



# LOS DERECHOS SEXUALES DE LA MUJER Y EL VIH

## Otro Frente de Lucha

Por M.Sc Eneida López

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras, seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia ([https://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](https://www.who.int/topics/sexual_health/es/)). La

sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles del género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

Según la asociación mexicana para la salud sexual AMSSCA (Asociación civil)<sup>1</sup>, La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. Para lo cual el desarrollo pleno de la sexualidad resulta ser esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

AMSSCA reflexiona sobre los derechos sexuales dentro de los derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos y como la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los

seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales<sup>1</sup>.



**Profesora de postgrado e Investigadora jubilada del INHRR. Bióloga (UCV), M.Sc en Microbiología (LUZ).**

La primera Declaración de los derechos sexuales fue proclamada en el XIII Congreso Mundial de Sexología, celebrado el 29 de Junio de 1997 en Valencia, España, que en el año 1999, en el 14° Congreso Mundial de Sexología, en Hong Kong, fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) (<https://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf>). Estos derechos se enumeran a continuación, según se especifican en AMSSCA<sup>1</sup> (**ver recuadro**).

Antes de este marco de los derechos humanos y la sexualidad, había aparecido en el mundo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la enfermedad producida por este, el Síndrome de la inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que, desde su aparición se convirtió rápidamente en una pandemia que se quedó con nosotros desde hace mas

de 40 años. El VIH desencarnó una realidad que hasta esos momentos mucha gente no se había detenido a reflexionar: las grandes disparidades de género. En el mes donde se celebra el día internacional de la mujer, es muy importante hacer un llamado de atención a este respecto para seguir tomando conciencia sobre esta realidad y algunos datos que nos indican sus efectos y que se está haciendo para disminuirlos, así como también reflexionar sobre nuestras actitudes e intervenciones en nuestro entorno.

Vivir con VIH no debe excluir a las personas del ejercicio de sus derechos humanos fundamentales, entre los cuales se encuentran los derechos sexuales y reproductivos. La aparición de esta pandemia agravó de forma significativa las disparidades de género que hemos vivido las mujeres durante siglos, donde nuestros derechos humanos han sido y siguen siendo violentados. Las disparidades en atención en salud para las mujeres, se han estudiado desde hace mucho tiempo, se reconoce que las mujeres de piel oscura, las que viven con bajos recursos económicos, las que pertenecen a minorías sexuales, las migrantes, las refugiadas, las discapacitadas y las de mayor edad, son las que sufren estas disparidades de forma mas acentuadas<sup>2</sup>.

Ha habido errores

que provocaron mayores disparidades en la salud de la mujer al inicio de la pandemia del VIH. Tal es el caso de políticas en salud como las que tomaron los Institutos Nacionales de Salud de USA (NIH, siglas en Inglés), quienes se negaron a financiar investigaciones sobre el VIH-SIDA y al mujer. Una de las razones que adjudicaban era que a las mujeres se las consideraba únicamente, como transmisoras de la enfermedad a los hombres y los bebés, más que como víctimas de la misma<sup>2</sup>.

Por otra parte la comunidad médica en general fracasó al clasificar ciertos síntomas ginecológicos como relacionados con el SIDA, lo que generó, estimaciones inexactas del número de mujeres con SIDA, su tratamiento inadecuado y sin ayuda financiera<sup>2</sup>. A pesar de esta discriminación, son las mujeres las que en su mayoría cuidan a los enfermos en los hospitales, atienden a hombres homosexuales, cuidan a bebés infectados por el VIH y además cuidan a otras mujeres diagnosticadas con VIH y cualquier otra enfermedad. Las propias mujeres sometidas a discriminación se unieron para realizar sus propias investigaciones.

El VIH fue una llamada de atención sobre los mitos sexuales: los mitos del matrimonio y la monogamia, los mitos de la sexualidad de la mujer, los juicios moralistas contra la sexualidad de la mujer.



**Figura 1. Las mujeres se ven mas afectadas por el VIH ya que además de la infección tienen que soportar el estigma y el maltrato. Tomado de. <https://revistafactorrh.com/sexualidad/item/2717-vih-las-mujeres-en-riesgo>.**

1. El derecho a la libertad sexual. Esto abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. El derecho a la privacidad sexual. El cual involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

4. El derecho a la equidad sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

5. El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va

más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

9. El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

10. El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11. El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.



NEW HIV INFECTIONS IN THE U.S., BY RACE/ETHNICITY, 2010-2016

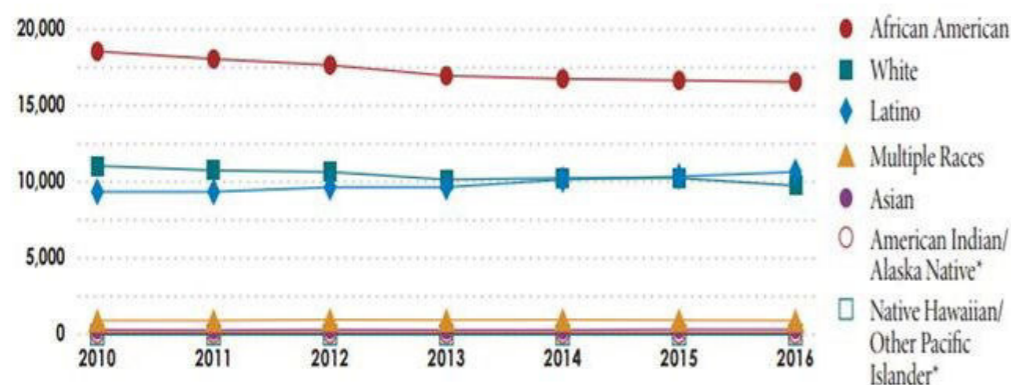


Figura 2. Nuevos casos de VIH por etnicidad (2010 - 2016). Tomado de: <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/cdc-hiv-aa-508.pdf>.

Estos mitos también significaron que los signos utilizados para construir métricas de riesgo sexual en los hombres no tenían la misma relevancia para las mujeres<sup>2</sup>.

Una proporción notable de mujeres monógamas se enteró de su estado serológico al momento del embarazo, mujeres que según todos los algoritmos tenían riesgo cero

(ya que tenían una pareja de por vida), pero las prácticas sexuales de sus parejas las ponían en riesgo<sup>2</sup>.

El VIH nos hizo reflexionar acerca de la no existencia de verdades absolutas con respecto a la sexualidad y el riesgo en las mujeres, y que debemos levantar el velo de la vergüenza de las mujeres cuando se habla de sexo y enfermedad.

Una marcada disparidad lo representan las mujeres afroamericanas en Estados Unidos, quién son mas afectadas por el VIH-SIDA: 10 % del total de nuevos infectados contra el 3 % de mujeres de cualquier otra etnia (latinos o raza blanca), según lo indica el Centro de Control de Enfermedades en USA (CDC)<sup>3,4</sup>. En las figuras 2 y 3 se evidencian estas diferencias

### Nuevos Casos de HIV por sub-población en USA. 2018

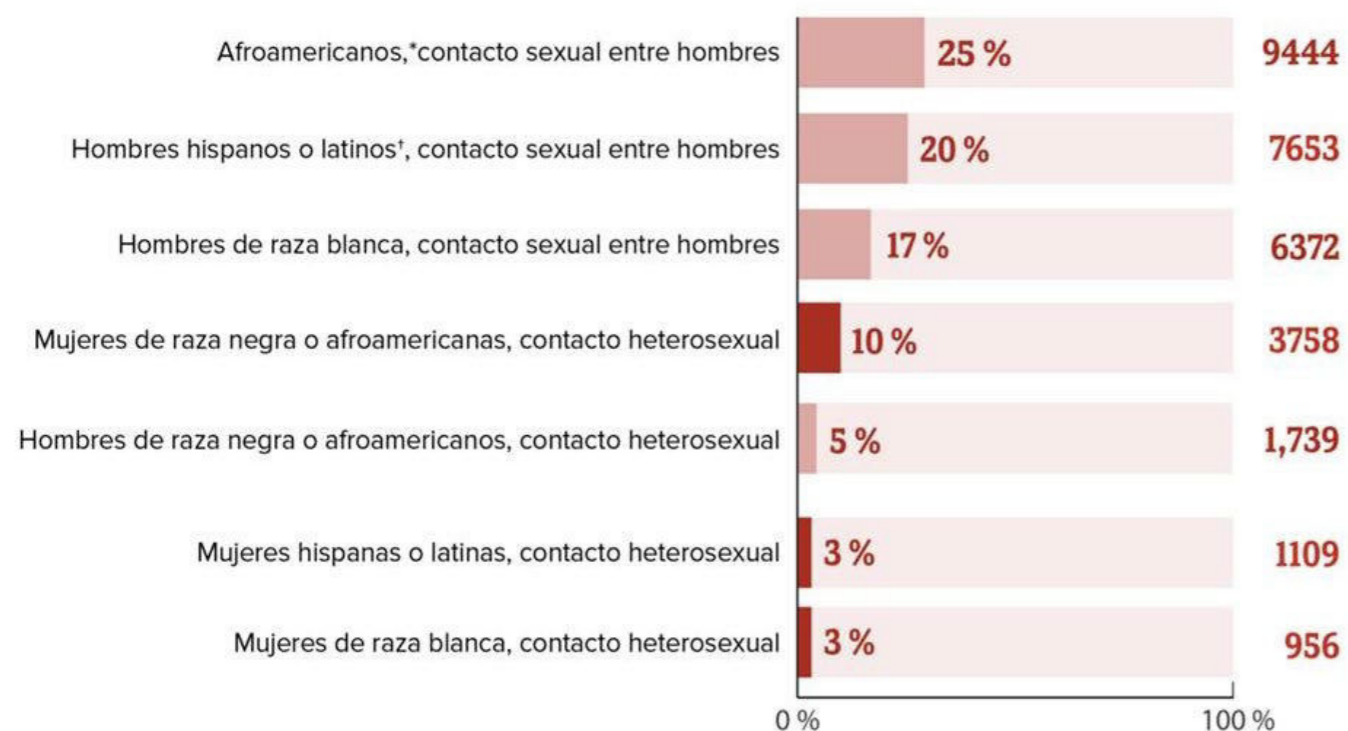


Figura 3. Nuevos casos de VIH por supoblación en USA (2018). Tomado de: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>

étnicas, pero además en la figura 2 se revela el riesgo por contagio heterosexual en las mujeres.

### Breve historia del VIH y la lección que nos ha dado.

El VIH es una especie de lección de historia, como lo indica Duvarsula, 2018<sup>2</sup>, pues nos reveló las precarias circunstancias en la que vivían las mujeres en el mundo. El inicio de la pandemia, en la década de 1980, se caracterizó como la época de la negación y el retraso, marcada por la frustración producida por la falta de respuesta clínica ó gubernamental, a los fuertes y especiales problemas que enfrentaban las mujeres que vivían con el VIH y las que estaban en riesgo de contraerlo. En esa época, las revistas de alcance popular (Como la Revista Cosmopolitan), difundían en

sus portadas inexactitudes sobre la transmisión del VIH. A las mujeres se les negaba la participación en la investigación, eran excluidas y rechazadas (INH, USA). Se consideraba que no hacía falta comprender como el VIH afectaba a las mujeres, además se decía que eran muy pocas las infectadas y como agravante estas positivas a VIH, pertenecían a las minorías étnicas (afrodescendientes) y de bajos ingresos (Figura 4).

La década de 1990, considerada como la época media en la pandemia de VIH, vio un despertar de la conciencia, una corriente inicial de financiamiento de la investigación en el tema VIH para la mujer, tanto en los EE. UU como en el ámbito mundial. En esta década, los CDC informaron que el SIDA era la principal causa de muerte entre las mujeres

afroamericanas de 25 a 44 años (CDC, 1993)<sup>5</sup>. Las definiciones de vigilancia de los CDC finalmente se expandieron para incluir afecciones ginecológicas, y sinceraron la transmisión del VIH por transmisión heterosexual en las mujeres, sustituyendo así la que hasta ese momento lideraba la transmisión del VIH en las mujeres: el uso de drogas inyectables (UDI)<sup>2</sup>. Hasta ahora al revisar las estadísticas del CDC, del año 2018 <sup>4</sup> sigue siendo así, 5.823 mujeres heterosexuales independientemente de su etnia, se infectaron en ese año y las mujeres afroamericanas representan el 65 % de ese total (Figura 5). Igualmente en el reporte de España para el año 2018, el cual indican ser similar al presentado por la región Europea de la OMS, muestra que el 82,2 % de las mujeres infectadas con VIH en el



Fig. 4. Las mujeres positivas a VIH, están realizando su propia investigación apoyadas por ONUSIDA, para aportar políticas públicas para proteger mujeres con VIH, las cuales ahora son prácticamente inexistentes. Tomado de: [https://www.clarin.com/genero/mujeres-vih-estudio-hace-visibles\\_0\\_BkH8Ue5wmx.html](https://www.clarin.com/genero/mujeres-vih-estudio-hace-visibles_0_BkH8Ue5wmx.html)



año 2018, eran heterosexuales (Figura 6).

En un reporte realizado por Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015), sobre las estadísticas de VIH a nivel mundial, publicado en la revista Lancet<sup>6</sup>, reportaron las diferencias de mortalidad entre los hombres y las mujeres según la edad: Encontraron que las mujeres mueren más jóvenes que los hombres con SIDA, este hallazgo se explica probablemente porque existe una disparidad de las mujeres con respecto a los hombres: estos tienen una marcada preferencia de tener relaciones sexuales con mujeres mucho más jóvenes que ellos.

El advenimiento de la terapia antirretroviral (TAR) cambió el panorama de la epidemia del VIH, logrando que se bajaran los altos índices de mortalidad, se incrementó una gran esperanza y expectativa de vida. Lamentablemente, las mujeres no fueron incluidas en los primeros ensayos, pero en

el análisis realizado por la GBD 2015<sup>6</sup>, a pesar de la existencias de grandes diferencias entre los países a nivel mundial, se muestra un incremento en el uso de antirretrovirales por las mujeres, esto las han favorecido a ellas y a sus hijos más que a los hombres<sup>2,6</sup>.

A esta etapa de inicios de siglo se le denominó la **era estructural del VIH**, donde se considera que aunque se trate de controlar la pandemia con el uso ampliado de condones en el mundo, la única forma que el mismo pueda ser erradicado sistemáticamente, es cuando se logren abordar los otros factores que contribuyen a la alta prevalencia del VIH tales como: la violencia, las disparidades educativas, la opresión de las mujeres, la trata sexual, el matrimonio infantil, la mutilación genital y otros factores culturales o tradicionales que ponen a las niñas en riesgo. Además de eliminar las políticas económicas que magnifican

estas disparidades<sup>2,3,6</sup>.

En los EE. UU, la tasas de infección en mujeres jóvenes afroamericanas es 20 veces más alta que las observadas en mujeres blancas según lo reportó el CDC (2018)<sup>4</sup>. Por otra parte el uso de la profilaxis previa a la exposición (PrEP), la cual se refiere a la toma de medicamentos cuando una persona está en muy alto riesgo de contraer el VIH y debe tomarlo a diario para reducir sus probabilidades de infectarse, a pesar de que se ha conocido su éxito en la prevención, no está claro si este es ofrecido por los proveedores de salud de manera igual para hombres y mujeres. La PrEP es una combinación de dos medicamentos contra el VIH (tenofovir y emtricitabina), que se vende bajo el nombre Truvada® (<https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/prep.html>), y ha sido aprobada como terapia de uso diario de PrEP para ayudar a prevenir que las personas VIH negativas contraigan el VIH de sus parejas sexuales o de

las personas VIH positivas con las cuales comparten drogas inyectables<sup>6</sup>.

**Las desigualdades y el retraso en el combate de la pandemia de VIH**

“La epidemia del VIH refleja las desigualdades e injusticias que enfrentan las mujeres y las niñas y cómo las brechas en los derechos y los servicios están agravando la epidemia”, dijo Winnie Byanyima, directora ejecutiva de ONUSIDA. “Esto es inaceptable, se puede evitar y debe terminar”<sup>7</sup>.

La desigualdad de género ha hecho que el control sobre la epidemia del VIH se vea retrasado ya que esto contribuye significativamente a la propagación de la misma, provocando que las mujeres y las niñas sean más vulnerables

a su impacto. Existen leyes discriminatorias de género, prácticas tradicionales nocivas que aunadas a la violencia de género, refuerzan la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, quedando las adolescentes y las mujeres jóvenes particularmente desfavorecidas<sup>6,7</sup>.

El Informe 2020 del Secretario General de las Naciones Unidas, Mujeres, niñas y VIH- SIDA (<https://undocs.org/es/E/CN.6/2020/6>)<sup>8</sup>, sigue reflejando estas disparidades a pesar que se ven algunos avances, pero se está lejos aún de alcanzar las metas que se establecieron para el 2020 y se debe trabajar en ello para lograr las metas del 2030. Las estadísticas muestran que entre 2010 y 2018, el número de nuevas infecciones por el VIH

entre las mujeres de 15 años o más disminuyó en un 17% a nivel mundial, pero este progreso no fue igual en todas las regiones. En Europa Occidental y Central y en América del Norte, disminuyó en un 24 % en África Oriental y Meridional, así como en Asia y el Pacífico y en el Caribe fue de un 14 % y África Occidental y Central un 7 %. Con respecto a las nuevas infecciones entre las mujeres y niñas se produjo un aumento de un 27 % en Europa Oriental y Asia Central, de un 11 % en Oriente Medio y África del Norte, y de un 8 % en América Latina. Desde el informe anterior (E/CN.6/2018/8), publicado en 2018, el número de nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres y las niñas ha mantenido tendencias mundiales y regionales similares<sup>6,7,8</sup>.

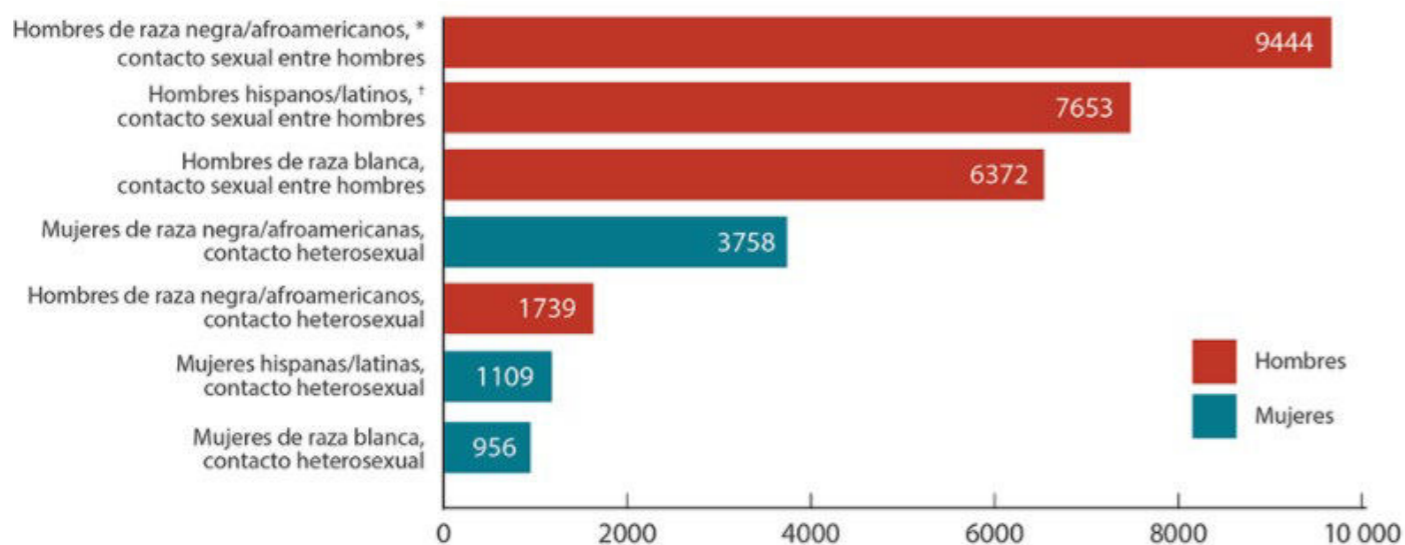
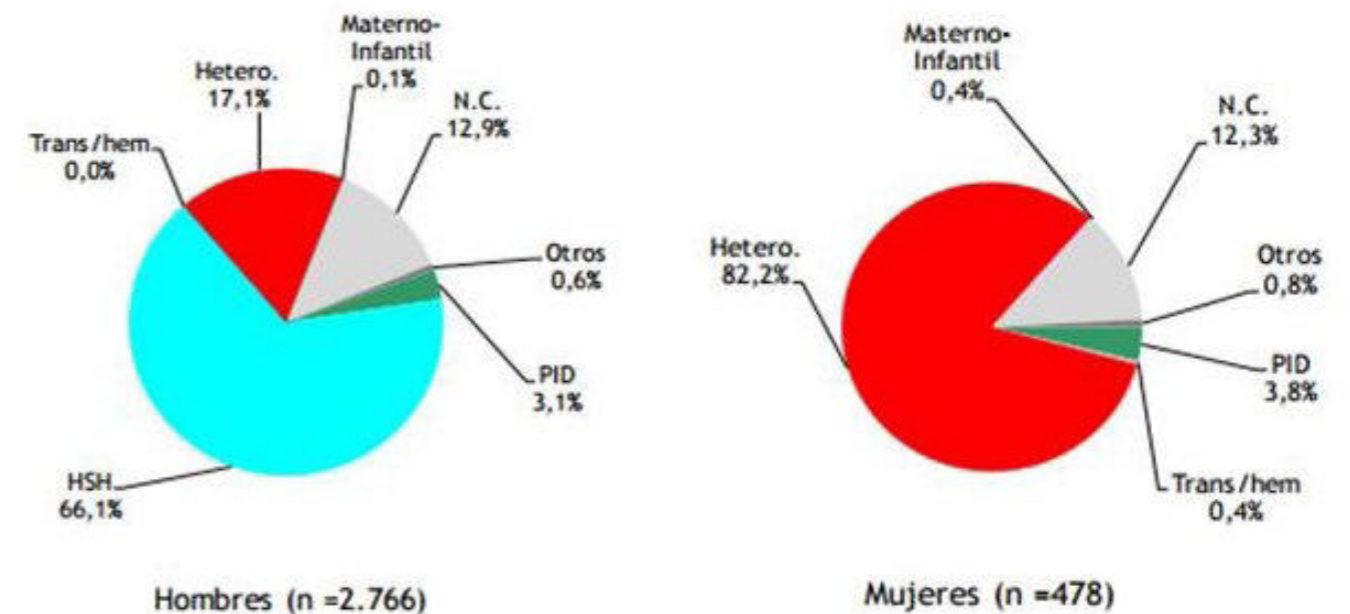


Figura 5. Nuevos casos de HIV por sexo y grupos étnicos en USA 2018. Tomado de: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/statistics/ataglance.html>



PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; N.C.: No consta información

Figura 6. Distribución por modo de transmisión y sexo en España año 2018. Tomado de: [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe\\_VIH\\_SIDA\\_2019\\_21112019.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe_VIH_SIDA_2019_21112019.pdf)



En ese informe indican que las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes siguen corriendo un riesgo desproporcionadamente alto de infección por el VIH. Entre 2010 y 2018, los avances logrados en la reducción de nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres jóvenes de 15 a 24 años variaron según la región, desde una reducción del 28 % en África Oriental y Meridional hasta una reducción del 3 % en América Latina. A pesar de ello, los Estados Miembros de la ONU, aún están lejos de alcanzar la meta establecida para 2020 (menos de 100.000 nuevos casos para este grupo de edad), dado que sólo en 2018 se produjeron 310.000 [entre 190.000 y 460.000] nuevas infecciones en este grupo etario <sup>8</sup>.

Indica el reporte, que más de la mitad de las personas que viven con el VIH son mujeres y niñas. En 2018, vivían con el VIH 18,8 millones de mujeres de 15 años o más, frente a

17,4 millones de hombres y niños. A nivel mundial, las enfermedades relacionadas con el sida siguen siendo la principal causa de muerte entre las niñas y las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años). Para el 2019, 1,78 millones de personas contrajeron el VIH, 38 millones estaban viviendo con el VIH y 690 mil personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA (<https://www.unaids.org/es>).

#### Violencia de género y VIH.

En el papel de discusión llamado *"Making the law work for women and girls in the context of HIV"*, realizado por la agencia de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP) <sup>9</sup>, indican que en algunos entornos, hasta el 45 % de las adolescentes han llegado a informar que su primera experiencia sexual fue forzada, lo que contribuye al riesgo de contraer el VIH tanto de forma directa como indirecta (Figura 7).

El hecho de experimentar esta violencia sexual puede

**Figura 7. La ONU las Naciones Unidas (UNDP) <sup>9</sup>, indican que en algunos entornos, hasta el 45 % de las adolescentes han llegado a informar que su primera experiencia sexual fue forzada, lo que contribuye al riesgo de contraer el VIH tanto de forma directa como indirecta.**

influir tanto en mujeres como en niñas a ser susceptibles de adoptar comportamientos sexualmente riesgosos tales como: tener múltiples parejas, participar en el sexo sin protección y participar en el sexo transaccional, exacerbando así su riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, llegando inclusive a tener 1,5 veces más probabilidades de contraer el virus en relación a las que no sufren de este tipo de violencia <sup>9</sup>.

Se explica también, que otro tipo de violencia contra la mujer es la asociada con la deficiencia en la obtención de resultados clínicos, de recibir tratamiento anti-retroviral y de poder unirse a la profilaxis previa a la exposición (PrEP), la profilaxis posterior a la exposición (PE) afectando inclusive a las mujeres embarazadas.

Las mujeres que viven con VIH, también han sido sometidas a la esterilización involuntaria y forzada y el aborto forzado, esto se ha reportado en al menos 14 países <sup>9</sup>. En un estudio participativo de mujeres que viven con el VIH en 94 países se encontró que el 89 % del total de 480 mujeres, se expusieron a la violencia de género después de recibir el diagnóstico de VIH.

La UNPD indica que muchas mujeres y niñas que viven con el VIH siguen siendo vulnerables debido a una serie de razones biológicas, sociales, culturales y económicas, incluida la continua desigualdad social y económica de las mujeres (Figura 7). Reportaron que 49 países no existen leyes específicas contra la violencia doméstica, en 45 no hay legislación para abordar el acoso y en 112 países no penalizan la violación conyugal. La combinación de normas que toleran y justifican la violencia contra mujeres y niñas y la ausencia de leyes de protección contra la violencia de género coloca a mujeres y niñas en situaciones precarias que exacerbaban su riesgo de contraer el VIH.

#### El derecho de la mujer a no ser criminalizada por tener VIH.

El derecho penal afecta significativamente a las mujeres y niñas que viven con el VIH, lo que a menudo aumenta el riesgo de tener una pareja íntima que le infrinja violencia sexual y abuso físico. Las mujeres y las niñas se ven afectadas directa e indirectamente por disposiciones legales sobre sexualidad, orientación sexual, identidad y expresión de género, elección de trabajo, actividades recreacionales, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y confidencialidad del estado serológico <sup>9</sup>.

En 2019, 75 países tipificaron como delito la no

divulgación, exposición o transmisión del VIH, incluida la transmisión no intencional. Estas leyes y los enjuiciamientos que se derivan de ellas no siempre se basan en las mejores normas disponibles, ni se remiten a evidencias científicas sobre los riesgos y daños relacionados con el VIH, dando lugar a enjuiciamientos y condenas injustas. Las mujeres que viven con VIH que revelan su estado, se exponen al riesgo de violencia doméstica, abandono, pérdida de propiedad y pérdida de la custodia de su hijo; además de ser procesadas penalmente y encarceladas por no revelar su serología <sup>9</sup>.

Otro grupo muy desigual y que sufre por estos juicios injustos son las trabajadoras sexuales, las cuales tienen en promedio de 13,5 veces más probabilidades de vivir con el VIH que otras mujeres de 15 años. 77 países prohíben explícitamente el trabajo sexual o penalizan algún aspecto del trabajo sexual, incluyendo penalizar a los clientes de las trabajadoras sexuales o de los operadores de burdeles, sin penalizar el trabajo sexual per se. La explotación sexual es una violación de las libertades fundamentales.

Para las trabajadoras sexuales, especialmente las mujeres, la amenaza de violencia por parte de los clientes y la policía es una realidad perpetua. La criminalización y el estigma social hacen que la vida de los trabajadores sexuales sea

más inestable, menos segura y mucho más riesgosa en términos de contraer el VIH, puesto que no existe protección legal contra la discriminación y el abuso, cuando el trabajo sexual está tipificado como delito <sup>9</sup>.

Inclusive para reflexionar, han encontrado que en algunos entornos, llevar condones está tipificado como delito y se utiliza como evidencia de la policía para acosar o probar su participación en el trabajo sexual. La aplicación de estas leyes, ha provocado la violación de los derechos de las trabajadoras sexuales a la vivienda, la seguridad, la igualdad de protección de la ley, la privacidad y la salud. En los últimos años, siete países han adoptado modelos de "demanda final" de criminalización del trabajo sexual. Este modelo en esos países no aclara que se beneficie la disminución de la pandemia por VIH y en algunos casos pareciera ser todo lo contrario.

Una encuesta de 2016 realizada a unas 600 trabajadoras sexuales en Francia, un año después de que Francia adoptara el modelo de "demanda final", encontró que la nueva ley tenía efectos perjudiciales en la seguridad, la salud y en general condiciones de vida de las trabajadoras sexuales <sup>9</sup>. El 38 % de las trabajadoras encuestadas, dijeron que el modelo afectó su capacidad para negociar relaciones sexuales más seguras, el 42 % dijo estar más





**Figura 8. Estudios en parejas infectados con VIH manifestaron el deseo de tener hijos pero no tienen suficiente información de cómo hacerlo sin arriesgar a sus futuros hijos. También, los resultados obtenidos se encuentran que cuando las personas conocen más acerca de la enfermedad y reciben información científica y aclaratorias de sus dudas, ejercen mejor su vida sexual y reproductiva, ven la vida con mayor dignidad y esperanza.**

expuestas a la violencia desde la introducción de la ley y el 88 % se opuso a la criminalización de los clientes.

Otro importante llamado a reflexión es que se encontró, desconcertantemente grandes proporciones de adultos que continúan sosteniendo actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH. En 25 de los 36 países con datos recientes sobre un indicador compuesto que incluye dos tipos de actitudes discriminatorias, más del 50 % de las personas de 15 a 49 años informó haber sufrido discriminación o actitudes negativas hacia ellas<sup>9</sup>.

Estas mismas encuestas de personas que viven con el VIH confirman que el estigma y la discriminación en la atención en las instalaciones de salud, en forma de denegación de atención, actitudes

despectivas, procedimientos coercitivos o incumplimiento de confidencialidad, siguen siendo inquietantemente comunes. El lograr que no se produzcan este tipo de actitudes hacia las personas con HIV transmitiría mayor confianza para que estas personas busquen saber su estado serológico, la atención médica requerida y la confesión, inclusive a sus parejas, de ser positivas al VIH<sup>9</sup>.

En México, Campero y col. (2010)<sup>10</sup>, realizaron un trabajo cualitativo cuyo objetivo fue identificar y describir las necesidades, aspiraciones y experiencias sexuales y reproductivas en 20 hombres y 20 mujeres heterosexuales que viven con VIH, a través de su experiencia en el ejercicio o no de sus derechos. Encontraron que antes de ser positivos al VIH, la mayoría de ellos se contagiaron

por relaciones heterosexuales e indicaron que desconocían sobre la enfermedad, en su familia nunca se les habló de ello, un joven indicó que inclusive cuando estuvo en el ejército, les prohibían hablar del VIH. Las mujeres plantearon que generalmente no pueden negarse a tener sexo con sus parejas porque son violentadas y además les exigen tener sexo sin protección. También manifestaron que aunque amaban a sus hijos algunos habían sido no deseados. Esto demuestra no solamente que desconocen sus derechos sino que ni siquiera pueden ejercerlo.

Estos autores<sup>10</sup> reportaron, que una vez que ya fueron diagnosticados positivos al VIH, un grupo de ellos decidió renunciar a tener relaciones sexuales, aunque fuese una suspensión temporal y el otro grupo decidió que podía mantener relaciones. Esta situación es traumática para ambos grupos, se llenan tanto de temores y desprecios que los hacen infelices por el resto de sus vidas. Otros toman la decisión de no informar a su pareja por temor al rechazo y recurren al engaño.

Los entrevistados en este trabajo, manifestaron el deseo de tener hijos pero no tienen suficiente información de cómo hacerlo sin arriesgar a sus futuros hijos. También encontraron que cuando las personas conocen más acerca de la enfermedad y reciben

información científica y aclaratorias de sus dudas, ejercen mejor su vida sexual y reproductiva, ven la vida con mayor dignidad y esperanza (Figura 8).

Es por ello que se debe proveer de información oportuna y científica sobre vías de transmisión y de prevención, promover la educación sexual y favorecer cambios culturales que combatan el estigma, la discriminación y la desigualdad de género. Se ha demostrado que cuando se protegen los derechos sexuales y reproductivos de las personas, el número de infecciones disminuye y se exige y promueve una atención más adecuada, lo que a su vez permite mejorar la salud pública de un país<sup>9</sup>.

En conclusión la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas son fundamentales para el logro del desarrollo sostenible, al igual que las mejoras en salud y la disminución considerable, sino eliminación de las conductas discriminatorias. Reconocer y abordar las consecuencias de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias por motivos de género para las mujeres y las niñas es fundamental para lograr muchas de las metas de la Agenda 2030 y el compromiso de no dejar ningún país atrás, en relación al VIH, como lo indican el PNUD, otras entidades de las Naciones Unidas, el Fondo Mundial quienes se proponen continuar apoyando a los países para que aborden la igualdad de género y puedan implementar la recomendaciones de la Comisión Global sobre el VIH y el Derecho.

## REFERENCIAS

1. AMSSAC. Derechos sexuales. <https://www.amssac.org/biblioteca/derechos-sexuales/>.
2. Ramani Duvarsula. 2018. A history of HIV/AIDS in women: Shifting narrative and a structural call to arms. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pi/aids/resources/exchange/2018/03/history-women>
3. CDC Fact Sheet. HIV Among African Americans. <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/cdc-hiv-aa-508.pdf>.

4. CDC. 2018. Estadísticas básicas. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>

5. CDC, 1993 <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00022174.htm>

6. GDB. 2015. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. <https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhiv/PIIS2352-3018%2816%2930087-X.pdf>

7. ONUSIDA. Women, adolescent girls and the HIV response [https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/march/20200305\\_weve-got-the-power](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/march/20200305_weve-got-the-power)

8. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. La mujer la niña y el VIH y Sida. <https://undocs.org/es/E/CN.6/2020/6>.

9. UNDP. Naciones Unidas Development Agency. 2020. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/making-the-law-work-for-women-and-girls-in-the-context-of-hiv.html>.

10. Campero L y col. 2010. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México. Salud Pública de México. vol. 52, no. 1. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000100010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000100010)