



Derechos humanos de las **mujeres que viven con VIH** en las Américas



Organización de los
Estados Americanos
sus derechos para su gente



ONUSIDA

El **Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)** lidera e inspira al mundo para conseguir su visión compartida de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida. El ONUSIDA reúne los esfuerzos de 11 organizaciones de las Naciones Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mujeres, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial) y trabaja en estrecha colaboración con asociados globales y nacionales para maximizar los resultados de la respuesta al sida.

La **Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la Organización de los Estados Americanos (OEA)** es el principal foro generador de políticas hemisféricas para la promoción de los derechos de las mujeres y la igualdad de género. Creada en 1928 - en reconocimiento de la importancia de la inclusión social de las mujeres para el fortalecimiento de la democracia y del desarrollo humano en las Américas - la CIM fue el primer órgano intergubernamental establecido para promover los derechos humanos de las mujeres.

La **Organización de los Estados Americanos (OEA)** reúne a los países del hemisferio occidental para promover la democracia, fortalecer los derechos humanos, fomentar el desarrollo económico, la paz, la seguridad, la cooperación y avanzar en el logro de intereses comunes. Los orígenes de la Organización se remontan a 1890, cuando las naciones de la región formaron la Unión Panamericana con el objetivo de estrechar las relaciones hemisféricas. Esta unión se convirtió en la OEA en 1948, luego que 21 naciones adoptaran su Carta. Desde entonces la Organización se ha expandido para incluir a las naciones del Caribe de habla Inglés y Canadá, y hoy todas las naciones independientes de Norte, Sur y Centroamérica y el Caribe conforman sus 35 Estados miembros.

Derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en las Américas

Autora: Dinys Luciano

Co-autor: Martín Negrete

Edición del texto: Marijo Vázquez

Copyright ©2015 ONUSIDA y CIM/OEA

Todos los derechos reservados

Oficina de Apoyo Regional de ONUSIDA

para América Latina

Gonzalo Crance Street, Edif. # 166,

Ciudad Del Saber, Clayton.

Ciudad de Panamá, Panamá

Tel: 00507 301 4600

Página web: www.onusida-latina.org

Facebook

<https://www.facebook.com/ONUSIDALATINA>

Twitter

@OnusidaLatina

<https://twitter.com/OnusidaLatina>

Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)

1889 F Street NW

Washington, DC, 20006

Estados Unidos

Tel: 1-202-458-6084

Fax: 1-202-458-6094

Correo electrónico: cim@oas.org

Página Web: <http://www.oas.org/cim>

Facebook:

<https://www.facebook.com/ComisionInteramericanaDeMujeres>

Twitter:

@CIMOEA

<https://twitter.com/CIMOEA>

Diseño y diagramación: Celina Hernández

Las denominaciones utilizadas en la presentación del material de esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA o de las Secretarías de la CIM o de la OEA en relación con la condición legal de cualquier país, territorio, ciudad o zona, o de sus autoridades, o que tenga que ver con las delimitaciones de sus fronteras o límites.

Las opiniones expresadas son las de la(s) autora(s) y no reflejan necesariamente la opinión de la ONUSIDA o de la CIM/OEA.



Organización de los
Estados Americanos
No derechos por no gente



Comisión Interamericana de Mujeres





**Derechos humanos
de las mujeres que
viven con VIH en
las Américas**



Contenidos

Introducción	11
1. Aspectos metodológicos	13
2. Marco jurídico y de políticas: derechos de las mujeres con VIH en las leyes, planes y programas	16
3. Situación de los derechos: avances y retos	23
3.1 Derecho a la vida	23
3.2 Derecho a la no discriminación e igual protección frente a la ley	27
3.3 Derecho al más alto nivel de salud	33
3.4 Derecho a una vida libre de violencia	38
3.5 Derecho a no ser sometida a trato cruel, inhumano o degradante	41
3.6 Derecho a la educación	44
3.7 Derecho al trabajo	46
3.8 Derecho a la protección social y a un adecuado estándar de vida	48
3.9 Derecho a formar una familia	51
3.10 Derecho a la información	56
3.11 Derecho a la participación	60
4. Financiación para el avance de los derechos de las mujeres con VIH	63
5. Coordinación de la respuesta al VIH y participación	68
6. Sistemas de información y gestión de conocimiento	70
7. Conclusiones y recomendaciones	72

Listado de tablas

1. Marco jurídico y respuestas programáticas a la discriminación, la salud sexual y reproductiva y la violencia de género	18
2. Uso actual y acceso a TAR en estudios de estigma y discriminación en seis países latinoamericanos (2008-2014)	25

3. Países que informan haber incorporado el estigma y discriminación de personas con VIH en el plan nacional de VIH y que cuentan con programas específicos (GARPR, 2011)	27
4. Experiencias de discriminación en estudios de estigma y discriminación en ocho países latinoamericanos (2008-2014)	28
5. Experiencias de discriminación en servicios dentales y de salud sexual y reproductiva en estudios de estigma y discriminación en ocho países latinoamericanos (2008-2014)	29
6. Marco legal para poblaciones clave en América Latina y el Caribe según informes GARPR 2011 y 2014	32
7. Personas que reportan haberse hecho la prueba de VIH forzadas o sin consentimiento y provisión de consejería en estudios de estigma y discriminación en siete países latinoamericanos (2008-2014)	36
8. Experiencias de distintas formas de violencia psicológica, física y sexual en estudios de estigma y discriminación en siete países latinoamericanos (2008-2014)	39
9. Casos de coacción por parte de algún profesional de la salud para hacerse la esterilización en estudios de estigma y discriminación en siete países latinoamericanos (2008-2014)	42
10. Nivel de escolaridad de mujeres y hombres entrevistadas/os en estudios de estigma y discriminación en cinco países latinoamericanos (2008-2014)	45
11. Prácticas discriminatorias en el ámbito educativo reportadas en estudios de estigma y discriminación en cuatro países latinoamericanos (2008-2011)	45
12. Situación laboral de las y los participantes en estudios de estigma y discriminación en seis países latinoamericanos (2008-2011)	46
13. Pérdida y negación de empleo y cambios adversos en el trabajo a causa de la condición de VIH en estudios de estigma y discriminación en seis países latinoamericanos (2008-2011)	47
14. Tasas de carencia de alimentos entre la población entrevistada en estudios de estigma y discriminación en dos países latinoamericanos	49
15. Barreras al acceso a la vivienda en estudios de estigma y discriminación de cinco países latinoamericanos	50
16. Situaciones relacionadas con los derechos reproductivos y el derecho a formar una familia en estudios de estigma y discriminación en ocho países latinoamericanos (2008-2014)	53
17. Coacción por parte de un profesional de salud en los últimos 12 meses en relación con aborto, parto y alimentación debido a su condición de VIH	54

18. Cobertura de atención médica a mujeres VIH positivas embarazadas que reciben ART para la prevención de transmisión vertical (2013)	55
19. Fuentes de financiación en VIH y porcentaje de financiación internacional según país (2007-2013)	66

Lista de gráficos

1. Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años con prueba de VIH en los últimos 12 meses (2007-2013)	36
2. Porcentaje de mujeres de 15-24 años con conocimiento comprensivo sobre VIH (2007-2011)	57
3. Porcentaje de mujeres jóvenes que usó condón en última relación sexual (2009-2013)	58
4. Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 19 años que usó condón en la última relación sexual (2009-2013)	58
5. Porcentaje de mujeres con múltiples parejas sexuales que usó condón en última relación sexual (2003-2013)	59
6. Porcentaje de Trabajadoras Sexuales Transgénero que usó condón en la última relación sexual (2009-2013)	60

Reconocimientos

La elaboración de este documento fue coordinada por Hilary Anderson, de la Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de los Estados Americanos (CIM/OEA). Se reconocen y agradecen las respuestas al cuestionario enviadas por los siguientes Estados Miembros de la OEA: Argentina, Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tobago, y Uruguay. La Fundación Más Paz Menos SIDA también remitió el cuestionario cumplimentado.

Se agradecen los materiales aportados por las redes regionales ICW Capítulo América Latina, Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLCM+), Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe (RedTraSex), Red de Jóvenes Positivos de Latinoamérica y el Caribe (Red J+LAC) y REDLACTRANS en el marco del curso virtual “Fortaleciendo los derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en América Latina” y que han sido utilizados en el desarrollo de este informe.

Se reconocen y agradecen los comentarios a la versión preliminar del informe de las siguientes personas:

- Ana Cristina C. Santos
 - Andrea Mariño
 - Arely Cano
 - Elena Reynaga
 - Eugenia López
 - Jimena Avalos Chapín
 - Sandra Patricia Arturo de Vries
 - Shirley Eng
 - Susana Chávez
- Universida de Federal de Alagoas/Campus do Sertão.
Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Diversidades e
Educação no Sertão Alagoano (NUDES/UFAL)
 - RedTraSex – (Oficina Central, Argentina)
 - ICW Latina (Oficina Regional)
 - RedTraSex (Oficina Central)
 - Balance – México
 - Balance – México
 - Fundación María Fortaleza - Colombia
 - ONUSIDA América Latina
 - PROMSEX – Perú

Acrónimos y Abreviaturas

ALC	América Latina y el Caribe
ARV	Antirretrovirales
CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIM/OEA	Comisión Interamericana de Mujeres/Organización de los Estados Americanos
CONADEH	Comisionado Nacional de Derechos Humanos
DDHH	Derechos humanos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GARPR	Global AIDS Response Progress Reporting
ICW	Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGTBI	Lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales
MAM	Mecanismos Nacionales para el Adelanto de las Mujeres
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
MLCM	Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas
MPP	Morbilidad posparto
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud
PTMI	Programa de prevención de la transmisión maternoinfantil
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

REDLACTRANS	Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans
RedTraSex	Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud sexual y reproductiva
TAR	Tratamiento antirretroviral
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Introducción

La mayoría de países de América Latina y el Caribe (ALC) reconoce que la violación de los derechos humanos (DDHH) y las desigualdades de género constituyen importantes barreras para avanzar en la respuesta nacional al VIH, y que éstas producen daños severos a las personas que viven con VIH o afectadas por él al tiempo que crean un ambiente social y de políticas que reduce sus opciones de vida y desarrollo, acceso a servicios y recursos. En muchos países, el contexto social y legal se caracteriza por altos niveles de criminalización de poblaciones específicas de mujeres, estigma, discriminación y violencia, desprotección legal y social, y violaciones sistemáticas de los DDHH de las mujeres con o afectadas por el VIH. La discriminación en los sistemas de justicia, salud, educación, trabajo y protección social, el limitado acceso a la información y los reducidos niveles de participación social de las mujeres que viven con VIH tienden a reproducir la exclusión social a la que éstas se enfrentan y que a su vez se transfiere a sus hijas e hijos. Estas vulneraciones adquieren dimensiones específicas en la medida en que se articulan entre sí trazadores de desigualdad como el estatus socioeconómico, la pertenencia étnica, la identidad de género o la residencia urbana-rural, entre otros.

Aunque la información disponible es limitada, se han documentado en la región determinadas violaciones de los DDHH que sirven de base para identificar las brechas de información mientras se avanza en la respuesta a las necesidades ya identificadas. Garantizar el ejercicio de los derechos de las mujeres que viven con o afectadas por el VIH exige una respuesta al VIH efectiva desde los derechos humanos, la igualdad de género y la interseccionalidad, y que sea apoyada por tomadores de decisión en todos los niveles, con presupuesto asignado y una significativa participación social. Para lograr este fin es necesario identificar y dar visibilidad a las violaciones de DDHH específicas que sufren estas mujeres, así como el impacto de la epidemia, las necesidades que se derivan de estas vulneraciones y las mejores estrategias nacionales y regionales para abordarlas.

En seguimiento a la Resolución AG/RES. 2802 (XLIII-O/13) sobre “Promoción y protección de los derechos humanos de las personas vulnerables al VIH/sida, viviendo con VIH/sida y afectadas por él en las Américas,” adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en junio de 2013, así como el acuerdo de colaboración firmado entre la OEA y la Oficina Regional de Apoyo para América Latina del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA) en enero de 2014, la CIM/OEA elaboró este informe sobre “Los derechos humanos de las mujeres viviendo con VIH en las Américas” que servirá para informar las discusiones entre los Estados Miembros de la OEA y sus aliados sobre los retos que suponen las desigualdades de género para la respuesta al VIH y las acciones necesarias para implementar a escala y crear estrategias que permitan a las mujeres positivas ejercer su derecho a un trabajo digno, educación, vivienda, salud, protección social, información, participación social y política, y a vivir libres de estigma, discriminación y violencia. El presente informe complementa el “Manual para fortalecer el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en América Latina” publicado por la CIM/OEA y ONUSIDA en 2014.¹

¹ Luciano D e lacono M (2014). Manual para fortalecer el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en América Latina. ONUSIDA y CIM/OEA. <http://dvcn.aulaweb.org/manualparafortalecer.pdf>

1. Aspectos metodológicos

1.1 Objetivos

- a. Analizar la información disponible sobre la situación de los derechos de las mujeres que viven con VIH con énfasis en los aspectos relacionados con el acceso a servicios y recursos de apoyo, las iniciativas y prácticas institucionales, la coordinación intersectorial, la participación social y la financiación de asuntos relacionados con la igualdad de género y el VIH.
- b. Identificar avances y retos en protección y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad.
- c. Examinar las implicaciones de la información disponible para el desarrollo de estrategias regionales y nacionales en lo que se refiere a promoción, protección y realización de los derechos de las mujeres que viven con VIH.

1.2 Fuentes de información

Para la elaboración de este informe se utilizaron distintas fuentes:

- **Cuestionarios enviados por la CIM/OEA** en noviembre de 2014 a los Mecanismos Nacionales para el Adelanto de las Mujeres (MAM) en todos los países de la región a través de las Misiones Permanentes de los Estados Miembros de la OEA. Los cuestionarios también fueron remitidos por vía electrónica a las redes regionales que trabajan en la promoción de los derechos de las mujeres positivas: ICW Latina, Red de Mujeres Positivas de América Latina y el Caribe, Jóvenes Positivos de América Latina y el Caribe, y la Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. Se recibieron cuestionarios cumplimentados de: Argentina, Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tobago, y Uruguay.
- **Base de datos mundial de ONUSIDA (AIDSINFO)** que incluye datos extraídos de los informes de país de UNGASS y los informes GARPR (Global AIDS Response Progress Reporting).
- **Estudios sobre estigma y discriminación** de 11 países: Argentina (2011)², Bolivia (2011)³, Colombia (s/f)⁴, Ecuador (2010)⁵, El Salvador (2010)⁶, Guatemala (2011)⁷, Honduras (2014)⁸, México (2008)⁹, Nicaragua (2013)¹⁰, Paraguay (2010)¹¹; y República Dominicana (2009)¹². La muestra total de personas encuestadas en los 11 estudios realizados entre 2008 y 2014 suma 7.822

2 Mónica Petracci y Martín Romeo (2011). Índice de estigma en personas que viven con VIH Argentina. Fundación Huésped, Red de Personas Viviendo con VIH/Sida de Mar del Plata. <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/news-attachments/PLHIV%20Stigma%20Index%20Argentinaacbf.pdf>

3 Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (2011). Estudio sobre Estigma y Discriminación en Personas que viven con VIH Bolivia. <http://www.stigmaindex.org/bolivia-plurinational-state>

4 Red Colombiana de Personas que Viven con el VIH, IFARMA (s/f). El Índice de Personas que Viven con VIH. Resultados del índice de estigma en personas que viven con VIH en Colombia. <https://www.fundacionnuestrosjovenes.org.ec/documentos/BibliotecaVIH/8.%20Voces%20positivas.%20Resultado%20del%20C3%ADndice%20de%20estigma%20en%20personas%20que%20viven%20con%20VIH%20en%20Colombia..pdf>

5 Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/SIDA (2010). Resultados del estudio sobre Estigma y Discriminación en Personas que Viven con VIH/sida en el Ecuador. http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/INFORME_FINAL_INDICE_ESTIGMAPVVS_ECUADOR_10-2010.pdf

6 PNUD (2010). Estudio de Estigma y Discriminación en Personas con VIH. San Salvador. http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/El%20Salvador%20-%20Stigma%20Index%20Estudio_de_Estigma_y_Discriminacion_en_personas_con%20HIV%20-2010%20Spanish.pdf

7 Fernández, Victor (2011). Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH. Fundación Fernando Iturbide. Guatemala <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Guatemala%20%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20Report%20%20%20Spanish%20FINAL200512.pdf>

8 Ciudad, Juan M (2014). Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH en Honduras. Informe ejecutivo. Fundación Llavés. <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Honduras%20Informe%20Ejecutivo%20PDF.pdf>

9 Red Mexicana de Personas que Viven Con VIH/SIDA y MEXFAM (2008). Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH en México. <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Mexico%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20Report%202010-%20spanish.pdf>

10 Maricela Larios Cruz (2013). Estudio Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH- Nicaragua. ANICP+VIDA y GAO <http://www.stigmaindex.org/nicaragua>

11 Fundación Vencer (2010). Perspectiva comunitaria sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH y sida en Paraguay <http://www.stigmaindex.org/paraguay>

12 Cáceres F (2009). República Dominicana: Estigma y discriminación en Personas que Viven con el VIH. Profamilia. <http://www.stigmaindex.org/dominican-republic>

personas que viven con VIH, de las cuales el 55,1% corresponde a hombres, el 40,3% a mujeres y el 4,6% a mujeres trans. El total de personas entrevistadas por país fue: Argentina (N=1.197), Bolivia (N= 420), Colombia (N=1.000), Ecuador (N=497), El Salvador (N=500), Guatemala (N=500), Honduras (N= 720), México (N= 931), Nicaragua (N= 801), Paraguay (N=256), y República Dominicana (N=1.000). De los 55 estudios a los que se tuvo acceso disponibles en el momento de la elaboración del presente informe, 11 corresponden a estudios realizados en Latinoamérica (20%) y el 16% de las cerca de 50.000 personas con VIH entrevistadas desde 2008 viven en esta región¹³. También se revisaron estudios específicos sobre las intervenciones sobre estigma y discriminación.¹⁴

- **Revisión de literatura.** Se revisaron artículos, informes técnicos y documentos de posición disponibles en dos fuentes:
 - Bases de revistas científicas. Se realizó la búsqueda en Pubmed, Scielo y Redalyc, utilizando los descriptores “VIH y género”, “VIH y Mujer”, “trabajadoras sexuales”, “mujeres trans”, “mujeres jóvenes”, “VIH y mujeres usuarias de drogas”.
 - Páginas web de redes regionales de ICW Latina, Red de Mujeres Positivas de América Latina y el Caribe, Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe, Red de Mujeres Trans, Jóvenes Positivos LAC así como de agencias internacionales: ONUSIDA, CIM/OEA, CIDH, ONU Mujeres, PNUD, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, OIM, y OIT.

Este informe puso especial atención en la recogida de información sobre las mujeres en toda su diversidad, para lo cual se recopilaron datos de fuentes secundarias y se solicitó a los países que siempre que fuera posible incluyeran en los cuestionarios información desagregada o específica sobre distintos grupos de población de mujeres: jóvenes, adultas, mayores, afrodescendientes e indígenas, transgénero, trabajadoras sexuales, con discapacidad, migrantes, residentes de áreas urbanas o rurales, lesbianas y/o bisexuales, usuarias de drogas, privadas de libertad, u otra categoría relevante para el país. Las fuentes utilizadas muestran que la información disponible sobre estas poblaciones es limitada en la mayoría de los casos e inexistente en otros.

¹³ The People Living with HIV Stigma Index. <http://www.stigmaindex.org/> (Accedido el 17 de Julio de 2015)

¹⁴ ZUCCHI, Eliana Miura; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; FRANCA JUNIOR, Ivan. Intervenções para reduzir o estigma da Aids no Brasil: uma revisão crítica. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, dez. 2013. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2013000300017&script=sci_arttext

2. Políticas públicas: Marco jurídico y respuestas programáticas

Según los informes GARPR de 2011, 20 países latinoamericanos y caribeños manifestaron contar con estrategias nacionales sobre igualdad de género en sus marcos normativos: Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela. Según los reportes de estos países, el sector “mujer”, así como la igualdad o el empoderamiento de género, están incorporados en la estrategia nacional de VIH, mientras que el resto de los países, con excepción de El Salvador y Honduras, confirmaron que las mujeres y las niñas estaban incorporadas en dicha estrategia.¹⁵ Cabe destacar que no en todos los planes nacionales de los países mencionados se explicita cuáles son las acciones concretas enfocadas a los diversos grupos de mujeres.¹⁶ Aunque la mayoría de los países de la región dispone de leyes, planes estratégicos y programas así como normas y protocolos relativos al VIH, éstos difieren en términos de enfoque y alcance. Igualmente, aunque un significativo número de países cuenta con leyes destinadas a proteger y promover los derechos de las mujeres en general, muy pocos han avanzado en el reconocimiento de los derechos específicos de las mujeres que viven con VIH.

15 UNAIDS. AIDSINFO. Reportes GARP 2011. <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/dataview.aspx>

16 T. Kendall & E. López-Urbe (2010) Improving the HIV response for women in Latin America: Barriers to integrate advocacy for sexual and reproductive rights and health. Global Health Governance 4 (1) www.ghgj.org

Progresivamente algunos planes estratégicos nacionales de VIH han incorporado la mención a la igualdad de género como uno de los principios orientadores, así como algunas intervenciones centradas en la prevención de la transmisión perinatal o en las mujeres trabajadoras sexuales y transgénero femininas. En México, la Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA del Distrito Federal especifica en su artículo 4 que: *“En las acciones de prevención y atención a que se refiere la presente Ley, las autoridades observarán para su diseño, ejecución, seguimiento y evaluación un enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género”*.¹⁷

En algunos casos, el hecho de poner el foco en la transmisión perinatal y en las mujeres trabajadoras sexuales reproduce la idea de que las mujeres son vectores de la enfermedad más que sujetos integrales con vulnerabilidades y necesidades específicas frente al VIH.

Actualmente se cuenta con escasa documentación sobre el impacto diferencial de las políticas de igualdad de género en las mujeres en toda su diversidad. Por ejemplo, en relación a la movilidad de las personas, los países de la región no tienen restricciones de entrada, estancia o residencia de las personas que viven con VIH, con excepción de Belice, Nicaragua y Paraguay, aunque existe escasa información disponible sobre el impacto del status legal de la mujer migrante sobre sus condiciones de vida en los países de origen, tránsito y destino, que puede resultar, por ejemplo, en un incremento de su vulnerabilidad al VIH.¹⁸ Según los informes GARPR 2011, de los 20 países incluidos, seis reportaron disponer de leyes que protegen a las personas que hacen trabajo sexual: Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala y Uruguay. Igualmente, la prueba del VIH es obligatoria en algunos países para las trabajadoras sexuales pero no gratuita o confidencial, por lo que un resultado positivo podría conducir las a la cárcel¹⁹.

17 Asamblea Legislativa del Distrito Federal, VI Legislatura. Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA del Distrito Federal. México. <http://www.aldf.gob.mx/archivo-12b28d9460f66f93a0268e3ed29bbe9d.pdf>

18 Avert. HIV and AIDS in Latin America. <http://www.avert.org/hiv-aids-latin-america.htm#sthash.svd2DSj9.dpuf>

19 Centro de Noticias ONU. Trabajadoras sexuales promueven campaña sobre el VIH/Sida en América Latina. 22 de agosto, 2014 <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=30272#.VSE-RFwfxJ0>

Tabla 1: Marco jurídico y respuestas programáticas a la discriminación, la salud sexual y reproductiva y la violencia de género

Países	Marco jurídico (políticas, leyes, resoluciones)				Respuesta programática (planes, programas, proyectos, protocolos)		
	VIH	Antidiscriminación	SSRR/ educación sexual	Violencia intrafamiliar/de género	VIH	Igualdad de género	Protección/salud de la mujer (SSRR)
Argentina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	SD	Sí
Belice	Sí	SD	SD	Sí	Sí	SD	SD
Chile	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	SD	Sí
Colombia	Sí	Sí ²⁰	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Costa Rica	Sí ²¹	Sí	Sí	Sí		Sí ²²	Sí
Dominica	Sí	Sí ²³	SD	Sí ²⁴	Sí	Sí	SD
El Salvador	Sí	Sí	SD	Sí	Sí	SD	SD
Guatemala	Sí	SD	Sí	Sí	Sí	SD	Sí
Honduras	Sí	SD	SD	Sí	Sí	Sí	Sí
México	Sí	Sí ²⁵	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
República Dominicana	Sí	SD	SD	Sí	Sí	Sí	SD
Surinam	Sí	SD	SD	SD	Sí	SD	Sí
Trinidad y Tobago	Sí	Sí	SD	Sí	Sí	Sí	SD
Uruguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: Cuestionarios de país enviados a la CIM/OEA. SD=sin datos

Algunos países, como Argentina, Brasil, Uruguay, y el Distrito Federal de México, también han aprobado leyes de identidad de género. En Colombia, la Constitución incluye los principios de respeto y reconocimiento, concretamente en la Sentencia C-481/98 sobre Derecho a la identidad sexual/discriminación por sexo, en la que se especifica que la preferencia sexual y la asunción de

20 Senado de la República. LEY 1482 DE 2011. Colombia. <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley148230112011.pdf>

21 Ley General del VIH/SIDA de la República de Costa Rica. Ley Nro. 7771 Publicada en el Diario Oficial La Gaceta del 20 de Mayo de 1998. <http://www.hsph.harvard.edu/population/aids/costarica.aids.98.pdf>

22 Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género” (PIEG) 2007-2017 y su Plan de Acción para el periodo 2008-2012.

23 En la Constitución del país.

24 Protection against Domestic Violence Act No 22 of 2001 aprobada en Dominica en Diciembre de 2001.

25 Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Reforma del 20 de marzo de 2014. México. http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/LFPED_web_ACCSS.pdf

una determinada identidad sexual forman parte nuclear del derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad. La Corte ha afirmado que la orientación sexual de una persona constituye un asunto que se inscribe dentro del ámbito de la autonomía individual que le permite adoptar los proyectos de vida que considere pertinentes sin coacciones ajenas, siempre y cuando no vulnere con ellos el orden jurídico y los derechos de los demás²⁶.

Los 14 países que cumplimentaron el cuestionario de la CIM/OEA reportaron contar con leyes específicas para el control del VIH y otras ITS en sus respectivos marcos jurídicos²⁷ además de otras leyes relacionadas, como las de salud sexual y reproductiva (SSR)^{28,29}, violencia intrafamiliar o violencia contra la mujer/género³⁰ y, en menor medida, leyes contra toda forma de discriminación. También existen otras leyes complementarias relativas al acceso a salud, protección social, trabajo, educación y a la información, entre otras. En concreto, el marco jurídico y normativo de Uruguay despenaliza el aborto (Ley 18987) y en la mayoría de las leyes especificadas en el cuestionario incluye aspectos como la igualdad de género, la orientación sexual y la identidad de género. En este mismo país, la Ley General de Educación (Ley nº 18.437) identifica ejes transversales del Sistema Nacional de Educación, como la educación en derechos humanos, educación para la salud y educación sexual, al tiempo que impone sanciones penales (hasta 18 meses de privación de libertad) para aquellos actos que inciten al odio, la violencia y el desprecio (Ley nº 17.677). En México, el Programa Nacional de Juventud 2014-2018 incluye entre sus líneas de acción el “Promover la atención oportuna y de calidad en los centros de salud hacia las personas jóvenes que viven con VIH/SIDA³¹.”

Estos 14 países informan que los diferentes derechos a los que se hace referencia en este informe son derechos básicos para toda la población sin distinción, contemplados por sus respectivas leyes ya que todos ellos han suscrito los diferentes instrumentos internacionales que instan a adaptar y armonizar sus marcos jurídicos.³² No informaron sobre leyes o políticas concretas para abordar

26 Colombia. Sentencia C-481/98 sobre DERECHO A LA IDENTIDAD SEXUAL/DISCRIMINACION POR SEXO

27 Belice y Trinidad y Tobago cuentan con políticas y programas específicos de respuesta al VIH en el lugar de trabajo.

28 Argentina cuenta con una Ley Nacional de Educación Sexual y Colombia una Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2024.

29 Uruguay es el único país que ha reportado contar con una ley de interrupción voluntaria del embarazo (Ley 18987) y uno de los pocos que ha informado sobre una ley de Reproducción Asistida.

30 Guatemala y el Salvador informan contar con leyes específicas contra la violencia hacia la mujer o violencia de género. En el caso de Guatemala se cuenta con el Decreto 7-99, Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer y Decreto 22-2008 Ley contra el Femicidio y Otras formas de Violencia contra la Mujer. El Salvador reporta contar con la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres. México cuenta con dos instrumentos de políticas que incluyen intervenciones en VIH en relación con la violencia de género: i) la NOM-046-SSA2-2005 lo plantea como atención a la salud ante una situación de violencia sexual; y ii) Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los delitos en materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.

31 Instituto Mexicano de la Juventud. Programa Nacional de Juventud 2014-2018. México. http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ProJuventud_2014.pdf

32 Declaración Universal de SSH, Declaración Americana de Derechos Humanos, CEDAW, Convención sobre los Derechos del Niño, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, entre otros.

33 Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Programa Nacional de ITS y Sida: Plan Integrado para Enfrentar la Feminización de la Epidemia de SIDA y otras ITS, Brasilia, marzo de 2007. Citado por FEIM. <http://www.feim.org.ar/pdf/doscaras2010.pdf>

la especificidad de las mujeres que viven con VIH ya que esta población se considera incluida en las definiciones de “habitantes”, “personas”, “personas que viven con VIH”, “mujeres”, “poblaciones vulnerables” y otras similares que forman parte de los diferentes instrumentos citados. En este sentido se asume que el marco jurídico en general es aplicable en su conjunto a las mujeres con VIH en particular. En la actualidad, sólo Brasil dispone de un instrumento de política pública centrada específicamente en las mujeres que viven con VIH denominado “Plan de Enfrentamiento de la Feminización del sida y otras ITS.”³³

Sin embargo, aunque el principio de no discriminación hace referencia a que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, en la práctica, y particularmente en el caso de las mujeres que viven con VIH, esto no es así ya que el reconocimiento de este principio en las leyes nacionales no garantiza necesariamente su plena vigencia. En México, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación indica en su Capítulo II que *“Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades. A efecto de lo anterior, se consideran conductas discriminatorias: VI. Negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas.”*³⁴ Por esta razón, las mujeres que viven con VIH han ido propugnando una revisión de la doctrina internacional de derechos humanos, tanto de su aplicación como de su lenguaje, para que sean incluidos los derechos de estas mujeres de manera específica.

En los informes GARPR de 2011, 28 países de América Latina y el Caribe aseguraron tener programas de educación en derechos de las personas que viven con VIH y las poblaciones clave: Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, y Uruguay.³⁵ Se desconoce si estos programas abordan las especificidades de los derechos en el contexto de las mujeres que viven con VIH.

A nivel programático, los 14 países que respondieron al cuestionario de la CIM/OEA manifestaron contar con programas nacionales de VIH que tienen en cuenta los cuatro ejes fundamentales del

34 Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Reforma del 20 de marzo de 2014. México. http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/LFPED_web_ACCSS.pdf

35 UNAIDS. AIDSINFO. B.III.11.a Has programmes to educate concerning rights of PLHIV and key populations. <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/dataview.aspx>

acceso universal: a) prevención, b) atención, c) cuidado y d) apoyo en correspondencia con los compromisos asumidos por los países en los principios de UNGASS y las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En este sentido, y al igual que en los marcos legales, no se identifica la existencia de programas específicos dirigidos a mujeres que viven con VIH, ya que suelen estar incluidas en el contexto de las “personas que viven con VIH” y se considera que, por lo tanto, son objeto de los derechos, garantías, intervenciones y servicios reconocidos a todas las personas con VIH.

En cuanto al contenido, enfoque y alcance de los Planes y Programas Nacionales de VIH, el de República Dominicana indica que el enfoque transversal de género en estos instrumentos y en sus políticas apunta a “Identificar las desigualdad de género relacionada con el VIH, poniendo énfasis en las históricas desigualdades entre hombres y mujeres y la necesidad de medidas especiales para compensar estas desventajas, como garantizar la participación de las mujeres en la formulación de los planes y programas en respuesta al VIH” (Ley 135-11). El Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA de Guatemala incluye estrategias diferenciadas teniendo en cuenta las desigualdades de género y la identidad de género: *“Desarrollo de habilidades y empoderamiento de las mujeres para reconocer y defender sus derechos sexuales y reproductivos”, “Incidencia en la modificación del enfoque de género y masculinidades que incrementan la vulnerabilidad para la adquisición de ITS, VIH y sida”, “Diferenciación de las intervenciones en IEC que tienen como objetivo las identidades y la equidad de género y las asimetrías sociales en el acceso a los servicios de prevención”, “Atención diferenciada a víctimas de violencia sexual por razones de género o de identidad de género”.*

Barreras al pleno ejercicio de los derechos de las mujeres que viven con VIH

En relación a las barreras identificadas para el pleno ejercicio de los DDHH de las mujeres que viven con VIH, los países que cumplimentaron el cuestionario enviado por la CIM/OEA y que han aportado esta información tienden a coincidir en que el estigma y la discriminación asociados al estatus serológico, la violencia de género, el débil empoderamiento de las mujeres que viven con VIH, la falta de conocimiento de sus DDHH y las limitaciones de acceso al trabajo son los principales obstáculos, y estarían íntimamente relacionados con las asimetrías que generan las propias desigualdades de género. La violencia y las dificultades de acceso, permanencia y promoción en el ámbito laboral están vinculadas con la discriminación de género, y si a estas desigualdades pre-existentes se les suma la condición de vivir con el VIH, estas brechas podrían profundizarse aún más. En este caso, el género y el estatus serológico se entrecruzan y generan escenarios de mayor vulnerabilidad,

que a su vez se suman a otros determinantes sociales como pertenencia étnica, edad, clase social, nivel educativo, etc. Pocos países identificaron la “pobreza” como un factor importante, estructural y transversal de vulnerabilidad (en este caso sólo Trinidad y Tobago identifica esta barrera), incluso cuando las estadísticas nacionales y regionales muestran claramente un importante déficit de acceso a los recursos por parte de las mujeres, ya que éstas ganan de promedio menos que los hombres y tienen más dificultades para acceder al mercado laboral formal.



3. Situación de los derechos de las mujeres que viven con VIH: avances y desafíos

3.1 Derecho a la vida

Los Estados garantizan este derecho en la medida en que responden a las necesidades de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad, eliminan la discriminación y crean un ambiente propicio al ejercicio de los derechos. Este derecho también implica el acceso a servicios y recursos necesarios para prolongar una vida saludable y activa, así como el respeto a la dignidad e integridad del cuerpo de las mujeres que viven con VIH.

- **Acceso a tratamiento:** En América Latina y el Caribe se han logrado importantes avances en acceso a tratamiento antirretroviral (TAR). Se estimó que en el año 2013, alrededor del 71% de las personas con VIH conocían su estado serológico, el 56% de pacientes que cumplen los criterios para el tratamiento estaban recibiendo terapia antirretroviral y el 77% de las personas en tratamiento llegaron a tener carga viral indetectable. Igualmente, el 35% de nuevos diagnósticos tenían un primer recuento de $CD4 < 200 \text{ cel./mm}^3$ ³⁶, en torno al 71% de pacientes en TAR recibían

³⁶ Se define la notificación de la infección avanzada por el VIH (enfermedad) como la identificación de las personas con VIH avanzado (incluidos solamente los estadios clínicos 3 y 4, o $CD4 < 350 \text{ cel./mm}^3$). Se define la notificación de sida como la identificación y el registro de los pacientes cuando se encuentran por primera vez en estadio clínico 4 o $CD4 < 200 \text{ cel./mm}^3$. Fuente: Vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación de casos: recomendaciones para mejorar y fortalecer los sistemas de vigilancia del VIH. Washington, D.C.: OPS, 2012.

una pauta de tratamiento de primera línea³⁷, el 24%, de segunda línea, y un 5%, de tercera línea. Esto indica que alrededor del 29% de pacientes ya han tenido un fracaso del tratamiento.³⁸ A pesar de estos avances, varios países han identificado los retos de proveer de tratamiento a un mayor número de personas con VIH de las que actualmente tienen acceso.³⁹

Asimismo, la falta de provisión y seguimiento es un problema frecuente en algunos países. En Perú (2009) se estimó la tasa de transmisión vertical puntual en 9,1% a nivel nacional en una cohorte de niños/as nacidos expuestos al VIH en 2007, aunque se puso de manifiesto que aproximadamente el 50% de bebés nacidos expuestos ese año abandonaron el seguimiento y no se pudo determinar su estado serológico. La falta de seguimiento de mujeres con VIH gestantes y de recién nacidos supera el 35% de promedio en Lima y Callao.⁴⁰

Los estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH muestran diferencias de acceso a los ARV, con menores proporciones entre las mujeres trans en Honduras (72,7%) y en Ecuador en las tres poblaciones analizadas: hombres (65,7%), mujeres (63,2%) y mujeres trans (60,7%).⁴¹

37 Según las recomendaciones de la OMS el tratamiento de primera línea debería consistir en 1 INNTI + 2 INTIs, donde uno de ellos debería ser zidovudina (AZT) o tenofovir (TDF). Los diferentes países deberán plantear medidas para reducir (y eventualmente eliminar) el uso de estavudina en regímenes de primera línea debido a su reconocida toxicidad. El tratamiento de segunda línea debería consistir en un inhibidor de la proteasa reforzado con ritonavir (IP/r) + 2 INTIs, donde uno de ellos debería ser zidovudina (AZT) o tenofovir (TDF), según qué se administró en el régimen de primera línea. Atazanavir reforzado con ritonavir (ATV/r) o lopinavir/ritonavir (LPV/r) son los IP de elección. Mientras que las opciones actuales han permitido el progreso de los TAR, el coste en términos de efectos secundarios ha sido considerable. Tanto las PVV como los prestadores de salud reclaman la incorporación progresiva de ARV con menor toxicidad y el mantenimiento de combinaciones de dosis fijas simplificadas al mismo tiempo. Basándose en la evidencia disponible, el TAR inicial debe contener un INNTI (NVP o EFV) combinado con dos INTIs, uno de los cuales debe ser 3TC o FTC y el otro AZT o TDF. Se aconseja a los países elegir un régimen de segunda línea para pacientes que hayan fracasado al TAR de primera línea. Fuente: OMS. Tratamiento antirretroviral de la infección por VIH en adultos y adolescentes. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Edición 2010. Ginebra 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243599762_spa.pdf?ua=1

38 OPS/OMS (2014). Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Washington DC. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/PAHO_LupaReport_Spanish.pdf

39 Avert. HIV and AIDS in Latin America. <http://www.avert.org/hiv-aids-latin-america.htm#sthash.svd2DSj9.dpuf>

40 Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH (2014). Determinantes Psicosociales en la Transmisión Vertical del VIH. Diagnóstico Comunitario Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH. Lima. http://dvcn.aulaweb.org/determinantes_psicosociales_transmision_vertical_VIH.pdf

41 Leyenda aplicable a todas las tablas de datos provenientes de los estudios sobre estigma y discriminación: M= Mujeres, H= Hombres, T= Mujeres Trans.

Tabla 2: Uso actual y acceso a TAR en estudios de estigma y discriminación en seis países latinoamericanos (2008-2014)

Uso y acceso a TAR	Bolivia 2011 (N= 420) %		México 2008 (N= 931) %			Honduras 2014 (N= 720) %			El Salvador 2010 (N=500) %			Ecuador 2010 (N=497) %			República Dominicana 2009 (N=1000) %		
	H	M	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Actualmente toma ARV	55,3	43,5	83,9	90,1	85,7	89,9	93,3	90,9	88,4	87,5	82,8	74,8	77,9	60,7	71,2	67,6	SD
Tiene acceso a los ARV	SD	SD	97,9	98,4	98,6	88	90,7	72,7	96,6	97	100	65,7	63,2	60,7	90,5	88,4	SD

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

- **Asesinatos de personas trans:** La discriminación asociada a la identidad de género también pone en riesgo la vida y la seguridad de las personas trans, en tanto son víctimas de violencia y delitos de odio físicos y sexuales. Cerca del 80% de los asesinatos de personas trans denunciados a nivel mundial tuvieron lugar en América Latina.⁴² Los ejecutores de estos asesinatos tienden a no ser enjuiciados. La impunidad con que se han permitido las vulneraciones de los derechos de activistas y otras mujeres trans no se debe exclusivamente a la impunidad general presente en varios países de América Latina, sino que está motivada en gran medida por la transfobia.⁴³
- **Asesinato de trabajadoras sexuales:** En los últimos años, las organizaciones integrantes de la RedTraSex han registrado los asesinatos de mujeres trabajadoras sexuales. A modo de ilustración, en Honduras se registraron 16 ejecuciones, en El Salvador, 27; en Bolivia, 9; en Chile, 16 casos.⁴⁴ A partir de los casos recopilados y la información brindada por las organizaciones nacionales de trabajadoras sexuales de 13 países de la región, el asesinato de trabajadoras sexuales por su condición de tal se basa en alguna de las siguientes razones: i) se han negado a trabajar o continuar trabajando para un proxeneta, ii) se han negado a abonar “cuotas” para poder ejercer su trabajo a mafias, maras y fuerzas de seguridad, iii) han llevado adelante denuncias contra determinados sectores de poder que buscan lucrarse con el trabajo sexual, iv) por el solo hecho de

42 UNAIDS, Gap Report 2014, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/08_Transgenderpeople.pdf,

<http://cerodiscriminacion.onusida-latina.org/personas-trans/las-violaciones-a-los-derechos-humanos-de-las-personas-trans-aumentan-su-vulnerabilidad-al-vih.html>

43 REDLACTRANS (2012). Impunidad y violencia contra mujeres transgénero defensoras de derechos humanos en América Latina. <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2013/05/Violencia-e-impunidad-Español1.pdf>

44 Situación de derechos humanos de mujeres trabajadoras sexuales en 15 países de las Américas. <https://www.dropbox.com/s/4deiyqxw8bmma8c/Resumen%20Ejecutivo%20informe%20CIDH%202.pdf?dl=0> En inglés, disponible en <http://www.redtralsex.org/Human-rights-situation-of-female.html>

ser trabajadoras sexuales, operando factores de estigma y discriminación, v) por ejercer el trabajo en espacios absolutamente inseguros, lo que se conoce como “zonas liberadas”. La impunidad que rodea estos crímenes es alta pues en muy pocas ocasiones la justicia identifica a los culpables y muchas de las investigaciones ni siquiera se completan.⁴⁵

Acceso de adolescentes y jóvenes a condones: El condón es un método de eficacia comprobada para prevenir la transmisión del VIH en hombres y mujeres si se utiliza correctamente en cada relación sexual. El condón femenino es el único medio de prevención del VIH y otras ITS controlado por la mujer, sin embargo barreras legales, culturales y sociales limitan el acceso a condones masculinos y femeninos, particularmente en la población adolescente y joven, y sobre todo en mujeres. La edad mínima para el acceso libre al condón masculino presenta variaciones según país, con políticas que permiten el acceso desde todas las edades en Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador y Guatemala; 10 años en Honduras, México, Nicaragua y Paraguay; 12 años en Bolivia y Colombia; 13 años en Uruguay; y 14 años en Argentina, Chile y Venezuela. En el marco legal de la mayoría de estos países, la edad de acceso libre a preservativos es generalmente igual o mayor a la edad de consentimiento sexual, con excepción de Argentina donde la edad del consentimiento sexual es 13 años y el acceso a anticoncepción sin permiso de padres o tutores es a partir de los 14 años. En Chile la libre provisión de preservativos empieza a los 14 años y la edad de consentimiento sexual para las relaciones homosexuales es a los 18 años.⁴⁶

VIH y conflicto armado: Los efectos de unos altos niveles de violencia social y de conflicto armado en la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH han sido muy poco documentados. En un estudio realizado en Colombia durante el período 2002-2008 se encontró que la epidemia de VIH ha mostrado una tendencia a expandirse en regiones donde la transmisión del VIH por contacto heterosexual es predominante y donde el conflicto armado tiene una mayor intensidad. Igualmente, este estudio destacó que en el caso de los departamentos que mostraron altas cifras de violencia armada pero bajas tasas de incidencia de VIH y sida habría que tener en cuenta que estos datos podrían ocultar una enorme tasa de sub diagnóstico.⁴⁷

Igualmente, en contextos de desastre las personas que viven con VIH pueden verse afectadas por la interrupción del suministro de ARV, lo que puede resultar en el desarrollo de resistencia a

45 RedTraSex (2015). Violación de los derechos humanos a las mujeres trabajadoras sexuales en catorce países de las Américas

46 UNFPA (2015). Análisis de la legislación y políticas que afectan el acceso de las y los jóvenes a la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. Versión preliminar.

47 NEVARDO MALAGÓN J. Influencia del conflicto armado en el aumento de la incidencia de VIH/sida en Colombia, durante el periodo 2002-2008. <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v52n1/INFLUENCIA%20DEL%20CONFLICTO%20ARMADO.pdf>

los medicamentos. La escasez de alimentos en contextos de emergencia también tiene severas implicaciones para algunas personas que viven con VIH, ya que la desnutrición puede acelerar la progresión de la infección.⁴⁸

3.2 Derecho a la no discriminación e igualdad ante la ley

La garantía de este derecho implica la prevención de actos discriminatorios, la protección de las personas que viven con VIH y su integración en las políticas públicas de desarrollo. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH continúan siendo un obstáculo grave para impulsar una respuesta eficaz al VIH en la región, y afectan a las distintas esferas de la vida de las personas que viven con VIH.⁴⁹

En los informes del GARPR 2011, 29 países de América Latina y el Caribe reportaron que el estigma y la discriminación están incorporados en su plan nacional de VIH y 12 de ellos manifestaron contar con programas para abordar este tema.⁵⁰ Se desconoce si estos planes y programas abordan de manera específica los aspectos de género del estigma y la discriminación.

Tabla 3: Países que informan haber incorporado el estigma y la discriminación de personas con VIH en el plan nacional de VIH y que cuentan con programas específicos (GARPR, 2011)

Estigma y discriminación incluidos en Plan Nacional de VIH	Programas sobre estigma y discriminación de personas con VIH
Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela.	Argentina, Belice, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Perú y Surinam.

Fuente: ONUSIDA. AIDSINFO.

48 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. VIH, Sida y desastres naturales. <https://www.ifrc.org/PageFiles/99874/WDR-2008summary-SP-LR-6.pdf>

49 ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Ginebra. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf

50 UNAIDS. AIDSINFO. A.I.2.2 Reduction of stigma and discrimination included in plan. <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/dataview.aspx>

La existencia de programas o acciones sobre estigma y discriminación no transforma prácticas institucionales y sociales de manera automática. Los estudios sobre estigma y discriminación en América Latina muestran altos niveles de exclusión social, registrándose diferencias entre hombres, mujeres y mujeres trans. La proporción de personas que manifiesta haber sido excluida de actividades sociales oscila entre el 31,4% en las mujeres trans en México y el 6% en mujeres de Ecuador y Honduras. El porcentaje de mujeres que expresa haber experimentado alguna forma de discriminación alcanza el 40,7% en El Salvador, el 17,1% en República Dominicana, el 55% en Paraguay y el 4% en Guatemala.

Las mujeres manifiestan haber sufrido exclusión de actividades familiares en proporciones que oscilan entre un 20,3% (Nicaragua) y un 3% (Guatemala), y las mujeres trans entre un 28,5% (Paraguay) y un 11,1% (Nicaragua). La proporción de mujeres que informó haber sido excluida de actividades religiosas fue del 3,5% en México, el 5,8% en Honduras, el 3,7% en República Dominicana y el 5,5% en Paraguay.

Entre un 65,7% de las mujeres en República Dominicana y un 20,4% en Guatemala informan haber sido objeto de murmuraciones, mientras que en las trans variaba entre el 100% en Paraguay y el 77,8% en Nicaragua. La proporción de mujeres que reportó discriminación por parte de otras personas con VIH fue de 14,3 % en Nicaragua, 6,7% en México, 6,5% en República Dominicana y 9,5% en Paraguay; mientras que en las trans fue de 29,6% en Nicaragua, 20,7% en México, 39,3% en Ecuador y 14,2% en Paraguay.

Tabla 4: Experiencias de discriminación en estudios de estigma y discriminación en ocho países latinoamericanos (2008-2014)

Formas de discriminación	Nicaragua 2013 (N= 801) %			México 2008 (N= 931) %			Honduras 2014 (N= 720) %			Guatemala 2011 (N=500) %			El Salvador 2010 (N=500) %			Ecuador 2010 (N=497) %			República Dominicana 2009 (N=1000) %			Paraguay 2010 (N=256) %			
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	
Exclusión de actividades sociales	15,1	14,5	22,2	11,3	12,5	31,4	8,4	6,7	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Ha experimentado alguna forma de discriminación	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	4,1	4,3	SD	23,2	40,7	34,5	SD	SD	SD	12,8	17,1	SD	55,3	55	100	
Exclusión de actividades familiares	14,9	20,3	11,1	8,6	8,7	21,4	4,1	5,4	SD	4,2	3,1	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	9,7	13,1	SD	15,4	16,6	28,5	
Exclusión de actividades religiosas y de culto	SD	SD	SD	2,1	3,5	9,3	5,4	5,8	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3,3	2,9	SD	2,3	3,7	SD	3,2	5,5	SD	
Objeto de murmuraciones	43,1	46,7	77,8	62,8	53,8	94,3	SD	SD	SD	18,2	20,4		21,5	37,4	31	SD	SD	SD	58,6	65,7	SD	55,2	55,5	100	
Discriminación por otras personas con VIH	11	14,3	29,6	14,4	6,7	20,7	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	39,3	7,4	6,5	SD	8,1	9,5	14,2	

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

También se registran prácticas discriminatorias en servicios dentales y de salud sexual y reproductiva. En estudios sobre estigma y discriminación de cinco países de América Latina, la proporción de personas que manifestaron que se les había negado algún servicio de salud, incluida la asistencia dental, debido a su condición de VIH en los últimos 12 meses oscila entre el 8,8% en México y el 13,8% en Paraguay, entre hombres; entre el 10,2% en México y el 20% en Paraguay en mujeres; mientras que en México y Ecuador, los dos países que disponen de esta información, alcanza el 37,9% y 39,3% respectivamente en mujeres trans. El porcentaje de mujeres que reportó que se le habían negado servicios de planificación familiar debido a su condición de VIH en los últimos 12 meses fue del 4,2% en México, el 3,3% en Guatemala, el 6% en Ecuador y el 2,7% en República Dominicana, mientras que en los 12 meses anteriores a la encuesta se le habían negado servicios de SSR por su condición de VIH a un 3,8% en México, 1,3% en Guatemala y 1,8% en República Dominicana.

Tabla 5: Experiencias de discriminación en servicios dentales y de salud sexual y reproductiva en estudios de estigma y discriminación en ocho países latinoamericanos (2008-2014)

Prácticas discriminatorias	México 2008 (N= 931) %			Guatemala 2011 (N=500) %			Ecuador 2010 (N=497) %			República Dominicana 2009 (N=1000) %			Paraguay 2010 (N=256) %		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
En los últimos 12 meses se le ha negado algún servicio de salud, incluida la asistencia dental, debido a su condición de VIH	8,8	10,2	37,9	5,6	7,5	SD	12	12,7	39,3	6,8	10	SD	13,8	20,6	SD
En los últimos 12 meses se le han negado servicios de planificación familiar debido a su condición de VIH	1	4,2	0,7	2,1	3,3	SD	4,9	6	39,3	2,1	2,7	SD	SD	SD	SD
En los últimos 12 meses se le han negado servicios de SSR por su condición de VIH	0,4	3,8	1,4	2,1	1,3	SD	SD	SD	SD	1,2	1,8	SD	SD	SD	SD

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

Otras fuentes han documentado la discriminación contra mujeres que viven con VIH en los servicios de salud. En el *Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica* se encontró que el 41% de las mujeres entrevistadas en México, el 35% en Nicaragua, el 54% en Honduras y el 46% en El Salvador reportaron haber percibido alguna actitud discriminatoria por parte del personal de salud. Entre las situaciones que ilustran estas actitudes se encuentran las siguientes: se les recrimina o “echa en cara” que vivan con la enfermedad, se les culpabiliza por su embarazo o por haber transmitido el virus verticalmente antes de conocer el diagnóstico, se asocia su padecimiento con su identidad (i.e. ser “sidoso”) y se les despide de manera injustificada. Igualmente, las entrevistadas informaron que en ocasiones se niega a las mujeres la

ejecución de procedimientos médicos/quirúrgicos (ej. no revisión ginecológica a mujeres con VIH, no se realizó una cirugía en columna, no querían atender su parto). Asimismo, reportaron otras prácticas de exclusión de las mujeres por vivir con VIH por parte de personal médico, como obligar a las mujeres a ser visitadas en último lugar o hablarles desde la puerta del cuarto. La expresión más extrema de la discriminación es la práctica de esterilización involuntaria a las mujeres que viven con VIH, la cual se reporta en los cuatro países estudiados.⁵¹

Igualmente en Perú, un estudio mostró el trato desigual que otorga a las personas viviendo con VIH el personal de salud, encontrándose que aproximadamente el 5% de las personas entrevistadas indicó que le fue negado algún tipo de servicio de planificación familiar o salud reproductiva y más del 25% señaló que nunca se le ofreció ninguno. Más de la cuarta parte de participantes refiere haber recibido un trato distinto al resto pacientes.⁵² Situaciones similares fueron reportadas en 2013 por una significativa proporción de las 386 mujeres de los 18 países de América Latina en los que tiene presencia ICW Latina, en el marco del Monitoreo de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres con VIH, encontrándose que en cuanto a los procesos de la atención y el tiempo de espera promedio en la consulta, el 34% eran atendidas en menos de 1 hora, el 27% en menos de 2 horas y el 38% en un período superior a 2 horas. En este último caso, las mujeres con VIH refieren discriminación porque son atendidas mucho más tarde que otras mujeres que demandan los servicios de salud sexual y reproductiva.⁵³

En el caso de las trabajadoras sexuales, el estigma desempeña un rol importante en los patrones de utilización de servicios de salud. En un estudio en el que participaron 1.006 mujeres trabajadoras sexuales realizado por la RedTraSex (2013), las entrevistadas reportaron que tienen que acudir a visitas médicas lejos de donde viven para evitar que en su casa o en su barrio se enteren que se dedican al trabajo sexual o acceder a servicios de salud ubicados lejos de la zona donde trabaja para que las y los proveedores no sepan a qué se dedica. El objetivo de estas estrategias de búsqueda de servicios es el de evitar posibles situaciones de discriminación por parte de las personas cercanas y/o de proveedores de servicios de salud. El 33% reportó que no quiso ir al hospital o servicio de salud para no tener que dar explicaciones sobre su trabajo, un tercio informó sobre experiencias de discriminación y violencia hospitalaria, incluyendo hostilidad por parte del personal administrativo o

51 Avalos Capín J.(2013). Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica. Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C. México. <http://dvcn.aulaweb.org/mod/data/drx.php?ID=223>

52 Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano - IESSDEH.(2012). "... y me di cuenta que el sida no es sinónimo de muerte". Diagnóstico del acceso a servicios y programas de prevención de salud sexual y reproductiva por parte de las personas viviendo con VIH.

53 ICW Latina (2013). Resultados de aplicación de herramienta de monitoreo de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres con VIH – 2013. <http://dvcn.aulaweb.org/mod/data/drx.php?ID=222>

tener que cambiar de hospital o servicio, y un 13% afirmó que les negaron directamente la atención. En ocasiones no son profesionales de salud quienes discriminan o dificultan el acceso en sentido estricto, sino el contexto marcado por la persecución y el estigma del trabajo sexual.⁵⁴

Las organizaciones de mujeres trabajadoras sexuales de los países incluidos en el estudio informaron que la mayoría de las trabajadoras sexuales nunca realizan denuncias cuando no se respetan sus derechos. El principal motivo para no hacerlo es el miedo, seguido de falta de confianza en el proceso, discriminación de quienes registran la denuncia, y amenazas y desconocimiento sobre el proceso judicial. Entre otras razones referidas aparece el temor a que las familias conozcan su “doble vida”. Esta situación permite evidenciar que el hecho de mantener oculta su actividad económica constituye para las mujeres trabajadoras sexuales un factor de vulnerabilidad, que además perpetúa la impunidad de los crímenes cometidos en su contra. Quienes han pasado por un proceso judicial lo describen como *“una experiencia amarga”*, en la que vivieron *“maltrato y abuso por parte de la policía”*, y *“muy dura, ya que las puertas se nos cierran cuando se enteran de que nuestra profesión es el trabajo sexual”*. Además, quienes han vivido estos procesos como inculpadas refieren otros tipos de violación de sus derechos. Como casos particulares podemos reflejar denuncias recibidas en países como Bolivia o Colombia: *“Me golpearon los policías y me metieron en una jaula con compañeros y locos que me robaron hasta los zapatos y uno de ellos me violó y los policías se hicieron los bobos [...] después de que el compañero me violó quedé con una venérea y los policías no hicieron nada”* (Nancy, trabajadora sexual de Colombia). En Bolivia, en el mes de octubre del 2014, en un operativo policial en bares y burdeles clandestinos, culminó con 20 trabajadoras sexuales detenidas en celdas de la Fuerza Especial de Lucha contra el Crimen, por el supuesto delito de atentado a la salud pública. *“Las compañeras fueron agredidas verbalmente por efectivos del orden y otras tantas agredidas físicamente; en el momento de ser trasladadas a muchas se nos solicitó presentar las credenciales de salud, sin embargo estos documentos no fueron dados a conocimiento de las autoridades en salud, lo cual causó muchas molestias a las trabajadoras sexuales porque por más que acreditábamos tener la credencial de la salud, se nos acusaba igual”*.

En el caso de las mujeres trans, en muchos países no se emite documento de identidad en el cual el género con el que la persona se identifica a sí misma puede diferir de su sexo biológico. Esta situación puede constituir una barrera de acceso al empleo, a la atención médica, a la posibilidad de viajar fuera del país así como a la participación en distintas esferas del ejercicio de la ciudadanía. Las personas trans también se enfrentan a la discriminación por parte de sus familias, comunidades

54 RedTraSex (2015). Cinco razones por las cuales el trabajo sexual debe ser regulado. Argentina. <http://www.redtralsex.org/Cinco-razones-por-las-cuales-el.html>

55 REDLACTRANS (2014). Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans en América Latina y el Caribe. <http://redlac-trans.org.ar/site/wp-content/uploads/2015/03/Informe%20DESC%20trans.pdf>

o grupos étnicos a los que pertenecen, agentes policiales y el crimen organizado.⁵⁵ Otras barreras a la atención médica con que se encuentran las personas trans es el maltrato y la discriminación por parte de profesionales y miembros del personal de los establecimientos de salud, la falta de atención integral diferenciada, así como limitadas capacidades técnicas para atender a las personas teniendo en cuenta la diversidad sexual. En un estudio sobre las necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay en Perú, se encontró que la gran mayoría de las personas entrevistadas reclaman un trato que sea equitativo y respetuoso, y que se atiendan sus necesidades particulares, y prefieren ser atendidas en establecimientos de salud donde se les garantice el buen trato, la calidez y la no discriminación, antes que en establecimientos que cuenten con equipamiento, infraestructura y medicamentos completos, pero que no puedan garantizar el buen trato y la no discriminación.⁵⁶

En Brasil, las intervenciones para reducir el estigma relacionado con el VIH son escasas y se llevan a cabo a nivel comunitario en proyectos de prevención de VIH.⁵⁷

Los informes GARPR (2011 y 2014) indican que en ALC hay 14 países en los que el trabajo sexual es ilegal, 18 países manifiestan contar con leyes que protegen los derechos de las personas privadas de libertad, 20 con leyes que protegen a las y los jóvenes y 4 con leyes que protegen a las personas usuarias de drogas inyectables.

Tabla 6: Marco legal para poblaciones clave en América Latina y el Caribe según informes GARPR 2011 y 2014

18 países que reportan contar con leyes que protegen a las personas privadas de libertad (GARPR 2011)	14 países donde el trabajo sexual es ilegal (GARPR 2014)	20 países que reportan contar con leyes que protegen a las y los jóvenes (GARPR 2011)	4 países que reportan contar con leyes que protegen a las personas usuarias de drogas inyectables (GARPR 2011)
Bahamas, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, República Dominicana, Venezuela Panamá y Uruguay.	Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam y Trinidad y Tobago.	Antigua y Barbuda, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Jamaica, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Venezuela, Santa Lucía y Uruguay	Colombia, Ecuador, Guatemala y Uruguay

56 Velarde Ramírez, Chaska T (2011). La igualdad en lista de espera: necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, Lima. <http://promsex.org/images/docs/Publicaciones/LaigualdadenlistadeesperaNecesidades.pdf>

57 ZUCCHI, Eliana Miura; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; FRANCA JUNIOR, Ivan (2013).

Existen importantes lagunas de información sobre determinadas poblaciones y están vinculadas en cierta medida al estigma y la exclusión social que invisibiliza a esas poblaciones en los estudios de primera y segunda generación de vigilancia epidemiológica. Por ejemplo, la mayoría de los países de América Latina tiene población indígena, por lo que la ausencia de estudios que muestren los factores, incluyendo los de género, que impactan en la dinámica de la epidemia de VIH entre sus comunidades, así como las condiciones de las mujeres indígenas que viven con VIH, es fiel reflejo de la marginalidad social en que se desenvuelven sus vidas y el limitado progreso en el abordaje de la etnicidad.⁵⁸ Es igualmente preocupante la falta de información sobre el VIH en mujeres usuarias de drogas, privadas de libertad, migrantes y con discapacidad, entre otras.

3.3 Derecho al más alto nivel de salud

El acceso a una atención de salud adecuada y de calidad, así como a condiciones de vida que garanticen el bienestar físico y mental son aspectos clave para garantizar el derecho a la salud.

Cobertura y aseguramiento en salud: Las mujeres que viven con VIH han de enfrentarse a importantes barreras para lograr un estado satisfactorio de salud física y mental, incluyendo un acceso limitado a un seguro sanitario. En un estudio realizado en Argentina se encontró que el 70% de las mujeres positivas carece de cobertura sanitaria, más allá de la atención pública. Sólo el 23% tiene cobertura social (a través de su propio empleo, o a través de su cónyuge o algún familiar), y una pequeña proporción dispone de un servicio de emergencia o de una cobertura privada.⁵⁹ En un estudio sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral de mujeres colombianas con VIH se encontró que las principales barreras están determinadas estructuralmente por el sistema de salud vigente, basado en el mercado de los seguros. Las mujeres ven violados sus derechos al tratamiento oportuno y continuo, a la confidencialidad y a la no discriminación, así como a la atención integral con enfoque de género, por lo que se ve afectada su adherencia al tratamiento.⁶⁰ En algunos países, el elevado precio de los medicamentos para la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas asociadas constituye uno de los retos para la atención y el tratamiento del VIH.⁶¹

58 Volkow P et al. La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. Actualizaciones EN SIDA. Buenos Aires Noviembre 2012. Volumen 20, número 78:111-119. <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-78-111-119.pdf>

59 Binstock G, Manzelli H, Hiller R, Bruno M (2012). Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina. Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida, Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida, CENEP-CONICET, Instituto Gino Germani (UBA), ONUSIDA. <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/MujeresVIHPV/pdf/informeFinalMujeresVIH.pdf>

60 Arrivillaga-Quintero M. Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. Salud pública Méx vol.52 n.4 Cuernavaca Jul./Aug. 2010. http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342010000400011&script=sci_arttext

61 ONUSIDA, OPS/OMS y UNICEF (2009). Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009 <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Retos%202009%20espanol%20final.pdf>

En el estudio regional de la RedTraSex (2014) se encontró que el sistema público de salud ofrecido por el Estado, y que en muchos países es total o parcialmente gratuito, cubre a casi ocho de cada 10 encuestadas. El 10% tiene Obra Social, Seguro Social o Sindical; el 8% accede a médico particular pagando los servicios de su propio bolsillo, y el 3% recurre a planes privados de medicina pre-pago. En algunos casos, las mujeres prefieren pagar el servicio y/o acudir a una clínica privada para asegurarse una buena atención considerando el paradigma de paciente como consumidora; o se ven obligadas a pagar la atención privada para evitar situaciones de hostilidad y estigma. Además, la obligatoriedad de realizar controles de salud entre las trabajadoras sexuales tiene implicaciones en las razones para su realización, ya que el 32% afirmó haber consultado en el último año “porque estaba obligada a someterse a controles impuestos por el carnet sanitario u otra disposición legal” y una proporción similar manifiesta que lo hizo “porque la obligaron en su trabajo a hacerse un control”. Estos porcentajes son significativamente más altos en los países con reglamentaciones que así lo exigen.

Los sistemas sanitarios de América Latina y el Caribe adolecen de problemas sistémicos que limitan la cobertura de los servicios tanto para la población general como para grupos específicos, como es el caso de las mujeres que viven con VIH. La OPS/OMS (2014) ha planteado que la falta de universalidad del acceso y la cobertura apropiada tiene un considerable coste social, con efectos catastróficos sobre los grupos poblacionales que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad⁶²; y esto es especialmente relevante en el caso de las personas que viven con VIH. Cuando el acceso a los servicios integrales no está asegurado, las mujeres que viven con VIH incurren en mayores gastos, pierden una significativa parte de sus ingresos al tiempo que se ven conculcados derechos clave como el derecho al estado óptimo de salud, a la vida o al trabajo, entre otros. A su vez, esta situación genera un círculo vicioso que vincula la infección por VIH con la pobreza entre las mujeres VIH positivas. Cabe destacar que un 30% de la población de la región no tiene acceso a la atención por razones financieras y un 21% ni siquiera puede buscar atención debido a barreras geográficas.⁶³

En lo que se refiere al acceso a servicios de salud y tratamiento, el estudio de ICW Latina “Resultados de aplicación de herramienta de monitoreo de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres con VIH” (2013) reveló que hay países en los que las mujeres que viven con VIH tienen que aportar una cuota monetaria para acceder al tratamiento. Se identificaron barreras al acceso asociadas a

62 OPS/OMS. Estrategia para la cobertura universal de salud. 154a Sesión del Comité Ejecutivo. CE154/12 12 de mayo del 2014. Washington DC. <http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/chikungunya/CE154-12-s.pdf>

63 OPS/OMS. Estrategia para la cobertura universal de salud. 154a Sesión del Comité Ejecutivo. CE154/12 12 de mayo del 2014. Washington DC. <http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/chikungunya/CE154-12-s.pdf>

la distancia de los establecimientos de salud, una espera superior a dos horas para ser atendidas, y la discriminación que encuentran en los servicios. El 93% de las entrevistadas manifiesta tener acceso a los antirretrovirales. Las dificultades más frecuentes son el tiempo que han de dedicar y el trato médico que reciben durante la atención. Igualmente, el servicio se limita a la prescripción del tratamiento sin explorar posibles reacciones medicamentosas adversas ni otras patologías asociadas.⁶⁴

Por otro lado, aun cuando los problemas de salud mental en las mujeres que viven con VIH son significativos y afectan a su bienestar en general, al tiempo que pueden dificultar la adhesión a los tratamientos médicos y farmacológicos específicos, la atención a este problema es muy limitada.⁶⁵

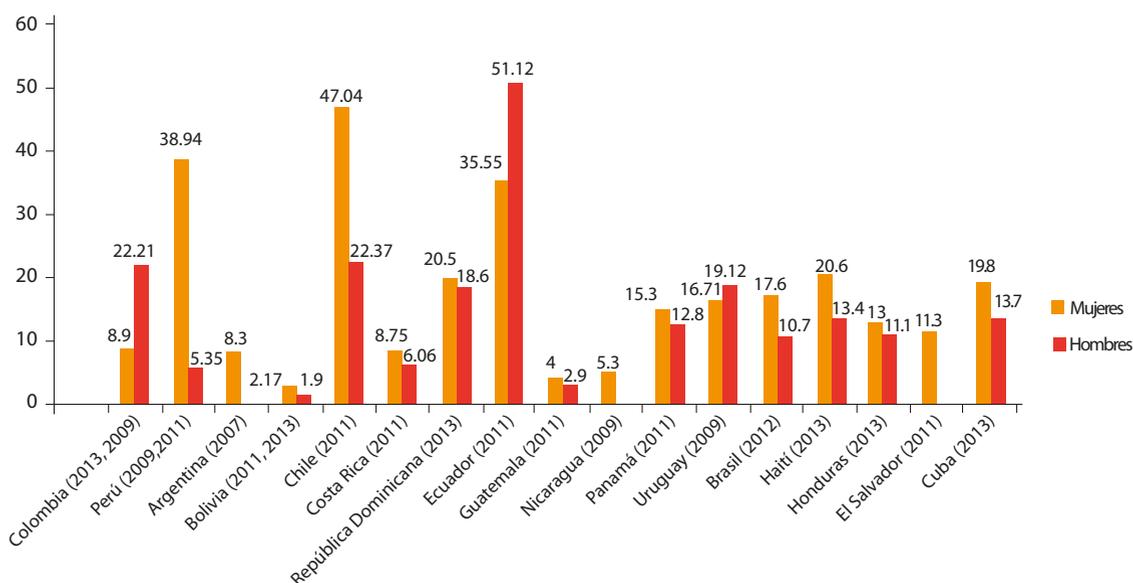
Acceso a la prueba de VIH: Para expandir el acceso al tratamiento es necesario facilitar el acceso a la prueba del VIH y la oferta de consejería. En 17 países, la proporción de mujeres de 15 a 49 años que se ha hecho la prueba de VIH en los 12 meses anteriores a la encuesta fluctúa entre el 2% en Bolivia y el 47% en Chile, y en hombres del mismo grupo etario, entre un 2% en Bolivia y un 51% en Ecuador. En seis de los 17 países se registra una diferencia a favor de las mujeres de cinco puntos porcentuales o más en comparación con los hombres: Perú (38,9% vs 5,3%), Chile (47% vs 22,4%), Brasil (17,6% vs 10,7%), Haití (20,6% vs 13,4%); y Cuba (19,8% vs 13,7%). Es esencial aumentar en forma considerable la demanda de la prueba del VIH en poblaciones clave vulnerables de la región, lo cual debe ir acompañado de procesos de mejora continua de la calidad, incluyendo la forma en que se organizan los servicios, la solidez de los sistemas de vigilancia, la idoneidad de la infraestructura y los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.⁶⁶ Las barreras de acceso a la prueba de VIH conducen a la acumulación de diagnósticos tardíos.

64 ICW Latina (2013). Resultados de aplicación de herramienta de monitoreo de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres con VIH – 2013. <http://dvcn.aulaweb.org/mod/data/drx.php?ID=222>

65 Obiols, M. Julieta; Stolkner, Alicia I. Importancia de la inclusión de la salud mental en la atención integral de mujeres que viven con vih/Sida. Ciencia, Docencia y Tecnología, vol. XXIII, núm. 45, noviembre, 2012, pp. 61-80 Universidad Nacional de Entre Ríos, Concepción del Uruguay, Argentina. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14525317003>

66 UNAIDS. Treatment 2015. http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2484_treatment-2015_es.pdf ONUSIDA.

Gráfico 1: Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años con prueba de VIH en los últimos 12 meses (2007-2013)



Fuente: UNAIDS, Treatment 2015

En los estudios de estigma y discriminación de siete países, la proporción de mujeres que reportó que se le realizó la prueba sin su consentimiento oscila entre un 5,3% (Guatemala) y un 13,4% (El Salvador) y entre un 2,9% (México) y un 14,2% (Paraguay) entre las trans. Las mujeres que indican no haber recibido consejería cuando hicieron la prueba de VIH fluctúa entre un 19,7% (El Salvador) y un 37,5% (México); y entre las trans es de un 21,4% en México y un 37,9% en El Salvador.

Tabla 7: Personas que reportan haberse hecho la prueba de VIH forzada o sin consentimiento y provisión de consejería en estudios de estigma y discriminación en siete países latinoamericanos (2008-2014)

Pruebas de VIH		México 2008 (N= 931) %			Honduras 2014 (N= 720) %			Guatemala 2011 (N=500) %			El Salvador 2010 (N=500) %			Ecuador 2010 (N=497) %			República Dominicana 2009 (N=1000) %			Paraguay 2010 (N=256) %		
		H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Mi decisión de hacerme la prueba fue:	Se me forzó a hacerme la prueba	2,9	4,5	2,9	SD	SD	SD	2,3	3,8		2,3	3	3,4	SD	SD	SD	6	3,7	SD	SD	SD	SD
	Se me hizo la prueba sin mi consentimiento	8,8	10,9	2,9	SD	SD	SD	5	5,3		17,8	13,4	3,4	13,5	12,9	SD	6,2	8,6	SD	7,3	10	14,2
No recibí consejería		41,3	37,5	21,4	25,3	23,8	0	23,1	22,5		22	19,7	37,9	30,2	34,3	SD	23,9	30	SD	SD	SD	SD

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

La RedTraSex ha indicado que la existencia de pruebas sin consentimiento, forzadas o cuyos resultados no se mantienen confidenciales es algo que denuncian trabajadoras sexuales de casi todos los países. Un alto porcentaje de mujeres encuestadas fueron obligadas a hacerse un análisis por ser trabajadoras sexuales: 37,3 por ciento de la muestra total, con un muy alto porcentaje (60,1%) en la Andina. Aquí se puede observar cómo un derecho se transforma arbitrariamente en una obligación. En relación a la atención previa y posterior a la prueba: siete de cada 10 de las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas que alguna vez se realizaron la prueba de VIH recibieron algún tipo de orientación o consejería antes del análisis. Algo más de un cuarto de ellas no recibió nunca este tipo de orientación previa, mientras que aproximadamente un tercio de las encuestadas que se realizaron la prueba de VIH no recibió ningún tipo de orientación o consejería cuando le dieron el resultado (negativo o positivo).⁶⁷

ONUSIDA y la OMS (2012) han planteado que las políticas y prácticas nacionales deberán examinarse para impedir la realización de toda prueba que no sea voluntaria y que no deben efectuarse pruebas obligatorias o bajo coacción a ninguna persona, incluyendo individuos pertenecientes a grupos de riesgo elevado de contraer el VIH y otros grupos vulnerables, como son las mujeres embarazadas, las personas usuarias de drogas inyectables y sus parejas sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, las y los trabajadores sexuales, personas privadas de libertad, personas inmigrantes, refugiadas o desplazadas y personas trans. Los cinco componentes elementales de los programas de prueba y consejería son: consentimiento, confidencialidad, orientación, resultados correctos de la prueba y vínculo con la prevención, asistencia y el tratamiento.⁶⁸

En ALC se han desarrollado algunas iniciativas de atención integral en salud a mujeres que viven con VIH, como es el caso de la Clínica Condesa de la Ciudad de México, que ofrece atención a mujeres en situación de alta vulnerabilidad incluyendo: detección y atención de VIH, Virus del Papiloma Humano y otras ITS; apoyo para la detección de cáncer de mama a través del Inmujeres D.F. y cáncer cervical uterino, anticoncepción de emergencia, interrupción legal del embarazo y seguimiento y control del embarazo. Cuenta con una Mesa interinstitucional de acciones afirmativas para mujeres con VIH que facilita la implementación de un modelo de atención que incorpora la referencia y la contra referencia. El modelo favorece el acceso a programas de fomento del autoempleo, vivienda, atención ante violencia intrafamiliar, poblaciones rurales, etc. Además, dispone de un programa de becas alimentarias para todas las mujeres de la clínica.⁶⁹

67 REDLACTRANS (2014). Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans en América Latina y el Caribe. <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2015/03/Informe%20DESC%20trans.pdf>

68 OMS. Documento normativo sobre las pruebas del VIH y la orientación: La OMS y el UNUSIDA reiteran su oposición a las pruebas obligatorias del VIH. Diciembre de 2012. http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/es/

69 Clínica Especializada Condesa. México. <http://condesadf.mx/mujeres.htm>

3.4. Derecho a una vida libre de violencia

Para garantizar este derecho en el contexto del VIH se requieren medidas dirigidas a: prevenir y responder a las múltiples formas de violencia contra las mujeres, asegurar acceso a la justicia, crear un ambiente de políticas para proteger los derechos de las mujeres con VIH en toda su diversidad y eliminar la violencia institucional, incluyendo la ejercida o tolerada por el Estado. En América Latina y el Caribe, 32 países cuentan con leyes que sancionan sólo la violencia sexual y física, y de esos, únicamente siete países (Antigua y Barbuda, Barbados, Brasil, Honduras, Jamaica, Nicaragua y Perú) incluyen a las mujeres con VIH en sus políticas y/o planes sobre violencia contra las mujeres.⁷⁰

En la región se han realizado diversos estudios sobre violencia contra mujeres que viven con VIH^{71, 72,73} personas trans y trabajadoras sexuales⁷⁴ que dan cuenta del carácter sistémico y continuado de la violencia en todas sus manifestaciones y en las múltiples esferas en las que se desenvuelven sus vidas.

Al mismo tiempo, los estudios sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH permiten comparar las distintas formas de violencia en subgrupos de población en los países en los que la información se desagrega por sexo e identidad de género. En siete países se registraron niveles más altos de agresión y/o amenaza verbal en las trans que en mujeres, exceptuando en El Salvador (6,9% en trans y 17,4% en mujeres), oscilando en las primeras entre el 57% en Paraguay y el 72,1% en México, y en las segundas entre el 9,9% en Guatemala y el 32% en Nicaragua y Ecuador.

La proporción de mujeres que reportó haber experimentado amenaza o acoso físico fluctúa entre un 9,5% (Paraguay) y un 22% en Nicaragua, y de mujeres trans entre el 3,4% en El Salvador y el 42,8% en Paraguay. El porcentaje de mujeres que reportó agresión física fue del 4,3% en El Salvador y el 23,1% en Nicaragua y de trans, entre el 3,4% en El Salvador y el 42,8% en Paraguay.

70 PNUD y ONU Mujeres (2013). El compromiso de los Estados: planes y políticas para erradicar la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Panamá. http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/lac_commitment_of_the_states-sp.pdf

71 Red Guatemalteca Mujeres Positivas en Acción (2007). VIH/sida y violencia contra las mujeres <http://www.actionaidguatemala.org/textos/VIH-SIDA.pdf>. Citado en: Modelo de Políticas y Programas Integrados de VIH y Violencia contra las mujeres. Guatemala. CIM/OEA, 2012. Washington DC.

72 Estudio del Movimiento Latinoamericano de Mujeres Positivas (2012). "Nuestras historias, nuestras palabras" Situación de las mujeres que viven con VIH en 14 países de América Latina.

73 Bianco, Mabel y Mariño, Andrea (2010). Dos caras de la misma realidad: Violencia hacia las mujeres y VIH/sida en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. FEIM. Argentina.

74 Ross Quiroga, Violeta (2013). Huellas de la violencia y el sida en la corporeidad e identidad de las mujeres viviendo con VIH, las trabajadoras sexuales y las mujeres trans de tres ciudades de Bolivia. RedBol. Bolivia. <http://www.onusida-latina.org/images/2013/04-abril/138328495-Estudio-Violencia-en-Tres-Poblaciones-de-Mujeres-en-Bolivia.pdf>

El porcentaje de mujeres que manifestaron haber sentido presión psicológica o manipulación por parte de la pareja osciló entre un 9,2% (Guatemala) y un 19% en Nicaragua y Paraguay, mientras que se situó entre un 11% en México y un 18% en Nicaragua entre las trans.

El porcentaje de mujeres que manifestó haber sufrido rechazo sexual por la condición serológica fue de un 6,7% en Guatemala, un 9,5% en Paraguay, un 11% en Nicaragua, Ecuador y República Dominicana y un 15% en México; entre las mujeres trans fue del 11,1% en Nicaragua, el 20,7% en México, el 39,3% en Ecuador y el 14,2% en Paraguay.

Tabla 8: Experiencias de distintas formas de violencia psicológica, física y sexual en estudios de estigma y discriminación en siete países latinoamericanos (2008-2014)

Variables	Nicaragua 2013 (N= 801) %			México 2008 (N= 931) %			Guatemala 2011 (N=500) %			El Salvador 2010 (N=500) %			Ecuador 2010 (N=497) %			República Dominicana 2009 (N=1000) %			Paraguay 2010 (N=256) %		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Agresión /amenaza verbal	26,5	31,8	66,7	28,4	26,9	72,1	10	9,9	SD	7,3	17,4	6,9	26,5	30,5	SD	24,3	28,8	SD	25,2	25,3	57,1
Amenaza/ acoso físico	17	22	37	15,2	10,9	51,4	SD	SD	SD	4,2	7,5	3,4	17,1	17,5	SD	12,1	15,1	SD	11,3	9,5	42,8
Agresión física	15,8	23,1	25,9	13,6	16	38,6	2,3	4,3	SD	2,3	4,6	3,4	SD	SD	SD	9,1	11,8	SD	7,3	8,7	42,8
Presión psicológica/ manipulación por parte de su esposo/a o pareja sexual en la que su condición de VIH haya sido usada en su contra	11,3	19,6	18,5	9,2	11,9	11,4	6,5	9,2	SD	SD	SD	SD	13,3	13	SD	8	11,6	SD	18,6	19	14,2
Rechazo sexual como resultado de su condición de VIH	17	15,9	11,1	21,5	15,4	20,7	8,1	6,7	SD	SD	SD	SD	12	11,1	39,3	15,6	11,2	SD	19,5	9,5	14,2

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

En el estudio regional de la RedTraSex (2014) se encontró que el 18% de las encuestadas manifestó haber recurrido al médico o servicio de salud en el último año por haber sido víctima de golpes o violencia. El 27% de las trabajadoras sexuales en América Central y el Caribe dijo haber consultado por la misma causa, proporción que supera en un 10% al del total de la región, lo que motivó a la RedTraSex para elaborar la Guía de Buenas Prácticas para el Personal del Sistema de Salud

(RedTraSex, 2015)⁷⁵. La falta de leyes que regulen el trabajo sexual en algunos países genera un marco dentro del cual, amparadas en inconstitucionales normas administrativas, las fuerzas de seguridad persiguen, detienen arbitrariamente, extorsionan y amenazan a las trabajadoras sexuales, y hasta allanan y clausuran sus domicilios particulares.

La International HIV/AIDS Alliance y la OMS han señalado que debido a la ilegalidad y/o estigmatización del trabajo sexual en muchos países, las trabajadoras sexuales son marginadas con frecuencia, lo que aumenta su riesgo de sufrir violencia: pueden trabajar solas, en zonas no conocidas y sin protección policial; pueden no tener posibilidades de desarrollar redes de apoyo que las ayuden a evitar clientes o lugares peligrosos; y pueden buscar la protección de bandas u otros grupos que viven al margen de la ley, lo cual las pone en mayor peligro de explotación y maltrato. Igualmente, las trabajadoras sexuales pueden encontrar barreras, como un bajo nivel de conocimiento de sus derechos o limitaciones para reconocer las distintas formas de violencia ejercidas contra ellas, que disminuyen la probabilidad de que denuncien la violencia, a lo cual se añaden las limitadas opciones para prevenir futuros actos de violencia.⁷⁶

Cabe destacar que las mujeres que temen ser objeto de violencia tiene menos capacidad para protegerse de la infección por VIH ya que tienen menos poder para negociar sexo seguro y para rechazar las relaciones sexuales no deseadas, no se realizan la prueba para detectar el VIH y no buscan tratamiento después del diagnóstico.⁷⁷ En República Dominicana, en el estudio “Nuevas evidencias del vínculo entre violencia contra la mujer y VIH” (2011), se encontró que la experiencia de violencia a temprana edad está directamente vinculada con comportamientos de riesgo, incluyendo el uso de sustancias para hacer frente al abuso, enfermedad mental debido al abuso, redes sociales más arriesgadas, y aumento de la probabilidad de tener sexo sin protección. Igualmente, las mujeres con niveles más bajos de educación cuentan con menos información sobre medidas de prevención de VIH y también se sienten menos empoderadas para negarse a tener relaciones sexuales, en comparación con sus contrapartes de mayor nivel educativo.⁷⁸

75 RedTraSex (2015). “Ponte en nuestros zapatos” Guía de Buenas Prácticas para el Personal del Sistema de Salud”. http://www.redtralsex.org/IMG/article_PDF/Ponte-en-nuestros-zapatos-Gua-de_a1844.pdf

76 ONU Mujeres. Trabajadoras sexuales. <http://www.endvavnow.org/es/articulos/687-trabajadoras-sexuales.html?next=688>

77 Kata Fustos (2011). La violencia de género aumenta el riesgo del VIH/SIDA para la mujer en los países del África subsahariana. Population Reference Bureau. <http://www.prb.org/SpanishContent/2011/gender-based-violence-hiv-sp.aspx>

78 ONUSIDA y UNFPA. Nuevas evidencias del vínculo entre violencia contra la mujer y VIH Informe Final, octubre 2011. http://countryoffice.unfpa.org/filemanager/files/dominicanrepublic/nuevas_evidencias_mujer_y_vih.pdf

3.5. Derecho a no ser sometida a trato cruel, inhumano o degradante

Las garantías para el ejercicio de este derecho incluyen la penalización de los actos de tortura así como su investigación, prevención y sanción. En América Latina y el Caribe, muchas de las poblaciones clave se encuentran con barreras de acceso a recursos de información, prevención y atención, sufren hostilidad, denegación de servicios u otras formas de discriminación en distintas esferas de sus vidas.

Esterilización coercitiva o forzada: Ha sido una de las violaciones de derechos de las mujeres que viven con VIH que más interés y movilización ha generado en la región. La esterilización forzada implica la violación de una serie de derechos protegidos internacionalmente, incluyendo el derecho a la integridad física y mental y a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes: artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 16 (1) de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, artículo 6 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. El Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica encontró que del total de 337 mujeres entrevistadas, 20 de ellas reportaron haber sido presionadas u obligadas para esterilizarse en México,, siete en Nicaragua, seis en Honduras y diez en El Salvador; entre estos casos se incluyen desde la insistencia e intimidación hasta la esterilización forzada⁷⁹. En 2015 se dictó sentencia en El Salvador del juicio del caso de amparo por la realización de esterilizaciones forzadas a mujeres que viven con VIH sobre la base de que habían sido violados sus derechos.⁸⁰

Esterilizaciones forzadas o coercitivas

"Las enfermeras me obligaron a firmar. Me preguntaron más de tres veces y me amenazaron que si no, no me harían la cesárea. Por la presión, no tuve otra opción más que firmar..." - Salvadoreña, 19 años, separada, 1 hijo.

"Me forzaron a aceptar la esterilización diciéndome que si no no me ayudarían a conseguir leche para mis hijos!" - Salvadoreña, 35 años, casada, 3 hijos.

"Durante la cesárea y bajo los efectos de la anestesia, la obligaron a esterilizarse para que ya no tuviera más hijos. No firmó consentimiento. Cuando estaba en recuperación de la anestesia, vio que tenía el dedo manchado de tinta!" - Mexicana, 27 años, unión libre, 2 años.

"Tenía un problema en el abdomen, pero en lugar de operarla para aliviarle el dolor, la esterilizaron sin su consentimiento!" - Salvadoreña, 39 años, casada, 2 hijos.

Fuente: Avalos Capín J (2013). Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica. Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C.

79 Avalos Capín J (2013). Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica. Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C. México. <http://dvcn.aulaweb.org/mod/data/drx.php?ID=223>

80 AIDS MAP. <http://www.aidsmap.com/org/7983/page/1868839/>

Tabla 9: Casos de coacción por parte de algún profesional de la salud para hacerse la esterilización en estudios de estigma y discriminación en siete países latinoamericanos (2008-2014)

	Colombia (N=1000) %			México 2008 (N= 931) %			Honduras 2014 (N= 720) %			Guatemala 2011 (N=500) %			El Salvador 2010 (N=500) %			Ecuador 2010 (N=497) %			República Dominicana 2009 (N=1000) %		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Alguna vez se sintió coaccionada/o de parte de algún profesional de la salud para someterse a la esterilización	3,3	26,1	1,6	24,4	50	8,6	1,9	17,6	SD	11,8	20,6		2	14,4	SD	13,6	11,1	SD	2,5	19,8	SD

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

Entre las personas entrevistadas en estudios de estigma y discriminación en siete países latinoamericanos, la proporción de mujeres que reportó haberse sentido coaccionada en alguna ocasión por algún profesional de la salud para someterse a la esterilización fue del 26,1% en Colombia, 50% en México, 20,6% en Guatemala, 14,4% en El Salvador, 11,1% en Ecuador y 19,8% en República Dominicana. Las cifras son mayores en mujeres que en hombres en todos los países, con excepción de Ecuador en donde la diferencia es de dos puntos porcentuales superior en hombres, alcanzando en éstos un 13,6% y un 11,1% en las mujeres.

Criminalización de la transmisión del VIH: En los informes GARPR 2014, Bahamas, Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua, Santa Lucía, Panamá y República Dominicana informaron contar con leyes que criminalizan la transmisión del VIH.⁸¹ Esta situación contraviene las normas internacionales que establecen que ni la legislación penal ni la sanitaria deberían prever delitos específicos contra la transmisión deliberada e intencional del VIH ya que la epidemia se expande por las transmisiones en caso de infecciones sin diagnosticar y no por personas que conocen su estatus positivo; además, en el caso de las mujeres de muchos países, la criminalización las coloca en riesgo de prisión y de pérdida de custodia de sus hijas e hijos, entre otros. En Bolivia se registró un caso paradigmático donde una mujer trabajadora sexual, de 25 años y madre de dos hijos, que ejercía su profesión en Sucre y Potosí, recibió una condena judicial de prisión domiciliaria por haber continuado realizando su trabajo después de haber sido diagnosticada VIH positiva, a pesar de que utilizaba preservativo. El Servicio Departamental de Salud realizó la denuncia e impuso una

81 UNAIDS. AIDSINFO. Reportes GARPR 2014. <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/aspx/dataview.aspx>

medida cautelar al Tribunal Departamental de Justicia de Chuquisaca, a cargo de la jueza Ximena Mendizábal, contra la trabajadora sexual que vive con VIH por considerarla un riesgo para la salud pública. La jueza determinó que la acusada era culpable del delito contra la salud pública, que debía someterse al tratamiento médico y que debía presentarse ante el Ministerio Público cada 15 días para firmar el libro de registro. En su fallo ordenó también la prisión domiciliaria con escolta policial. La situación representa una clara violación del derecho a la confidencialidad del diagnóstico de VIH y también un claro ejemplo de discriminación.⁸²

Violación de la confidencialidad: Diversos instrumentos internacionales establecen que la divulgación del diagnóstico de VIH de una persona sin su autorización en público o en privado es una violación de sus derechos. A pesar de que se han logrado avances en algunos países en relación a este derecho, la legislación de algunos países ha promovido que las y los adolescentes no puedan acceder en servicios públicos en privado, con lo cual se les priva de su derecho a la confidencialidad.⁸³ En el caso de Chile, a pesar de que la ley sobre VIH establece la confidencialidad, casi la mitad de las mujeres entrevistadas en el estudio “Violaciones de los derechos de las mujeres VIH positivas en establecimientos de salud chilenos” reportaron violaciones a este derecho en el contexto de la atención de salud, incluyendo que sus fichas médicas indicaban “VIH-positiva” en letras grandes en la tapa, muchas veces en tinta roja o subrayado, o también que las identificaciones de los proveedores de salud o la señalización del sector anunciaban que esa unidad del hospital se dedicaba a la atención del VIH.⁸⁴ En el Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en Mesoamérica se encontró que en México un tercio de las mujeres entrevistadas considera que no fue respetada la confidencialidad en su diagnóstico. En Nicaragua, cerca de un tercio de las mujeres entrevistadas también informó haberse visto en esta situación. En Honduras, el 26% de las mujeres no considera que fue respetada la confidencialidad de su diagnóstico y en El Salvador esta cifra es de 36%.⁸⁵

Amenazas a la integridad física y violencia: En el estudio de la REDLACTRANS “Impunidad y violencia contra mujeres transgénero defensoras de derechos humanos en América Latina,” alrededor del 80% de las activistas trans entrevistadas reportaron violencia o amenazas a su integridad física, presuntamente provenientes de agentes del Estado. Un factor que restringe el avance de la

82 Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. Información enviada vía correo electrónico el 14 de Julio de 2015.

83 Ester Valenzuela Rivera, Lidia Casas Becerra. Derechos sexuales y reproductivos: confidencialidad y vih/sida en adolescentes chilenos Acta Bioethica, vol. XIII, núm. 2, 2007, pp. 207-215, Universidad de Chile. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55413208>

84 Centro por los Derechos Reproductivos. DIGNIDAD NEGADA: VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES VIH-POSITIVAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CHILENOS. http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/DignidadNegada_0.pdf

85 Avalos Capín J, Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C. 2013

investigación criminal y el enjuiciamiento de casos es el hecho de que la violencia que las mujeres trans experimentan diariamente inhibe la denuncia de los abusos perpetrados contra ellas, creando así una cultura de silencio.⁸⁶

En el caso de las trabajadoras sexuales, la inexistencia de una regulación clara sobre el ejercicio del trabajo sexual fomenta la existencia de una brecha de legitimidad de las prácticas represivas por parte de las instituciones estatales, a la vez que produce una falta de control sobre las condiciones en las que se ejerce el trabajo sexual. La imposibilidad de declarar o denunciar ante el sistema judicial en calidad de trabajadora sexual –dado que no tiene reconocimiento como tal– dificulta la existencia de registros fiables, completos y oficiales sobre situaciones de violencia y tratos crueles. Un estudio realizado en Costa Rica afirma que casi el 30% de las trabajadoras sexuales reportó que la policía exige coimas o pagos y que la violencia sexual de la que son objeto se da también por parte de la policía a cambio de no detenerlas, por no tener permiso de trabajo o libreta de salud. En el caso de República Dominicana, el 95% de las trabajadoras sexuales reportó haber experimentado violencia por parte de los funcionarios de las fuerzas de seguridad o los agentes de justicia. El 95% indicó que dicha violencia es verbal o psicológica, mientras que el 60% reportó violencia física y el 35% violencia sexual.⁸⁷

3.6 Derecho a la educación

Las garantías para el ejercicio de este derecho incluyen la eliminación de barreras económicas, culturales, geográficas y sociales a la educación, incluyendo las relacionadas con el estado serológico de VIH. El VIH es también una consecuencia en las mujeres sin educación ya que la falta de información acerca de la transmisión y de sus derechos sexuales limita su capacidad para protegerse del virus. Los estudios de estigma y discriminación de cinco países muestran que una importante proporción de las personas entrevistadas no habían asistido a la escuela, alcanzando tanto en mujeres como en hombres alrededor del 13% en República Dominicana, con porcentajes de analfabetismo más altos en mujeres que en hombres en Honduras, 23,9% y 15,2% respectivamente, en México 12% y 3%, y en Paraguay 4% y 0,8%. La proporción de mujeres que había completado la primaria osciló entre un 35,4% en Ecuador y un 51,4% en la República Dominicana, y la de hombres entre 15,4% en Paraguay y 58% en Honduras y República Dominicana.

86 REDLACTRANS (2012). Impunidad y violencia contra mujeres transgénero defensoras de derechos humanos en América Latina. <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2013/05/Violencia-e-impunidad-Español1.pdf>

87 RedTraSex (2015) Violación de los derechos humanos a las mujeres trabajadoras sexuales en catorce países de las Américas

Tabla 10: Nivel de escolaridad de mujeres y hombres entrevistadas/os en estudios de estigma y discriminación en cinco países latinoamericanos (2008-2014)

Nivel de escolaridad	República Dominicana (2009) %		Honduras (2014) %		Ecuador (2011) %		México (2008) %		Paraguay (2010) %	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Ninguno	13	12,4	15,2	23,9	SD	SD	3	12	0,8	4
Primario	58,8	51,4	58	50	15,5	35,4	17	41	15,4	44,4
Secundario	23,5	29,2	24,6	23,9	55,6	50,9	27	31	52,8	35
Universitario	4,7	6,7	2,2	2,2	26,9	10,7	31	7	31	16,7

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

Los estudios sobre estigma y discriminación de cuatro países también exploraron prácticas excluyentes en el ámbito educativo y encontraron que en Guatemala el 9% de los hombres entrevistados y el 12% de las mujeres reportaron que en los últimos 12 meses habían sido rechazados, expulsados o se les impidió la asistencia a alguna institución educativa debido a su condición de VIH. En este mismo país, el 14,6% de los hombres y el 19% de las mujeres indicaron que en los últimos 12 meses se había rechazado o expulsado a sus hijos/as o se les había impedido

Tabla 11: Prácticas de discriminación en el ámbito educativo en estudios de estigma y discriminación en cuatro países latinoamericanos (2008-2011)

Prácticas	México 2008 (N= 931) %			Guatemala 2011 (N=500) %			Ecuador 2010 (N=497) %			República Dominicana 2009 (N=1000) %		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
En los últimos 12 meses se le ha rechazado, expulsado o impedido asistir a alguna institución educativa debido a su condición de VIH.	0,4	1,6	0,7	9,2	12,2	SD	0,7	0,6	SD	3,1	2,4	SD
En los últimos 12 meses su hijos/as han sido rechazados, expulsados o se les ha impedido asistir a alguna institución educativa debido a la condición de VIH de usted.	0,6	1,9	0	14,6	19	SD	2,9	2,3	SD	1,6	2,2	SD

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

asistir a alguna institución. Cabe destacar que en el estudio de la RedTraSex (2014), la mayoría de las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas han cursado la escuela primaria o menos, casi un 20% no terminó la escuela primaria y un 8% afirmó nunca haber asistido a la escuela, mientras que el 18% logró terminar el nivel secundario y casi una de cada diez encuestadas ha iniciado estudios de nivel superior, mientras que una de cada diez sigue estudiando actualmente.⁸⁸ Asimismo, la mayoría de las personas trans en América Latina no ha completado el nivel básico de educación, lo que va en contra de la garantía de la enseñanza primaria universal.⁸⁹

3.7 Derecho al trabajo

La garantía de este derecho conlleva la eliminación de las barreras de acceso vinculadas al estado serológico de VIH, la seguridad laboral, seguridad social y remuneración justa. Los estudios de estigma y discriminación realizados en seis países de la región muestran los altos niveles de desempleo. La proporción de mujeres con VIH que estaban desempleadas en el momento de la encuesta era del 58,2% en República Dominicana, 35,7% en Guatemala, 67,1% en Honduras, 46,1% en Ecuador, 45,8% en México y 45% en Paraguay. En hombres, las proporciones fueron del 27,6% en República Dominicana, 16,1% en Guatemala, 52,7% en Honduras, 29,4% en Ecuador, 21,7% en México, y 15% en Paraguay. El porcentaje de mujeres con VIH en situación de desempleo es del doble o más que el de hombres en cuatro de los países analizados: República Dominicana, Guatemala, México y Paraguay.

Tabla 12: Situación laboral de las y los participantes en estudios de estigma y discriminación en seis países latinoamericanos (2008-2011)

Situación laboral	República Dominicana (2009) %		Guatemala %		Honduras (2014) %		Ecuador (2011) %		México (2008) %		Paraguay (2010) %	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tiempo Completo	23,3	12,4	44,7	21,4	22,5	11,9	27,3	17,9	31,3	18,3	31	12
Desempleada/o	27,6	58,2	16,1	35,7	52,7	67,1	29,4	46,1	21,7	45,8	15	45
Otros	49,1	29,4	39,2	42,9	24,8	21	43,3	36	47	35,9	54	43

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

88 RedTraSex (2013). Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/resumen_regional_est_disc.pdf

89 REDLACTRANS (2014). Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans en América Latina y el Caribe. <http://redlac-trans.org.ar/site/wp-content/uploads/2015/03/Informe%20DESC%20trans.pdf>

Los estudios de estigma y discriminación también documentan las experiencias de pérdida y negación de empleo y discriminación en el ámbito laboral. La proporción de mujeres entrevistadas que reporta la pérdida del empleo al menos una vez en los 12 meses anteriores a la encuesta fue de 24,5% en Colombia, 26,5% en México, 18,7% en Guatemala, 19,3% en Ecuador, 17,3% en República Dominicana y 9,5% en Paraguay; y se sitúa en el 68% en Colombia y el 21,3% en México entre las mujeres trans.

El porcentaje de mujeres que reportó haber sido rechazada en un empleo en los últimos 12 meses por su condición serológica de VIH fue de 6,6% en México, 1,1% en Guatemala, 6,2% en Ecuador y 10% en República Dominicana; en las mujeres trans fue del 3,9% en México y el 39,3% en Ecuador. Asimismo, la proporción de mujeres que indicó que en los últimos 12 meses habían cambiado las características/naturaleza de su trabajo o se le ha negado el ascenso como resultado de su condición de VIH fue del 15,7% en México, 16,7% en Ecuador y 12,3% en República Dominicana.

Tabla 13: Pérdida y negación de empleo y cambios adversos en el trabajo a causa de la condición de VIH en estudios de estigma y discriminación en seis países latinoamericanos (2008-2011)

Experiencias de discriminación en el ámbito laboral.	Colombia (N=1000) %			México 2008 (N= 931) %			Guatemala 2011 (N=500) %			Ecuador 2010 (N=497) %			República Dominicana 2009 (N=1000) %			Paraguay 2010 (N=256) %		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Pérdida de empleo al menos una vez en los últimos 12 meses.	19,6	24,5	68	19,8	26,5	21,3	16,2	18,7	SD	10,8	19,3	SD	17,1	17,3	SD	14,6	9,5	0
En los últimos 12 meses se le ha negado un empleo por su condición de VIH.	SD	SD	SD	5,4	6,6	3,9	2,4	1,1	SD	12,8	6,2	39,3	9,5	10	SD	SD	SD	SD
En los últimos 12 meses han cambiado las características/naturaleza de su trabajo o se le ha negado el ascenso como resultado de su condición de VIH.	SD	SD	SD	10,3	15,7	6,3	SD	SD	SD	7,7	16,7	SD	13,4	12,3	SD	SD	SD	SD

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

Las violaciones del derecho al trabajo de las personas que viven con VIH han sido documentadas en diversas reuniones sobre VIH y Derechos Humanos. Particularmente en El Salvador, la Procuraduría reconoció que el despido por estado serológico por VIH es una práctica generalizada que refleja además la debilidad de los marcos jurídicos y el mecanismo sancionador.⁹⁰ En la investigación “Nuestras historias, nuestras palabras”, del Movimiento Latinoamericano de Mujeres Positivas (2012), se encontró que el total de las entrevistadas (57) reportaron cambios en su situación económica, relacionados con gastos de atención y tratamiento, a partir del diagnóstico positivo; y que el coste del transporte constituía un determinante para la continuidad o no del tratamiento en términos de los horarios, la rutina y la interrupción momentánea del trabajo. Se añaden a estos gastos los relativos a la compra de medicamentos para las enfermedades oportunistas y de alimentos de calidad. No se registraron cambios en la situación económica de aquellas entrevistadas que contaron con la ayuda económica de su familia y círculo íntimo. Muchas de las mujeres con VIH entrevistadas se vieron en la obligación de abandonar el empleo o fueron despedidas. La mayor parte de las entrevistadas renunció a su trabajo o fue despedida y no volvió a emprender una búsqueda laboral, sustentando esta decisión en el miedo al rechazo, a la estigmatización y a la discriminación.⁹¹ En el estudio “Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina”, menos de la mitad de las mujeres trabajaba al momento de la encuesta (46%), aunque la mayoría de ellas reportó estar inserta en el mercado laboral en trabajos precarios que carecen de cobertura y beneficios sociales (70%).⁹²

3.8. Derecho a la protección social y a un adecuado estándar de vida

La protección social de las mujeres con VIH en toda su diversidad constituye un mecanismo fundamental para la realización de sus derechos económicos y sociales. En particular, la protección social debería garantizar un nivel de bienestar suficiente que posibilite la calidad de vida considerada básica para el desarrollo de las personas, así como facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar la posibilidad de tener un trabajo digno.⁹³ También es necesario tener en cuenta las políticas de

90 VIH y Derecho, PNUD y Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Informe del Diálogo Nacional de El Salvador sobre el VIH y el Derecho.

91 Movimiento Latinoamericano de Mujeres Positivas (2012). “Nuestras historias, nuestras palabras” Situación de las mujeres que viven con VIH en 14 países de América Latina. <http://www.onusida-latina.org/images/2012/junio/INVESTIGACION.20MLCM.2B.202011.pdf>

92 Binstock G, Manzelli H, Hiller R, Bruno M (2012). Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina. Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida, Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida, CENEP-CONICET, Instituto Gino Germani (UBA), ONUSIDA. <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/MujeresVIHPV/pdf/informeFinalMujeresVIH.pdf>

93 Cecchini S, Filgueira F, y Roble C (2014). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Una perspectiva comparada. CEPAL. Santiago de Chile.

empleo y las políticas sectoriales de educación, salud y vivienda, dado que son componentes indispensables para entender los desafíos de acceso a la protección social y la “brecha de bienestar” existente entre los distintos grupos de población. Por un lado, hay que considerar la capacidad de una sociedad de generar ingresos a través del mercado laboral para sustentar a sus miembros y por otro, las capacidades de los Estados para proporcionar sustento y protección a quienes carecen de ingresos o acceden a ingresos insuficientes, como es el caso de muchas mujeres que viven con VIH. Un número importante de mujeres con VIH entran en la categoría de dependientes ya que a pesar de encontrarse en edades productivas no están insertas en el mercado laboral o lo están en forma precaria y con bajos ingresos. Dados los altos niveles de exclusión social de las mujeres que viven con VIH, las iniciativas dirigidas a incrementar la cobertura de la protección social no necesariamente las benefician: jubilaciones, pensiones y otras transferencias monetarias a personas mayores, transferencias monetarias a familias con hijos/as, acceso a servicios y seguros sanitarios y, finalmente, protección laboral (seguro de enfermedad y seguro de desempleo, sumado a las políticas de derechos laborales como indemnización, horas extras, licencias, etc.).

Los estudios sobre estigma y discriminación muestran sólo parcialmente la desprotección social que sufren las personas que viven con VIH, y en particular las mujeres. La proporción de personas entrevistadas que experimentó carencia de alimentos entre uno y dos días y tres días o más se situó en el 35,5% entre los hombres y el 46,1% entre las mujeres en República Dominicana; y en el 12,3% en hombres y el 21,6% en mujeres en Honduras.

Tabla 14: Tasas de carencia de alimentos entre la población entrevistada en estudios de estigma y discriminación en dos países latinoamericanos

Carencia de Alimentos	República Dominicana (2009) %		Honduras (2014) %	
	H	M	H	M
Ninguno	64,6	53,9	87,7	78,4
1 a 2 días	9,1	10,8	6,9	11,3
3 a 4 días	12,8	15,3	4,7	6
5 o más días	13,6	20	0,7	4,3

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

Los estudios de estigma y discriminación también muestran las barreras de acceso a un lugar de residencia de manera permanente y la incapacidad de rentar una vivienda. La proporción de mujeres que en los últimos 12 meses manifestaron haberse visto forzadas a cambiar su lugar de residencia o habían sido incapaces de rentar un alojamiento fue del 17% en México, 12,9% en Guatemala, 10,5% en Ecuador, 22,5% en República Dominicana y 27,7% en Paraguay. En las mujeres trans fue del 19,3% en México y el 42,8% en Paraguay. Las proporciones entre mujeres y hombres son similares en México, Guatemala y Ecuador.

Tabla 15: Barreras al acceso a la vivienda en estudios de estigma y discriminación de cinco países latinoamericanos

	México 2008 (N= 931) %			Guatemala 2011 (N=500) %			Ecuador 2010 (N=497) %			República Dominicana 2009 (N=1000) %			Paraguay 2010 (N=256) %		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
En los últimos 12 meses con qué frecuencia se ha visto forzada/o a cambiar su lugar de residencia o ha sido incapaz de rentar un alojamiento.	18,4	17	19,3	13,8	12,9	SD	10,5	10,5	SD	18,5	22,5	SD	17,8	27,7	42,8

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

Entre las entrevistadas en el estudio “Caracterización de las mujeres recién diagnosticadas con VIH en Argentina”, un poco más de la mitad reside en hogares en situación de hacinamiento: un 22% con hacinamiento crítico (es decir, tres o más miembros por ambiente del hogar) y un 30% adicional con hacinamiento moderado (es decir, en promedio entre 2 y 3 miembros por ambiente del hogar).⁹⁴ En Guatemala, el 33,7% de los hombres y el 42,5% de las mujeres que viven con VIH no tienen casa propia.⁹⁵ En la población trans, la principal dificultad que se presenta para tener acceso a la vivienda, la tierra, o el crédito es la imposibilidad de demostrar solvencia económica, ya que generalmente no trabajan en empleos formales.⁹⁶ La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS 2010) refiere que tres de cada diez personas en México no se declaran dispuestas a permitir que en su casa vivieran personas que viven con VIH.⁹⁷

94 Binstock G, Manzelli H, Hiller R, Bruno M (2012). Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina. Ibid

95 Índice de Estigma y Discriminación. Guatemala.

96 REDLACTRANS (2014).

97 Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2011). Encuesta nacional sobre Discriminación en México. Enadis 2010. Resultados generales. México. <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>

3.9 Derecho a formar una familia

La garantía de este derecho exige contar con marcos legales, servicios necesarios y medidas de protección para el desarrollo integral de las mujeres que viven con VIH y sus hijas e hijos. Con los avances logrados en relación al acceso a tratamiento, más mujeres positivas deciden quedarse embarazadas y tener hijos, sin embargo, muchas de ellas no reciben información sobre sus opciones reproductivas. Algunos/as proveedores de servicios de salud no creen que las personas con VIH puedan o deban tener hijos. Las mujeres con VIH embarazadas deben recibir todos los servicios estándar de atención prenatal, incluyendo el cribaje y tratamiento de las ITS, así como consejería nutricional y monitoreo. La atención prenatal también debe incorporar la TAR adecuada a la situación.^{98, 99, 100, 101, 102, 103}

Igualmente, el hecho de tener VIH no constituye una limitación para ejercer las funciones de crianza y cuidado de sus hijos e hijas, ya que no se puede privar a una persona de estos derechos por el hecho de vivir con VIH. Una madre VIH positiva tiene derecho a la patria potestad de sus hijas e hijos. Del mismo modo, tiene derecho a designar a la persona tutora que desee en caso de que a ella no le sea posible hacerse cargo, así como a contar con la debida protección institucional para tal fin.

Los estudios de estigma y discriminación muestran que una importante proporción de mujeres que vive con VIH son madres, alcanzando el 90% de las entrevistadas en República Dominicana, el 87% en Colombia y Paraguay, el 85% en México, el 84% en Guatemala y el 67% en Ecuador. Es decir que entre siete y nueve de cada diez de las entrevistadas son madres. El porcentaje de hombres con hijas/os es del 24,6% en Colombia, 17,7% en México, 51% en Guatemala, 59,7% en Ecuador, 68,7% en República Dominicana y 45,4% en Paraguay, lo que supone entre dos y siete de cada diez entrevistados. El porcentaje de mujeres que tienen hijas/os con VIH es del 28,7% en Colombia, 7,2% en Guatemala, 10,5% en Ecuador y 58% en República Dominicana mientras que en los hombres es de 10,4% en Colombia, 6,8% en Guatemala, 13,2% en Ecuador y 56,7% en República Dominicana.

98 Comisión Nacional de Derechos Humanos de México (2012). Mujeres, embarazo y VIH. <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/cartillas/11%20cartilla%20mujeres%20embarazo%20VIH.pdf>

99 FEIM. DECISIONES REPRODUCTIVAS Y EMBARAZO EN LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA. Recomendaciones para el equipo de salud. http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/Opciones_Reproductivas_Recomendaciones.pdf

100 Fundación Huésped (2006). Sexualidad, embarazo y VIH/SIDA. <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Sexualidad-Embarazo-y-SIDA.pdf>

101 Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (2009). Fomento de los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos Humanos de las Personas que Viven con el VIH.

102 IPAS (2012). Opciones reproductivas de mujeres que viven con VIH. <http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/HIVPREABOS12.ashx>

103 Centro de Derechos Reproductivos y Vivo Positivo en Chile (2011): Dignidad negada: Violaciones de los derechos de las mujeres vih-positivas en establecimientos de salud chilenos. http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/DignidadNegada_0.pdf

La proporción de mujeres viviendo con VIH que reporta haber recibido consejería sobre opciones reproductivas oscila entre el 14,2% en México y el 64,9% en Honduras, y la de hombres entre el 15,3% en México y el 50,3% en Ecuador.

El porcentaje de mujeres viviendo con VIH que reporta haber recibido consejería alguna vez por parte de un profesional de la salud indicándole que no tuviera hijos fue del 42,2% en Colombia, 30,7% en Honduras, 35,6% en Guatemala, 33,2% en El Salvador, 32,6% en Ecuador y 29,6% en República Dominicana. Con excepción de Ecuador, el porcentaje de mujeres que informa haber experimentado esta situación fue más alta en mujeres que en hombres con proporciones dos y tres veces mayores en Colombia, Honduras, El Salvador y República Dominicana.

El 8% de las mujeres entrevistadas en Colombia, el 36,5% en México, el 25,5% en El Salvador, el 6,6% en Ecuador y el 21% en República Dominicana manifestaron que se les había impuesto el uso de ciertos anticonceptivos como condición para acceder a la terapia con antirretroviral.

El porcentaje de mujeres que reportó haber recibido información sobre embarazo y maternidad saludable como parte del programa de prevención de transmisión materno-infantil (PTMI) fue del 88,3% en Colombia, 93% en México y 39,6% en Paraguay.



Tabla 16: Situaciones relacionadas con los derechos reproductivos y el derecho a formar una familia en estudios de estigma y discriminación en ocho países latinoamericanos (2008-2014)

	Colombia (N=1000) %			México 2008 (N= 931) %			Honduras 2014 (N= 720) %			Guatemala 2011 (N=500) %			El Salvador 2010 (N=500) %			Ecuador 2010 (N=497) %			República Dominicana 2009 (N=1000) %			Paraguay 2010 (N=256) %		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Tiene hijos/as	24,6	86,7	3,1	17,7	85,3	3,6	SD	SD	SD	51	84	SD	SD	SD	SD	59,7	67	SD	68,7	90	SD	45,4	87,3	SD
% de hijos/as VIH+	10,4	28,7	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	6,8	7,2	SD	SD	SD	SD	13,2	10,5	SD	56,7	58	SD	SD	SD	SD
% de consejería sobre opciones reproductivas	30,7	59,4	6,3	15,3	14,2	0	45,1	64,9	42,9	SD	SD	SD	47	54,3	41,7	50,3	45,1	100	46,1	59	SD	SD	SD	SD
Alguna vez un profesional de la salud aconsejó no tener hijos	14,7	42,2	SD	SD	SD	SD	15,1	30,7	16,7	33,3	35,6	SD	18,9	33,2	28,6	32,4	32,6	39,3	16,7	29,6	SD	SD	SD	SD
Está condicionado su acceso a la terapia con ARV al uso de ciertos anticonceptivos	SD	8	SD	9,4	36,5	2,9	SD	SD	SD	SD	SD	SD	27,8	25,5	36,8	10,4	6,6	21,3	21,2	2,1	SD	SD	SD	SD
Se le dio información sobre embarazo y maternidad saludable como parte del programa de PTMI.	SD	88,3	SD	SD	93	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

En los estudios de estigma y discriminación analizados, el porcentaje de mujeres que reportó haber sido coaccionada por un profesional de salud para someterse a un aborto osciló entre el 1% y el 3% en Colombia, Bolivia, Nicaragua, México y Honduras, mientras que en Guatemala fue del 59%.

En cuanto a haberse visto forzada a elegir un determinado método de dar a luz fue menos del 10% en Bolivia y México, entre un 11% y un 20% en Colombia, Nicaragua y Paraguay, y un 42% en Guatemala.

En relación las prácticas para alimentar al bebé, menos del 15% reportó haber sido coaccionada en Colombia, Bolivia, Nicaragua, México y Paraguay, mientras que en Honduras fue del 18,4% y en Guatemala del 40,4%.

Tabla 17: Coacción por parte de un profesional de salud en los últimos 12 meses en relación con aborto, parto y alimentación debido a su condición de VIH

En los últimos 12 meses ha sido forzada por un profesional de salud en relación con alguna de las siguientes prácticas debido a su condición de VIH	Colombia (N=1000) %			Bolivia 2011 (N= 420)			Nicaragua 2013 (N= 801)			México 2008 (N= 931)			Honduras 2014 (N= 720)			Guatemala 2011 (N=500)			Paraguay 2010 (N=256) %		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Aborto	SD	2	SD	SD	3	SD	SD	2,2	SD	SD	1	SD	SD	1,2	SD	SD	59,1	SD	SD	0	SD
Método de dar a luz	SD	14	SD	SD	8	SD	SD	16,5	SD	SD	6,1	SD	SD	18,6	SD	SD	42,1	SD	SD	11,1	SD
Práctica de alimentar al bebé	SD	14	SD	SD	10	SD	SD	8,3	SD	SD	7,1	SD	SD	18,4	SD	SD	40,4	SD	SD	9,6	SD

Fuente: Estudios de estigma y discriminación en personas que viven con VIH.

En cuanto a la supresión total de la lactancia materna, es eficaz para prevenir la transmisión vertical del VIH pero esta intervención se asocia con niveles significativos de morbilidad (p. ej., morbilidad diarreaica si la leche de fórmula no se prepara con agua potable). Si se inicia la lactancia materna, dos intervenciones son eficaces para prevenir la transmisión¹⁰⁴: i) lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, y ii) profilaxis antirretroviral prolongada para el neonato (nevirapina sola o nevirapina con zidovudina), sin embargo, los países no ofrecen la consejería sobre las opciones de alimentación infantil para que las mujeres con VIH puedan elegir el método que mejor se adapte a su realidad de acuerdo a las recomendaciones de la OPS/OMS.¹⁰⁵

Por otro lado, la cesárea electiva es una intervención eficaz para la prevención de la transmisión vertical del VIH-1 entre las mujeres que no toman antirretrovirales o que sólo toman zidovudina. El riesgo de morbilidad posparto (MPP) con cesárea electiva es mayor que el riesgo asociado con el parto vaginal, aunque inferior al riesgo asociado con cesárea no electiva. El estado más avanzado de la enfermedad materna por el VIH-1 y los trastornos médicos concomitantes (p. ej., diabetes) son factores de riesgo independientes de MPP. Se requiere más evidencia que permita clarificar el riesgo de transmisión vertical según la modalidad de parto entre las mujeres con VIH-1 con cargas virales bajas (bajas debido a que la infección por VIH-1 en la mujer no es avanzada o porque su infección está bien controlada con ARV).¹⁰⁶

104 Horvath T, Madi BC, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford G, Read JS. Intervenciones para prevenir la transmisión vertical postnatal tardía del VIH. Base de Datos de Revisiones Sistemáticas; 2009, Número 1. Art. n.º: CD006734. DOI: 10.1002/14651858.CD006734.pub2. http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/cd006734/es/

105 T. Kendall & E. López-Urbe (2010) Improving the HIV response for women in Latin America: Barriers to integrate advocacy for sexual and reproductive rights and health. Global Health Governance 4 (1) www.ghgj.org

106 Read JS, Newell ML. Eficacia y seguridad del nacimiento por cesárea para la prevención de la transmisión vertical del VIH-1. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4. Art. n.º: CD005479. DOI: 10.1002/14651858.CD005479. http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/cd005479/es/

La cobertura de la atención médica para mujeres que viven con VIH embarazadas en 15 países de América Latina y el Caribe presenta variaciones importantes con rangos que van de menos del 30% en Guatemala (22%) y Venezuela (28%), entre el 30% y el 50% en El Salvador y Honduras (47%), Bahamas (45%) y Paraguay (48%); entre el 51% y el 80% en Bolivia (66%), Belice (63%), Jamaica (60%), México (75%), Perú (70%) y Trinidad y Tobago (80%), y más de 80% en Ecuador (95%), Haití (93%) y Panamá (93%).

Tabla 18: Cobertura de atención médica a mujeres VIH positivas embarazadas que reciben TAR para la prevención de transmisión vertical (2013)

Países	Porcentaje estimado (%)
Bahamas	45
Belice	63
Bolivia	66
Ecuador	95
El Salvador	47
Guatemala	22
Haití	93
Honduras	47
Jamaica	60
México	75
Panamá	93
Paraguay	48
Perú	70
Trinidad and Tobago	80
Venezuela	28

Fuente: UNAIDS Spectrum Estimates

Cabe destacar que las tasas de transmisión del VIH durante el embarazo, el parto o la lactancia, en ausencia de cualquier intervención, varían entre un 15% y un 45%. Sin embargo, la aplicación de intervenciones eficaces permite reducir esas cifras a niveles inferiores al 5%.¹⁰⁷ Por otro lado, las políticas de adopción son muy restrictivas para las personas con VIH en la región, destacando

107 OMS. Transmisión del VIH de la madre al niño. <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/>

Honduras que lo prohíbe expresamente en la ley. Así mismo, las políticas de acceso de las personas con VIH a servicios de reproducción asistida y la consejería sobre reproducción en parejas serodiscordantes para prevenir la transmisión a la pareja y/o al producto no están incluidas en las normativas nacionales.¹⁰⁸

3.10 Derecho a la información

Las garantías de acceso a la información, recursos y servicios de salud, educación y trabajo, el empoderamiento económico y los mecanismos de participación social son factores clave para la prevención del VIH.

Acceso a educación sexual integral de adolescentes y jóvenes: En 17 países de América Latina existen leyes, planes o programas de educación sexual integral a cargo de distintas instancias, en su mayoría (8) a cargo del sistema educativo, o de los sectores de educación, salud y/u otros.¹⁰⁹ Entre los constantes obstáculos para una prevención eficaz del VIH en adolescentes y jóvenes se cuentan la falta de distribución de condones en los espacios escolares, el acceso inadecuado a los servicios de salud sexual y reproductiva y la falta de integración de éstos con los de VIH y su adaptación a las necesidades de los y las jóvenes, así como los altos niveles de violencia sexual contra las niñas, adolescentes y mujeres jóvenes. Además, la capacidad de algunas personas jóvenes de obtener servicios esenciales se ve limitada por la falta de confidencialidad y las vulneraciones del derecho a la privacidad. El acceso inadecuado a la educación sexual integral tiene un impacto negativo en los esfuerzos para proteger a niñas, adolescentes y mujeres jóvenes del VIH y otras ITS.

Acceso a información en los servicios de salud: En el Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica, el 56% de las participantes reportó haber recibido información sobre prevención de la transmisión vertical, el 43% sobre el embarazo seguro con riesgos mínimos para la persona, su pareja y su bebé, el 36% sobre embarazo al tiempo que se reduce el riesgo de transmisión a su pareja y el 21% sobre la concepción segura: tratamiento como prevención, profilaxis previa a la exposición, inseminación, antirretrovirales¹¹⁰.

108 T. Kendall & E. López-Urbe (2010) Improving the HIV response for women in Latin America: Barriers to integrate advocacy for sexual and reproductive rights and health. *Global Health Governance* 4 (1) www.ghgj.org

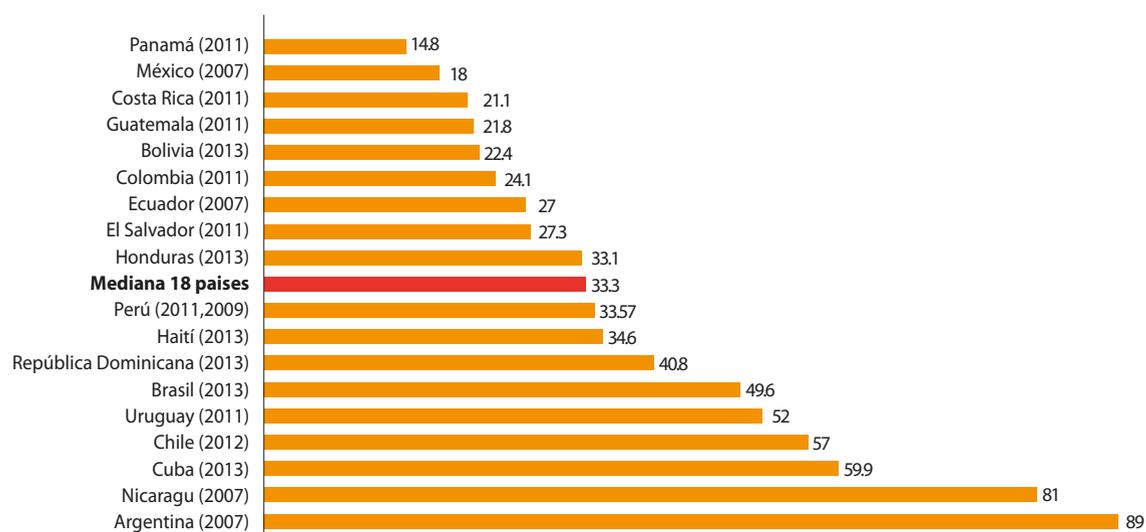
109 UNFPA, 2015.

110 Avalos Capín J, Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C. 2013)

Conocimiento sobre VIH y formas de transmisión y uso del condón en mujeres jóvenes y adultas:

El nivel de conocimiento sobre el VIH y las formas de prevenirlo en mujeres de 15-24 años en 18 países de América Latina (2007-2011) tuvo una mediana del 33,3 %, con valores extremos de 14,8% en Panamá y de 89% en Argentina. De 18 países analizados en nueve de éstos la proporción de mujeres que poseen este conocimiento es inferior a la mediana.

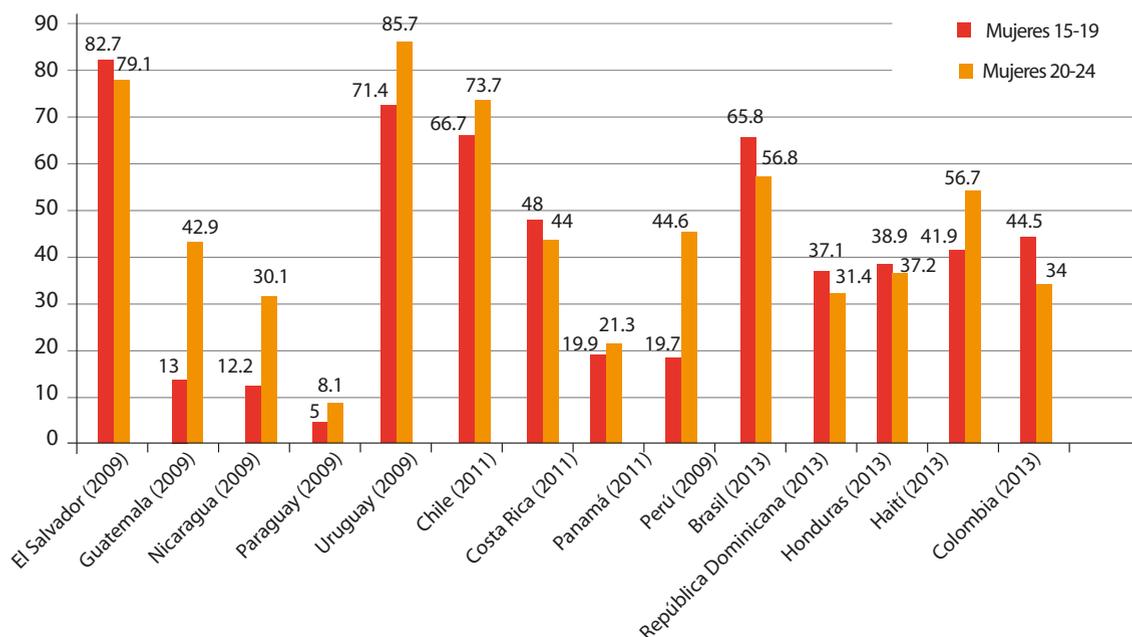
Gráfico 2: Porcentaje de mujeres de 15-24 años con conocimiento comprensivo sobre VIH (2007-2011)



Fuente: UNAIDS, Treatment 2015

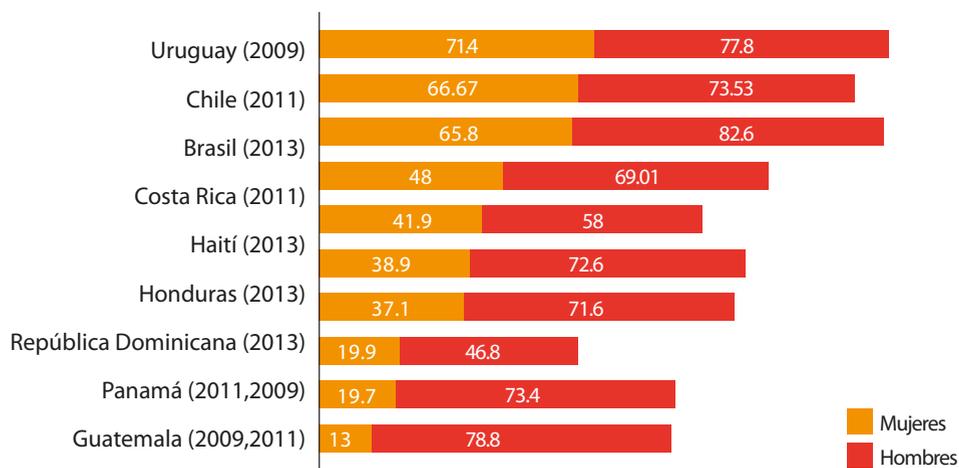
Al examinar la información aportada por mujeres jóvenes en 14 países, en sólo cuatro de ellos (El Salvador, Chile, Brasil y Uruguay) hubo un porcentaje del 50% o más que reportó haber usado condón en su última relación sexual en ambos subgrupos, de 15-19 años y de 20-24. En Haití, el 56,7% de las mujeres de 14 a 20 años manifestó haber usado condón en su última relación sexual.

Gráfico 3: Porcentaje de mujeres de 15-24 años con conocimiento comprensivo sobre VIH (2007-2011)



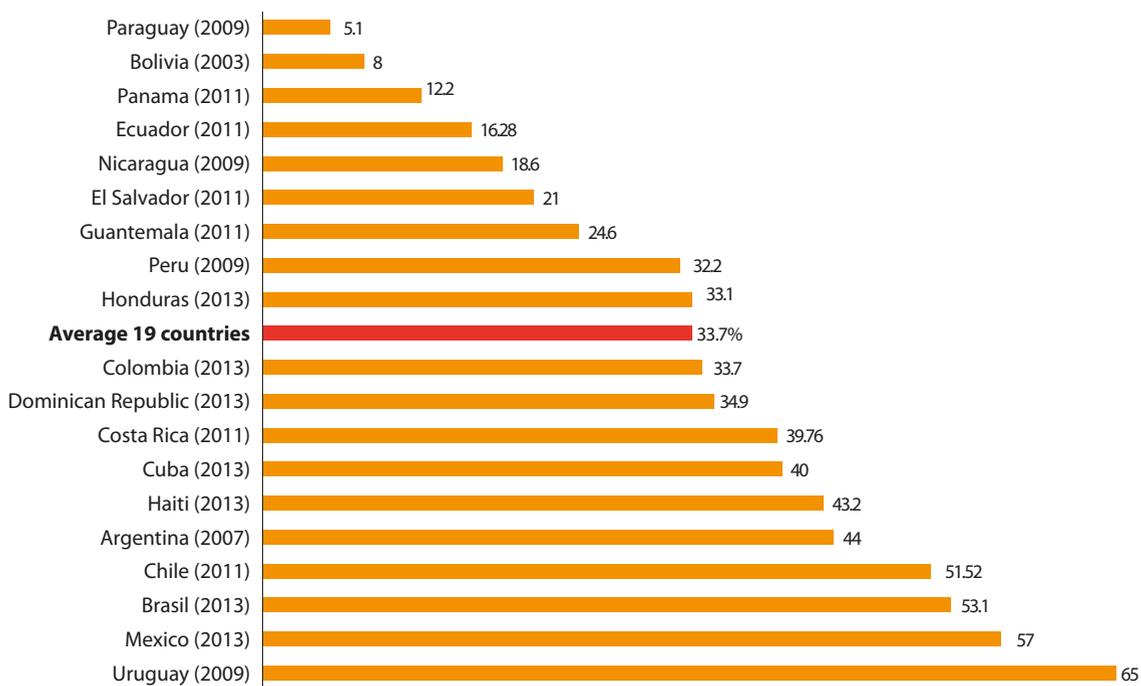
Al comparar la proporción entre hombres y mujeres de 15-19 años en todos los países, el uso del condón en la última relación sexual es mayor en hombres con diferencias de más de 20 puntos porcentuales en ocho de los diez países analizados.

Gráfico 4: Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 19 años que usó condón en la última relación sexual (2009-2013)



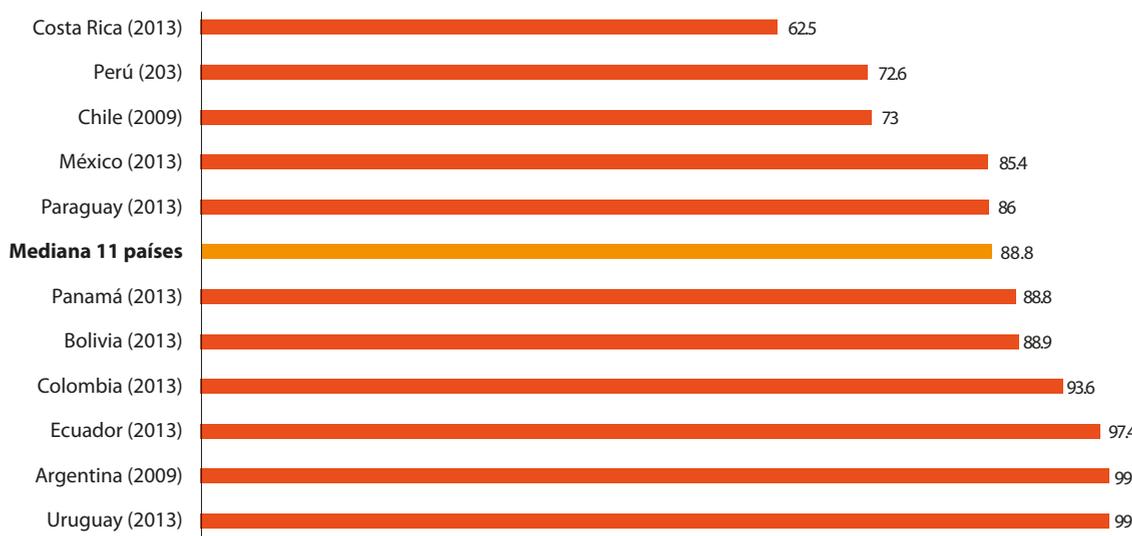
El uso del condón en la última relación sexual entre mujeres con múltiples parejas sexuales también es bajo, con una mediana de 33,7% en 19 países - o una de cada tres, estando por debajo de la mediana nueve países (Paraguay, Bolivia, Panamá, Ecuador, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Perú y Honduras).

Gráfico 5: Porcentaje de mujeres con múltiples parejas sexuales que usó condón en última relación sexual (2003-2013)



En las trabajadoras sexuales transgénero, la mediana de uso del condón en su última relación sexual en 11 países es del 88,8%, con porcentajes por debajo de este punto de corte en cinco países (Paraguay, México, Chile, Perú y Costa Rica).

Gráfico 6: Porcentaje de Trabajadoras Sexuales Transgénero que usó condón en la última relación sexual (2009-2013)



3.11 Derecho a la participación

Para garantizar este derecho de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad es necesario favorecer la capacidad de poder asociarse libremente sin discriminación, participar en los mecanismos de decisión relativas al VIH, la igualdad de género y el desarrollo, participar en todas las instancias sociales y políticas, y proveer recursos para asegurar su adecuada integración en las mismas.

En el estudio La participación de mujeres y trans en los procesos del Fondo Mundial en América Latina y el Caribe (2010) se encontró que 13 de 15 Mecanismos de Coordinación de País (MCP) incluyen a una mujer con VIH entre sus miembros, pero sólo en uno de ellos el puesto es específicamente representativo de las mujeres que viven con VIH; en los 12 restantes, las titulares del puesto representan a un sector más amplio de personas que viven con VIH, no sólo a las mujeres seropositivas, lo cual ha limitado el posicionamiento de necesidades específicas de éstas, ya que los temas priorizados por el colectivo tienden a enfocarse en el acceso a TAR. La legitimidad y la rendición de cuentas afectan a la participación efectiva de mujeres y trans en los MCP, ya que los procesos de elección no son necesariamente democráticos y el sector que representan puede limitarse a una organización, en lugar de un amplio grupo poblacional.¹¹¹

111 AIDS for AIDS (2010). La participación de mujeres y trans en los procesos del Fondo Mundial en América Latina y el Caribe. <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2013/05/Estudio-Haz-escuchar-tu-voz.pdf>

En el estudio de RedTraSex (2014), el 40% de las mujeres encuestadas declaró participar en alguna organización o red de trabajadoras sexuales. Las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas en el Cono Sur son las que participan en mayor medida en organizaciones de trabajadoras sexuales (47%). Los países con mayor proporción de encuestadas que participan en alguna organización o red de trabajadoras sexuales son Paraguay (73%), República Dominicana (66%) y Panamá (65%), registrándose los más bajos en Uruguay (8%) y Colombia (12%).

Las barreras a la participación de las mujeres jóvenes latinoamericanas y caribeñas que viven con VIH incluyen el limitado conocimiento sobre sus derechos, la carga de trabajo doméstico no remunerado, los elevados niveles de estigma y discriminación contra las mujeres jóvenes en general y las VIH positivas en particular, las escasas oportunidades para desarrollar capacidades de liderazgo, normas sociales y leyes que restringen su autonomía en las esferas públicas y privadas, los limitados espacios para abordar la heterogeneidad de situaciones a las que se enfrentan las jóvenes VIH positivas en toda su diversidad, la violencia de que son objeto en la comunidad, la familia y los distintos espacios públicos, así como las percepciones prevalecientes en el desarrollo de políticas públicas y programas en los que las jóvenes tienden a ser vistas como objeto de intervención en lugar de protagonistas del cambio.¹¹²

ONUSIDA (2012) ha identificado algunas barreras a la participación de redes y organizaciones de sociedad civil en el contexto del VIH que afectan de manera similar a las organizaciones de mujeres que viven con VIH:

- **Representación simbólica en los procesos:** las y los representantes no tienen poder para negociar o hablar de forma significativa;
- **Selección ventajosa:** se invita a determinados representantes de la sociedad civil como participantes porque es sencillo trabajar con ellos mientras que se excluye a otros/as más polémicos que pueden plantear puntos de vista desafiantes;
- **Representación irreal:** los representantes de la sociedad civil no tienen legitimidad suficiente para representar a un grupo comunitario específico o general o a una organización no gubernamental;

112 Development Connections (2015). Barreras a la participación social de las mujeres jóvenes que viven con VIH en América Latina. <http://dvcn.aulaweb.org/Infografia.Barreras.a.la.participacion.jovenes.positivas.Marzo2015.4.pdf>

- **Procesos de consulta irreales:** donde las aportaciones de la sociedad civil no se toman en cuenta en los procesos de toma de decisiones;
- **Apoyo y recursos inadecuados, en especial, falta de fondos:** las y los representantes de la sociedad civil no pueden participar realmente en los procesos por falta de recursos humanos o financieros, información o tiempo de preparación;
- **Capacidad limitada en cuanto a competencias:** las y los representantes de la sociedad civil no tienen la capacidad de acceder a información ni de participar a largo plazo, por ejemplo en reuniones y consultas. ¹¹³



113 ONUSIDA. (2012). Directrices del ONUSIDA para las asociaciones con la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave. Ginebra. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2236_guidance_partnership_civilsociety_es_0.pdf

4. Financiación para el avance de los derechos de las mujeres con VIH

El avance en el respeto, protección y realización de los derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad depende de diversos factores como el compromiso político, el liderazgo, los cambios en los procesos y contenidos de las políticas públicas y los recursos financieros para implementar las prioridades y enfrentar los vacíos actuales en la respuesta al VIH relacionados con estos derechos.

Financiación, género y derechos humanos y participación: Desde los inicios de la epidemia de VIH, la financiación de la transversalización del género en la respuesta al VIH y de las organizaciones de mujeres ha sido un tema de especial preocupación. En 2006 AWID realizó una encuesta global a la que respondieron casi 1.000 organizaciones de mujeres a nivel mundial y que puso de manifiesto las dificultades que impiden el acceso de esas organizaciones a la adecuada financiación. Las 512 organizaciones que declararon trabajar en temas relacionados con el VIH reportaron que es muy difícil obtener recursos suficientes para promover el trabajo en estas áreas desde la perspectiva de los derechos de las mujeres. Asimismo, la sensación de escasez es aún más notoria cuando se trata de enfoques basados específicamente en la promoción de derechos. Esta misma encuesta señaló que la educación y la divulgación de la información se cuentan entre las actividades más fáciles de financiar junto a la distribución de preservativos, mientras que para la violencia de género, el cambio de las prácticas de alto riesgo y la incidencia política para cambios legislativos y de políticas se consideran temas para los que resulta difícil conseguir financiación.¹¹⁴

114 AWID. Financiamiento para luchar contra el VIH y el SIDA 2008. http://www.awid.org/esl/Media/Files/VIH_SIDA_08

En el análisis realizado por ICW Latina (2015) se encontró que:

- En la mayoría de países, la categoría del gasto más significativa es la de Atención y Tratamiento (40% o más), especialmente Tratamiento Ambulatorio y Compra de ARV.
- Hasta el 2012, ninguna Medición de Gasto en Sida (MEGAS) realiza el análisis desagregado por sexo/género o edad (salvo la población infantil), lo que se traduce en la mayoría de los casos en la categorización de la población PVVS como “personas adultas y jóvenes de 15 años o más viviendo con VIH”.
- La categoría del gasto en Entornos Favorables se destina en la mayoría de países a acciones o programas relacionados con los DDHH, sin especificar los derechos ni las poblaciones priorizadas. Sólo Perú y Bolivia definen programas destinados a las mujeres o la violencia de género.
- No se identificó ninguna actividad o programa específico para mujeres que viven con VIH relacionado con la SSR o el abordaje de la violencia. No queda claro a qué mujeres está destinado el programa de Prevención de la Violencia en Bolivia.¹¹⁵

Para propiciar la participación significativa de las personas que viven con VIH, incluyendo las mujeres en toda su diversidad, es necesario contar con recursos, apoyo y compromiso. La implementación satisfactoria del principio de participación significativa requiere liderazgo y planificación estratégica en las organizaciones, así como el empoderamiento individual y colectivo de su membresía para garantizar una participación sostenible y sostenida.¹¹⁶ Para las mujeres que viven con VIH en particular es fundamental abordar las barreras culturales, sociales, geográficas, económicas e institucionales a la participación, incluidas las políticas y procedimientos discriminatorios, y garantizar la disponibilidad de recursos financieros, técnicos y humanos que faciliten la participación y el fortalecimiento de sus capacidades y organizaciones. Aún cuando la mayoría de proyectos en ALC incluyen actividades para trabajar con las mujeres que viven con VIH, trabajadoras sexuales y trans, sus organizaciones rara vez reciben recursos mediante subvenciones como sub-receptora y en la mayoría de los casos la asignación de recursos se vincula al desarrollo de actividades específicas. Últimamente se han logrado algunos avances en términos de financiación para las redes regionales ya que el Fondo Mundial aprobó la nota conceptual de ICW Latina y se espera que en breve se firme la subvención¹¹⁷. Igualmente, la RedTraSex está llevando a cabo un proyecto multipaís (2012-2015) con el apoyo del Fondo Mundial con un importe de 11.175.184 USD.¹¹⁸

115 Salazar, Ximena (2015). Brechas de financiamiento. ICW Latina. Documento de Trabajo Nro. 1

116 International HIV/AIDS Alliance et le Global Network of People Living with HIV (2010). Mayor Participación de las Personas que Viven con el VIH. Guía de buenas prácticas. http://www.gnpplus.net/assets/wbb_file_updown/2038/GPG_GIPA_SPANISH.pdf

117 <http://lacfondomundial.org/noti/notas-conceptuales-de-icw-latina-y-redlactrans-recomendadas-por-el-prt/>

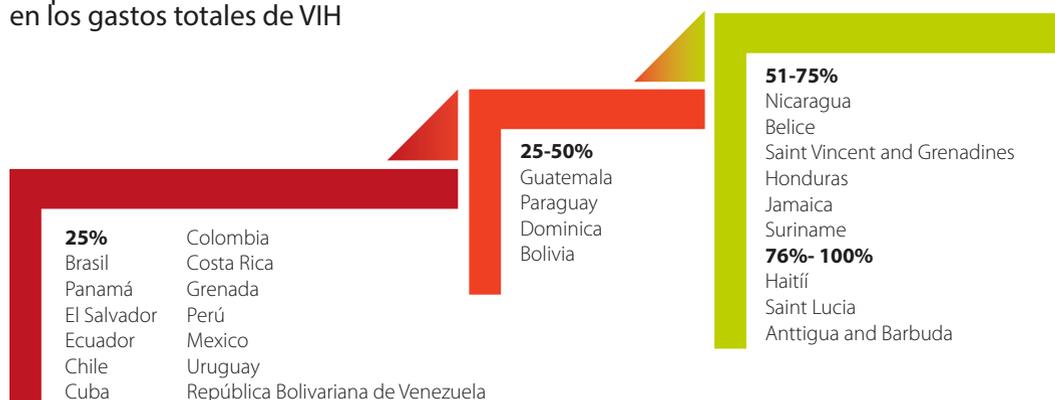
118 <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/QMOU>

Un obstáculo significativo que encuentran las organizaciones para acceder a los recursos como sub-receptoras es la débil capacidad organizativa para administrar e implementar las subvenciones.¹¹⁹

Financiación y gasto en VIH: retos y oportunidades para la inversión en igualdad de género y derechos humanos: Por término medio, el 75% de los presupuestos de los países de ALC para la atención y tratamiento de VIH se destina a la compra de antirretrovirales, aunque hay que señalar que, en 2012, 14 de 31 países y territorios (45%) manifestaron haber tenido al menos un episodio de desabastecimiento de ARV.¹²⁰ Por cada 100 USD de financiación internacional que se gastaron en VIH en 2011, 73 USD se invirtieron en atención y tratamiento. Según información recogida en 17 países, en América Latina el 70% del gasto se dedicó a cuidados y tratamiento, 18% a prevención, 6% al manejo de programas y fortalecimiento administrativo, 2% al desarrollo de ambiente propicio, 2% a la protección social y servicios sociales, 1% a investigación y 1% a incentivos de los recursos humanos.¹²¹

Fuentes de financiación: De la financiación pública doméstica e internacional, la proporción internacional varía significativamente entre países. En 13 países de la región, la financiación internacional representa un 25% o menos del total de financiación nacional e internacional combinada, en tres corresponde a un 25-50%, en seis a un 51-75%, y en tres al 75-100%. Cabe destacar que de cada 100 USD recibidos en 2011, se gastó menos de un dólar en actividades preventivas para poblaciones clave.¹²²

Proporción de financiación internacional en los gastos totales de VIH



119 AIDS for AIDS (2010). La participación de mujeres y trans en los procesos del Fondo Mundial en América Latina y el Caribe. <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2013/05/Estudio-Haz-escuchar-tu-voz.pdf>

120 OPS/OMS. América Latina y el Caribe avanzan hacia el acceso universal del tratamiento de VIH. Washington, D.C., 27 de noviembre de 2013. http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=783:america-latina-caribe-avanzan-hacia-acceso-universal-tratamiento-vih&Itemid=239

121 Aran C. Financiamiento y gasto de VIH en América Latina. ONUSIDA. Marzo 2013

122 Aran C. Financiamiento y gasto de VIH en América Latina. ONUSIDA. Marzo 2013

Tabla 19: Fuentes de financiación en VIH y porcentaje de financiación internacional según país (2007-2013)

País	Año	Internacional		Doméstica Pública & Internacional	Privada
		Importe (USD)	% de la Doméstica, Pública e Internacional		
Haití	2011	210.000.000	100%	210.000.000	SD
Brasil	2012	9.258.557	13%	690.000.000	SD
Panamá	2010	1.527.635	9%	17.229.700	7.045.659
Nicaragua	2010	14.061.971	59%	23.744.276	1.150.592
El Salvador	2013	13.764.792	23%	60.359.928	1.945.855
Belice	2012	1.886.377	69%	2.718.722	118.050
San Vicente y las Granadinas	2012	821.178	57%	1.436.605	30.000
Ecuador	2010	2.975.540	11%	27.246.408	1.395.467
Guatemala	2012	20.625.980	43%	47.851.392	5.373.612
Paraguay	2013	2.966.599	21%	13.808.342	1.133.010
Chile	2012	227.585	2%	140.000.000	75.541.065
Cuba	2013	5.927.082	8%	69.734.376	SD
Dominica	2012	160.000	48%	336.411	SD
Honduras	2013	17.236.972	52%	33.021.402	3.692.374
Jamaica	2010	10.771.906	74%	14.620.864	45.977
República Dominicana	2012	20.711.558	69%	29.974.062	10.755.726
Costa Rica	2012	1.701.913	8%	20.104.852	2.141.826
Santa Lucía	2007	605.638	78%	772.018	SD
Bolivia	2012	4.869.735	50%	9.656.461	2.112.301
Colombia	2013	306.020	<1%	84.249.168	34.547.857
Granada	2013	39.398	20%	194.829	SD
Perú	2013	4.505.007	6%	74.861.272	SD
México	2011	12.168.390	24%	500.000.000	39.330.686
Antigua y Barbuda	2013	1.069.122	79%	1.355.305	3.718
Surinam	2011	2.343.104	51%	4.592.708	81.800
Uruguay	2007	683.242	9%	7.534.411	6.543.398
Venezuela	2013	817.796	1%	72.603.704	SD

Fuente: ONUSIDA AIDSINFO

En la revisión de las propuestas actuales que ICW realizó en el marco de la subvención que le fue otorgada por el Fondo Mundial en 2015 se observó que más del 60% se dirige al Estado en el marco de las subvenciones nacionales y que las poblaciones más beneficiadas en el marco de estas subvenciones

son los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres trabajadoras sexuales y las personas trans. Las acciones dirigidas específicamente para mujeres que viven con VIH están enfocadas a la prevención de la transmisión vertical y los ARV. En las subvenciones actuales, sólo la República Dominicana y Colombia incluyen algunas acciones específicas para mujeres con VIH. En el marco de las subvenciones regionales del Fondo Mundial, éste ha asignado a ICW Latina US\$ 4,333,000.00 para trabajar con las mujeres que viven con VIH en temas de derechos humanos, violencia de género para 11 países de la región LAC.

Cabe destacar que aun en un contexto favorable, los recursos financieros, el nivel de integración de las prioridades de las mujeres y las modalidades de participación que desdibujan la identidad de las mujeres que viven con VIH y limitan la construcción de una agenda de movilización conjunta suponen retos importantes que deben ser considerados. Es necesario tener esto en cuenta porque aun cuando se logran avances en términos formales en cuanto a los niveles de participación, los cambios en políticas públicas y el liderazgo institucional, en muchas ocasiones se sabe poco acerca de los cambios que estos procesos producen en la vida cotidiana de las mujeres que viven con VIH. Igualmente, se desconoce si los avances se podrán mantener en el tiempo.

5. Coordinación de la respuesta al VIH y participación

Mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional. Los 14 países que cumplimentaron los cuestionarios enviados por la CIM/OEA indicaron que contaban con algún tipo de instancia intersectorial responsable de la coordinación de acciones que llevan adelante la respuesta nacional al VIH y sida, con representación de todos los sectores y poblaciones vulnerables, incluidas las organizaciones de mujeres en general y las de mujeres con VIH en particular en los países donde existiesen este tipo de organizaciones de base.¹²³ Si bien estas instancias formales de articulación contemplan la participación multisectorial y de las poblaciones más vulnerables¹²⁴, dicha participación no siempre es efectiva en la práctica. Uruguay no ha informado, Trinidad y Tobago informa que no existe ningún tipo de instancia de articulación y sólo Honduras informó contar con una Plataforma sobre VIH y Derechos humanos para abordar la situación de las violaciones de los derechos humanos de las personas con VIH y de las poblaciones clave integrada por organizaciones de la sociedad civil, incluida la Red de Mujeres Positivas, CONADEH, fiscalía de Derechos Humanos, que cuenta con el apoyo de ONUSIDA, y Belice reportó disponer de una Comisión Nacional sobre SIDA encargada de dirigir la política sobre VIH y de implementar el Plan Estratégico de Respuesta al VIH.

123 El Salvador informó que si bien cuenta con espacios de articulación, no existen ni incorporan acciones específicas para mujeres con VIH en sus estrategias

124 Ley 135-11 sobre VIH y SIDA de República Dominicana en su artículo 22 establece que para integrar el Consejo Nacional de Prevención del VIH y SIDA es necesaria la participación de un/a representante de la asociación sin fines de lucro de mujeres, así como el Ministerio de la Mujer.

Participación de las mujeres con VIH y afectadas por la epidemia en procesos y mecanismos de toma de decisión.

A partir de los cuestionarios recibidos de los 14 países por la CIM/OEA se concluye que la participación real de organizaciones de base formada por mujeres con VIH en acciones de monitoreo de la CEDAW, la Convención de Belem do Pará y/o en los mecanismos interinstitucionales sobre igualdad de género y derechos de las mujeres no es homogénea en los diferentes países. En Chile, en el marco de participación y derechos, el Ministerio de Salud llamó a la constitución de un Consejo Consultivo de Género y Salud, que aborda las inequidades de género en salud en colaboración conjunta de Estado/Sociedad Civil. En este Consejo Consultivo participan organizaciones de mujeres que viven con VIH y de personas trans, organizaciones de la diversidad sexual y organizaciones de mujeres. Desde el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia se reconoce que las organizaciones de mujeres que viven con VIH no vienen participando en los escenarios de articulación intersectorial por lo que adoptarán medidas para garantizar el derecho a la participación de estas organizaciones en futuras ocasiones. Uruguay y Trinidad y Tobago no informaron sobre este punto. En Honduras, la participación está limitada a grupos de auto apoyo y a la asociación nacional de personas que viven con VIH, y en Belice identifican una participación en los procesos de planificación y evaluación pero no en la implementación y monitoreo de las acciones. En México, el Inmujeres forma parte del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, del cual se desprenden varios comités que tienen como objetivo sumar esfuerzos para la disminución de la epidemia de VIH-Sida, y dar seguimiento a las acciones que se centran en la articulación de los servicios de atención y prevención del VIH/sida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En este mismo país se creó en 2009 el grupo de trabajo del Comité de Prevención del CONASIDA “Mesa de Mujeres” por iniciativa de la organización de mujeres positivas Red de Mexicanas en Acción Positiva que en ese año era vocal del Consejo; dicha mesa está conformada por Inmujeres, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-SIDA (CENSIDA), el Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR), UNFPA, ONUSIDA, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Mexicanas en Acción Positiva, ICW México, Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A. C., Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, Salud Integral para la Mujer, CAPSIDA, Fundar Centro de Análisis e Investigación, Mujer Libertad, Tamaulipas Diversidad y Vihda Trans, Centro de Investigaciones Sociales de Comitán, Centro Ser, Grupo Multidisciplinario en VIH de Veracruz, Fundación Arcoiris y El Clóset de Sor Juana. La Mesa ha impulsado la Agenda Política en Materia de VIH y SIDA sobre Mujeres desde el Enfoque de Género y de Derechos Humanos para asegurar una respuesta integral a las mujeres, la cual ha sido presentada en diferentes foros políticos y fue un insumo para el Plan Nacional de VIH 2013-2018.

6. Sistemas de información y gestión de conocimiento

En cuanto a la elaboración de estudios sobre los derechos de las mujeres que viven con VIH, de la información extraída de los 14 países que cumplimentaron el cuestionario de la CIM/OEA sólo Chile y República Dominicana informan de estudios en este campo., En el año 2005 Chile realizó el estudio VIH/SIDA en mujeres, construcción de una estrategia de prevención, y República Dominicana, si bien reporta no contar con estudios específicos sobre DDHH de las mujeres con VIH cita estudios como Vínculos entre la violencia y VIH/SIDA entre las Mujeres de República Dominicana (ONUSIDA, 2011), Igualdad de género y VIH en República Dominicana (ONUSIDA) y Estigma y discriminación en personas que viven con VIH (Profamilia, 2008). Por otro lado, El Salvador reportó no contar con estudios de este tipo y reconoce la importancia de realizarlos con el fin de dar visibilidad al vínculo existente entre el VIH y la violencia contra la mujer.

A nivel de la información estratégica sobre VIH, todos los países a excepción de Argentina y República Dominicana han informado que desagregan su datos por sexo y edad y, en el caso de Chile, El Salvador y Guatemala, también disponen de información desagregada por identidad de género y orientación sexual. En México, el CENSIDA dispone de información desagregada por sexo¹²⁵. En cuanto a la información estratégica sobre VIH, Honduras y Belice afirman que desagregan la información. Sin embargo, no en todos los países la información desagregada por

125 Censida. México. www.censida.gob.mx

sexo está disponible a todo el público ni se encuentran todos los datos desagregados siguiendo las recomendaciones de ONUSIDA y OMS.

En cuanto a la elaboración de estudios sobre los derechos de las mujeres que viven con VIH, sólo Honduras informa del estudio Derechos reproductivos de las mujeres positivas, coordinado por Balance¹²⁶, en el cual se llega a la conclusión de que no se cumple con el derecho a la salud reproductiva tal y como ha sido desarrollado por la jurisprudencia internacional.¹²⁷ Uruguay no reporta estudios de estas características, mientras Belice y Trinidad y Tobago manifiestan no haber realizado estudios en este campo.



126 Principales resultados: El 63% de las mujeres reportó que no se le había consultado si quería realizarse la prueba antes de practicarla (63). El 41% no recibió pre-consejería (41) y el 36% no recibió post-consejería (36). El 71% no firmó un documento de consentimiento informado. El 33 % indicó que no se le ha proporcionado información suficiente sobre su tratamiento antirretroviral. El 20% de las mujeres entrevistadas (20) indicó que no se le ha proporcionado información sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales. El 22% indicó que no ha recibido información suficiente sobre el uso de condones pero el 56% indicó que no ha recibido información suficiente sobre el uso del condón femenino; el 40% de las mujeres entrevistadas (40) indicó que no se le habían proporcionado métodos anticonceptivos. El 53% de las mujeres (53) no considera recibir atención integral. El 11% de las mujeres entrevistadas indicaron haber sido presionadas para aceptar métodos anticonceptivos. Avalos Capín J.(2013). Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica. Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C. México.

127 Los resultados del estudio han sido integrados en el Diagnóstico de género en la respuesta al VIH, en el PENSIDA IV y en la Nota Conceptual para Fondo Mundial.

7. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- Se han producido algunos avances en la inclusión de temas clave para las mujeres que viven con VIH en algunos planes estratégicos nacionales de VIH así como en programas sectoriales y otros instrumentos de políticas públicas. Sin embargo, se cuenta con escasa documentación que muestre que se utilizan los resultados de estos avances en el ámbito formal en indicadores importantes como la educación, el trabajo, la salud y el acceso a la protección social de las mujeres que viven con VIH, entre otros. En el contexto actual de precarización de las políticas sociales en algunos países y problemas de inversión pública en poblaciones particularmente vulnerables, como es el caso de las mujeres que viven con VIH, resulta perentorio promover políticas con financiación asignada que atiendan a sus múltiples necesidades desde una perspectiva integral.

El ejercicio de los derechos humanos por parte de las mujeres que viven con VIH presenta barreras que van desde la falta de acceso a tratamiento en algunos países, la violencia en las distintas esferas de sus vidas, incluyendo el asesinato, o el acceso a la información y recursos de protección, hasta altos niveles de discriminación en la familia, la comunidad y los servicios, entre otros.

- Particularmente, el derecho a la salud se restringe significativamente debido a factores como los esquemas de cobertura y aseguramiento, el acceso a la prueba voluntaria de VIH, la falta de confidencialidad, el estigma y discriminación en los servicios y los enfoques predominantes que circunscriben la salud y el desarrollo de las mujeres que viven con VIH a la utilización de medicamentos y la prevención de la transmisión del VIH a sus bebés y parejas sexuales. Se requieren mayores esfuerzos para avanzar en la integración de los servicios de VIH con los de SSR y violencia contra las mujeres, incluyendo aspectos como el acceso garantizado a la anticoncepción, la interrupción voluntaria del embarazo, el tratamiento de la fertilidad y la prevención de la violencia por parte de la pareja, la familia o las instituciones, entre otros. Igualmente, se han registrado limitados avances en las garantías para el cambio corporal seguro en las personas trans.
- Los niveles de violencia que experimentan las mujeres que viven con VIH son elevados, superponiéndose a la alta prevalencia de violencia física, sexual, emocional y patrimonial que experimentan las mujeres en su conjunto en ALC, las especificidades de las que viven con VIH, entre las que se incluyen la violencia por la pareja, los insultos, amenazas y acoso en el ámbito público y la violencia ejercida por agentes del Estado (proveedores de servicios de salud, policías, agentes educativos), empleadores, etc. Los tratos crueles, inhumanos y degradantes se ponen de manifiesto en estas formas de violencia y de exclusión social, entre las que cabe destacar las prácticas de criminalización de la transmisión del VIH, las esterilizaciones forzadas o coercitivas y las amenazas a la integridad física de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad. Las mujeres trans y trabajadoras sexuales enfrentan niveles de violencia extremadamente altos.
- El ejercicio del derecho a la educación está íntimamente vinculado a la salud, el trabajo, la protección social, una vida digna y la participación social, entre otros. El bajo nivel de acceso a la educación formal de la mayoría de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad y las prácticas discriminatorias en el ámbito educativo reflejan la dimensión de los desafíos que es necesario enfrentar para promover sus derechos de manera integral.
- La baja tasa de ocupación de las mujeres que viven con VIH y la precariedad del empleo al que pueden acceder y mantener en el tiempo ponen de manifiesto las formas de interacción de los trazadores de desigualdad, manteniendo un círculo vicioso de exclusión social. Esta situación se vincula a su vez con la limitada cobertura de protección social y de acceso a la alimentación y la vivienda, generando así bajos niveles de calidad de vida.

- Las barreras legales, sociales, culturales e institucionales que restringen el derecho de las mujeres que viven con VIH a formar una familia, a ser madres y/o ejercer sus funciones de crianza y cuidado de sus hijas e hijos, limitan su derecho a decidir sobre la maternidad al tiempo que colocan a las y los hijos en situación de desprotección.
- El limitado acceso a la educación sexual integral por parte de adolescentes y jóvenes, el bajo nivel de conocimiento sobre el VIH, formas de transmisión y uso de condón, así como las escasas estrategias para proveer de condones a las mujeres adolescentes y jóvenes, así como información en los servicios y en otros espacios destinada a las mujeres que viven con VIH ponen en riesgo los avances alcanzados en el contexto del VIH y aumentan la vulnerabilidad de las mujeres frente al virus.
- La baja participación significativa de las mujeres que viven con VIH en los procesos de toma de decisiones, no sólo en las políticas y la asignación presupuestaria relacionadas con el VIH sino en todas las políticas de desarrollo humano, pone en cuestión la capacidad de respuesta de estas políticas ante sus necesidades y de producir cambios sostenibles en los determinantes estructurales de las violaciones de sus derechos. La escasez de financiación para defender estos derechos constituye uno de los retos más grandes para la protección, la realización y la promoción de los derechos de las mujeres que viven con VIH.

Recomendaciones

Ante la realidad desvelada por la información disponible en ALC sobre la situación de los derechos de las mujeres que viven con VIH, se recomienda:

- Generar una agenda regional, liderada por grupos de mujeres y por las mujeres que viven con o afectadas por el VIH en toda su diversidad sobre sus derechos humanos, que permita establecer acciones interinstitucionales con sectores clave como justicia, educación, trabajo, salud, protección social, seguridad, entre otros, con miras a enfrentar las discrepancias existentes en el ejercicio de los derechos.
- Movilizar recursos a nivel nacional e internacional para la implementación de esta agenda regional, con acciones ejecutadas a escala que produzcan cambios reales y medibles en la realización de los derechos, asegurando además la sostenibilidad de las intervenciones con la participación significativa de las mujeres que viven con VIH.

- Fortalecer de manera continua las capacidades de las mujeres que viven con VIH para abogar por sus derechos y acceder a la justicia en los niveles local, nacional y regional, reforzando las alianzas estratégicas entre las redes regionales, las organizaciones locales y los sectores vinculados a la respuesta al VIH a nivel nacional e internacional.
- Generar información que permita sustentar acciones basadas en la evidencia y que oriente la financiación de las intervenciones dirigidas a proteger y realizar los derechos de las mujeres que viven con VIH. Esto incluye la realización de estudios sobre temas de los que existe muy poca información, mejorar la comparabilidad y frecuencia de los estudios sobre estigma y discriminación, incluyendo específicamente la violencia y la discriminación basadas en el género y las encuestas de población que incluyen baterías de preguntas sobre VIH, y mejorar los sistemas de información utilizando los principios del análisis de género en la vigilancia epidemiológica y los estudios de vigilancia de segunda generación. Es necesario mejorar la desagregación de datos por sexo, edad, identidad de género, orientación sexual y pertenencia étnica.



