de 40 años, lo que indica que el grupo de mujeres en edad reproductiva fue menor. Del total, sólo una mujer (2%) indicó contar con seguridad social, cuestión que da indicios sobre las condiciones laborales y las desigualdades a las que se enfrentan las mujeres.

Respecto a la escolaridad, el 45% (23) cuentan con primaria, 10% (9) tienen licenciatura, otro 10% no sabe leer, ni escribir, 4% (2) mencionaron que no acudieron a la escuela pero que saben leer y escribir y 15% (8) cuenta con el bachillerato. Más de la mitad de las mujeres cuenta con escolaridades bajas, es importante señalar que poco más del 10% no acudió a la escuela, lo que representa una vulneración a los derechos de las mujeres, si bien existe un tema pendiente en lo relativo a la educación sexual, la escuela es uno de los ámbitos que se configura como un espacio de oportunidad para la formación en educación sexual integral.

## ESCOLARIDAD

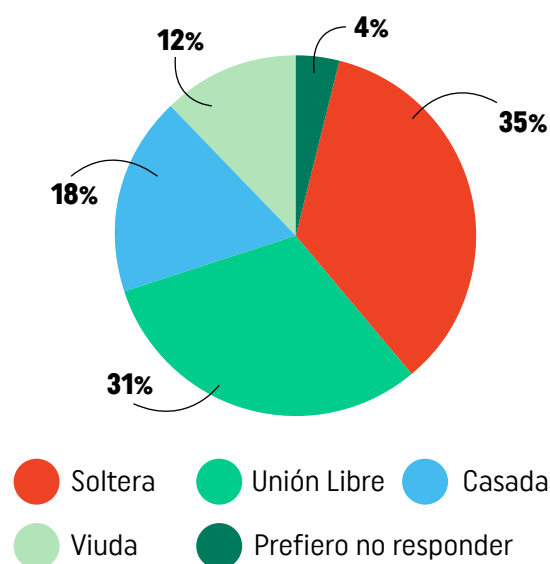


Este punto es de vital importancia para seguir fortaleciendo estrategias enfocadas en disminuir las desigualdades estructurales. La baja escolaridad, como producto de la desigualdad, aumenta las condiciones de vulnerabilidad al VIH y otras ITS, así como a embarazos no deseados. Respecto a su ocupación se encontró que el 45% se dedican exclusivamente a labores del hogar, 16% (8) realiza trabajos remunerados ocasionales, lo que significa que no cuentan con un ingreso estable, 12% (6) actualmente están desempleadas, otro 12% (6) trabaja como empleada de medio tiempo y 10% (5) como empleada de tiempo completo.

Todas las mujeres señalaron que además de los empleos o trabajos remunerados, realizan actividades de trabajo en el hogar, cuestión que coincide con lo planteado por distintas investigaciones que analizan las dinámicas de género donde mencionan que con la incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo fuera del hogar, se duplicó y en algunos otros casos triplicó, la jornada laboral. Aún con la modificación de las dinámicas en la división del trabajo remunerado, el cuestionamiento y cambios en las dinámicas dentro del

hogar no necesariamente se transformó o por lo menos no, a la misma velocidad. Esto significó que, una vez que las mujeres regresaban al hogar, realizaban actividades domésticas que no se distribuyen equitativamente con los demás miembros del hogar.

## ESTADO CIVIL





Sobre el estado civil se encontró que, el 35% (18) son solteras, 31% (16) en unión libre, 17% (9) casadas, 12% (6) enviudaron y 4% (2) prefirieron no contestar.

Aunque no se ahondó como parte del cuestionario, en las entrevistas grupales las mujeres compartieron los retos que les había implicado entablar una nueva relación de pareja vinculada al diagnóstico del VIH, pero, también, los cambios que han podido establecer en estas dinámicas con nuevas parejas y/o vínculos erótico afectivos, sobre este punto se profundizará más adelante.

Respecto a la vivienda, el 61% (31) cuenta con un espacio propio, 20% (10) prestado, 18% (9) rentado y únicamente el 2% (1) prefirió no contestar. Otro punto importante que habla sobre las condiciones de vida es que el 39% depende económicamente de otra persona, entre los más frecuentes se encuentran hijos, pareja, padres/madres/hermanos u otro familiar. Además, al ahondar sobre el ingreso económico, el 90% de aquellas que dependían de los hijos/as mencionó desconocer el monto de ingreso familiar.

Si bien este no es un parámetro claro para decir que todas las mujeres viven violencia económica, sí es un indicador sobre las dinámicas familiares, sobre todo, si además esta información se cruza con la pregunta de necesidades básicas cubiertas, se encontró que quienes dependen económicamente de hijas/os o parejas mencionaron no tener cubierta su alimentación, productos básicos de higiene, servicios como luz, agua, medicamentos; además, el 12% (6) mencionaron tener dificultades para acudir por el tratamiento ARV; así como a cualquier otro servicio de salud. Los traslados a los centros de atención oscilan entre los 60 y 90 minutos, además con la pandemia de SARS COV2, los costos de transporte aumentaron, lo que impactó directamente en la economía de las mujeres. El 90% (46) de las mujeres tiene hijos, la mayoría de ellas compartieron que sus hijos representan uno de los principales apoyos morales y económicos.

Al ahondar sobre el diagnóstico de VIH, el promedio de años fue de 17 años, lo que significa que una buena proporción de las mujeres conoció sobre su diagnóstico en la década de los 00, el diagnóstico más reciente se realizó hace más de 6 meses y el que lleva más tiempo hace 30 años. Se considera importante este dato ya que, si bien existían tratamientos ARV altamente efectivos y las políticas de acceso universal comenzaban a establecerse, en la región Latinoamericana no existían políticas de acceso universal, esta no era aún una constante, el tratamiento no estaba garantizado para todas las personas y los esquemas de tratamiento implicaban mayor número de pastillas. Respecto al lugar de diagnóstico, se encontró que los centros de salud y hospitales públicos son los centros más recurrentes; llama la atención que otro porcentaje importante menciona que su diagnóstico se realizó en consultas privadas de primer nivel.

El motivo por lo cual se realizaron una prueba de VIH, se encontró que el embarazo y la detección en hijos fueron las causas principales para realizarse la prueba, lo que implica que frecuentemente fue en consultas privadas de primer nivel y no en lugares públicos donde se ofertó la prueba. La ampliación de servicios públicos de salud en el primer nivel (materno-infantil y de niñez) representa un área de oportunidad para mejorar el alcance en los servicios de salud y mejorar las estrategias de prevención están dirigida a mujeres embarazadas.

#### Lugar de diagnóstico

Centro de salud	9	18%
Consulta privada	15	29%
Hospital	17	33%
ONG	8	16%
Prefiero no responder	2	4%



Un avance en el tema de detección se vincula con aquellas mujeres que se realizaron pruebas de detección por rutina, implica que las mujeres cuentan no sólo con información y ejercen prácticas de autocuidado, sino con la posibilidad de acudir a centros en los que se ofertan pruebas asequibles y accesibles para mujeres.

De acuerdo con lo compartido en los grupos focales, no todos los espacios de salud cuentan con pruebas disponibles para personas que no pertenecen a poblaciones clave (lo cual excluye mujeres de la población general). Por otro lado, al no existir campañas en las que se fomente la búsqueda de servicios diagnósticos y exista disponibilidad de los mismos como práctica preventiva y/o de autocuidado, el número de mujeres que acuden a realizarse pruebas seguirá siendo relativamente menor, en comparación con otras poblaciones.

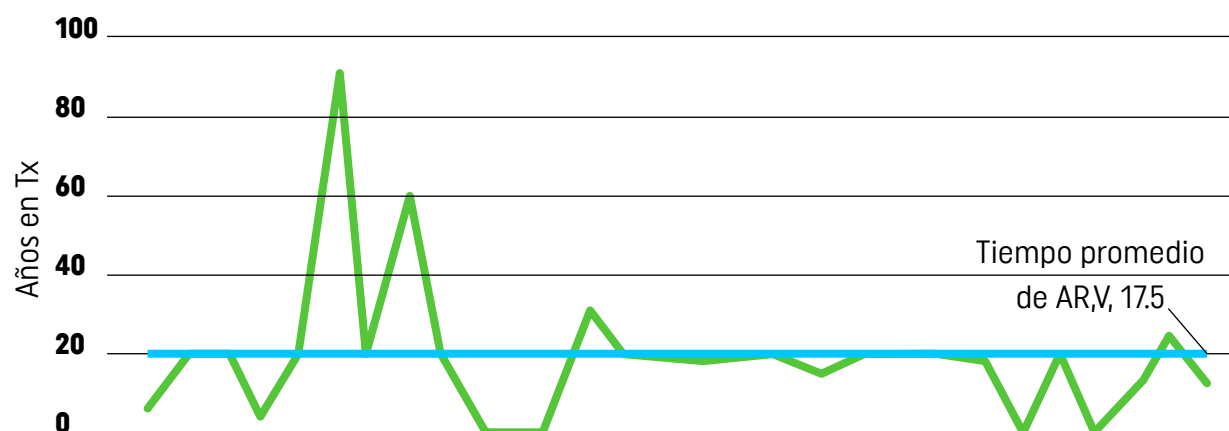
En el caso de las mujeres que conocieron su diagnóstico a través de la detección en su pareja y/o hijas/os, esta realidad sigue coincidiendo con lo mencionado en líneas anteriores, al no considerarse a las mujeres como sujetas de derechos y población prioritaria, los únicos momentos en los que se realizan pruebas conciben a las mujeres

como medios sobre los que habría que prevenir la transmisión vertical.

Al preguntar sobre la información que habían recibido al momento de realizarse la prueba el 40% (20) compartieron que no recibieron ningún tipo de información, mientras que el 57% (29) mencionó que sí recibió información clara, se les explicó el proceso de aplicación de la prueba y se les solicitó consentimiento. Otro de los temas pendientes en cuanto a la garantía de derechos humanos para las personas con VIH, es la salvaguarda de su diagnóstico, se ha documentado ampliamente las prácticas violentas que el personal de salud ejerce sobre las mujeres, desde el estigma y la discriminación.

También se preguntaron algunos elementos sobre adherencia al tratamiento y percepción de los servicios de salud, el promedio de años con ARV's fue de 17.5 años, una importante proporción mencionó haber vivido algún tipo de efecto adverso, otras dificultades encontradas fueron horarios complicados para la toma del tratamiento que resultaban en olvidos. De todas las mujeres, sólo una de ellas mencionó ya no desear continuar tomando el tratamiento.

## TIEMPO EN TX ARV

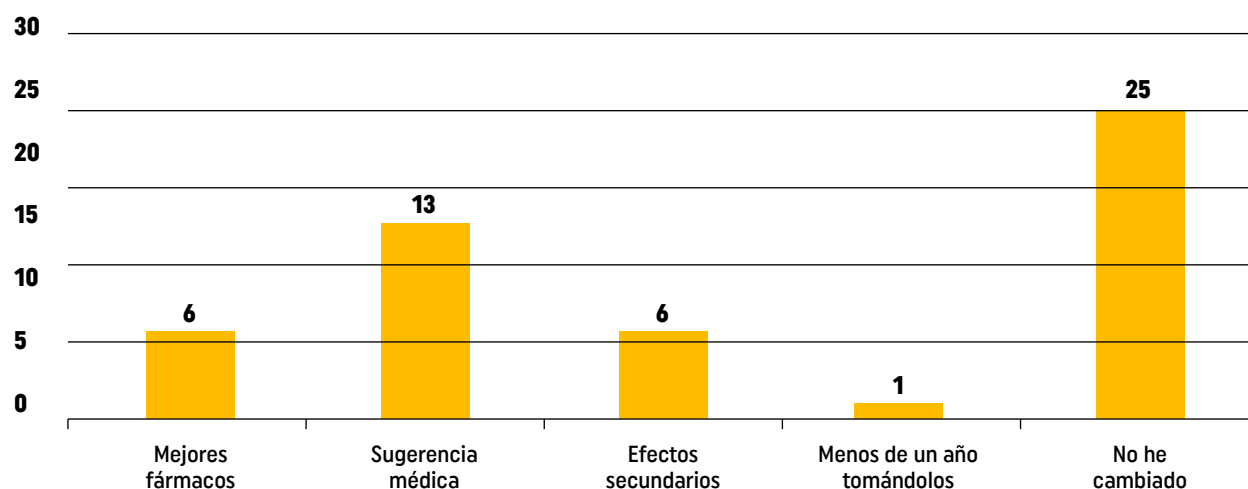




Entre la información compartida se encontró que durante los últimos 12 meses el 62% (32) cambiaron de esquema ARV, el principal motivo fue por sugerencia médica ya que se estaban disponibles mejores fármacos. Al ahondar sobre este punto en

las entrevistas con tomadoras de decisión, se mencionó que se buscó actualizar los esquemas de tratamiento con el fin de que presenten menores efectos adversos y se realice en una sola toma.

## MOTIVO DE CAMBIO DEL TX ARV



Cabe señalar que para las mujeres el cambio de medicamento se realizó por recomendación médica, sería importante que, como parte de este proceso se garantice que el personal comparta con las mujeres, los beneficios, riesgos para su salud para así de manera conjunta tomar una decisión que garantice el derecho de cada una sobre su estado de salud. Respecto a

la presencia de otros padecimientos crónicos, del total de mujeres, 37% (19) tiene otro diagnóstico, entre los más recurrentes estuvieron diabetes, hipertensión, tiroideo y depresión. Sobre infecciones oportunistas, 31% (16) dijo haber presentado alguna, las más recurrentes fueron neumonía y tuberculosis.

## VIOLENCIA DE GÉNERO

	Violencia antes del diagnóstico	Violencia después del diagnóstico
Violencia sexual	16 (31%)	13 (25%)
Violencia física	18 (33%)	16 (31%)
Violencia psicológica	11 (21%)	18 (35.2%)
Violencia económica	8 (15.6%)	9 (17.6%)



Sobre la VBG se identificó que 86.2 % de las mujeres reportaron haber experimentado algún tipo de violencia de género a lo largo de la vida, la más recurrente fue la ejercida por la pareja 54.9% (28), seguida de la violencia sexual 51% (21), mientras que la menos recurrente fue en el ámbito laboral 17.6% (9) y la comunidad 21.5% (11). Respecto a la violencia física, 49% (25) reportaron haberla vivido a lo largo de su vida, de ellas el 64% (16 de 25) dijo haberla vivido antes y después del diagnóstico de VIH lo que significa que la dinámica entre quien ejercía la violencia, no se modificó.

### **Violencia antes y después del diagnóstico**

Tanto en la información cuantitativa como en los hallazgos cualitativos se pudieron identificar distintas expresiones de la violencia, las cuales estuvieron presentes a lo largo de la vida de las mujeres. Del total de participantes, el 27% (14) mencionaron haber vivido violencia por parte de su familia desde antes del diagnóstico, la violencia física 35.2% (18), económica 15.6% (8) y sexual 31.3% (16) son las más recurrentes. Al cruzar la variable violencia física con violencia sexual, se encontraron dos casos (3.9%) en los que el VIH, se identificó como detonante de abusos sexuales por parte de la pareja.

Sobre el ámbito de la violencia sexual se identificó que 43% (N=22) reportaron haberla vivido alguna vez en la vida, de este total, 72% (16) fue previo al diagnóstico y 59% (13) después del diagnóstico de VIH. Es importante señalar que a través de las entrevistas se pudo constatar la alarmante presencia de la violencia sexual desde la infancia, varias de las mujeres mencionaron haber sido víctimas de este tipo de violencia desde edades tempranas. Esto coincide con lo compartido por una de las actoras clave entrevistadas quien mencionó que existe una preocupación recurrente por hacer un diagnóstico y estrategias de prevención/atención del abuso sexual infantil.

*“...Desde pequeña yo he recibido violencia, a los 7 años me violaron, ese fue un extraño, pero en mi casa también era violencia, mi papá me acosaba, me agarra-*

*ba a la fuerza, así que yo me fui, me fui para juntarme, pero las cosas no cambiaron mucho”*  
*Esmeralda, grupo focal 1.*

El relato de Esmeralda muestra cómo ella desde pequeña fue víctima de múltiples abusos sexuales, uno por parte de un desconocido, pero también de su padre, un acoso que se mantuvo durante años. En la entrevista comparte que nadie la apoyó, tampoco pudo hablar con su familia sobre esto, era tabú, no recibió acompañamiento médico o terapéutico; sin embargo, las secuelas a nivel psicológico de estos abusos, aún están presentes. Es importante que, desde los espacios institucionales, se generen estrategias que permitan erradicar el abuso sexual y que, de manera particular, se trabaje en eliminar los tabús que protegen a quienes han ejercido abuso sexual, sobre todo en el ámbito familiar.

Esta ampliamente documentado cómo el abuso sexual infantil tiene consecuencias para la vida adulta, uno de ellos, iniciar la vida sexual a edades tempranas, con poco acceso a insumos de prevención, lo que se transforma en un factor de vulnerabilidad y riesgo ante embarazos no deseados, VIH y otras ITS. La construcción de un proyecto de pareja, puede convertirse en una estrategia para buscar superar los abusos; sin embargo, como lo refleja el relato de Esmeralda, la desigualdad en las relaciones de poder se hace evidente nuevamente, ahora con su esposo, quien al poco tiempo de haber iniciado la relación la golpea.

A través de las entrevistas, también se identificó como una práctica de las parejas coaccionar o forzar a las mujeres a mantener prácticas sexuales no deseadas, 27% (14) de las mujeres que han vivido violencia sexual señalaron a la pareja masculina como el principal agresor, además de señalar que los abusos comenzaron desde antes del diagnóstico.

*“...mi esposo, al principio él cuando yo tenía 13 años, recién junta con él, me pegaba me golpeaba... me sacaba desnuda a la calle, me hacía disparos y yo*



*aquello lo miraba normal, Luego él se metía con una y otra. Él me decía que yo lo viera como él estaba haciendo el sexo con otra mujer, también me forzaba a tener sexo con él...”*

*Alina, grupo focal 2.*

El relato de Alina muestra el estrecho vínculo entre violencia sexual y otras formas de violencia como lo son la física y psicológica, estas dos de las más recurrentes. En otro momento del relato, ella menciona que la violencia era algo asumido como parte de su vida, para ella esto se relaciona con que la violencia fue parte de su proceso de formación familiar, al vincularse con su pareja, para ella, este tipo de dinámicas eran parte de una normalidad asumida, no sólo por ella, sino por miembros de su familia, y valdría mencionar que muy posiblemente también aceptada por la comunidad. En este sentido, nuevamente entran en juego las nociones hegemónicas de género en las que las expresiones de violencia forman parte de mecanismos de control sobre las mujeres,

*“...que tu marido, es tu marido y le tenés que dar sus placeres sexuales. Pero cuando una mujer dice no, es no y el hombre debería de respetar ese no, porque solo una sabe cómo se siente para tener una relación sexual. Pero es cuando viene el hombre, hasta te rompe tu tu ropa íntima para poder tener lo que quiere, te golpea, te hace lo que no debería, eso es una violencia sexual y eso... debería de ser denunciado...”*

*Esther, grupo focal 3.*

Como lo comparte Esther, las construcciones hegemónicas del género y la sexualidad sustentan este tipo de prácticas en las que se nulifica no sólo el deseo, sino también el consentimiento de la mujer dentro de una relación de pareja, de ahí que su relato comience con la expresión, es tu marido y le tenés que dar sus placeres. Ella identifica que esto no debiera ser una realidad, de ahí que también sea tan importante que se nombre como violencia sexual y deba ser denunciada.

En cuanto a la violencia física, el 58% (18) de las mujeres mencionaron haber sido víctimas de este tipo de maltrato desde antes de conocer su diagnóstico, lo que coincide con el relato de Alina. A través de las entrevistas, las mujeres señalaron el primer hogar como punto de inicio de estas violencias; sin embargo, de acuerdo con lo identificado en las encuestas, sigue siendo en el ámbito de la pareja donde más se presenta la violencia física. Al respecto, 49% (N=25) reportaron haberla vivido a lo largo de su vida, de ellas el 64% (N=16 de 25) mencionó haberla vivido antes y después del diagnóstico de VIH.

Respecto a la violencia psicológica, el 50% (26) de las mujeres reportó haberla experimentado, a diferencia de los otros tipos de violencia, señalaron que esta se hizo más presente a partir del diagnóstico, los ámbitos en los que han enfrentado este tipo de violencia han sido: pareja y las instituciones de salud. En cuanto a los ámbitos, se identificaron las siguientes frecuencias:

## FRECUENCIA DE LAS DIMENSIONES EN LAS QUE SE PRESENTA LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO CON EL VIH (N=26)

	Pareja	Familia	Trabajo	Comunidad	SS
Sí	55%	49%	18%	22%	30%
No	45%	47%	82%	78%	70%
Prefiero no contestar	0%	4%	0%	0%	0%





Entre los relatos de las entrevistas, se identificaron casos de violencia psicológica, esta se vivió tanto por parte de la pareja, como de la familia e incluso la comunidad, la media de años de diagnóstico fue de 16 +8.5, desde entonces el estigma sobre el VIH y las personas que viven con esta condición de salud, prevalece, de aquí que, en distintas dimensiones sociales se presente este tipo de violencia, al respecto algunas de las mujeres en las entrevistas compartieron que sus familias al conocer el diagnóstico, comenzaron a excluirlas, dejar de visitarlas y/o hablarles "mis hermanos, que eran todo mi apoyo, cambiaron cuando les dije del VIH, de pronto ya no era lo mismo, dejaron de hablarme, de visitarme, si yo iba a su casa, ya no me daban de comer en los mismos platos, eso a mí me entristeció, dejé de ir, me sentí bien sola"

En el caso de las parejas, se identificó la presencia de violencia física y psicológica, entre los efectos de esta violencia, la mujer presentó una importante depresión, quienes la apoyaron para superar estos episodios fueron sus hijos, quienes se involucraron para apoyar a su mamá, lo que le permitió a ella romper la dinámica de violencia con la pareja, presentar una denuncia para que la ex pareja ya no se acercará a ella y buscar apoyo psicológico

*"...él consumía drogas, me quise separar, pero me buscó, hace diez años me dijo que yo era una mujer de la calle, que, gracias a mí, él (la pareja) había salido positivo, cuando me veía me decía que quién me iba a voltear a ver con cinco hijos de mi mano, a una mujer gorda como yo, que no se arreglaba, que no servía para nada. Créanme que todas esas palabras que ese hombre me dijo, algunas se me grabaron en la mente, me quise tirar para el suelo a dejarme lo que el mundo hiciera conmigo..."*

*Ana, grupo focal 1.*

Por último, en las 3 entrevistas con mujeres jóvenes que se realizaron, se identificó que la violencia perpetrada por la pareja, es una de las más recurrentes. Por lo que es importante conti-

nuar con investigaciones que permitan generar evidencia de los cambios generacionales logrados a través de la incidencia política y los grupos de pares; pero también de las violencias particulares y desigualdades que se siguen haciendo presentes en la vida de las jóvenes.

### **El momento del diagnóstico y la presencia de la violencia**

Para la mayoría de las mujeres el diagnóstico se configuró como un momento de sorpresa, la desigualdad entre los géneros que se refleja en las pocas posibilidades de establecer estrategias de cuidado, entre las que se incluye el uso del condón fue una constante en los relatos compartidos. Se encontraron algunos casos, en los que las mujeres percibían que las conductas de sus parejas fuera de casa podrían implicar cierto riesgo en la adquisición del VIH, al respecto una de las mujeres mencionó:

*"No había tenido síntomas de nada. Pero a mí me dio la curiosidad. Porque a él le gustaba mucho andar de fiesta en fiesta, yo no sé lo que él andaba haciendo, pero me cayó la curiosidad. Fui a consulta y yo le dije a la doctora que yo quería que me hicieran mis exámenes del VIH para así yo poder saber. Y salir de eso. Y así fue cuando yo me enteré."*

*Mariela, entrevista individual.*

De acuerdo con lo reportado en las encuestas y entrevistas, más del 90% de las mujeres adquirieron el VIH por vía sexual en una relación heterosexual, todas ellas contaban con algún grado de información sobre el VIH, así como las vías de transmisión y que el condón constituye una barrera de protección. Sin embargo, no existía una percepción, ni posibilidades para establecer acuerdos con la pareja sobre las dinámicas de interacción erótico afectivas, lo que incluye el ejercicio sexual. Esto no quiere decir que las mujeres no pudieran generar ningún tipo de estrategias de protección, autocuidado y prevención, sin embargo, las posibilidades de acción eran menores, esto debido a la constante violencia; así como a la desigualdad presente en la relación de pareja.



Al respecto, una de las críticas a la noción de vulnerabilidad social, se asocia con que no considera que las personas, en este caso las mujeres, generan estrategias de resistencia o reivindicación en sus espacios cotidianos.

Se hace énfasis en este punto pues, el sistema sexo-género, condiciona más no determina la vida de las mujeres, es importante nombrar y dar cuenta de las estrategias generadas por las mujeres para hacer frente a todos estos procesos, esto para comprender de qué manera entran en juego ante la vulnerabilidad al VIH. De acuerdo con algunas autoras, la apropiación del cuerpo y los deseos es fundamental para establecer relaciones de mayor reciprocidad entre hombres y mujeres, lo que incluye adoptar conductas preventivas.

En general, la percepción de la propia vulnerabilidad al VIH era poca o inexistente antes del diagnóstico, en el ámbito de las prácticas sexuales con una pareja, al ahondar sobre este tema en las entrevistas, las mujeres compartieron que existía imposibilidad de negociar el uso de condón con la pareja estable:

*“... Yo nunca supe lo que era un condón, ni sabía cómo se ponía. Imagínense; bueno, el papá de mi hija, me dijo una vez ¿Y para qué putas quieres usar condón?...”  
Noelia, grupo focal 3.*

Esta información fue coincidente, con todas las mujeres, sin importar su edad, tanto entre las más jóvenes (20-40 años), como entre aquellas mayores de 40 años, encontraron imposibilidad en la negociación del uso del condón. La dimensión sexual se configura como un espacio en el que las expresiones de la desigualdad son más difíciles de modificar dadas las normas sociales que rigen a los géneros y el desbalance de poder que esto conlleva<sup>38</sup>. Hay que señalar, que estas desigualdades que se reflejan en una serie de pensamientos y formas de actuar por parte de hombres y muje-

res se aprenden desde edades tempranas, aunque la familia representa una figura importante, no es la única, hablar de desigualdades estructurales, como es el caso del género implica señalar que, todos los ámbitos de la vida, incluida la escuela, la iglesia, la comunidad, están permeados por estas construcciones de género.

Por ejemplo, en el ámbito económico se encontró, si la pareja es dependiente económico del esposo, es frecuente, de acuerdo con las entrevistadas, que las parejas no cubran los gastos, de manera que las mujeres acceden a mantener prácticas sexuales sin condón para tratar de garantizar el sustento y cubrir los gastos básicos del hogar, lo que incluye a los hijos/as: “en el aspecto de que, es el hombre quien lleva el VIH a la casa, aunque nosotras estemos bien cuidadas en la casa es el hombre, como es machista, anda con una y con otra mujer”.

De acuerdo con lo compartido, otro caso en el que se refleja la desigualdad es con las trabajadoras sexuales, quienes, desde la perspectiva de las mujeres del grupo, pueden acceder a mantener prácticas sexuales con los clientes sin condón: “ante la necesidad se ve obligada, y ahí es cuando se ve, cuando se nota que estamos vulnerables”. A pesar de existir una serie de preceptos en los que se espera que las mujeres manifiesten una sexualidad ligada a la reproducción, anteponiendo los deseos de la pareja a los propios, cuando se conoce el diagnóstico de VIH, existe una valoración moral en la que se les hace responsables de su actividad sexual. De acuerdo con lo encontrado en los grupos focales, todas las mujeres se sintieron juzgadas por haber sido diagnosticadas con VIH, ya fuera en la comunidad, con su familia, en los servicios de salud, incluso por su pareja.

Ya se mencionaba en el apartado anterior, que se identificaron dos casos en los que la violencia ejercida por parte de la pareja detonó a partir del

38. Herrera, Cristina; Kendall, Tamil; Campero, Lourdes (2015) Vivir con VIH en México. Experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género. El Colegio de México.



conocimiento del diagnóstico de VIH. Un punto coincidente en estos casos es que estas dos mujeres mantuvieron prácticas sexuales con otros hombres en periodos en los que se habían separado de sus exparejas; una vez que establecieron nuevamente el contacto y decidieron retomar la relación, ellas conversaron con ellos sobre su estado serológico. En las dinámicas de interacción comenzaron a presentarse agresiones verbales, físicas y sexuales en las que se hacía alusión a las prácticas sexuales ejercidas durante la separación; así como al diagnóstico.

Todas las mujeres compartieron sentir una ambivalencia con respecto a definir cómo es vivir con VIH, por un lado, lo identifican como un reto ante el que se necesita afrontar el estigma y la discriminación día a día, *“para mí, no ha sido sencillo, hemos sabido aceptar los retos que vienen para adelante, somos personas que podemos defender nuestros derechos y deberes”*. Señalaron que no existe un ámbito específico al que se limite la presencia de la violencia, sino que es en la gran mayoría de las dimensiones, familiar, pareja, laboral; así como la percepción con ellas mismas. Otras de las mujeres señalaron que, si bien coinciden en que el VIH es un reto, también desde su diagnóstico ha sido posible capacitarse, posicionarse respecto a su salud, demandar sobre sus derechos sexuales y reproductivos, lo cual ha sido posible por los grupos de mujeres pares a los que acuden con quienes comparten experiencias y estrategias de empoderamiento y construyen redes de apoyo.

Es importante mencionar que, entre las mujeres que se encuentran aún en un periodo reproductivo, se identificó un cambio importante sobre el momento del diagnóstico, a diferencia de lo sucedido con mujeres que fueron diagnosticadas a principios del siglo XXI, las mujeres con diagnóstico menor a 5 años mencionaron que la información recibida en los espacios de salud se basó en elementos médicos, sin juicios de valor respecto a su nueva condición de salud, cuestión que les ayudó a acercarse a los servicios de salud y mantenerse en apego al tratamiento.

## Los servicios de salud

En este apartado se presentan los resultados sobre el acceso a servicios de salud y atención al VIH, con enfoque específico en la respuesta a la violencia y la salud sexual y reproductiva. El primer punto sobre el que se ahondó fue el trato del personal de salud y las necesidades de atención de las mujeres, al respecto se encontró que ninguna de las mujeres de los grupos focales se dijo satisfecha con los servicios brindados en el SAI, desde su perspectiva, el centro únicamente se concentra en dar tratamiento ARV, en ocasiones mencionaron que no hay médicos tratantes.

*“Los SAI sólo tienen interés por entregar el medicamento, aun cuando no haya médico disponible, no hacen estudios de carga viral y CD4, tampoco te revisan para saber cuál es tu estado de salud, el centro de todo es entregar los frascos de ARV. Las demás necesidades quedan minimizadas y no se consideran”*  
*Adela, grupo focal 2.*

Esta es una percepción generalizada, que se identificó tanto en los grupos focales como en las entrevistas individuales, además mencionaron que, en caso de identificar una necesidad en salud sexual, tampoco cuentan con personal que les brinde consulta especializada. Las mujeres manifestaron una necesidad del servicio de salud mental, así como de nutrición y servicio dental, ninguno de ellos se encuentra disponible. La terapia psicológica únicamente se ofrece cuando una mujer ha dejado de tomar el medicamento o no ha acudido por él, no tiene una perspectiva de atención en la que escuchen de manera activa a las mujeres. Los grupos focales revelan que dentro de los SAI no existen servicios adecuados para responder ni a la violencia, ni a la salud sexual y reproductiva. Si alguna de ellas presentara alguna situación relacionada con la violencia, no suele atenderse.

*“Si yo le digo que quiero ir a salud mental, me manda, aunque no siempre hay quien esté (atienda), entonces yo le digo que no me siento bien, lo que está pasando y me dicen que vamos a hablar sobre cómo me va con mi tratamiento”*



### *Adela, grupo focal 2.*

También compartieron que, de igual manera, los SAI son centros que no tienen servicios integrales de atención a la salud sexual y/o reproductiva. Si requieren una citología o mamografía deben pagarla, lo mismo sucede con los diagnósticos y tratamientos de ITS, además de tener que buscarla en servicios de salud para la población general, que, de acuerdo con lo comentado con las mujeres, no son población capacitada y sensibilizada para atender a mujeres con VIH.

En general, existe una percepción negativa y de decepción sobre el trato que reciben en los servicios de salud para la población general, tampoco se identificaron estrategias para solventarlas, las mujeres compartieron que se han dado ocasiones en las que se han quedado sin atención por no contar con recursos económicos para pagar estudios en centros privados como mamografías o, citologías "tendría que mejorar la salud integral para las mujeres con VIH, porque no es integral, sólo tiene el nombre". Este trato no es una cuestión que se limite a un centro o espacio de salud en específico, sino una situación generalizada.

Sobre este punto, sería importante considerar que, los espacios de atención para las personas con VIH se han configurado como centros en los que, de manera recurrente se ejerce discriminación y violencia, estas son prácticas, normalizadas, sustentadas en discursos sociales hegemónicos de la sexualidad. Estas prácticas representan una vulneración a los derechos humanos y pueden impactar en los desenlaces clínicos de los pacientes; por ello, la dimensión ética de la atención es fundamental para lograr el seguimiento clínico y la adherencia al tratamiento.

Es importante mencionar que de acuerdo con algunas de las actoras clave entrevistadas, la violencia obstétrica y otros tipos de violencias vividas en los servicios de salud, no se limitan a las mujeres con VIH, desde su perspectiva, casi todas

las mujeres atendidas en los servicios públicos han vivido algún tipo de violencia. Pero, existen particularidades vinculadas al estatus serológico. En los servicios para la población general, las mujeres con VIH suelen encontrar discriminación por su estatus serológico. Se identificaron casos en los que les negaron atenderlas una vez que supieron que vivían con VIH:

- Citologías
- Consultas de seguimiento de embarazo
- Parto

La atención de padecimientos crónicos como el VIH, implica un seguimiento cercano con los espacios de salud; lo que implica que las personas requieren de una red de apoyo, en el ámbito laboral o del hogar, que les posibiliten acudir a las clínicas cada cierto tiempo. Cuando esto no sucede, pueden existir consecuencias adversas: que la persona deje de tomar el tratamiento ARV, se den mutaciones y sea necesario modificar nuevamente el esquema de tratamiento; o que se presenten infecciones oportunistas. Por ello, la comprensión del personal médico, los efectos de las simetrías o asimetrías en las relaciones entre médicos y pacientes; así como la generación de estrategias biomédicas, que permitan la negociación con las mujeres son fundamentales.

### **Salud sexual y salud reproductiva**

La salud sexual y salud reproductiva es uno de los ámbitos con mayores vulneraciones a derechos humanos por parte de prestadores de servicios de salud en personas con VIH. De acuerdo con algunas de las actoras clave entrevistadas, la violencia obstétrica y otros tipos de violencias vividas en los servicios de salud, no se limitan a las mujeres con VIH, desde su perspectiva, casi todas las mujeres atendidas en los servicios públicos han vivido algún tipo de violencia. Sin embargo, existen particularidades vinculadas al estatus serológico, así como al género que es relevante poner en relación, para comprender aquellos ejercicios de poder que se hacen presentes a través de la VBG<sup>39</sup>.

Iacono Mariana. (2021) Estudio sobre violencia y mujeres con VIH en Argentina. Iniciativa Spotlight: Argentina.



En la información sobre salud sexual y salud reproductiva se encontró lo siguiente, del total de las participantes poco más del 45% (N=23) cuentan con pareja. También se indagó sobre el deseo sexual, el 41% (21) mencionó que disminuyó después del diagnóstico, 23% (12) que se ha mantenido igual, 8% (4) que su deseo aumentó y 18% (9) dijeron no saberlo o no haber pensado al respecto.

En las encuestas, se encontró que los únicos dos métodos anticonceptivos a los que recurren las mujeres entrevistadas son el condón masculino 38.5% (19), y la esterilización 16.6% (8). Las demás mujeres contestaron que preferían no contestar 3.9% (2) o que de momento no aplica por no tener pareja 37.2% (19). Esto coincide con lo compartido con las mujeres en las entrevistas, en las que, mencionaron *“las mujeres con VIH, no tenemos muchas alternativas, que exista una bandeja de opciones dentro de los servicios de atención, porque sólo se nos habla de esterilización y el condón masculino, en realidad esas son las únicas dos opciones que podría tener una mujer con VIH en Honduras”*.

De acuerdo con lo identificado en las actualizaciones de la Ley especial de VIH (2015) y su reglamento (2021), así como en la guía de atención, entre las modificaciones relevantes se encuentra lo relativo la atención en un marco de derechos y la elección del método anticonceptivo, si bien el condón es uno de los métodos de barrera más importantes, existen otras alternativas, que las mujeres en relación con sus necesidades y estado de salud, pueden elegir con la asesoría del personal de salud.

Sobre la esterilización, las mujeres compartieron conocer a otras mujeres que habían sido sometidas a estas prácticas; sin embargo, uno de los retos para poder documentar este tipo de casos se vincula con el hecho de que muchos prestadores de servicios solicitan a las mujeres que firmen las hojas de consentimiento informado sin que realmente brinden información sobre el proceso

al que se están sometiendo: A mí no me preguntaron, ¿te quieres esterilizar? Sólo lo hicieron, yo si quería, pero el asunto es que no me preguntaron, sólo lo hicieron. Además, existe temor por parte de las mujeres a las represalias del personal de salud si se quejan, o si buscan defender sus derechos a través de instancias de derechos humanos.

En las entrevistas también emergió el tema del derecho a la información, vinculado al ejercicio de la maternidad, por ejemplo, algunas mujeres compartieron que compañeras de los centros de atención con VIH desde la infancia y que ahora son mayores y desean ejercer su maternidad, se han encontrado con dificultades para hacerlo, esto porque no existe información en los servicios de salud, al contrario, los médicos las cuestionan y vulneran cuando deciden ejercer su maternidad.

Una de las mujeres compartió su experiencia de embarazo y parto con VIH, ella menciona que se informó, esto le permitió dar cuenta de los vacíos y deficiencias en la atención, la resolución de su parto fue en un servicio público, por ejemplo, el día que la bebé nació, no había ninguna ningún médico de guardia, tampoco le realizaron pruebas de tamizaje, fue hasta dos días después de haber nacido que le llamaron para que acudiera a la clínica, aun cuando ella sabía que las pruebas debían realizarse al momento de su nacimiento.

Otra de las mujeres compartió que su experiencia de atención fue positiva, ella llevó el seguimiento en un espacio privado y la resolución en el público, el personal médico que la atendió, le informó tanto a ella como a su pareja sobre sus derechos, le explicó sobre su estado de salud. Para ella, un punto de relevancia y reflexión durante el grupo focal fue que haber estado informada previamente la posicionó en un lugar distinto, esto le permitió exigir sus derechos y preguntar al personal médico sobre los procedimientos a los que la iban a someter.

Por lo comentado dentro de los grupos focales y entrevistas, para las mujeres que viven con el VIH,





tener información sobre sus derechos e información científica actualizada acerca de sus opciones para el tratamiento y parto, marco la diferencia. Lo comentado, es completamente relevante y puede marcar una diferencia sustancial en las experiencias de las mujeres durante el embarazo y parto, puede influir en una mejor atención, no solamente en cuanto a la calidez, sino también en la calidad técnica; es decir, la práctica médica y todo el componente de atención. Para las mujeres participantes en la investigación tener esta información y poder usarla refleja un proceso de empoderamiento,

*“...Con mi primera pareja, sufrí violencia verbal bastante con él, hasta que lo dejé ¿verdad? Ahora que ya tengo conocimiento de todo, con mi (actual) pareja, yo le digo amor, aquí está. Y me dice, usted*

*bien sabe que a su marido no le gusta eso. Yo le contesto, pues sí, yo sé que mi marido no le gusta, pero si no se lo pone no se come la tortita. Y me contesta, hay que ponérselo. Entonces él ya está consciente, él sabe tiene que usar el condón...”*  
*Karla, grupo focal 3.*

Los grupos de pares y los procesos de acompañamiento recibidos a través de organizaciones de la sociedad civil como Llaves han marcado diferencias sustanciales en la vida de las mujeres, ha sido a través de estos espacios que ellas han podido generar otro tipo de estrategias de negociación con sus parejas, como la referida en el relato de Karla, además de lograrse posicionar respecto a sus deseos y formas de vincularse, lo cual es uno de los puntos más relevantes.

## 6 CONCLUSIONES

Este estudio constata que mientras que los datos epidemiológicos generados por el Estado dan cuenta de la necesidad de construir una respuesta integral de VBG, VIH y DSR y que las mujeres sean parte central de las políticas de prevención y atención de VIH, esto no ha sucedido. A pesar de los avances sustantivos en el marco legal y de políticas públicas en el VIH y las VBGs, y en particular en cuanto a la no-discriminación y las garan-

tías a los derechos sexuales y reproductivos, estos avances no se reflejan todavía en las experiencias de las mujeres que viven con el VIH. Es urgente operacionalizar la normatividad en el terreno, y mejorar sistemas de monitoreo y rendición de cuentas. La participación plena de la sociedad civil en estos procesos y en el diseño de los programas y toma de decisiones es un principio fundamental para contribuir al éxito.

## 7 RECOMENDACIONES

### a. Políticas, planes y programas en VIH, Salud sexual y salud reproductiva; así como VBG.

- Construir políticas públicas intersectoriales en los ámbitos nacional y local que sustenten un abordaje integral y coordinado del VIH y las VBG. El diseño de políticas y programas que aborden las violencias en mujeres con VIH

- debe incluir intervenciones multisectoriales basadas en la colaboración y coordinación.
- Diseñar programas de capacitación en la educación de proveedores y en el sistema de salud, abordando los servicios en su totalidad y no solamente dentro de los servicios especializadas en el VIH (los CAI) para que las y los trabajadores tengan acceso a información



- actualizada sobre cómo dirigirse, relacionarse, atender y tratar a mujeres con VIH. Esto podría ser dentro de un marco de la realización de los compromisos asumidos por el Estado Hondureño de asegurar la no-discriminación dentro de los servicios de salud.
  - Fortalecimiento de la participación de la sociedad civil (en específico las líderes mujeres con VIH) y los procesos de monitoreo y rendición de cuentas en las mesas como el CONASIDA, donde se integren tomadores de decisión en temas de VIH, pero también en Salud Sexual y Reproductiva y VBG.
  - Generar mayor evidencia científica sobre violencia y mujeres con VIH basadas en un enfoque de derechos donde las mujeres sean el centro y se incorporen como participantes activas en la construcción y uso de evidencias.
  - Incorporar las necesidades de las mujeres con VIH en las políticas de prevención, leyes y manuales: VIH, salud sexual y salud reproductiva, VBG, cáncer cérvico uterino, salud mental, consumo de sustancias, reducción de riesgos.
  - Estrategias de empoderamiento económico que favorezcan la autonomía financiera de las mujeres con VIH y que las protejan de prácticas ejercidas por parejas, familiares y centros de trabajo, que aumentan su vulnerabilidad económica.
  - Actualizar y armonizar las leyes y normas sobre VBG y salud sexual y reproductiva con los cambios establecidos en la Ley Especial de VIH y el Reglamento de la ley especial de VIH/sida.
- sexualidad, centrados en el placer, desde un marco de derechos humanos, con perspectiva de género.
  - Realizar un diagnóstico y análisis para identificar necesidades de materiales, infraestructura y de personal para satisfacer la demanda obstétrica de las mujeres con VIH, con calidad y en un marco de derechos humanos y perspectiva de género.
  - Fortalecer el acceso a métodos anticonceptivos y el derecho a decidir de las mujeres con VIH.
  - Construir un servicio de consejería para mujeres con VIH embarazadas o que desean ejercer su maternidad para que conozcan información sobre sus derechos que cuente con acompañamiento durante el proceso de atención en los servicios de salud.
  - Garantizar los materiales para la realización de citologías, tratamientos para VPH, tratamientos para cáncer cérvico-uterino y mamografías para mujeres con VIH.
  - Crear mecanismos para vigilar que las unidades médicas cuentan con recursos humanos suficientes, sensibilizados y con formación actualizada para ofrecer atención gineco-obstétrica de calidad y en un marco de derechos a las mujeres con VIH.
  - Establecer mecanismos de denuncia claros y accesibles para que las mujeres que han vivido algún tipo de violencia relacionado con su salud sexual y reproductiva, que les puedan dar seguimiento y se les den soluciones claras y consisas que incluyan reparación del daño.

#### **b. Salud sexual y salud reproductiva**

- Capacitar al personal de salud tanto de los servicios generales, como de los centros especializados para que ofrezcan a las mujeres con VIH información que favorezca el ejercicio de una sexualidad plena y placentera.
- Otorgar a las mujeres con VIH recursos informativos y didácticos, no medicalizados sobre

#### **c. Servicios de salud especializados en VIH**

- Otorgar a las mujeres con VIH recursos informativos de las instituciones que pueden apoyar en materia de prevención, diagnóstico y atención a las VBG.
- Capacitar al personal de salud tanto de los servicios generales como de los centros especializados en perspectiva de género, para que logren identificar la VBG y puedan brindar acompañamiento/asesoría y contención.





- Contar con personal sensibilizado que brinde contención en caso de identificar casos de VBG en los centros de atención.
  - Brindar a las mujeres información sobre redes y organizaciones de mujeres con VIH que fortalezcan el acompañamiento.
  - Realizar un acompañamiento especial basado en un enfoque de derechos y con perspectiva de género a las mujeres con VIH que sufren violencia en torno a sostener su adherencia al tratamiento.
  - Fortalecer los servicios de atención a la salud mental no centrados en el tema de adherencia al tratamiento, sino enfocados a la escucha activa de las necesidades de las mujeres con VIH.
- d. Servicios de atención de las violencias hacia las mujeres**
- Ofrecer la prueba de VIH y otras ITS; acompañamiento psicológico a todas las mujeres que estén asistiendo a los servicios de atención de las violencias hacia las mujeres.
  - Establecer convenios de vinculación y/o referencia con otras instituciones para responder de manera integral a las necesidades de las mujeres.
  - Proporcionar a las mujeres sobrevivientes de violencia un canal de contacto con las diferentes organizaciones de Mujeres con VIH.
  - Asegurar el acceso al tratamiento post exposición para prevención del VIH, otras ITS y embarazos no deseados sobrevivientes de violencia sexual.
  - Ofrecer consejería sobre anticoncepción a todas las mujeres que acuden a los servicios de violencia, incluida las mujeres con VIH, para prevenir embarazos no deseados

## 8 ANEXOS

### Instrumentos:

Se diseñaron instrumentos para las actividades dirigidas a mujeres con VIH y actoras clave, además se incluirán consentimientos para cada una de las actividades:

- Anexo 1. Encuesta sociodemográfica
- Anexo 2. Guía para grupos focales
- Anexo 3. Guía de entrevista en profundidad para mujeres
- Anexo 4. Guía de entrevista para actores clave
- Anexo 4. Formato de consentimiento informado para mujeres y actores clave
- Anexo 5. Resumen de hallazgos de la revisión de PP

**Anexo 5. Mapeo político:** Los avances y los estancamientos legislativos y normativos Durante los últimos quince años (2008-2023), ha habido mejorías legislativos y normativos sustantivos a favor de los derechos a una vida libre de violencia y los derechos sexuales y reproductivos

para personas las que viven con el VIH en Honduras. Gran parte de la identificación de los cambios necesarios para proteger, promover y garantizar esos derechos y la incidencia política para lograr esos cambios han sido gracias a los esfuerzos de la sociedad civil organizada, en especifica las redes y grupos de mujeres que viven con el VIH y aliadas dentro del movimiento más amplio del VIH así como el movimiento feminista.

Se destaca dentro de los cambios sustantivos, quitar la obligación de notificar parejas sexuales sobre el estatus serológico, permitir adopción por parte de personas con VIH, reconocimiento de las personas que viven con el VIH tienen el derecho de procrear, y garantías para la provisión de la atención al VIH sin discriminación. Dentro de los vacíos persistentes normativos, se incluyen la integración plena entre la atención al VIH y las VBGs y ofrecer las mujeres que viven con el VIH información y opciones en cuanto a la lactancia materna.



	2008-2014	2015-2019	2020-2024
<b>Violencia y VIH</b>			
Acciones de prevención enfocadas en el vínculo entre violencia de género y VIH en el plan del VIH	No	No	Parcial <sup>ii</sup>
Acciones de atención enfocadas en el vínculo entre violencia de género y VIH en el plan/protocolos del VIH	No	No	Si
Identificación de mujeres que viven violencia en el proceso de pre o post-consejería para la prueba del VIH	No	No	No
Obligaciones de notificación del diagnóstico a parejas sexuales	Si	Si	No
Se modifica las obligaciones en caso de mujeres que sufren o hayan sufrido violencia de género con su o sus parejas sexuales	No	No	No aplica
Acciones de prevención enfocadas en el vínculo entre violencia de género y VIH en el plan de violencia de género	No	Si	Si
Acciones de atención enfocadas en el vínculo entre violencia de género y VIH en el plan de la violencia de género	No	No	No <sup>iii</sup>
<b>Salud Sexual y Reproductiva: Acciones en el Plan Estratégico Nacional de VIH y otra normatividad relevante</b>			
Salud reproductiva de las mujeres con VIH	No	No	Si <sup>iv</sup>
Lineamientos de planificación familiar/anticoncepción	Si	Si	Si
Condón femenino	No	No	No
Papanicolaou/cáncer cérvico-uterino	No	No	Si
Diagnóstico y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual	No	No	No
Adopción para personas con VIH	No	No	Si <sup>v</sup>
Acceso a servicios de reproducción asistida	No	No	Parcial (no explicita) <sup>vi</sup>
Indetectable=Intransmisible	NA	No	No
<b>Prevención de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita: Acciones dentro de los Planes Nacionales Estratégicos de VIH y de Salud Reproductiva y otra normatividad relevante</b>			
Prevención de la transmisión vertical del VIH en el Plan Nacional de VIH	Si	Si	Si
Prevención de la transmisión vertical del VIH en el Plan Nacional de Salud Reproductiva	Si	Si	Si
Prevención de la sífilis congénita en la normatividad de VIH y otra normatividad relevante	Si	Si	Si
Acceso a antirretrovirales durante el embarazo	Si	Si	Si
Dotación de sucedáneos de la leche materna	Si	Si	Si
Lineamientos para lactancia materna	No	No	No
Existen lineamientos para uso de cesárea	Si	Si	Si
Opción de parto vaginal con carga viral menor de 1,000 copias	No	No	Si



## Agradecimientos:

A la consultora principal Mónica Paulina Hernández Leyva, a Tamil Kendall por sus importantes aportes técnicos, Catherine Romero por su mirada jurídica, a Eugenia López Uribe por poner a disposición su expertis para la revisión del documento, Ada Meléndez coordinadora de campo de la investigación y Rosa González por recomendaciones y revisión final del documento.

Además, agradecemos al Comité de Ética de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, su aportes y diligencia para la revisión y aprobación del protocolo de investigación.

Un agradecimiento especial a todas las mujeres con VIH que facilitaron los grupos focales y a quienes participaron en ellos, sin ustedes no hubiese sido posible conocer la situación de violencia y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres afectadas por el VIH.

- 
- i. Kendall, T., Avalos Capin, J., Damji N., Lopez Uribe, E. (2020). Community mobilization to promote and protect the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV in Latin America. *Health and Human Rights Journal* 22(2) <https://www.hhrjournal.org/>
  - ii. El preámbulo reconoce VBG como una barrera a la prevención del VIH (Estrategia de la sostenibilidad de la respuesta del VIH y la TB en Honduras. Ruta crítica al Plan de Trabajo para la Sostenibilidad 2019. P. 21) pero las acciones concretas se acotan a ofrecer el tratamiento profiláctico Post exposición al VIH a las víctimas de la violencia sexual de acuerdo a las normas nacionales para responder a la violencia sexual. (ley artículo 32)
  - iii. Plan Nacional de VGB: promover el desarrollo de investigaciones que aporten información para la prevención, atención y erradicación de todas las formas de violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes relacionados a los siguientes temas prioritarios: delitos de orden sexual; feminicidio; VIH y sida; violencia doméstica
  - iv. Reforma a la Ley Especial de SIDA, Art. 77. Las personas con VIH tienen el derecho a procrear, el Estado debe garantizar que no se produzca la transmisión del VIH de la madre a su hija o hijo, otorgando tratamiento oportuno durante el embarazo.
  - v. Reforma a la Ley Especial de SIDA, Art. 77, Art. 79. No debe ser causa de inhabilidad para la adopción, el que uno o ambos solicitantes de una adopción vivan con VIH.
  - vi. Reglamento de la ley especial de sida Artículo 108. Las personas con VIH que deseen procrear, informarán al personal de salud tratante para ser evaluadas de forma oportuna y ofrecerles las diferentes opciones para evitar la transmisión del VIH de madre a , hijo o hija.



# Honduras 2023