

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Trabajo Final de Graduación en modalidad Tesis para optar por
el grado de licenciatura en Trabajo Social

***“Representaciones sociales que inciden en el ejercicio de
los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con
VIH en Costa Rica”***

Sustentantes
Bach. Yeraldine Gil Castaño, B52962
Bach. María Natalia Ledezma Méndez, B53785

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Brenes
San José, Costa Rica
2022



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 156

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 7 de diciembre, a las 10:00 a.m. con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de las estudiantes:

SUSTENTANTES	CARNE	AÑO DE EGRESO
Yeraldine Gil Castaño	B52962	II-2020
María Natalia Ledezma Méndez	B53785	II-2020

Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de Investigación Dirigida, para optar al grado de **Licenciatura en: TRABAJO SOCIAL**.

El tribunal examinador integrado por:

Dra. Marcela Ramírez Morera	Presidenta
Mag. Eugenia Boza Oviedo	Profesora Invitada
Mag. Karina Warner Cordero	Directora T.F.G.
Mag. Soledad Díaz Pastén	Lectora
Mag. Ruth Linares Hidalgo	Lectora

ARTICULO I

La Presidenta informa que el expediente de las postulantes contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumplen con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO II

Las postulantes hacen la exposición oral de su trabajo final de graduación modalidad investigación dirigida titulada:

“Representaciones sociales que inciden en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH en Costa Rica”.

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

De acuerdo a los artículos 26 y 27 del Reglamento Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (X) APROBADO CON DISTINCION () NO APROBADO ()

ARTICULO V

La Presidenta del Tribunal le comunica a las postulantes el resultado de la deliberación y las declara acreedoras al grado de Licenciatura en: **TRABAJO SOCIAL.**

Se les indica la obligación de presentarse al Acto Público de Reglamentación, al que serán oportunamente convocadas.

Medio electrónico utilizado para la defensa y comprobación de personas asistentes es vía plataforma Zoom, Unirse a la reunión Zoom:

A las 12:04 m.d se levanta la sesión.

Tribunal Examinador	
Dra. Marcela Ramírez Morera	
Mag. Eugenia Boza Oviedo	
Mag. Karina Warner Cordero	
Mag. Soledad Díaz Pastén	
Mag. Ruth Linares Hidalgo	

Postulantes	
Yeraldine Gil Castaño	
María Natalia Ledezma Méndez	

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios, por permitirme llegar hasta aquí, por darme el ánimo, fortaleza y paz a lo largo de todos estos años.

A mi mamá Patricia y mi hermano Mateo, por el esfuerzo y apoyo, por motivarme a seguir adelante y ser el impulso que he necesitado.

A Naty, mi compañera y amiga en esta etapa, gracias por todo el apoyo, comprensión y acompañamiento en todo este proceso.

A Jonathan, por creer tanto en mí, cuando muchas veces yo misma no lo hacía.

A Karina, por escucharnos, orientarnos y permitirnos encontrar el camino para que esto fuera posible.

A Soledad y Ruth, por nutrir con sus experiencias esta investigación.

A la organización ICW, por abrirnos las puertas y a todas las mujeres que nos abrieron su corazón, nos permitieron conocer un poquito de su historia de vida, gracias por la valentía y por alzar la voz por todas las mujeres.

Y a todas las personas que de una u otra forma me apoyaron, me motivaron y me animaron para culminar esta etapa de mi vida.

Yeraldine Gil Castaño

Dedicatoria

A la mujer más valiente en mi vida, mi mamá, por ser quién me permitió llegar hasta aquí, porque me enseñó que todo el esfuerzo trae momentos buenos y no tan buenos, pero que con perseverancia podía llegar. Porque sé que todo el esfuerzo muchas veces no ha sido fácil, pero gracias por enseñarme que valía la pena. Sin usted esto no hubiera sido posible, gracias por tanto.

Yeraldine Gil Castaño

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme culminar el proceso investigativo y mi carrera universitaria.

Además, realmente siento gratitud por todas las personas que estuvieron presente durante este proceso investigativo, como lo fue mi familia, en especial mi mamá y mi papá y su apoyo incondicional.

A mi compañera de trabajo Yer, porque ha sido una excelente compañera de trabajo, una gran colega y sobre todo una amiga durante la universidad en el que siempre nos apoyamos y el cual nos ayudó a crecer como personas y como profesionales.

A la profe Karina por su apoyo incondicional durante la investigación y por motivarme a investigar sobre las mujeres con VIH y visibilizar las condiciones de desigualdad.

Por supuesto a las mujeres participantes, quienes forman parte de la organización ICW, y que decidieron compartir sus historias de vida, sus experiencias como mujeres con VIH. Lo cual permitió reconocer los vacíos y la importancia de seguir luchando por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e incidir en la lucha por mejores condiciones de vida.

Y a todas aquellas personas que, de una u otra manera colaboraron en la realización del desarrollo de los objetivos de la investigación.

Natalia Ledezma Méndez

Dedicatoria

Le dedico mi investigación a las mujeres más importantes de mi vida, mi abuela, mi mamá, mis hermanas, mis sobrinas porque hemos aprendido a que las mujeres a pesar de las adversidades a alzar la voz, a marcar diferencia, a ser fuertes y valientes a nunca rendirnos, a dar siempre lo mejor de nosotras y a ser resilientes... gracias por el apoyo y la motivación y creer en que siempre se puede ser mejor.

Natalia Ledezma Méndez

Resumen académico

Gil, Y. y Ledezma, N. (2022). *Representaciones sociales que inciden en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH en Costa Rica*. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio Brenes. San José, Costa Rica.

La investigación expone las principales representaciones sociales identificadas en el ejercicio de la sexualidad y el ejercicio al derecho de la autodeterminación reproductiva de las mujeres con VIH que forman parte de ICW en Costa Rica.

Desde el inicio de la pandemia del VIH, han incrementado los diagnósticos en las mujeres, lo que se denomina la feminización del VIH. Esto se debe a las condiciones de género que colocan a las mujeres en mayor vulnerabilidad ante VIH y las barreras sociales generadas por el estigma y discriminación.

Por medio de las representaciones sociales se buscó dilucidar cuales son las interpretaciones y que existen en el imaginario social sobre el derecho al disfrute sexual y el derecho a la autodeterminación reproductiva, que se condensan cuando una mujer con un diagnóstico de VIH decide ejercer dichos derechos.

La investigación es cualitativa y descriptiva, se establece contacto con ICW en Costa Rica, ONG dirigida por y para mujeres que viven con VIH. Se seleccionó un total de ocho mujeres para ser entrevistadas e indagar sobre las categorías como: Derechos Humanos, autodeterminación reproductiva, sexualidad, violencia, corporalidad y VIH.

Además, se identifican representaciones sociales presentes en el marco jurídico a nivel nacional e internacional en materia de VIH y derechos sexuales y reproductivos, sobre el ejercicio de la sexualidad y sobre el derecho de la autodeterminación reproductiva de las mujeres con VIH en Costa Rica.

Palabras clave: Derechos sexuales y reproductivos, VIH, mujeres, género, sexualidad, autodeterminación reproductiva.

Directora del Trabajo Final de Graduación: MSc. Karina Warner Cordero.

Unidad académica: Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.

Listado de siglas

ACNUDH: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

BINASS: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social.

CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

CEPAL: Comisión Económica para América Latina

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

ICW: Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA

IIDH: Instituto Interamericano de Derechos Humanos

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

INAMU: Instituto Nacional de las Mujeres

OEA: Organización de los Estados Americanos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

PEN: Plan Estratégico Nacional

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TARV: Terapia Antirretroviral

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

WAS: Asociación Mundial para la Salud Sexual

Índice general

Introducción	9
Capítulo 1: Justificación y objetivos	11
Objetivos	14
Objetivo General:	14
Objetivos específicos:	14
Capítulo 2: Estado de la cuestión	15
Capítulo 3: Marco teórico	21
Capítulo 4: Estrategia metodológica	32
4.1. Acercamiento epistemológico: Método y Enfoque de Investigación	32
4.2. Tipo de investigación	33
4.3. Delimitación espacio-temporal	34
4.4. Proceso de recolección y análisis de la información	35
4.5. Población participante:	36
Criterios de selección de las participantes:	37
Criterios de exclusión:	37
4.6 Elementos éticos en la investigación	37
4.7. Momentos de la investigación	38
Momento de formulación	39
Momento de trabajo de campo	39
Momento de procesamiento de datos	40
Momento informativo	40
4.8. Plan de trabajo y cronograma	40
Resultados de la investigación	44
Capítulo 5: Marco normativo sobre los derechos de las mujeres	44
5.1. Antecedentes: La construcción de los derechos humanos de las mujeres	45
2. Normativa sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres	60
5.3. Normativa sobre los derechos de las mujeres que viven con VIH	68
5.4.2. La dominación masculina y visión capitalista presentes en la construcción de los derechos de las mujeres	80
5.4.3. La participación de las mujeres en el ámbito público	86
Capítulo 6: La condición social del VIH y su impacto en las mujeres	90

6.1. Generalidades del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida	90
6.1.1. Formas de transmisión y prevención del VIH	93
6.1.2. Atención de la salud	98
6.1.3. Tratamiento Antirretroviral	104
6.1.4 Adherencia al tratamiento	107
6.1.5. Feminización de la pandemia del VIH	109
6.2.1 Condición social del VIH	112
6.2.2 Condición social del género	117
6.2.3 Violencia contra las mujeres	119
Capítulo 7: El derecho a ejercer la sexualidad en mujeres con VIH	123
7.1. Definición de Sexualidad	125
7.2. Derecho a la Salud Sexual	129
7.3. Derechos Sexuales	130
7.4 Educación sexual	133
7.5. Prácticas Sexuales	137
7.6. Negociación Sexual	139
7.7. Placer	143
7.7.1. Masturbación:	147
7.8. Corporalidad/ Cuerpo	149
7.8.1. Enseñanza del cuerpo de las mujeres	155
7.9. VIH y corporalidad	159
Capítulo 8: El derecho a la autodeterminación reproductiva	163
8.1. El concepto de autodeterminación reproductiva	163
8.2. Los derechos reproductivos como derechos de las mujeres con VIH	165
8.3. Métodos anticonceptivos y/o prevención de embarazos	169
8.3. Negociación del uso del condón como método	174
8.4. Maternidad	178
8.5. Lactancia	184
8.8. La atención y los servicios de la salud reproductiva de las mujeres	187
8.9. La negación del derecho de autodeterminación de las mujeres que viven con VIH	192
Capítulo 9: Conclusiones	197
Capítulo 10: Referencias y Anexos	205
10.1 Referencias bibliográficas	205

10.2 Anexos	233
Anexo 1. Principales tendencias encontradas en el estado de la cuestión	233
Anexo 2. Categorías de análisis	239
Anexo 3. Listado de normativas nacionales e internacionales	246
Anexo 4. Guía entrevista a profundidad dirigida a las mujeres que viven con VIH que forman parte de ICW	249
Anexo 5. Carta aprobación de ICW como contraparte de la investigación	260
Anexo 6: Cuadro N°5 “Normativa internacional que brindan fundamento a los derechos humanos, así como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH”	261

Introducción

Las sociedades alrededor del mundo se caracterizan por tener un sistema patriarcal en el cual se encuentra un dominio institucionalizado y busca constantemente reconfigurarse y sostenerse para garantizar su hegemonía a nivel social, utilizando como soporte, el Estado, las leyes y normas jurídicas, las creencias, las costumbres.

Esto implica la continuidad de la desigualdad de género, porque dentro de este sistema las mujeres no son consideradas como sujetas de derechos, suelen ocupar un segundo plano, así como todo lo relacionado a lo femenino. Esto se expresa en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, sin embargo, en la investigación existe un interés por visibilizar las representaciones sociales que median el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres con VIH que forman parte de ICW en Costa Rica.

Se contextualiza la positivización de los derechos humanos de las mujeres, realizando un recorrido histórico desde los inicios de la creación de los mismos, ya que desde el comienzo las mujeres no poseían los mismos derechos que los hombres, lo que demuestra cómo se ha invisibilizado a través del tiempo, negando sus derechos desde diversos ámbitos. Ante esto, el movimiento feminista a través de sus consignas y de sus luchas sociales, ha permitido que se coloque en el debate, diversas cuestiones que violentan a las mujeres, tales como discriminación, violencia, exclusión, y temáticas como la sexualidad y reproducción han ido tomando un punto relevante en la discusión.

Aunado a lo anterior, la sociedad capitalista y patriarcal, estructurada y jerarquizada por géneros, ha privilegiado a los hombres sobre las mujeres, asimismo los roles aprehendidos sobre la sexualidad y reproducción de las mujeres, ha sido un instrumento a favor del sistema para mantener el orden social, están presente en la socialización y construcción de la identidad de las mujeres, pero sobre todo perpetúa una sociedad sin equidad.

Ahora bien, con respecto a las representaciones sociales sobre el VIH tanto la reproducción, como la sexualidad, inciden negativamente en el ejercicio de los

derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH, ya que se les limita poder tomar decisiones sobre su propio cuerpo, ejercer su autonomía y su autodeterminación; existiendo un control del cuerpo de las mujeres por parte de los hombres y del mismo Estado.

Desde los orígenes del VIH, el virus ha estado permeado de estigma y discriminación debido a la condición social del VIH, a raíz de las representaciones sociales existentes sobre el virus. Ante lo cual, aunado a la condición social del género, las mujeres que viven con VIH se encuentran en mayor vulnerabilidad, tanto biológica como social. Por lo que las representaciones sociales existentes vulneran el ejercicio de los derechos de las mujeres.

En este sentido, según la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH, 2011) las poblaciones que más afecta el VIH por su condición de vulnerabilidad hacen referencia a las mujeres, en especial a las más jóvenes, debido al poco acceso a la información, a la educación y a los servicios para garantizar la salud sexual y reproductiva.

Los derechos sexuales y reproductivos “garantizan la libre decisión sobre la forma de vivir el ámbito de lo sexual y reproductivo, teniendo autonomía plena sobre el propio cuerpo” (Núñez, 2015, p. 32). Por lo que es fundamental, que las mujeres puedan tomar decisiones relativas a su salud sexual y reproductiva de manera libre e informada. Sin embargo, las representaciones sociales vulneran el ejercicio de sus derechos de manera efectiva, lo cual se aborda en a continuación.

En la presente investigación se exponen diversas categorías como VIH, género, violencia, reproducción, sexualidad, entre otros, que permitan comprender las representaciones sociales presentes en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente el derecho de la sexualidad y la autodeterminación reproductiva de las mujeres con un diagnóstico de salud de VIH, esto permite el acercamiento y la abstracción de las principales condiciones de vida y así visibilizar las vivencias de las mujeres.

Capítulo 1: Justificación y objetivos

La epidemia del VIH inició aproximadamente en la década de 1980, actualmente se estima 37,7 millones de personas con este diagnóstico de salud en el mundo. En el caso de Costa Rica, según el Ministerio de Salud (2020), para el 2020 se registró un acumulado de 16,000 personas viviendo con VIH, de las cuales 9,100 fueron identificadas como masculinas y 6,300 como femeninas.

A nivel mundial se habla de la feminización del VIH y se refiere a los cambios en los mayores grupos infectados con el virus. En 1980, los hombres que tenía sexo con hombres eran los que más se infectaban con el VIH. Sin embargo, ahora son muchas las mujeres que se infectan a través de sus relaciones con sus parejas heterosexuales masculinas (Ochoa y Pas, 2007).

Esto, según Volkow, Rodríguez y Balandrán (2012) se deriva dado la vulnerabilidad biológica de las mujeres para adquirir el virus, como la vulnerabilidad social ya que en las sociedades capitalistas y patriarcales promueven una ideología machista, la cual divide y jerarquiza a las mujeres y hombres según el género, subordinado a las mujeres y privilegiando a los hombres.

Además, es necesario destacar cómo el sistema patriarcal caracterizado por la relación de poder directa entre hombres y mujeres, le interesa mantener la supremacía masculina y el control total. Se demuestra en la sumisión y la opresión hacia las mujeres y se fortalece junto con creencias, símbolos y roles de género, constantemente se transforman para consolidarse aún más.

Ante este sistema, las mujeres son las principales afectadas porque se ha socializado una serie de expectativas por cumplir, por medio de roles y actitudes en la cotidianidad, en el proceso de socialización y en específicamente en comprender la sexualidad. La dominación que supone el patriarcado y la diferencia de poder, le resta autonomía a quienes están oprimidas, o sea, a las mujeres y otorga de manera simbólica y material, la capacidad de tomar decisiones por ellas a los hombres.

En medio de esta dinámica se encuentran las representaciones sociales, las cuales están permeadas por el sistema descrito y se expresan por las interpretaciones de la realidad y en la percepción que tienen las mujeres sobre sí mismas tanto antes

del diagnóstico de VIH, como después y se destaca como en este proceso se potencian debido a los estigmas sociales alrededor del virus en mujeres que son percibidas y reproducidas por sus parejas, familiares y profesionales en los servicios de salud.

Por lo que las mujeres se encuentran en mayor desigualdad y exclusión social, lo que genera que tengan mayor dificultad para que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos de manera efectiva porque le imposibilita la negociación de prácticas sexuales, la protección ante el VIH, la negociación del uso de condón y otros métodos anticonceptivos, aunado a la violencia sexual hacia las mujeres.

No obstante, los derechos de las mujeres se han positivizado en diversas normativas, sustentadas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como la Conferencia El Cairo, y las Conferencias sobre la Mujer, existen representaciones sociales que inciden en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH, como por ejemplo: la concepción de la sexualidad restringida a lo reproductivo, roles de género donde dictan los comportamientos de las mujeres dentro de las relaciones sexuales, mitos y estigmas relacionados al VIH.

Esto debido a que, en primer lugar, la sexualidad, “se invisibiliza cuando hay VIH, ya que ante el diagnóstico se desarrollan sentimientos de culpabilidad y vergüenza y existe ausencia de acompañamiento integral en el que se pueda abordar estos sentires” (R. Linares, comunicación personal, 8 de junio de 2020).

Esto responde a cómo se ha construido la sexualidad de las mujeres, ya que la sexualidad, según Foucault (1976) se encierra en el interior de la familia y es absorbida en su función reproductora, caracterizada por un silencio, secreto y represión, por lo cual, aquel que hable es castigado, sancionado socialmente (p. 9). Además, como indica el autor “El sexo no es cosa que sólo se juzgue, es cosa que se administra, participa del poder público; solicita procedimientos de gestión; debe ser tomado a cargo por discursos analíticos” (p. 34).

Es por esto que, según Núñez (2015), se le ha otorgado tanto al Estado (desde la implementación de diversas normativas) como los hombres, el poder de decidir sobre el cuerpo de las mujeres y su sexualidad, en función de los valores patriarcales

y en la limitación exclusiva a la reproducción, negando el placer y la toma de decisiones sobre estos aspectos a las mujeres.

En segundo lugar, la autodeterminación reproductiva es cuestionada, negada y culpabilizante, en mujeres con VIH ya que ante la posible transmisión vertical, en la cual se puede transmitir el virus a través del embarazo, se han brindado “recomendaciones” desde acciones coercitivas para que no procreen, llegando en algunos casos de América Latina a esterilizaciones forzosas (Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH [ICW], 2020). Esto se da por falta de acceso a información oportuna y a una educación sexual integral, así como mitos, prejuicios y estereotipos, que se reproducen alrededor del VIH en mujeres y se transforman a nivel social en estigmas que se reproducen y se conciben como verdades, se denota manifestaciones de violencia estructural por parte del Estado y sus instituciones, en los servicios de salud en espacios institucionales y en las dinámicas culturales y familiares.

A partir de lo anterior, la presente investigación buscó responder **¿Cuáles son las representaciones sociales que inciden en el ejercicio del derecho a disfrutar la sexualidad y el derecho a la autodeterminación reproductiva de las mujeres con VIH en Costa Rica?** Teniendo como objeto las **representaciones sociales que inciden en el ejercicio de los derechos a disfrutar la sexualidad y el derecho a la autodeterminación reproductiva.**

Objetivos

Para acercarse al objeto de investigación, se obtuvieron diversos elementos que permitieron la definición de los objetivos de la investigación, los cuales delimitan el camino a seguir.

Objetivo General:

- Determinar las representaciones sociales que vulneran el ejercicio del derecho al disfrute de la sexualidad y el derecho a la autodeterminación reproductiva de las mujeres con VIH, que forman parte de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH (ICW) en Costa Rica, durante el 2022.

Objetivos específicos:

- Reconocer las representaciones sociales presentes en el marco normativo existente en materia de VIH y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH en Costa Rica.
- Identificar las representaciones sociales que median el derecho del ejercicio de la sexualidad de las mujeres con VIH.
- Señalar las representaciones sociales que determinan el derecho de autodeterminación reproductiva de la población sujeta a investigación.

Capítulo 2: Estado de la cuestión

En el presente apartado, se encuentra el estado de la cuestión, el cual permitió sentar las bases para la creación del objeto de investigación. Es producto de la revisión y hallazgos encontrados durante el proceso de delimitación del tema. Para lo cual se analizó las principales tendencias investigativas realizadas desde la disciplina de Trabajo Social en relación al VIH y a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y se marcó la ruta investigativa que fuera innovadora y que aportara nuevos conocimientos a la profesión. Por lo que a continuación se expone lo siguiente:

A pesar de que Costa Rica ha ratificado diversas convenciones y tratados internacionales para la defensa de los derechos humanos, al hacer referencia sobre los derechos sexuales y reproductivos, se identifica que se ha dado de una forma más lenta y somera, según Núñez (2015) y Araya y Vargas (2017) quienes coinciden, que el Estado históricamente ha sido negligente en la protección de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente de las mujeres, porque persisten muchas limitaciones que impiden su ejercicio efectivo. Afirman que existe falta de voluntad para establecer políticas claras y garantizar dicho ejercicio en las mujeres, ya que, desde que inició la transmisión del VIH en el país, el mismo Estado, según Chacón, Chaves y González (2012) y Navarro (2018) ha promovido la discriminación, el estigma y refuerza mitos al emitir políticas y campañas de prevención desde el miedo; lo que genera exclusión social de las personas que viven con VIH.

Asimismo, indican que existe una diversa normativa en el país, pero una falta de uniformidad al respecto de estos derechos y los compromisos adquiridos en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), específicamente con el VIH, el cual está lejos de un cumplimiento adecuado, ya que, desde la política elaborada para dar respuesta no se ha comprendido el tema de forma integral y consecuente y las estrategias son fragmentadas y con poca coordinación institucional.

Además, las y los autores refieren que debido a la ausencia de políticas con perspectiva de género se incrementa el estigma y discriminación hacia las mujeres, porque no se reconoce las condiciones particulares que la población enfrenta dentro del tipo de sociedad patriarcal en la cual se desarrollan las relaciones sociales. Esto se traduce en violación de derechos, exclusión social, poco acceso a los servicios de

atención de la salud, ausencia de una educación sexual integral adecuada y otras manifestaciones de la violencia desde el ámbito emocional, psicológico, económico y social.

A su vez, Chapa (2014), Loaiza (2008), Quesada y Villegas (2009) y Chacón, Chaves y González (2012) concuerdan que la atención del VIH no se enfoca desde la desigualdad, ni del riesgo por la condición de género, más bien se considera a las mujeres como causantes de la propagación del virus o como factor contribuyente. Se requiere así, de un marco legal específico, ya que el hecho de que exista política en materia de VIH no garantiza el acceso total a todas las poblaciones, sino que se requiere tomar en cuenta las particularidades para brindar una respuesta adecuada y oportuna.

Con respecto a lo planteado anteriormente, las y los autores Ferrer (2001), Delgado (2004), Loaiza (2008), López y Monge (2005), Castro y Gutiérrez (1997), González y Warner (2006), Chacón, Chaves y González (2012), Méndez y Warner (2014) y Chapa (2014) concuerdan que las desigualdades provenientes del género, han sido una variable determinante y de vulnerabilidad para la transmisión del VIH, así como la respuesta dada por parte del Estado y de la sociedad. Esto como una manifestación de la desigualdad existente entre géneros, que está caracterizada por relaciones de poder y roles específicos e influyen de forma significativa tanto en la vivencia del VIH, como en el acceso a servicios de atención de la salud de forma adecuada y oportuna, limitando la capacidad de protección del virus y la toma de decisiones sobre su sexualidad y su cuerpo.

A su vez Fortín (1998), Delgado (2004), López y Monge (2005), Rodríguez, Castro y Morales (2010), Loaiza (2008) y Méndez y Warner (2014) sitúan la vulnerabilidad por factores biológicos, ya que las diferencias anatómicas de las mujeres las hace más propensas a adquirir el virus como otras infecciones de transmisión sexual y por factores sociales como se mencionó anteriormente, la sociedad patriarcal, la socialización y los roles de género fomentan la violencia hacia las mujeres y una imposición por parte de los hombres en las formas de vivir su sexualidad, aunado a que las mujeres constituyen mayores porcentajes de pobreza y menor acceso a la educación e información veraz.

Chacón, Chaves y González (2012), López y Monge (2005), Rodríguez, Castro y Morales (2010), Rivera, Varas, Coriano, Padilla, Reyes y Serrano (2015) y Loaiza (2008) indican que esa vulnerabilidad biológica, social, cultural y la subordinación impuesta de los hombres sobre las mujeres, impide que las primeras puedan negociar prácticas sexuales seguras con sus parejas, además, esta dinámica genera un aumento del virus en esta población, lo que es conocido como feminización del VIH, la cual se encuentra ligada a la feminización de la pobreza y aumento de la violencia por motivos de género. A raíz de esto, indican la necesidad de comprender la construcción social de los géneros para poder entender las vivencias de las mujeres con VIH, así como las necesidades y particulares tanto biológicas, como sociales, económicas y culturales.

Gutiérrez, Lemos y Arochena (2017) aclaran que en el país aún existe un gran desconocimiento en relación al marco legal sobre los derechos y deberes que garanticen una salud sexual y reproductiva eficaz, así como costumbres y prácticas sexuales riesgosas para el contagio del VIH.

López y Monge (2005), Méndez y Warner (2014) y Navarro (2018) refieren que el género es un aspecto de singular importancia en los servicios de salud. En primer lugar, porque las mujeres se encuentran en desventaja frente a los hombres al acceder a estos servicios, en segundo lugar, en la atención a las mujeres y su salud sexual y reproductiva porque esta se enfoca en la planificación familiar, encontrando en esto un obstáculo para que en esa atención se retomen las particularidades y necesidades de las mujeres con VIH, donde se les brinde la posibilidad de tomar decisiones de forma libre, segura e informada. Al no brindar los recursos necesarios a las mujeres con VIH impide la posibilidad de que estas se protejan en sus relaciones sexuales y así evitar la transmisión del VIH.

A su vez, Núñez (2015) aclara que los derechos sexuales y reproductivos han tenido un abordaje reciente, principalmente en países de América Latina, lo que evidencia vacíos existentes en políticas que promuevan su garantía. Estos derechos permiten que las mujeres tengan autonomía y control total de su cuerpo, de forma responsable y libre de violencia. Deben ser abordados como parte inseparable de la salud y educación pero desde una visión integral, y es que aunque la sexualidad y reproducción se tratan de forma conjunta, ambas tienen connotaciones distintas y no

se deben de igualar o reducir, desde la atención de la salud sexual y reproductiva, a la planificación familiar, sino que contemplen la dimensión de la sexualidad como un todo (sentimientos, emociones, condiciones físicas, el entorno y por supuesto las desigualdades que enfrentan las mujeres en este tema). Se debe brindar a las mujeres servicios adecuados de atención a su salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género que integre su condición histórica, sus particularidades y necesidades específicas, para el efectivo alcance de sus derechos y que permita, según Delgado (2004) y Fuentes (2017), analizar la construcción social de las diferencias sexuales, el cómo se construyen y relacionan hombres y mujeres. Y a su vez que posibiliten a las mujeres escoger sobre la maternidad y su sexualidad.

Por otro lado, la violencia contra las mujeres según Núñez (2015), Araya y Vargas (2017), Ochoa y Pas (2007), Loaiza (2008), Rivera, Varas, Coriano, Padilla, Reyes y Serrano (2015) y Díaz (2019) es un asunto exclusivamente de género, propiciada por la sociedad patriarcal, donde las mujeres en todas las esferas tienen menor participación, sobre toma de decisiones respecto a sus cuerpos y su propia sexualidad. Además, señalan que hay un aumento de infecciones de transmisión sexual en las mujeres y una mayor manifestación de violencia ante el contagio, principalmente por la imposibilidad de éstas para negociar prácticas sexuales y/o uso del condón en sus relaciones sexuales, como forma de protegerse ante posibles infecciones y debido al discurso patriarcal, el estigma que enfrentan es aún más fuerte. A partir de esto, se considera que la violencia hacia las mujeres, acompañada de discriminación y misoginia, es la principal causa de transmisión del VIH, sin embargo, esta no se considera como un aspecto determinante dentro del marco legal para la prevención del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.

Las y los autores citados anteriormente, concuerdan de forma general en que la violencia contra las mujeres obstaculiza el acceso integral a sus derechos y limita la salud integral de las mujeres en todas sus dimensiones, ya que según Núñez (2015) el objetivo principal de los derechos sexuales y reproductivos, es que las mujeres puedan acceder a estos sin coerción, discriminación y libres de violencia en sus decisiones sobre su sexualidad y sobre su reproducción. Las manifestaciones de la violencia de género hacia las mujeres, tomando en cuenta a Delgado (2004) como la discriminación política y económica, el abuso de poder, la desigual distribución de las

riquezas entre hombres y mujeres, la falta de oportunidades en el mercado laboral, el acceso limitado a la educación, y la falta de información y educación sexual, la violencia intrafamiliar y violencia sexual son los principales factores de expansión del virus en las mujeres, así como los principales obstáculos al enfrentar el VIH en contraposición a los hombres, los cuales han sido privilegiados históricamente.

Chacón, Chaves y González (2012), Quesada y Villegas (2009), Mora y Valverde (2006), Castro y Gutiérrez (1997) y Navarro (2018) concuerdan en que la población con VIH es una población vulnerable y hay demandas de esta población que requieren respuestas desde la profesión. Tales como el acceso a los servicios de salud, acceso al tratamiento, orientación e información adecuada para llevar una vida digna y de bienestar tanto para la persona con VIH como para su red de apoyo, que integren una perspectiva de género.

A modo de conclusión, en las fuentes bibliográficas analizadas, se encontraron algunas tendencias en los hallazgos primordiales: En Costa Rica, al VIH se le ha dado, en general, una atención desde la salud pública, principalmente en aspectos sobre prevención y acceso al Tratamiento Antirretroviral (ATV). A pesar que el Estado ha generado acciones y lineamientos para la protección de los derechos de las personas con VIH, existen aún prejuicios y estigmas hacia esta población, generando temor, exclusión social y discriminación; por lo cual son factores que inciden en el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres. Además, se observa, que la respuesta por parte del Estado ha sido fragmentada, ya que no todas las personas con un diagnóstico de VIH presentan las mismas particularidades y necesidades, como en el caso de las mujeres; y sin una perspectiva de género, la respuesta seguirá siendo fragmentada.

Se evidencia que existen aún vacíos en la educación sexual integral, en específico, hacia las mujeres, ya que, según López y Monge (2005) señalan que la mayoría de las mujeres adquieren el VIH por medio de su pareja estable y son más vulnerables a la transmisión del virus debido a la discriminación y violencia de género ejercido hacia ellas, además, se enfrentan a una mayor posibilidad de ser rechazadas y excluidas socialmente por su condición de salud. Asimismo, Oliva, Saavedra y Viñas (2009) indican que a pesar de que hay un aumento en la transmisión del VIH en las mujeres, a estas no se les ha considerado desde las políticas y normativas institucionales como un grupo vulnerable, sino como fuentes de propagación,

invisibilizando así las situaciones que estas enfrentan debido a la sociedad patriarcal, como la violencia hacia las mujeres, la negación el control propio de su cuerpo, su sexualidad y el placer; la imposibilidad de negociar prácticas sexuales, entre otros.

Se visualizó que a nivel general, el país ha dado respuesta a la pandemia del VIH por medio del marco jurídico y la adherencia al tratamiento, sin embargo, se ha obviado los efectos a nivel social que genera en las diversas poblaciones, entre ellas se encuentran las mujeres, el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y el estigma que rodea un condición de salud como el VIH, ya que según Chapa (2014) esas percepciones son las que más vulnerabiliza a las mujeres y, por ende, dan paso a la violación de los derechos de las mujeres en la toma de decisiones sobre su sexualidad y reproducción.

Se tuvo aproximaciones al contexto en el que se encuentran las mujeres con VIH, sus vivencias y desafíos que enfrentan a nivel social, el escaso acceso a información veraz y oportuna, a servicios de salud sexual y reproductiva, al reconocimiento a sí mismas como sujetas con derechos para decidir sobre la elección de la maternidad y a la vivencia de la sexualidad. Para mayor comprensión de la construcción del estado de la cuestión, en el Anexo 1 se encuentran las principales tendencias identificadas.

Capítulo 3: Marco teórico

Para un acercamiento hacia el objeto de estudio, se colocan los siguientes referentes teóricos para una comprensión de la realidad, en relación a las mujeres con VIH.

Los **Derechos Humanos**, según Facio (2003) son “aquellos que todo ser humano posee y que tiene el derecho de disfrutar simplemente por su condición de ser humano” (p.16). Su principio fundamental radica en la dignidad inherente que tiene todo ser humano, sin hacer excepciones por su origen étnico, nacionalidad, clase, sexo, color, idioma, orientación sexual, género y creencias religiosas o políticas. Sin embargo, el problema con estos es que históricamente se han abordado desde un modelo masculino, por lo que se ha invisibilizado las experiencias y circunstancias de las mujeres.

La autora indica que, aunque se podría considerar contradictorio exigir derechos para las mujeres, dado que los derechos humanos son para el ser humano en general, las mujeres a lo largo de la historia han tenido que luchar por el cumplimiento, respeto y garantía de estos, ya que en un inicio estas no eran reconocidas como ciudadanas. Esta realidad es permeada por una ideología patriarcal instaurada a nivel social y legitimada por los procesos de socialización y sus diversas instancias, la iglesia, los medios de comunicación, las políticas sin perspectiva de género, entre otras.

De esta manera, al referirnos a los Derechos Humanos, colocamos la importancia de establecer la relación con el tema de la desigualdad de género, específicamente a las condiciones históricas que han vivido las mujeres y la distribución desigual del poder en las sociedades, que afecta en las condiciones de vida de las mujeres (Rico, 1996).

En las resoluciones de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, realizada en Viena en 1993, se reconoce y se hace hincapié en la importancia en que las mujeres gocen del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida, en vista de lo cual se reconoce su derecho a una atención de salud accesible y adecuada (Rico, 1996); dentro de la cual se encuentra la salud sexual y reproductiva.

Los **derechos sexuales y reproductivos** son derechos humanos. Según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH, 2010) entre las décadas de los 80 y 90's se desarrolla un marco normativo que reconoce estos derechos como parte fundamental de las personas, como se observa en la siguiente tabla:

Cuadro N°1 “El marco normativo de los derechos sexuales y reproductivos”

Marco normativo	Elementos incorporados
Declaración Universal de los Derechos Humanos	Derecho a la salud
Derechos Civiles y Políticos y Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)	“Estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12)
Conferencia Internacional de Derechos, de Teherán (1968)	Se reconoce por primera vez el derecho a determinar cantidad de hijos/as e intervalos.
Conferencia Mundial de Población, en Bucarest (1974)	Se reafirma el derecho a la decisión reproductiva y se incluyen parejas e individuos.
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEAW (1979)	“Estados partes adoptarán medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” (art. 12).
Reunión Internacionales de Mujeres y la Salud, en Ámsterdam (1984)	Se acuerda el término derechos reproductivos a todo lo referente en materia de reproducción y sexualidad.
Conferencia Internacional de Población, en México (1984)	Se reitera que la planificación familiar es derecho básico de todas las parejas e individuos, los Estados deben procurar que tengan información, educación y servicios adecuados para garantizar el derecho a decidir el número de hijos/as.
Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en Viena (1993)	Se reconocen los derechos humanos de las mujeres.
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en El Cairo (1994) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995)	Señalan que los derechos de las mujeres y los derechos sexuales y/o reproductivos forman parte de los derechos humanos.

Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2010).

Es importante señalar que los derechos reproductivos se interrelacionan con los derechos sexuales, sin embargo, es importante aclarar que, para efectos de la

presente investigación, no se remiten a meramente la planificación familiar, sino también se considera el cuerpo, el placer, la sexualidad de forma integral y otros aspectos que son pertinentes para la comprensión de estos derechos. Esto, debido a que se ha trabajado mucho sobre el tema de la reproducción enfocada en planificación familiar, sin embargo, cuando se hace referencia a la sexualidad y placer de las mujeres, la discusión todavía se torna más compleja. Se considera que esto responde a la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte de los hombres y del Estado, siguiendo las reflexiones de Foucault, donde todavía la sexualidad es un tema restringido y destinado solo para los hombres.

Respecto a esto, Ahumada y Kowalski (2006) menciona que no existe una definición consensuada sobre los derechos sexuales a nivel internacional, como sí lo hay sobre los derechos reproductivos, de igual forma estos se fundamentan en los derechos humanos e incluyen los derechos a: vivir libres de coerción, discriminación y violencia relacionada con la sexualidad; acceso a servicios de salud sexual, educación sexual, respeto a la integridad corporal, escoger pareja, decidir si se es sexualmente activo o no, relaciones sexuales consensuadas y al disfrute de la sexualidad.

Bravo, Dides y Pérez (2003) retoman principios que proponen estos derechos, los cuales permiten identificar su violación, sea por actos de abuso o de intromisión de parte de autoridades, el personal de salud, por las parejas, la familia, la religión, actos de omisión, negligencia y/o discriminación, lo cual es fundamental para poder exigirlos.

En las mujeres, el *principio del control del cuerpo* “implica una parte central de la libertad reproductiva y sexual” (p. 46). Hay una comprensión del cuerpo como construcción social y cultural, y se conforma como un instrumento donde los seres humanos experimentan su sexualidad. El *principio del ejercicio como persona*, está relacionado con la autodeterminación, lo que implica que “las mujeres son actores principales en la toma de decisiones respecto a la sexualidad y reproducción” (p. 49). Se ve a las mujeres como sujetas de derechos y con la capacidad y determinación de decidir respecto a sus cuerpos, a una resignificación de este y de su propio placer. El *principio de la igualdad y la diversidad* hace referencia a las relaciones entre hombres y mujeres y las relaciones entre las mismas mujeres, retomando particularidades de

estas como grupo sociales, por ejemplo, la clase, edad, nacionalidad y etnia. Además, establece la necesidad de considerar esas diferencias desde la formulación de políticas públicas.

Las autoras mencionadas, refieren a que en el caso de las mujeres que viven con VIH, la violencia parte de la institucionalidad pública por omisión y discriminación se agudiza “producto de las relaciones de poder y de género que se establecen en nuestra sociedad, particularmente en la sexualidad y la reproducción” (p. 46), legitimando un ideario basado en discriminación y desinformación que afecta la cotidianidad de las mujeres, la toma de decisiones porque se reproducen patrones basados en la desigualdad de género.

Al vincular el tema de mujeres con VIH, es preciso contextualizarlos desde el **género** como categoría de análisis, la cual según Araya (2014) esta “proporciona un marco conceptual que permite formular nuevos aspectos sobre el conocimiento y su carácter androcéntrico al ofrecer conceptos, definiciones e hipótesis que guían un proceso de investigación” (p. 291). Esta categoría, según la autora, ha permitido evidenciar el rol ideologizante de creencias que contribuyen a la desigualdad y desvalorización de las mujeres. La misma parte desde la construcción social y cultural de las ideas, por lo tanto, lo biológico se desmitifica.

Ante esto, Lamas (1999) indica que el feminismo logra posicionar el género como una categoría política, en la cual se logra distinguir las características consideradas “femeninas” que son adquiridas por las mujeres debido a un proceso individual y social, en vez de ser algo “natural”. Esta categoría también permite comprender las relaciones sociales entre sexos, al ser un elemento constitutivo de estas relaciones y las formas de interacción humana. El género a su vez, se implica en la construcción del poder al ser articulador de éste.

Por su parte, Lagarde (2003) indica que la condición genérica de las mujeres ha sido construida social y culturalmente caracterizada por dependencia vital, sujeción, subalternidad y servidumbre “voluntaria” en relación con el mundo (incluye a los hombres, la institucionalidad, el Estado, sociedad). Además, a las mujeres se les ha definido como carentes, capaces de renuncia, con la única capacidad de entrega total a otros y una incapacidad de autonomía de estos. La autora llama esto

como una impotencia aprendida. Indica que la condición de ser mujer en una cultura patriarcal nos afecta a todas las mujeres, sin embargo, hay que reconocer las particularidades existentes entre las mujeres, por lo que no se debe homologar a las mujeres en un mismo grupo. Es por esto, que es necesario identificar las particularidades de las mujeres entre ellas mismas y como esto las vulnerabiliza de formas diferentes, pero con un mismo sustento ideológico.

Es así que la **vulnerabilidad** que enfrentan las mujeres con VIH conlleva otras particularidades. Esa vulnerabilidad es considerada en dos vías: La biológica y la social. Bravo, Dides y Pérez (2003) aclaran que la transmisión del virus en las mujeres se entrecruza con vivencias subjetivas e individuales en relación a la sexualidad y la identidad de género, así como acceso a servicios y políticas públicas dirigidas a las mujeres. Por un lado, las mujeres están más expuestas de forma biológica al VIH, debido a que el sexo receptivo representa mayor riesgo, ya que el canal vagina está más expuesto; por otro lado, las mujeres están expuestas a relaciones de género desiguales y a la violencia de género, lo que lleva a las mujeres a pocas posibilidades de negociar la prevención. Además, la violencia sexual hacia las mujeres incrementa la vulnerabilidad femenina frente al VIH.

Estas condiciones generan exclusión y violencia producto de una sociedad desigual, para ello resulta esencial enfatizar la prevalencia de determinados factores que acrecientan la vulnerabilidad de las mujeres con VIH, ya que justamente ahí se evidencia como se tejen las relaciones de poder en el contexto social y a la vez indica que se debe intervenir esta realidad.

A partir de Grupta (como se citó en Fernández y Venegas, 2014) se identifica que a pesar de que actualmente se tiene un amplio conocimiento sobre el VIH, una larga trayectoria en discutir sobre la temática y que existen estrategias propuestas para disminuir los casos de detección en la población femenina, no es posible alcanzar cambios realmente efectivos, a menos de que los gobiernos y organizaciones civiles que trabajan esta materia conciban la inequidad de género como un meta integral.

Al reconocer estas condiciones de vulnerabilidad, se debe traer a colación la **violencia estructural**, la cual no se da por acciones individuales, sino que está

profundamente arraigada en las relaciones estructurales de desigualdad entre mujeres y hombres. Se comprende que es producto histórico y por medio de una serie de normas aprendidas se ha legitimado e instaurado en la vida en sociedad. Según indica la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2006), históricamente, los roles de género han estado ordenados jerárquicamente, de tal modo que los hombres ejercen poder y control sobre las mujeres. La dominación masculina y la subordinación femenina tienen bases ideológicas y materiales.

Una de las expresiones en el que se puede ver cómo se ejerce la violencia estructural, es en la omisión de parte de políticas en materia de género, específicamente en mujeres con un diagnóstico de VIH. Se hace hincapié en que si bien es cierto la creación de una política no garantiza el cumplimiento de los derechos de las mujeres, si da indicios sobre el reconocimiento de una las manifestaciones de la violencia sufridas por este grupo poblacional y promueve la construcción de una sociedad más inclusiva con este tipo de reconocimientos traducidos en políticas. Además, no debe verse reducido únicamente a políticas, se pueden realizar acciones en relación a la educación, al acceso a servicios de atención integral y diferenciada, a investigaciones que denotan más información sobre el tema en cuestión, empoderamiento femenino sobre sus derechos entre otros (ONU, 2016).

Otra de las manifestaciones de la violencia es la **violencia de género**, la cual fomenta la vulnerabilidad de las mujeres. Según Lagarde (2008) esta violencia refiere a:

la violencia misógina contra las mujeres, por ser mujeres ubicadas en relaciones de desigualdad de género: opresión, exclusión, subordinación, discriminación explotación y marginación. Las mujeres son víctimas de amenazas, agresiones, maltrato, lesiones y daños misóginos. Los tipos de violencia son: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial y las modalidades de la violencia de género son: familiar, laboral y educativa, en la comunidad, institucional y feminicida. (p. 235)

Tiene su raíz en la desigualdad estructural entre hombres y mujeres, y conforma un mecanismo de reproducción de la opresión de las mujeres. Esa desigualdad mantiene el machismo, la misoginia y normaliza la violencia hacia las

mujeres. La autora afirma que esa violencia está en todas las esferas de la sociedad: religión, política, cultural, económica e ideológica.

Esta forma de violencia, según la autora, se recrudece “en condiciones de menor desarrollo social de las mujeres (...) La violencia se agrava en condiciones sociales permanentes o temporales de exclusión, de dependencia vital, de ciudadanía débil o de falta de ciudadanía de las mujeres” (p. 232).

A su vez, Yugueros (2014) retoma que la violencia contra la mujer es un acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, provoca la privación arbitraria de su libertad, tanto en la vida pública como en la vida privada.

Toda la violencia de género mencionada aumenta aún más cuando las mujeres tienen una condición de salud como el VIH, porque su sexualidad se ve cuestionada y estigmatizada. Además, Hale y Vázquez (2011), recuperan que:

La interseccionalidad, la interacción de determinantes sociales del VIH y de la violencia, significa que a menudo la violencia que experimentan las mujeres VIH positivas es equivalente a la que experimentan las mujeres en general. No obstante, el VIH expone a las mujeres a nuevas situaciones de violencia y también actúa como un ‘determinante’ más, empujando a las mujeres más abajo en la jerarquía de poder. (p.13)

Contextualizar el ejercicio de la violencia hacia las mujeres con VIH, permite identificar cómo la vida de las mujeres es violentada desde distintas expresiones, entre ellas el ejercicio de su sexualidad.

Uno de los ámbitos donde recae este tipo de violencia, responde a la **sexualidad** de las mujeres, ya que según Piedra (2014) citando a Foucault esta

depende de un control disciplinario, individualizante, ejercido en formas de vigilancia permanente; por otro lado, mediante sus efectos de procreación, la sexualidad se inscribe y adquiere eficacia en amplios procesos biológicos que

no conciernen al cuerpo del individuo, sino a aquella unidad múltiple constituida por la población. (p. 130)

La sexualidad se comprende, según Lagarde (2003) como “el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste (...) es un complejo cultural históricamente determinado por relaciones sociales, instituciones sociales y políticas (...) está constituida por formas de actuar, de comportarse, de pensar y de sentir” (p. 4). Además, indica que la sexualidad se convierte en lucha y/o ejercicio del poder. De esa forma, las mujeres poseen el poder subalterno, dominado, donde son privadas a ejercer su sexualidad de forma libre o esta se restringe únicamente a la procreación.

Indica que el cuerpo y la sexualidad de las mujeres son “un campo político definido, disciplinado para la producción y para la reproducción, construidos ambos campos como disposiciones sentidas, necesidades femeninas, irrenunciables” (p. 11). Asimismo, la autora señala que esa condición de género violenta a las mujeres, ya que

El ser considerada cuerpo-para-otros, para entregarse al hombre o procrear, ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros, con la función específica: la reproducción. (p. 11)

Ante esto, el cuerpo y la sexualidad se convierten en ejes en los cuales se estructura la condición genérica y la opresión. Son los espacios en los cuales se desarrolla la opresión, además de instrumentos y espacios de poder que están a la disposición de la sociedad y de la historia.

De esta manera la sexualidad de las mujeres según Lagarde (1996) refiere al “referente de la organización genérica de la sociedad” (p. 28). Es decir, que representa el conjunto de experiencias humanas que se le atribuyen al sexo y que se determinan por la diferenciación sexual y el significado que se le otorga. El orden fundado en función de la sexualidad es un orden de poder de los hombres sobre las mujeres, desde una opresión genérica y estas son condicionadas para no apropiarse de sí mismas. Aunado a esto, debido a las construcciones sociales instaladas en los individuos, ellas reprimen su deseo femenino debido a la falta de adecuada educación

sexual, falta de información adecuada, la culpa y el temor. Además, señala que el papel de la sociedad y el Estado corresponde a que “tienen un conjunto de objetivos ligados al control, al ordenamiento y sanción de la sexualidad” (p. 29).

Por su lado, la **maternidad**, históricamente para las mujeres se ha considerado como su función y propósito primordial, ya que según Lagarde (2003) “se reconoce la procreación femenina como un deber ser y por su carácter natural es irrenunciable, debe ser realizada: todas las mujeres son madres de manera independiente de la procreación y de la edad” (p. 13). A su vez, Lamas (2009) considera que

Muchas mujeres son madres porque nacen en una sociedad que tiene un discurso sobre su papel, ellas mismas, la forma de pensarse, la construcción de su propia imagen, de su autoconcepción, tienen incorporadas esas definiciones culturales: su conciencia está habitada por el discurso social que plantea la maternidad como el destino natural y por tanto inevitable de las mujeres. (p.4)

Bravo, Dides y Pérez (2003) colocan que la maternidad es entendida en las mujeres viviendo con VIH como un derecho a ejercer libre y de manera informada. Este derecho se relaciona con los principios éticos del control del cuerpo, la igualdad y diversidad. Para lograrlo se requiere de un proceso de deconstrucción e información, en el cual se vean involucrados diferentes actores de la sociedad, una adecuada educación sexual, así como servicios de salud sexual y reproductiva que particularizan este tema y coloquen la perspectiva de género en dichas intervenciones.

Por medio de estos procesos, se da el reconocimiento histórico en cuanto a los roles asignados a los géneros, la relación intrínseca que a nivel social se establece entre mujeres-maternidad. A todas las mujeres, indistintamente de sus condiciones sociales, se les debe garantizar el acceso a ejercer la maternidad sea por sus propios deseos y conscientes de esta decisión y no por imposiciones sociales.

Otro de los aspectos por mencionar, es que, en el caso de las mujeres con VIH, el ejercicio de la maternidad se ve cuestionado por la transmisión perinatal hacia sus hijos, sin embargo, cuando hay una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral, se reduce las cifras de transmisión del VIH, hasta un 5%. La

Organización Mundial de la Salud (2020) junto con otras asociaciones establece normas y estándares mundiales en relación con la prevención, atención y tratamiento de las embarazadas, las madres y sus hijos; elaborar estrategias que promuevan la integración de la prevención de la transmisión vertical del virus en los servicios de salud para la madre, el recién nacido y el niño. Ante esto, la **autodeterminación reproductiva** como derecho, según el IIDH (2010) está respaldado por otros derechos: intimidad, integridad física, planificación familiar, vivir libre de toda forma de violencia, discriminación y coerción. Este derecho implica todo lo referente a decidir sobre el propio cuerpo y la libertad personal. A raíz de esto, las mujeres pueden decidir querer tener hijos e hijas, cada cuánto tiempo, así como no tenerlos y recibir adecuada información y acceso a servicios, según lo decidido por cada mujer.

Para analizar lo abordado anteriormente, se recuperan las **representaciones sociales**, ya que interpreta y brinda una explicación en cómo se reproducen ideas, conductas y comportamientos, en este caso, sobre la condición social del VIH. Conceptualmente, las representaciones sociales se comprenden como:

una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979 citado en Mora, M. 2002 p.7)

Asimismo, las personas construyen sus realidades por medio de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales dan la posibilidad de sintetizar dichas explicaciones y hace referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo piensa y organiza su vida cotidiana; el conocimiento del sentido común (Araya, 2002).

En tal sentido, por medio del acercamiento a las representaciones sociales nos permite reconocer los estereotipos, creencias, opiniones, valores, normas que se complementan con sistemas ideológicos y representativos de forma colectiva, en torno al VIH en mujeres y cuáles son las concepciones o estigmas que se asocian al diagnóstico en esta población. Y es a partir de dichas aproximaciones, se puede

comprender cómo se expresan las actitudes alrededor del VIH en mujeres y los efectos que trae consigo en este grupo poblacional y precisamente por medio de la investigación se va a develar estas representaciones existentes.

Capítulo 4: Estrategia metodológica

En el presente apartado se detalla el proceso llevado a cabo para el estudio del objeto de investigación. Para esto, se toma en cuenta el método seleccionado, el espacio-temporal, el tipo de estudio, las técnicas para recuperar y analizar la información, la población y sujetos participantes, criterios de selección y exclusión y algunos elementos éticos a tener en cuenta.

4.1. Acercamiento epistemológico: Método y Enfoque de Investigación

Al realizar procesos de investigación y acercamiento al objeto de estudio, se requiere de un posicionamiento teórico desde el cual se comprende la realidad en la se encuentra inmerso. Para ello se realizó una investigación cualitativa descriptiva. En la cual se retoman las representaciones sociales para acercarse a las creencias, ideas, pensamientos y valoraciones en relación con las categorías planteadas.

Además, se retomó en la investigación la perspectiva de género, la cual según Lagarde (1996), permite la crítica de la concepción patriarcal y androcéntrica de la humanidad, la cual deja por fuera a la mitad del género humano, que son las mujeres. De esta manera, la investigación buscó contribuir a una construcción subjetiva y social de una resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde y con las mujeres, así como reconocer la diversidad de géneros, donde se tiene como punto de partida la construcción de una humanidad diversa y democrática, “la dominación de género produce la opresión de género y ambas obstaculizan esa posibilidad” (Lagarde, 1996, p. 13).

Así mismo, la autora refiere que la perspectiva de género permite

analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. (...) analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros. (pp. 13-14)

Así, la perspectiva de género permitió comprender la realidad social de las mujeres que viven con VIH, retomando las principales problemáticas desde la

desigualdad en la que se encuentran las mujeres por la condición social del género. Ante esto, el análisis de género se convierte en

detractor del orden patriarcal, contiene de manera explícita una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización social basada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquización política de las personas basada en el género. (Lagarde, 1996, p. 14)

Además, se considera que las representaciones sociales que existen sobre categorías propuestas, como sexualidad, maternidad, reproducción, desde una perspectiva de género, permitió conocer las experiencias de las mujeres en relación con el VIH y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos

4.2. Tipo de investigación

Se parte de una investigación cualitativa y descriptiva. Según (Fraenkel y Wallen, 1996 como se citó en Vera, 2008) dentro de las características básicas de las investigaciones cualitativas se encuentra: el ambiente natural y el contexto en el que se da el asunto o problema es la fuente directa y primaria.

El equipo investigador enfatiza tanto los procesos como los resultados y se interesa en saber cómo los sujetos en una investigación piensan y qué significado poseen sus perspectivas en el asunto que se investiga. Según Sandoval (1996) este tipo de estudio permite definir las miradas desde las cuales se van a concebir las realidades sociales.

Además, Quecedo y Castaño (2002) indican que este tipo de investigación produce datos descriptivos y permite recopilar las palabras de las personas, así como las conductas. Los autores señalan que “estos estudios buscan describir sistemáticamente las características de las variables y fenómenos, así como el descubrimiento de relaciones causales, pero evita asumir constructos o relaciones a priori” (p. 12).

Con respecto al proceso investigativo, los autores anteriores, recuperan algunas particularidades que se tomaron en consideración para el desarrollo de la presente investigación:

- La recolección de los datos: no se someten a análisis estadísticos o que los mismos se manipulen como en los estudios experimentales. Los datos no se recogen al final al administrar instrumentos, sino que se van recogiendo durante el proceso que es continuo durante toda la investigación.
- El análisis de datos: es uno mayormente de síntesis e integración de la información que se obtiene de diversos instrumentos y medios de observación. Prepondera más un análisis descriptivo coherente que pretende lograr una interpretación minuciosa y detallada del asunto o problema de investigación.
- Conclusiones: se derivan o se interfieren continuamente durante el proceso. Contrario a los estudios de índole cuantitativas que resultan al final de la investigación, en el estudio cualitativo se reformulan a medida que se van interpretando los datos.

4.3. Delimitación espacio-temporal

La investigación se llevó a cabo teniendo como contraparte a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH (ICW Latina), la cual es una red internacional dirigida por mujeres y creada a partir de la necesidad de respuesta por las faltas de apoyo, información y de servicios disponibles para las mujeres con VIH (ICW, 2020).

Ante la poca representación política y de espacios de toma de decisiones y el poco ejercicio del poder de las mujeres con VIH, esta organización busca que estas tengan una incidencia política y empoderamiento sobre sus vidas, desmitificando estereotipos y brindando información adecuada y veraz según las necesidades de estas mujeres, así mismo luchan por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH.

La investigación se orientó a conocer las representaciones sociales que inciden en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH en Costa Rica. Por lo que, ante esto, se consideró que esta organización podía brindar insumos necesarios para el logro de los objetivos de la investigación.

La presente investigación se realizó en el año 2021 y en el 2022. Las entrevistas se llevaron a cabo en la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social, de manera que fuera un espacio céntrico y accesible para todas las mujeres participantes.

4.4. Proceso de recolección y análisis de la información

Para el desarrollo de la investigación se hizo uso de fuentes tanto primarias como secundarias. Además, se realizó una exhaustiva revisión y análisis de diversa bibliografía relacionada con la temática, así como normativa nacional e internacional. Se recopilaron documentos escritos primordialmente, para ubicar fuentes históricas, informes y estudios, documentos oficiales (normativas) y documentos personales (entrevistas). El método de análisis fue la triangulación de la información a través de las fuentes documentales, las personas informantes, las categorías planteadas previamente en el Anexo 2; así como las propias interpretaciones como investigadoras.

A continuación, se detallan las técnicas de investigación usadas para el estudio y análisis del objeto de investigación:

- ***Revisión bibliográfica y documental:***

Esta técnica permite “la obtención de información especializada en los momentos previos y durante la investigación” (Cubillos, 2008).

Además, la revisión bibliográfica según Gálvez (2002) es:

un procedimiento estructurado cuyo objetivo es la localización y recuperación de información relevante para un usuario que quiere dar respuesta a cualquier duda relacionada con su práctica investigativa. La naturaleza de la duda, por tanto, de la pregunta que se hace el usuario condicionarán el resultado de la revisión, tanto en el contenido de la información recuperada como en el tipo de documentos recuperados. (p. 25)

En el Anexo 3 se puede observar el listado de normativas a nivel nacional e internacional revisadas y analizadas.

- ***Entrevista a profundidad:***

Según Araya (2002), esta técnica permite un encuentro con la persona informante y la persona investigadora, orientados a “hacia la comprensión de las perspectivas que tienen las y los informantes respecto de sus vidas, experiencias o

situaciones, tal como se expresan con sus propias palabras” (p. 55). De esta forma, las personas develan las representaciones sociales mediante las producciones verbales, y permiten analizar la información brindada.

Cada entrevista¹ tuvo una duración de entre 60 y 80 minutos, y se llevaron a cabo de manera individual y presencial, cumpliendo con el protocolo establecido por el Ministerio de Salud y las autoridades de la UCR en el contexto de la pandemia por Covid-19. El fin de la entrevista fue visualizar y analizar las categorías de análisis de forma que se determinen las representaciones sociales presentes, que permitan un acercamiento al objeto de estudio planteado.

- ***Triangulación de la información:***

Según Fernández (2002) es una técnica de investigación útil para analizar los procesos de comunicación, el cual puede ser aplicado a cualquier tipo de formas de comunicación. Tiene como objetivo identificar determinados elementos que componen el discurso, de forma que permita identificar tendencias, actitudes, creencias, deseos, valores, objetivos, entre otros. En este caso, las categorías² de investigación construidas, guiaron el proceso de investigación y situaron el eje sobre el cual enfocarse para el análisis y comprensión del objeto de estudio.

A partir de la revisión exhaustiva se definieron las categorías para el análisis de la información obtenida. Además, se hizo uso de la herramienta Atlas.Ti para el análisis de la información, con el fin de facilitar la ubicación de las categorías y su análisis en las fuentes seleccionadas.

4.5. Población participante:

La población participante se seleccionó de forma deliberada e intencional. Para cumplir con los criterios de selección se estableció comunicación con Marilú Blanco, quien forma parte de ICW y trabaja directamente con las mujeres de la organización. Ella fue quién seleccionó y se comunicó con las mujeres para respetar la confidencialidad, informarles sobre la investigación y su posible participación en las entrevistas. Posteriormente, como investigadoras se dio la comunicación de manera individual, quienes aceptaron realizar la entrevista a partir de la disponibilidad de sus

¹ En el Anexo 4 se encuentra la entrevista aplicada a las mujeres que viven con VIH.

² El cuadro de categorías para el análisis de contenido se encuentra en el Anexo 2.

horarios. Además, se contó con el aval del Comité Ético Científico de la Universidad y se aplicó el consentimiento informado como parte del proceso investigativo con las mujeres participantes.

En las entrevistas a profundidad participaron un total de ocho mujeres que viven con VIH y que forman parte de ICW. El instrumento se aplicó a esta cantidad de participantes, debido a que como señalan Rodríguez, Gil y García (1996), cuando se han recuperado suficientes datos y la información obtenida se repite, se puede detener la recopilación, ya que esto indica que la obtención de la información hasta ese punto es significativa y representativa. Como parte de los criterios de inclusión y exclusión, se definieron los siguientes:

Criterios de selección de las participantes:

- Mujeres que viven con VIH que formen parte de la organización Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH en Costa Rica (ICW).
- Ser parte de la organización como mínimo un año. Esto, considerando que hayan llevado a cabo diversos procesos en ICW.
- Que tengan el interés y aceptación de participar.
- Tener una edad mayor a 18 años.
- Al menos la mitad de las participantes, hayan tenido hijos/hijas después del diagnóstico de VIH o bien, consideren la posibilidad de la maternidad como parte de su proyecto de vida.

Criterios de exclusión:

- Personas que no deseen participar.
- Mujeres que se encuentren bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas ilícitas durante la entrevista.

4.6 Elementos éticos en la investigación

Cabe resaltar que, en todo el proceso de investigación, se tomaron en cuenta algunos elementos éticos definidos previamente:

- Realizar una devolución a la población que fue parte del proceso de investigación sobre los principales resultados obtenidos. Siendo un compromiso de parte del equipo de investigadoras tanto con las mujeres participantes como con ICW. Esta devolución se planificó llevar a cabo en entre los meses de enero y febrero del 2023, el cual ya ha sido coordinado con la organización.
- Ofrecer un taller a la organización para mujeres con VIH sobre derechos sexuales y reproductivos, como forma de articular la acción social con la investigación. Dicho taller ha sido coordinado entre enero y febrero del año 2023, el cual va a constar de dos sesiones.
- Confidencialidad de la información que se comparte durante las entrevistas. Se hizo uso de un código para salvaguardar la identidad de las participantes: Entrevista 01, Entrevista 02, Entrevista 03 y así sucesivamente.
- Al inicio de cada entrevista, se les indicó a las mujeres participantes que en caso de alguna manifestación de crisis, la persona podía detener de forma temporal o permanente su participación en la investigación. Además, se contemplaba realizar contención emocional inmediata (escucha activa y validación de emociones y sentimientos por parte de las investigadoras), y en caso de ser necesario, articulación con servicios de ICW y su red institucional para la atención profesional de la persona.
- Se elaboró el consentimiento informado según los lineamientos del Comité Ético Científico de la UCR, y antes de iniciar cada entrevista, se hizo la lectura en conjunto con cada participante y se brindó un espacio para evacuar dudas o inquietudes.
- En el desarrollo de todas las actividades, el equipo de investigación tuvo una actitud de escucha y de respeto hacia lo expresado por cada mujer participante, respetando la individualidad y vivencias de cada una.

4.7. Momentos de la investigación

Para llevar a cabo la investigación, se desarrollaron diversos momentos para lograr los objetivos planteados, expuestos a continuación.

Momento de formulación

La formulación de la investigación inició en el año 2020 con el curso de Epistemología III, donde se definió el interés por parte de las investigadoras de realizar una investigación sobre mujeres con VIH. Se realizaron los primeros acercamientos con expertas en la temática, y se identificó que los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para la población con este diagnóstico de salud, dada la discriminación y estigma que existe. Además, se reconoce como en nuestro país, existe una organización no gubernamental (ICW) que trabaja exclusivamente con mujeres con VIH.

Posteriormente, para el año 2021 se establece contacto con la presidenta de la organización, Ruth Linares, ella indica que ICW, es una organización internacional que cuenta con una sede en Costa Rica, la cual trabaja con y para mujeres cisgénero con un diagnóstico de VIH, la cual tiene alrededor de 20 años en el país. A través de una comunicación directa, se establecieron como contraparte de la investigación y manifestaron anuencia y disponibilidad para brindar apoyo en el proceso de investigación³.

Se realizó una revisión documental exhaustiva y se construyen las categorías de análisis. A partir de dichas categorías, se elaboran las entrevistas, de manera que permitieran un análisis adecuado de la información según los objetivos propuestos. Posterior a esto, se presenta la propuesta de investigación tanto al Comité de la Escuela de Trabajo Social, como al Comité Ético Científico (CEC), ambos de la Universidad de Costa Rica.

Momento de trabajo de campo

Para el trabajo de campo, se realizaron entrevistas a profundidad, en las cuales se abordaron las categorías planteadas previamente. Primeramente, se desarrolló la prueba del instrumento con la aplicación de la entrevista elaborada a una participante. Se comprueba que el instrumento estaba listo para ser aplicado al resto de participantes y se contaba con la población, por lo que se inició la aplicación de las

³ En el anexo 5 se encuentra la carta de la contraparte.

entrevistas. Dichas entrevistas se llevaron a cabo en la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASS)

Momento de procesamiento de datos

Al concluir con las entrevistas, se transcribió cada una y se da inicio al proceso de análisis de la información. Dichos insumos son complementados con la revisión bibliográfica según las categorías que sustentaron la investigación.

Se desarrolló la triangulación de la información presente tanto en la documentación revisada como en las entrevistas, con el objetivo de develar las representaciones sociales que inciden en el ejercicio de la sexualidad y la autodeterminación reproductiva. Además, se retoman las propias interpretaciones del equipo investigador.

Momento informativo

Como parte de los procesos investigativos, se coordinó una devolución con las mujeres participantes y con ICW, la cual está proyectada para los meses de enero y/o febrero del 2023.

Asimismo, como parte de vincular la investigación con la acción social, se llevará a cabo un taller con las mujeres que formen parte de ICW sobre sus derechos sexuales y reproductivos, coordinados de igual manera para los meses de enero y/o febrero del año 2023.

4.8. Plan de trabajo y cronograma

Para la investigación se identificaron cuatro grandes etapas, que se muestran de forma general a continuación:

1. Revisión exhaustiva de la normativa a nivel nacional e internacional en materia de derechos de las mujeres, los derechos sexuales y reproductivos y de los derechos de las mujeres que viven con VIH, respondiendo así al primer objetivo planteado.
2. Ejecución de las entrevistas a profundidad, con las mujeres que viven con VIH y que forman parte de ICW.

3. Triangulación de la información a partir de la información obtenida, según las categorías planteadas previamente.
4. Desarrollo de los principales resultados, a partir del análisis de la información y de las interpretaciones de las investigadoras.

Esto, se puede visualizar en el siguiente gráfico de Gantt:

Imagen 1. “Gráfico de Gantt, año 2021”

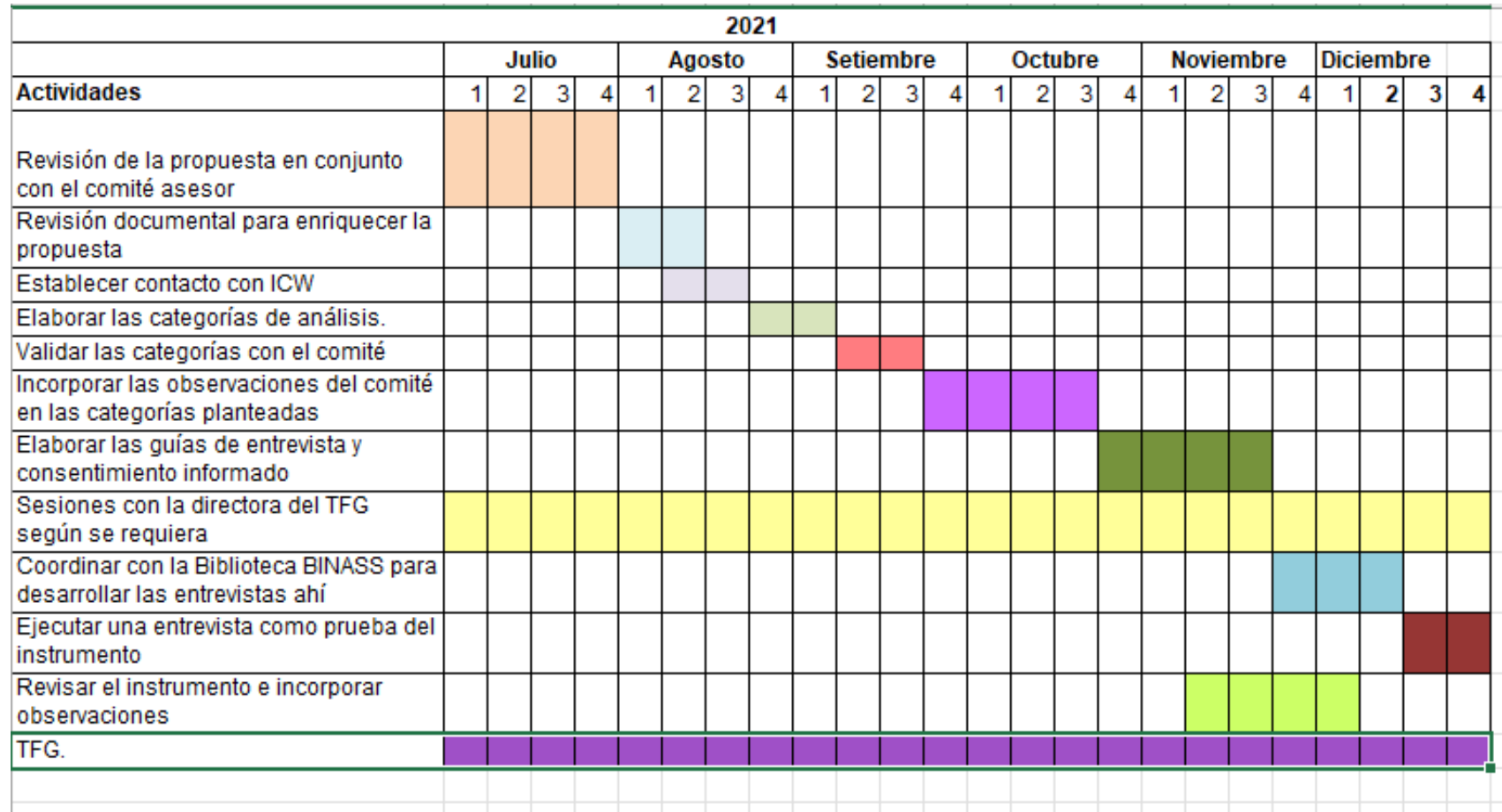
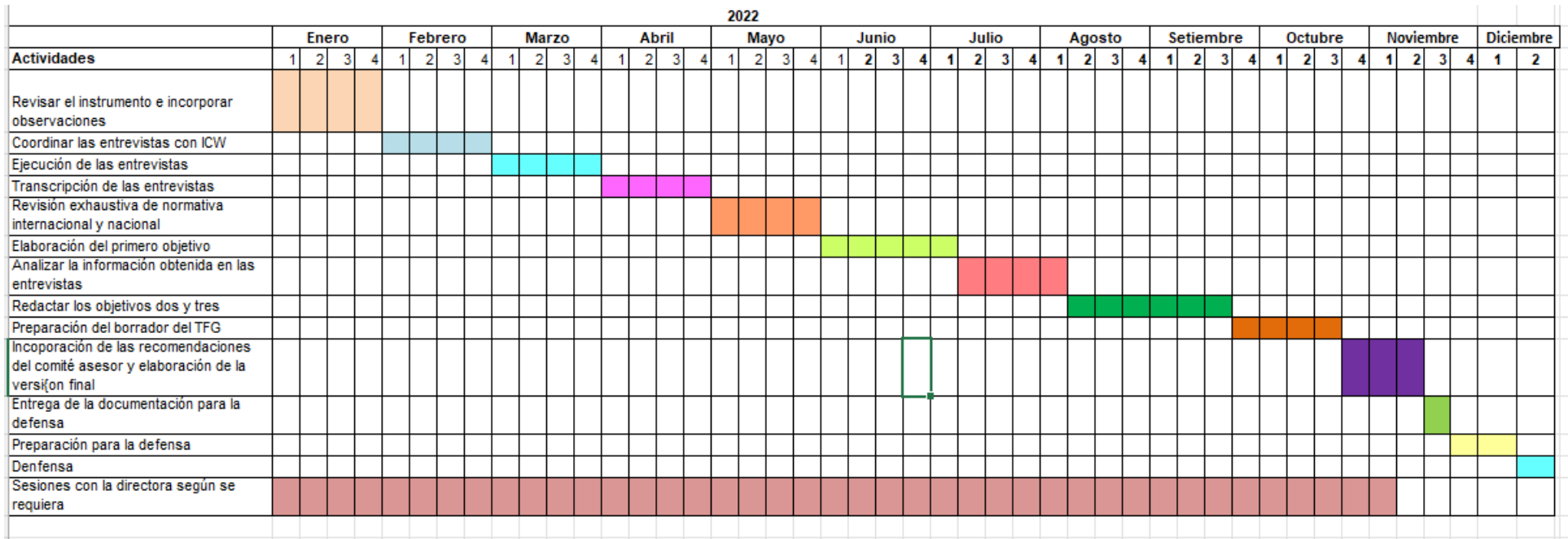


Imagen 2. “Gráfico de Gantt, año 2022”



Resultados de la investigación

Capítulo 5: Marco normativo sobre los derechos de las mujeres

Históricamente, se han dado diversas luchas en cuanto a la construcción de los derechos humanos, y aunque previo a los sucesos de 1940, se registran otros antecedentes importantes, es en dicha época que, a raíz de las guerras mundiales, se logra unificar esfuerzos a nivel internacional para crear un vasto marco normativo con el fin de promover y proteger los derechos de los seres humanos, los cuales se han ampliado a poblaciones con particularidades y necesidades específicas.

Esto como en el caso de las mujeres, donde históricamente ha existido discriminación a raíz de un sistema estructurado patriarcalmente y por la división sexual existente en las sociedades, la cual genera las desigualdades. Desde la comprensión de las realidades donde se intersecan condiciones que aumentan las desigualdades sociales, el vivir con VIH, derivado de la condición social del virus agrava las condiciones de vida y se convierte en un motivo de discriminación, vulnerando así los derechos de las mujeres que viven con VIH. Ante esta realidad se ha logrado, como producto de las luchas sociales feministas, la positivización y reconocimiento de los derechos de las mujeres, de manera que se han creado mecanismos para la protección y promoción de sus derechos.

A partir de lo anterior, se considera que las representaciones sociales existentes en las sociedades y culturas inciden en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, específicamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH, dificultando que estas gocen y ejerzan plenamente sus derechos. Por lo que el presente capítulo busca recuperar las representaciones sociales existentes en la normativa tanto internacional como nacional, sobre los derechos de las mujeres. Para ello, se retoman los antecedentes en la construcción de sus derechos, así como las categorías previamente establecidas. En el Anexo 6 se puede observar el cuadro de análisis de la normativa tanto internacional como nacional.

5.1. Antecedentes: La construcción de los derechos humanos de las mujeres

El concepto generalizado de los derechos humanos refiere a que:

son aquellos que todo ser humano posee y que tiene el derecho de disfrutar, simplemente por su condición de ser humano (...) estos derechos nacen con la persona y (...) su protección es responsabilidad de todo Estado. Se basan en el principio fundamental de que todas las personas poseen una dignidad humana inherente y tienen igual derecho a disfrutarlos, sin importar su sexo, raza, color, idioma, nacionalidad de origen o clase, ni sus creencias religiosas o políticas. El concepto de derechos humanos (...) son, por naturaleza dinámicos. (IIDH, 2000, p. 10)

Este dinamismo mencionado, según el IIDH (2000) permite que:

si el derecho no está reconocido, la lucha es por asegurar tal reconocimiento. Si el derecho no es respetado, la lucha es por asegurar que se haga valer (por lo que esto) hace de los derechos humanos una herramienta potencialmente muy poderosa para promover la justicia social y la dignidad de todas las personas. (p. 11-12)

A raíz de la violencia, invisibilización, discriminación histórica contra las mujeres, estas han luchado por sus derechos y, por ende, construido un movimiento a nivel mundial a favor de la defensa y reconocimiento de sus derechos humanos. Estos derechos tienen un precedente histórico, por lo que es fundamental indagar para visibilizar la lucha de parte de las mujeres en la conquista de sus derechos.

De tal manera, las demandas de las mujeres se documentan de manera generalizada, durante la Revolución Francesa (1789-1799), la cual se asocia con una ideología igualitaria a través de su conocido lema "Libertad, Igualdad, Fraternidad". Según, de Miguel (2009): "no sólo hubo un fuerte protagonismo de las mujeres en los sucesos revolucionarios, sino en la aparición de las más contundentes demandas de igualdad" (p.10). Dentro de las primeras referencias que se encuentran la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadanía de 1791 construida por Olimpia de Gouges y que "al re-escribir la Declaración de los Derechos del Hombre y del

Ciudadano, de 1789, exigía también los derechos a las mujeres” (Ramírez, 2015, p. 4). En esta Declaración, según Ramírez (2015), la autora

reclama la igualdad de sexos y solicita que ésta se extienda a los hombres de color. Para Olimpia, la mujer debía quitarse la opresión de los hombres, tener un rol político diferente, puestos públicos iguales, etc. Sostenía que, si la mujer tiene el derecho de subir al patíbulo, debe tener el derecho a subir a la tribuna. (p. 3)

Además, con dicha Declaración, se afirma que los derechos de la mujer estaban limitados por la tiranía del hombre, situación que debe ser reformada según las leyes de la naturaleza y la razón.

Otra de las acciones relevantes, se dio en 1792, cuando Mary Wollstonecraft escribe la “Vindicación de los derechos de la mujer” donde se luchaba por la igualdad en derechos civiles, políticos, laborales, educativos (Gamba, 2008).

Posteriormente, hubo otras movilizaciones que pretendían reivindicar los derechos de las mujeres, planteando las demandas de la época y cuestionamientos a la estructura social, como lo es el modo de producción capitalista, el cual alteró las relaciones entre los sexos, debido a que este nuevo sistema económico incorporó masivamente a las mujeres proletarias al trabajo industrial, lo cual implicó mano de obra más barata y “sumisa” que los hombres. En este contexto, las mujeres empiezan a organizarse en torno al derecho al sufragio, así como por la igualdad en todos los ámbitos, ya que una vez conseguido el voto y el acceso al parlamento, podrían comenzar a cambiar el resto de las leyes e instituciones (de Miguel, 2009).

Al Movimiento de Liberación de las Mujeres se le conoce como la “segunda ola” del feminismo, la cual inició, según Aguilar (2020) entre la segunda mitad del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX, con la “cruzada antiesclavista” (p. 131). Dentro de las consignas que más tuvieron relevancia, se encuentran los derechos reproductivos y la liberación sexual, ante lo cual fue clave desvincular la idea de procreación y de la práctica sexual, ya que esta última se asociaba estrictamente a la maternidad como destino natural de las mujeres (Martínez, 2015).

A su vez, en el ámbito internacional, en relación con la positivización de los derechos, se establece que a raíz de los “abusos cometidos contra personas y grupos —prácticas de genocidios, asesinatos masivos y otras formas de violencia” (IIDH, 2000, p. 11) en la I y II Guerra Mundial entre los años de 1914 y 1945, se lleva a cabo la Conferencia de San Francisco en la cual se aprueba la Carta de las Naciones Unidas la cual se firma el 26 de junio de 1945, y es considerada como el punto de partida de la construcción de los derechos humanos al establecer “principios aceptados universalmente sobre la dignidad humana” (IIDH, 2000, p. 11).

Al reconocer la necesidad del ejercicio de los derechos humanos sin distinción de ningún tipo, en este caso, de sexo, se crea la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de la ONU el 21 de junio de 1946, la cual se dedica a

la preparación de estudios, informes y recomendaciones sobre los derechos humanos y temas relacionados que afectan a las mujeres (asimismo) esta Comisión ha fungido como organismo preparatorio de importantes conferencias internacionales y ha centrado más su atención al mejoramiento de las condiciones políticas, económicas y sociales de las mujeres (IIDH, 2000, p. 59).

Es por esto, que desde esta Comisión se insta a llevar a cabo la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, la cual será detallada más adelante.

Asimismo, esta Comisión elabora las primeras convenciones internacionales sobre los derechos de la mujer, como la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer en 1953, convirtiéndose en el primer instrumento de derecho internacional en reconocer los derechos políticos de las mujeres; así como la Convención sobre la Nacionalidad de la Mujer Casada en 1957 y la Convención sobre el consentimiento para el matrimonio en 1962, reconociendo los derechos de la mujer en el matrimonio. Es así como en 1979 dicha Comisión redacta la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, conocida como CEDAW, la cual se detalla más adelante.

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, s.f.)

Después de la Segunda Guerra Mundial y la creación de las Naciones Unidas, la comunidad internacional se comprometió a no permitir nunca más atrocidades como las sucedidas en ese conflicto. Los líderes del mundo decidieron complementar la Carta de las Naciones Unidas con una hoja de ruta

para garantizar los derechos de todas las personas en cualquier lugar y en todo momento.

Ante lo cual, el 10 de diciembre de 1948 se adopta la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por 48 Estados en la Asamblea General de las Naciones Unidas. El autor Huerta (2012) refiere a que “Ningún documento en la historia de la humanidad ha contribuido tanto a la protección y garantía de los derechos fundamentales como la Declaración Universal de Derechos Humanos” (p. 15). Esto se debe a que dicha declaración marca un precedente histórico para diversas poblaciones en la luchas y movimientos sociales, para exigir y demandar el ejercicio de sus derechos, así como el respeto a la dignidad y autonomía de cada ser humano sin ninguna distinción.

Asimismo, en su contenido se incluye a las mujeres a diferencia de otras declaraciones sobre derechos humanos previas, las cuales hacían referencia a los derechos del hombre únicamente, como la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789.

A pesar de no ser el primer instrumento a nivel internacional en posicionar el respeto a la dignidad de los seres humanos y los derechos básicos y fundamentales de los individuos, “La Declaración representa el primer instrumento internacional que contiene un catálogo integral de derechos y libertades fundamentales con alcance y pretensión de universalidad adoptado por la comunidad internacional a nivel mundial” (Huerta, 2012, p. 18).

En 1952 se lleva a cabo la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, en donde se afirma el derecho que tienen las mujeres para votar y ser elegidas en cargos públicos, y, por ende, tienen derecho a participar y tomar decisiones en la esfera política (ONU, 1952). Lo cual representa un avance para las mujeres en dicha esfera, ya que históricamente han sido invisibilizadas.

Del mismo modo, a nivel social, cultural, económico y político, se llevaban a cabo diversas luchas por parte del movimiento feminista. Al situarse después de 1960, se puede observar una época en la que se destaca la continua lucha por parte de los grupos feministas exigiendo el cumplimiento de sus derechos y el cuestionamiento radical a la forma en que las relaciones sociales son estructuradas, ya que se evidencia una gran contradicción en el sistema, por la creación de instrumentos que legitiman los derechos fundamentales, pero, la realidad social continuaba siendo desigual, sexista y patriarcal (Betania, 2000).

En 1960, las mujeres “se unieron a la ola de insatisfacción social que caracterizó la década de 1960, reviviendo así el movimiento feminista. Varios factores abonaron a ese renacer. Primero en 1963, John Fitzgerald Kennedy nombró una comisión presidencial para que estudiara la situación de las mujeres en los Estados Unidos” (Barreto, 2018). En dicho informe, siguiendo al autor, se detalla que las mujeres enfrentaban las mismas injusticias que las minorías raciales. Además, recibían una paga menor que los hombres, por labores similares, así como menor oportunidad de acceder a la educación superior.

A partir de esto, la Comisión sugiere que la Ley de Derechos Civiles de 1964 prohibiera la discriminación por género. Sin embargo, “la Comisión de Igualdad en la Oportunidad en el Empleo se mostró reacia a hacer respetar la prohibición de la discriminación por sexo, lo que provocó que un grupo de mujeres fundaran, en 1966, The National Organization for Woman (NOW)” (Barreto, 2018). Desde dicha organización se llevaron a cabo publicaciones, discusiones y luchas sobre el papel de la mujer en la sociedad, principalmente un cuestionamiento sobre la imposición de los roles de madres y esposas. Esta resistencia en cuanto a la discriminación por razones de género reafirma la misoginia que históricamente ha existido en la sociedad, la cual genera rechazo a las demandas de las mujeres y, por ende, dificulta el acceso al ejercicio de sus derechos.

Además, a nivel mundial, surgen diversos movimientos sociales, que permitieron el auge del movimiento feminista, como, por ejemplo, mayo de 1968 francés⁴, octubre de 1968 mexicano⁵. Según Flores (2010) en esta época

como nunca antes (...) las personas comenzaron a movilizarse y a luchar desde diferentes espacios. Había un componente utópico muy fuerte, la gente creía en un cambio (...) Es en estas condiciones que surgen estos movimientos de mujeres feministas que se encuentran en contra del capitalismo, contra el militarismo, contra las desigualdades. Y desde cada lugar en el que se encontraron reflexionaron sobre la situación actual y dieron alternativas de cambio. (p. 565)

Esta época permitió retomar los debates existentes sobre la condición de las mujeres y ampliar dicho debate, así como alimentar la teoría de género. Flores (2010)

⁴ Se refiere a las protestas estudiantiles y sindicales, llevadas a cabo en Francia en 1968.

⁵ Se refiere a la “Masacre de Tlatelolco, una opresión al movimiento estudiantil que resurgió en esa época.

refiere a que las posiciones y teorizaciones realizadas por Margaret Mead, con sus investigaciones *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa (1928)*, *Sexo y Temperamento en tres sociedades primitivas (1947)*; y por Simone de Beauvoir, la cual fue “una mujer que dotó a todo este movimiento social feminista de conceptos claves para la reflexión” (p. 568), principalmente con su libro *El segundo sexo (1949)*, fueron quienes brindaron el bagaje teórico y alimentaron las luchas sociales de las mujeres, exigiendo un cambio en beneficio de sus derechos, así como en las relaciones entre géneros.

Dentro del análisis de Beauvoir, se plantea la reacción patriarcal contra el sufragismo y la incorporación de las mujeres a la esfera pública, puesto que, durante la Segunda Guerra Mundial, el único rol de la mujer era ser madre y esposa, lo que reduce toda posibilidad de realización personal y culpabiliza a todas aquellas que no son felices viviendo solamente para los demás (De Miguel, 2015).

A partir de estas luchas, se logra un reconocimiento jurídico sobre las consecuencias de las diversas manifestaciones de la violencia en contra de las mujeres, por lo que, en el año 1967, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclama la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. En esta Declaración, se afirma que la discriminación contra la mujer “niega o limita su igualdad de derechos con el hombre (...) constituye una ofensa a la dignidad humana” (Art. 1). Por lo que a los Estados Parte se les da el mandato de adoptar diversas medidas para abolir las prácticas discriminatorias contra la mujer y acciones que permitan el ejercicio de su igualdad jurídica en diversos ámbitos de la sociedad.

Hacia finales de los años sesenta del siglo XX, se desarrolla el denominado “nuevo feminismo”, donde los principales ejes temáticos que se plantean son: la redefinición del concepto de patriarcado, el análisis de los orígenes de la opresión de la mujer, el rol en la familia, la división sexual del trabajo, el trabajo doméstico, la sexualidad, la reformulación de la separación de espacios público y privado. (Gamba, 2008 p.3)

A partir de ese momento, las feministas militantes adoptaron una estrategia de concientización para cambiar la imagen que las mujeres tenían de sí mismas, los roles asignados socialmente y se abordó también el tema de sexualidad femenina, donde las mujeres debían tener control sobre su capacidad reproductiva y libertad sexual (Barreto, 2018).

A raíz de las demandas exigidas por el movimiento feminista, así como las luchas sociales y consignas sobre la condición social de las mujeres y la violación de sus derechos, desde la ONU se proclama el Año Internacional de la Mujer en 1975 con el objetivo de intensificar diversas medidas encaminadas a: 1. Promover la igualdad entre hombres y mujeres, 2. Asegurar la integración plena de la mujer en la totalidad del esfuerzo en favor del desarrollo, en especial destacando la responsabilidad y el papel importante de la mujer en el progreso económico, social y cultural, 3. Reconocer la importancia de la creciente contribución de la mujer al desarrollo de las relaciones de amistad y de la cooperación entre los Estados y al fortalecimiento de la paz mundial. Además, se proclama el período entre 1975 y 1985 como el “Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz”. (ONU, 1976).

Como consecuencia de estas medidas, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer recomienda desarrollar actividades encaminados con los objetivos mencionados, por lo que se convoca a la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer denominada “Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer” llevada a cabo del 19 de junio al 2 de julio de 1975 en la Ciudad de México y en la cual participaron 133 representantes de gobierno, de los cuales 113 estaban encabezados por mujeres (ONU, 1976).

En dicha Conferencia “se definió un plan de acción mundial para la consecución de los objetivos del Año Internacional de la Mujer, que incluía un amplio conjunto de directrices para el progreso de las mujeres hasta 1985” (ONU Mujeres, s.f.).

La Primera Conferencia tuvo tres objetivos principales a saber:

1. Igualdad de género y eliminación de discriminación por motivos de género.
2. Plena participación de las mujeres en el desarrollo.
3. Mayor contribución de las mujeres a la paz mundial.

En esta Conferencia, también se establecen diversos objetivos adicionales, los cuales como mínimo debían lograrse dentro del primer período quinquenal (1975-1980), entre los cuales se encuentran: Establecer igualdad de acceso en todos los niveles de enseñanza; estimular mayor participación de la mujer en puestos directivos en planos local, nacional o internacional y reconocer el valor económico del trabajo de la mujer en el hogar y en actividades voluntarias tradicionalmente no remuneradas (ONU, 1976).

Lo establecido en esta Conferencia da paso a la creación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) adoptada el 18 de diciembre de 1979. Según la ONU Mujeres (2016) esta Convención es considerada como “el instrumento vinculante sobre los derechos humanos de todas las mujeres y niñas”. Además, brinda aportes sustanciales sobre la “discriminación; la igualdad formal y sustantiva entre mujeres y hombres; el compromiso de los Estados que la ratifican a garantizar la igualdad de jure y de facto entre mujeres y hombres; las medidas especiales temporales para acelerar la igualdad sustantiva; y fortalecer el concepto de indivisibilidad de los derechos humanos” (ONU Mujeres, 2016).

La IIDH (2000) señala que esta Convención “a diferencia de otros tratados (...) exige la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres y no sólo las de “discriminación sexual. En otras palabras, en lugar de demandar una neutralidad de género (es decir, un trato igualitario para hombres y mujeres) la Convención prohíbe cualquier práctica que perpetúe la desigualdad de las mujeres” (p. 42).

Un año después, en 1976, por un lado, entra en vigor el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, que reafirma los derechos incluidos en la Declaración Universal y en el cual los Estados Parte se comprometen a garantizar los derechos reconocidos a todos los individuos del territorio correspondiente (ONU, 1976). En este Pacto, se reafirma que las mujeres también son sujetas de estos derechos y no debe de existir discriminación por ningún tipo, como el sexo.

Por otro lado, entra en vigor el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual según Salazar (2013) se configura como “el primer tratado de Derechos Humanos que requiere que los Estados reconozcan y garanticen progresivamente el derecho a la salud” (p. 11).

En 1980, del 14 al 30 de julio se llevó a cabo la II Conferencia, denominada “Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer” con sede en Copenhague, Dinamarca. El objetivo de dicha conferencia fue evaluar el primer quinquenio del “Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer” y sus avances, así como presentar los objetivos para el segundo quinquenio. En esta Conferencia se reconoce que “existía una disparidad entre los derechos garantizados de la mujer y su capacidad para ejercerlos” (ONU Mujeres, s.f). A partir de esto, se identifican tres puntos fundamentales para la consecución de los objetivos: La igualdad de acceso a la educación, el acceso equitativo a las oportunidades de empleo y la igualdad de

acceso a servicios adecuados de atención de la salud.

En el año 1984, en el mes de agosto, se llevó a cabo la cuarta Conferencia Mundial de Población y Desarrollo en México D.F. Esta conferencia tuvo como objetivo “evaluar la ejecución del Plan de Acción Mundial sobre Población” establecido en Bucarest 1974. Esta conferencia contribuye a los derechos de las mujeres, en el tanto resalta la importancia de la planificación familiar, acceso a servicios de salud y la participación de las mujeres en condiciones de igualdad en relación con los hombres.

La tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, llamada “Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz”, con sede en Nairobi en Kenia, se llevó a cabo del 15 al 26 de junio de 1985. Según ONU Mujeres (s.f) dicha conferencia tenía como objetivo evaluar los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985), marcando así el final de dicho decenio, con la aprobación de las “Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer” para el lapso entre 1986-2000. Esta Conferencia se considera fundamental en el avance de los derechos humanos de las mujeres, ya que, “aunque apenas se mencionó (a la mujer) en la declaración oficial de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (...) los derechos humanos comenzaron a emerger en ese encuentro como un tema de vital importancia para las mujeres” (IIDH, 2000, p. 13).

Como parte de los resultados de esta Conferencia, se concluye que las mejoras observadas habían beneficiado solo a un número limitado de mujeres (...) La Conferencia reconoció que la igualdad de género no era un tema aislado, sino que abarcaba todas las áreas de la actividad humana. Es necesario que las mujeres participen en todos los ámbitos, no sólo en los relacionados con el género. (ONU Mujeres)

Dentro de los resultados presentados, se destaca que, en muchos países en el ámbito legislativo, seguían vigentes disposiciones discriminatorias, especialmente en los códigos civil, penal, de comercio y en algunos reglamentos y normas administrativas. Esta falta de revisión de las leyes “representa un serio obstáculo para que las mujeres cuenten con una capacidad jurídica idéntica que los hombres” (ONU, 1985, p. 14).

A partir de esto, “Los Estados representados en Nairobi recibieron el mandato de tomar nuevas medidas para superar los obstáculos que las mujeres enfrentan para

disfrutar sus derechos y cerrar así las brechas existentes entre los derechos reconocidos formalmente y los que verdaderamente podían ser alcanzados por las mujeres” (p. 14).

Aunado a esto, con la culminación de la Guerra Fría en la década de los 90’s, los Estados Miembros de la ONU, refuerzan la positivización de los derechos humanos específicamente con la realización de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de las Naciones Unidas la cual tuvo lugar en Viena, Austria desde el 14 al 25 de junio de 1993, teniendo como resultado la Declaración y Programa de Acción de Viena.

En el Programa de Acción se establecen diversas acciones encaminadas al avance de los derechos humanos de las mujeres. Entre estos, se identifica: El reconocimiento de la discriminación contra la mujer en diversos ámbitos y de los prejuicios culturales que discriminan e impiden que las mujeres puedan gozar plenamente de sus derechos (ONU, 1993). La importancia de esta conferencia en los derechos de las mujeres radica en que “estableció que todos los derechos de las mujeres son parte inalienable de los derechos humanos” (Salazar, 2013, p. 4).

Ante el reconocimiento de las situaciones de violencia que atentan contra la dignidad y el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres como parte de los resultados de la tercera Conferencia sobre la Mujer, el 14 de junio de 1995 en Belém Do Pará, Brasil, se adopta la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como “Convención de Belém Do Pará”.

Esta Convención afirma que

la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades (...) la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres. (ONU, 1995)

Además, señala que

la violencia contra la mujer trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión (por lo que) la eliminación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para su desarrollo individual y social

y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de vida. (ONU, 1995)

En el siguiente cuadro, de manera general, se puede visualizar los derechos que esta Convención busca proteger y garantizar:

Cuadro N°. 2 “Derechos protegidos en la Convención Belém Do Pará”

Artículo	Derecho
Artículo 1	A una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como privado
Artículo 4: “Derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y libertades”	Respeto a su vida
	Respeto de su integridad física, psíquica y moral
	Libertad y seguridad personal
	No ser sometida a torturas
	Respeto de su dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia
	Igualdad de protección ante la ley y de la ley
	a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes que la amparen ante actos que violen sus derechos
	Libertad de asociación
	Libertad de profesar una religión y creencias propias
	Igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones
Artículo 5	Ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos sociales y culturales.
Artículo 6 “El derecho a una vida libre de violencia”	Ser libre de toda forma de discriminación
	A ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación

Fuente: Elaboración propia a partir de: Organización de las Naciones Unidas (1994).

Esta Convención, además, establece que los Estados Parte deben adoptar

medidas específicas dentro de su jurisdicción para condenar la violencia hacia las mujeres y fomentar el ejercicio de sus derechos; así como diversos programas para fomentar la educación y sensibilización sobre la violencia hacia las mujeres.

La cuarta y última Conferencia sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer se llevó a cabo del 4 al 15 de septiembre de 1995 en Beijing, China. Según la ONU Mujeres (s.f), esta conferencia ha sido la más importante entre las cuatro mencionadas, ya que

se basó en los acuerdos políticos alcanzados en las tres conferencias mundiales sobre la mujer celebradas anteriormente y consolidó cinco decenios de avances jurídicos para garantizar la igualdad de las mujeres y los hombres tanto en las leyes como en la práctica (...) Pese a su gran diversidad y distinta procedencia mundial, compartían un único objetivo: la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres, en todas partes (...) La conferencia marcó un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género. (ONU Mujeres)

Dicha Conferencia es relevante ya que coloca el enfoque de género en las políticas institucionales y gubernamentales, y su programa de acción fue aprobado por 189 países, teniendo como objetivo el empoderamiento de la mujer. Su programa tuvo un total de 12 objetivos, entre los cuales se destacan: La mujer y la pobreza, la mujer y la salud, la violencia contra la mujer, la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones y los derechos humanos de la mujer (ONU Mujeres, s.f).

Asimismo, retoma las Estrategias de Nairobi y hace referencia a la creciente feminización de la pobreza, la violencia contra la mujer y la discriminación, como objetivos claves en el Programa de Acción, los cuales buscan acelerar el proceso iniciado en el año 1975 con la proclamación del Año Internacional de la Mujer (ONU, 1995).

En esta Conferencia, se especifica la feminización del VIH. Ya que desde el inicio de la pandemia ha habido un cambio en el aumento de diagnósticos de VIH en las mujeres. Además, la feminización del VIH es presentado como consecuencia de la combinación de factores biológicos y sociales que interactúan y se expresan en vulnerabilidades para la población. Es así como, las mujeres de todas las edades tienen mayor probabilidad de infectarse por el VIH a diferencia de los hombres, durante el coito vaginal sin protección. La vulnerabilidad biológica se ve agravada por la dependencia social, cultural y económica de las mujeres en la sociedad (Enria,

Fleitas y Staffolani, 2010). Asimismo, durante la Cumbre Internacional de Mujeres en Nairobi, la vicesecretaria General de Naciones Unidas, Rose Migiro, aseguró que “los factores que causan la feminización del SIDA no pueden ser encarados por partes y reconoce que es imprescindible mejorar la educación, emprender reformas legales y sociales” (Naciones Unidas, 2016).

Se hace énfasis en que las Conferencias anteriores permitieron colocar la inclusión de la mujer en las agendas de los Estados en la búsqueda de la igualdad de género, reconociendo que la violencia y la discriminación hacia las mujeres provoca retrasos en el desarrollo de los países, además que impide que las mujeres ejerzan sus derechos (ONU Mujer, s.f).

Posterior a la Conferencia de Beijing, según ONU Mujeres, se han llevado a cabo las siguientes acciones orientadas a evaluar la Plataforma de Acción de Beijing y la consecución de sus resultados:

- En el 2000, en la sesión número 23 del período extraordinario de las sesiones de la Asamblea General de la ONU, se lleva a cabo el “examen quinquenal de la implementación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing” en Nueva York.

Esta evaluación fue nombrada “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”. En esta sesión se identifica que la violencia y la pobreza siguen siendo los mayores obstáculos para lograr la igualdad de género a nivel mundial.

En el año 2005, en el período 49 de las sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer se llevó a cabo un examen y evaluación decenal de la Plataforma de Acción de Beijing, en la cual los delegados aprueban una declaración que “subraya que la aplicación plena y eficaz de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing es esencial para la consecución de los objetivos de desarrollo internacionalmente convenidos, incluidos los contenidos de la Declaración del Milenio”.

En el año 2010, en el período 54 de las sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer se lleva a cabo el examen de quince años de la Plataforma de Acción de Beijing. En esta sesión los Estados Miembros aprueban una declaración donde se acogen con beneplácito los progresos encaminados al logro de la igualdad de género y se comprometen a adoptar nuevas medidas para garantizar la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.

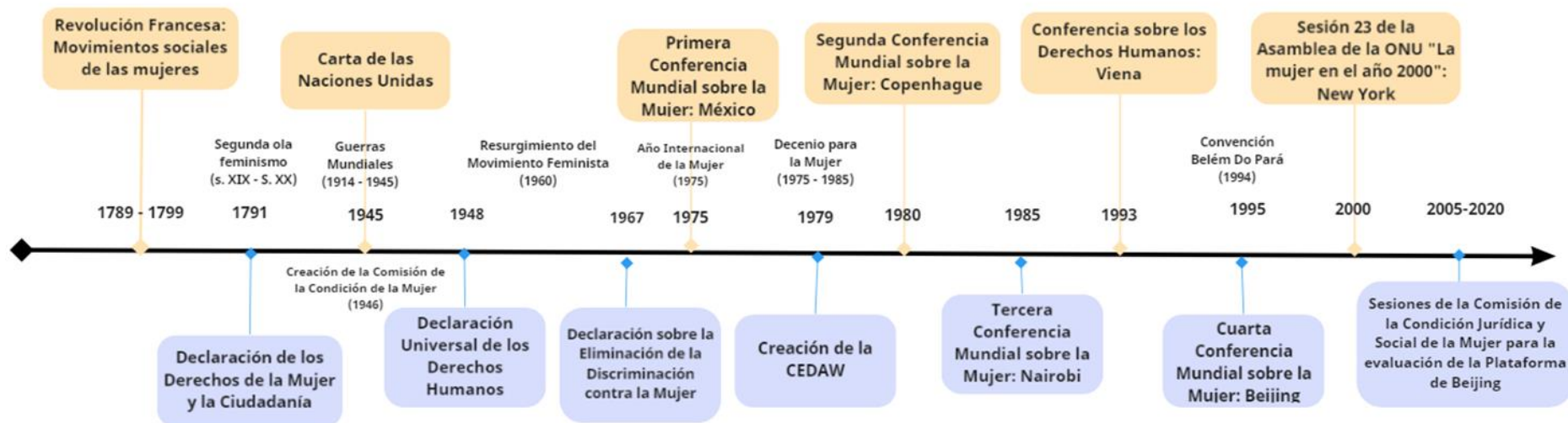
En el 2015, en el período 59 de la Comisión, se hace una revisión y evaluación tras veinte años de la Plataforma de Acción de Beijing. En dicha sesión se abordó el tema del logro de la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres en la agenda de desarrollo post-2015.

Por último, en el año 2020, se lleva a cabo la sesión 64 de la Comisión, donde se da seguimiento a la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, tras 25 años de su creación, así como al vigésimo tercer período de las sesiones de la Asamblea General denominado “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”.

El anterior recorrido histórico sobre la construcción de los derechos de las mujeres, permite comprender el contexto sociohistórico presente, así como visibilizar el papel del movimiento feminista en las luchas sociales para la consecución y conquista de los derechos de las mujeres, de manera que permita visualizar más adelante, cómo, a pesar de la positivización en cuanto a los derechos, aún continúa una violación y resistencia tanto a la ampliación de estos, como a la garantía y acceso.

Dicho recorrido se puede observar de manera general, en la siguiente línea de tiempo:

Imagen 3. “Línea de Tiempo: Positivización de los derechos de las mujeres”



Fuente: Elaboración propia a partir de: Barreto (2018), ONU (1948), ONU (1952), ONU Mujeres (s.f.), ONU (2016).

2. Normativa sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

El derecho a la salud se ha considerado un derecho fundamental por diversas razones, entre estas, por su conexidad con otros derechos fundamentales, tal es el caso de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales tienen su fundamento en el derecho a la salud. Según Parra (2003):

El derecho a la salud conforma, en su naturaleza jurídica, un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. Por estos aspectos, el derecho a la salud resulta un derecho fundamental.

Dentro de los derechos a la salud, se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, que forman parte integral de cada ser humano y a partir de las Conferencias Internacionales y Conferencias Mundiales de la mujer, se ha iniciado el reconocimiento del derecho básico que tienen las personas, en especial las mujeres en decidir sobre su autonomía reproductiva y su sexualidad.

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH, 2010) señala que el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos es reciente y, además, “no se encuentran consagrados en un solo cuerpo normativo” (p. 62).

Dentro de las principales convenciones y actividades realizadas que reconocen los derechos sexuales y reproductivos se encuentran las siguientes: Conferencia Internacional de Derechos, Teherán en 1968; Conferencia Mundial de Población de Bucarest en 1974; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, en 1979; Reunión Internacional de Mujeres y la Salud en Ámsterdam en 1984; La Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing en 1995 y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994. Todas estas brindan aportes y sientan las bases para consolidar los derechos mencionados anteriormente (Bruno, 2007). Por lo que, en este apartado, de manera general se presenta la normativa que da base a los derechos sexuales y reproductivos:

La Conferencia Internacional de Derechos llevada a cabo en Teherán, Irán del 22 de abril al 13 de mayo de 1968. El principal aporte de esta Conferencia en relación con los derechos sexuales y reproductivos refiere a que por primera vez se menciona

como derecho fundamental la posibilidad de decidir cuántos hijos y el intervalo del nacimiento entre estos como derecho de la pareja (IIDH, 2010). Aunado a esto, en la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest, Rumania del 19 al 30 de agosto de 1974, se reafirma el derecho a decidir la cantidad de hijos y el intervalo entre los nacimientos, pero se incluye tanto a parejas como a individuos, donde anteriormente sólo estaba relacionado a “padres”, lo cual podría incluir a las mujeres como a los individuos en la toma de estas decisiones (IIDH, 2010).

Según Salazar (2013) en La Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en 1975 se aborda el tema sobre el derecho a decidir cuántos hijos desde “la perspectiva del derecho a la integridad corporal y al control de las mujeres sobre su capacidad reproductiva” (p. 3).

Por su lado, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979) conocida como CEDAW, establece que los

Estados Parte adoptarán medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. (Art. 12)

Esto permitió que se estableciera como derecho el acceso a servicios de salud donde se incluya la planificación familiar, así como el derecho a recibir información y asesoría.

En 1984, se llevó a cabo la Reunión Internacional de Mujeres y la Salud en Ámsterdam, Países Bajos, la cual se considera fundamental como base para los derechos sexuales y reproductivos, ya que es en esta reunión donde se establece el término derechos reproductivos, lo cual fue un “hecho que repercutió en un movimiento mundial, en donde las mujeres buscaban ampliar los alcances del concepto de derechos humanos” (Salazar, 2013, p. 4).

Según Salazar (2013) el término derechos reproductivos al parecer fue acuñado a finales de la década de los setenta por la feminista estadounidense Marge Berer, pero su legitimidad social y política inició a mediados de los ochenta con la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud en Ámsterdam y la Conferencia Internacional de Población en México. (p. 3)

A su vez, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena, 1993 siguiendo a la autora,

los Estados aceptaron considerar como una violación a los derechos humanos,

toda infracción de los derechos específicos de las mujeres. (...) Por lo tanto, los derechos humanos son universales, interdependientes e indivisibles. Uno de los aportes más significativos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo fue el llamado a los hombres a ocupar una conducta sexual responsable, así como a participar en todas las esferas de la vida familiar, el cuidado de los hijos y las labores domésticas. (...) De igual forma, la conferencia, al conceptualizar la salud reproductiva, como una categoría que replantea la forma de analizar la salud y la reproducción, sentó las bases para el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. (Salazar, 2013, p. 4)

Sin embargo, es con la Conferencia El Cairo de 1994, que se marca un hito histórico, ya que es en dicha Conferencia donde se reconocen los derechos reproductivos de las mujeres como parte de los derechos humanos (IIDH, 2010).

Se reconoce que los derechos sexuales y reproductivos, comprenden que la salud sexual y reproductiva no siempre ha estado al alcance de muchas personas por diversos factores tales como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva, actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto a su vida sexual y reproductiva (Galoviche, 2016).

Aunado a lo anterior, en el Capítulo VII del informe de dicha Conferencia, se aborda el tema de los derechos reproductivos y salud reproductiva de manera general, donde se hace hincapié en que los programas de atención en salud reproductiva deben prepararse para atender las necesidades de las mujeres y las adolescentes, así como que los programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ONU, 1995).

Salazar (2013) señala que en esta Conferencia se afirman los Derechos de las mujeres y los hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a

alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Estos derechos reproductivos se basan en el principio básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. (p. 3)

Además, la autora indica que en esta conferencia se redefine el concepto de derechos reproductivos elaborado anteriormente por el movimiento feminista

que formuló en los años 70 los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como el derecho de éstas, a controlar su cuerpo, regulando su sexualidad y capacidad reproductiva, sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres. Así como la exigencia de que éstos asuman su responsabilidad por el ejercicio de su sexualidad. (p. 3-4)

Es importante aclarar, que esta Conferencia de El Cairo, no se hace explícito los derechos sexuales de las mujeres; sino es en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, en Beijing 1995, en la cual

reconoce los derechos reproductivos consensuados en El Cairo en 1994 y señala que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y el derecho a decidir libremente sobre ello, sin verse sujeta a coerción, discriminación o violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre en cuanto a las relaciones sexuales y la reproducción implican el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen respeto, el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual. (Salazar, 2013, p. 5)

Asimismo, a finales de la década de los 90's se elabora una Declaración Universal de los Derechos Sexuales, la cual fue proclamada en el XIII Congreso Mundial de Sexología celebrado en 1997 en Valencia, España, pero fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) en el XIV Congreso Mundial de Sexología en 1999 en Hong Kong (WAS, 1997). En dicha declaración se establecen 11 derechos sexuales específicos, como el derecho a la libertad sexual, el derecho a la autonomía sexual, el derecho al placer sexual, el derecho a hacer opciones reproductivas libres y responsables y el derecho a la educación sexual comprensiva.

En el año 2000, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) lleva a cabo la Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe celebrada en Lima, Perú del 8 al 10 de febrero del 2000. Dicha Conferencia concluyó con el Consenso de Lima, el cual tuvo como objetivo garantizar la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (CEPAL, 2000).

La Declaración del Milenio, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre del 2000, formula los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dentro de los cuales varios de ellos están relacionados con la salud sexual y reproductiva. Además, señalan que mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva contribuye a reducir los niveles de pobreza, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, reducir la propagación y combatir las ITS, incluyendo el VIH/SIDA y empoderar a las mujeres y alcanzar la igualdad entre los géneros.

Se establecieron 8 objetivos en el año 2000. Específicamente en el Objetivo 5, indica la mejora en la salud materna, la cual busca precisamente reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva. El Objetivo 6 se propone combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Existe una relación entre el VIH y otros objetivos; la detención y reducción del VIH depende estrechamente del cumplimiento de otras metas, incluyendo la reducción de la pobreza y del hambre, del acceso a la educación, a igualdad de género y salud materna, especialmente el acceso universal a la salud sexual y reproductiva (ONU, 2000).

Las desigualdades socioeconómicas y de género, la violencia, las brechas en el ejercicio de los derechos humanos, la falta de protección social y judicial, el bajo nivel educativo y el acceso inequitativo a servicios de salud crean situaciones de vulnerabilidad que promueven o exacerbando comportamientos de riesgo que a su vez aumentan las posibilidades de contraer el VIH (ONU, 2000).

El Consenso de Quito, establecido en el 2007 como resultado de la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe insta a los Estados Miembros a reconocer los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos de las mujeres, reconociendo la multiculturalidad y las particularidades entre las mujeres desde una perspectiva de género (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2007). A partir de estos dos últimos consensos, se puede observar cómo desde América Latina hay un reconocimiento a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como una serie de acciones establecidas que buscan proteger dichos derechos, de manera que

las mujeres puedan ejercer plenamente sus derechos sin ningún tipo de discriminación, sobre la base de igualdad jurídica en relación con los hombres y condenando la violencia hacia las mujeres como una de las principales barreras para que estas puedan ejercer sus derechos de manera efectiva.

En el 2013, se celebra la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe denominada “Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014”. Tuvo como objetivo examinar los progresos del Programa de Acción de El Cairo en América Latina y el Caribe en los últimos 20 años “e identificar las medidas fundamentales para reforzar su implementación” (CEPAL, 2014). De dicha reunión, se establece el Consenso de Montevideo, en el cual, en el punto D señala el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, en el cual, los Estados Parte acuerdan:

- 33. Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia.
- 34. Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva.
- 38. Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus.
- 44. Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia (CEPAL, 2014).

En cuanto a la normativa a nivel nacional se destacan:

La Ley General sobre VIH-SIDA N°7771, la cual tiene por objeto regular todas las acciones del Estado costarricense en lo que conduce a promover y garantizar una respuesta integral a la epidemia del VIH, en los ámbitos público y privado del país. Además, el Reglamento “N° 27894-S” de la Ley N°7771 sobre VIH/SIDA, en 1999, en la cual se establece la creación del CONASIDA “como máxima instancia en el nivel nacional encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público, relacionados con los asuntos concernientes al “Virus de Inmunodeficiencia Humana y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”.

La aprobación del Decreto Ejecutivo Nacional N°27913-S (Comisión de Salud Derechos Reproductivos y Sexuales) así como su reforma, señala la ampliación de derechos reproductivos para las mujeres costarricenses, en 1999. Este Decreto permite la esterilización de mujeres y hombres mayores de edad para cortar de manera voluntaria su ciclo reproductivo. Tal y como lo indica Fernández (2014), la aprobación de este Decreto implica un cambio en el ejercicio del poder, pues traslada esta importante decisión a las personas, garantizando el derecho a la autonomía. Además, su aprobación es una herramienta legal muy importante para las mujeres costarricenses, quienes pueden optar por esta decisión que antes era prohibida, pues antes su esterilización quirúrgica o salpingectomía se practicaba a mujeres que ya tenían hijos, o cuyo embarazo implica riesgo para su salud. Esta era prescrita por un médico y además tenía que ser aprobada o avalada por el esposo o compañero (p.135). Además, la autora recalca que los derechos reproductivos “tienen que ver con que las mujeres puedan apropiarse de sus cuerpos, en reconocer que no pueden ser sujetas de derechos humanos si no tienen el control, así como la determinación para el ejercicio de la sexualidad y la procreación” (p. 134).

Posteriormente en el año 2014, se realiza una reforma al Decreto donde indica lo siguiente:

- **Artículo 4°:** “Se ordena la creación, en todos los niveles de atención de las instituciones públicas y privadas que brinden servicios en salud reproductiva sexual, una instancia denominada “Consejería en Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales,” la cual estará constituida, en lo posible, por un equipo interdisciplinario de profesionales y de ambos sexos capacitados o con experiencia en el tema. Este equipo tendrá la responsabilidad de diseñar y

ejecutar las acciones que garanticen el goce de los derechos reproductivos y sexuales de las personas usuarias de sus servicios y de la población a cargo”

- **Artículo 7°:** “El presente decreto ejecutivo es de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud, tanto de los servicios públicos como privados donde se ejecuten programas y servicios de atención sobre salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres”.

Para el año 2010, se crea la Política Nacional de Sexualidad, 2010-2021, la cual pretende contribuir desde un enfoque de derechos humanos, igualdad de género y diversidad, a que todas las personas sin discriminación tengan el derecho a una sexualidad que lleve a relaciones justas, afectivas, placenteras, equitativas, de respeto y de crecimiento mutuo. La atención en salud sexual y salud reproductiva se traduce en dos actividades en salud: la consejería en salud sexual y reproductiva y la consulta en salud sexual y reproductiva. Estas actividades en salud se diseñarán con el propósito de defender, proteger, fomentar y promover la salud y de prevenir la enfermedad (Ministerio de Salud, 2010)

A partir del recorrido histórico general en cuanto a la normativa que brinda el fundamento de los derechos sexuales y reproductivos, se visualiza como a nivel internacional y por medio de las Conferencias Mundiales sobre la mujer, se ha comenzado a construir un referente en cuanto a la igualdad de género. Dentro de los objetivos estratégicos de las conferencias, ha existido una preocupación por la salud sexual y reproductiva, ya que históricamente se ha naturalizado los roles de género relacionados con la maternidad, la crianza y la vivencia de la sexualidad, lo cual representa desigualdad hacia las mujeres e imposibilita que estas ejerzan sus derechos plenamente.

En el caso de nuestro país, existe normativa relacionada con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sin embargo, no existe una normativa como tal que se refiera explícitamente a estos derechos de las mujeres que viven con VIH de manera que tome en cuenta sus particularidades en cuanto a su sexualidad y autodeterminación reproductiva. Esto genera que las mujeres no puedan tomar decisiones desde la información y educación oportuna, sino desde el estigma que existe en la sociedad. Por lo que se considera que es esencial el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH, ya que, a partir de las

desigualdades generadas por las relaciones de poder, las mujeres, en muchas ocasiones no pueden negarse a tener relaciones sexuales, ni insistir en prácticas sexuales responsables; por lo que es importante que se promueva una legislación que permita el acceso a información clara y servicios de calidad en materia de salud sexual y reproductiva.

5.3. Normativa sobre los derechos de las mujeres que viven con VIH

Anteriormente, se señalan diversas normativas que han brindado el fundamento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sin embargo, es necesario conocer a su vez, la normativa jurídica que brinda protección a las personas en general, que viven con VIH, incluyendo por ende a las mujeres.

Con respecto a la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979) pero específicamente en las recomendaciones generales aprobadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, establece en la recomendación N°15, la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONU, 1990).

La Declaración de la Cumbre de París sobre el SIDA, llevada a cabo en París, Francia en 1994, la cual tuvo como objetivo priorizar la lucha contra el SIDA, velar porque las personas que viven con VIH ejerzan plenamente sus derechos sin distinción alguna y desarrollar acciones para la prevención del VIH/SIDA, entre las cuales se destacan:

- La promoción y el acceso a diversos medios y métodos de prevención culturalmente aceptables, incluidos los preservativos y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual;
- El mejoramiento de la situación, la educación y las condiciones de vida de la mujer;
- El fortalecimiento de la atención primaria de salud como base de la prevención y de la asistencia médica y la integración en ella de la lucha contra el VIH/SIDA para asegurar un acceso equitativo a esa atención (ONU, 1994).

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas

realizada en Beijing en 1995, en el Objetivo C, sobre Mujer y Salud, establece como parte de los objetivos estratégicos el emprender iniciativas sensibles al género que aborden las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y los problemas de salud sexual y reproductiva, hacen un llamado a:

- Asegurar la participación de las mujeres, especialmente aquellas infectas con el VIH/SIDA, en políticas y programas sobre el VIH/SIDA; aplicar leyes, políticas y prácticas que protejan a las mujeres, adolescentes y niñas de las discriminación relacionada con el VIH/SIDA; reconocer el alcance de la pandemia del VIH/SIDA, teniendo en cuenta el impacto en las mujeres con miras a garantizar que las mujeres infectadas no sufran estigmatización ni discriminación; dar a todas las mujeres y trabajadores de la salud toda la información pertinente y educación sobre enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA y el embarazo y apoyar programas que reconozcan que el mayor riesgo entre mujeres de contraer VIH está relacionado con conductas de alto riesgo. (ONU, 1995).

En el 2001 se desarrolla el Marco Estratégico Mundial sobre VIH/SIDA, el cual “es un conjunto de doce compromisos de liderazgo que establecen los elementos y prioridades esenciales que constituyen los bloques de edificación de una respuesta eficaz y exhaustiva al SIDA” (ONU, 2001). Entre dichos compromisos, se destacan:

- Para reducir el estigma asociado al VIH/SIDA y proteger los derechos humanos.
- Para satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH/SIDA de las muchachas y mujeres.
- Para ampliar los esfuerzos que abordan directamente las necesidades de las personas más vulnerables y que corren un mayor riesgo de infección por el VIH (ONUSIDA, 2001).

En el período extraordinario de las sesiones de la Asamblea General de la ONU sobre el VIH/SIDA celebrado entre el 25 y el 27 de junio del 2001 se establece la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Con esta declaración “la comunidad internacional estableció objetivos comunes para reducir la propagación del VIH/SIDA y mitigar sus efectos” (ONU, 2001). Asimismo, establece acciones a

desarrollar en diversos ámbitos: atención, prevención y tratamiento; derechos humanos; reducción de vulnerabilidad; investigación y desarrollo.

A partir de la sesión extraordinaria de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en la cumbre de Nuevo León en el 2004, se proclama la Declaración de Nuevo León, en la cual los Estados participantes reconocen que es necesario unificar esfuerzos en contra de la discriminación, así como a la atención, prevención y tratamiento. Además, se comprometen a facilitar tratamiento antirretroviral accesible “a todos los que lo necesiten, lo más pronto posible” (OEA, 2004).

En el 2006, en la ciudad de New York se lleva a cabo el 50° período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en las Naciones Unidas, la cual establece la Resolución 47/1 denominada “La mujer, la niña y el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)”. En esta resolución se afirma que el VIH/SIDA como una “emergencia mundial que afecta en forma desproporcionada a las mujeres y a las niñas, y subrayando que la violencia contra las mujeres y las niñas, así como factores sociales, culturales y económicos, pueden incrementar su vulnerabilidad al VIH/SIDA” (ONU, 2006).

Posteriormente, en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011: Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA, los Estados Miembros se comprometieron a aumentar la capacidad de las mujeres y las adolescentes para protegerse del riesgo de infección por el VIH y a adoptar todas las medidas necesarias para crear un entorno propicio a favor del empoderamiento de las mujeres.

Durante el 2016, los líderes mundialistas se comprometieron a alcanzar las tres metas, objetivos y compromisos adoptados en la Declaración Política, para poner fin al SIDA. Los países acordaron una agenda urgente sin precedentes para acelerar los esfuerzos que permitiera poner fin a la epidemia del SIDA para el año 2030. Además, se reconoció que ningún país ha conseguido poner fin al SIDA y que ninguno puede permitirse rezagarse en la respuesta al SIDA.

A partir de lo anterior, como respuesta a las necesidades de una igualdad de géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas, se reconoce que:

61 a) La desigualdad de la situación socioeconómica de las mujeres compromete su capacidad de prevenir el VIH o mitigar los efectos del SIDA (...) y reafirmamos la promoción, la protección y el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres deben incorporarse en todas las políticas y programas encaminados a erradicar la pobreza.

61 b) Se destaca la falta de protección y promoción de los derechos humanos de todas las mujeres y su salud sexual y reproductiva, de conformidad con las Conferencias Internacionales y el acceso insuficiente al más alto nivel posible de salud física y mental, agrava los efectos de la epidemia, especialmente entre las mujeres y las niñas, lo que aumenta su vulnerabilidad (...)

61 c) Se promete eliminar las desigualdades y los abusos y la violencia por motivos de género, aumentar la capacidad de las mujeres y adolescentes para protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de asistencia sanitaria y servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva, y el pleno acceso a una información y una educación amplias, asegurar que las mujeres puedan ejercer su derecho a tener control sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva (...)

61 l) Hay un compromiso por lograr el acceso universal a servicios, información y productos básicos de atención de la salud sexual y reproductiva y de lucha contra el VIH que sean de calidad, asequibles y amplios, incluidos los productos de prevención controlados por mujeres, como los preservativos femeninos, la profilaxis antes y después de la exposición, los anticonceptivos de emergencia, independientemente de la edad o el estado civil, que los servicios cumplan las normas de derechos humanos y se prohíban todas las formas de violencia, la discriminación y las prácticas coercitivas en los entornos de asistencia sanitaria

61 n) Hay un compromiso a instar a las entidades de las Naciones Unidas, las instituciones financieras internacionales y otros interesados pertinentes a que apoyen el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad de los sistemas nacionales de salud y las redes de la sociedad civil para prestar asistencia sostenible a las mujeres que viven con VIH, en riesgo de contraerlo.

Dentro de la Declaración Política de VIH de las Naciones Unidas, firmada en

Nueva York en el 2016, en cuanto a las mujeres y el VIH, se recupera que:

- Se continúa con una profunda preocupación porque, a nivel mundial, las mujeres y las niñas son aún las más afectadas por la epidemia y soportan una parte desproporcionada de la carga asistencial, se observa que el progreso hacia la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas ha sido inaceptablemente lento y que las mujeres y las niñas siguen viendo reducida su capacidad de protegerse del VIH a causa de factores fisiológicos, desigualdades entre los géneros, como unas relaciones de poder desiguales entre hombres, mujeres (ONU, 2016).

Otra de las acciones llevadas a cabo, se relaciona con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, donde se propone el fin de la pobreza para 2030 y establece los principales objetivos, en este caso con relación al VIH en mujeres, establece:

- Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Se han logrado grandes avances en cuanto a la reducción de la propagación del VIH/SIDA. Dentro de las metas, se destaca: para el 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en estrategia y programas nacionales.
- Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas. Si bien se han producido avances a nivel mundial con relación a la igualdad entre los géneros a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las mujeres y las niñas siguen sufriendo discriminación y violencia en todos los lugares del mundo.

Además, asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad a las Conferencias Mundiales sobre mujeres y acatar sus objetivos. Ahora bien, estos objetivos, forman parte de la ruta crítica para abordar las desigualdades de género transversales en la epidemia del VIH, en la cual hay que trabajar desde distintas áreas y de manera conjunta para dar respuestas integrales a nivel social al VIH en mujeres (ONU, 2015).

La aprobación de la resolución concerniente a las mujeres, las niñas y el VIH/SIDA, resolución 60/2, aprobada en el 2016 por la Comisión de la Condición Jurídica y Social

de la Mujer de las Naciones Unidas, donde se establece lo siguiente: “Reconociendo también que el acceso a una información y educación de calidad y la permanencia de las niñas en la escuela son elementos esenciales para prevenir la infección por el VIH entre las mujeres y niñas” (p.37)

En el año 2022, específicamente en el mes de junio, la OMS detalla las “Estrategias mundiales del sector salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el período 2022-2030”. Dentro del análisis realizado, sobre los logros alcanzados, se detalla la importancia del avance y acceso al tratamiento, sin embargo, se señala que todavía existe un porcentaje de la población que no ha accedido al tratamiento. Dentro de los cuales debe estar presente un factor en común: Género, equidad y derechos humanos. Además, las mujeres se configuran un grupo prioritario de atención debido a que “cuyo riesgo es mayor por las desigualdades de género y la exposición a la violencia, además de por los riesgos biológicos por motivos de sexo” (OMS, 2022, p. 23).

A nivel nacional, es importante destacar que existe normativa que hace referencia al VIH en mujeres, entre ellas se destaca:

La Ley General sobre VIH-SIDA N°7771, en 1998, la ley tiene por objeto regular todas las acciones del Estado costarricense en lo que conduce a promover y garantizar una respuesta integral a la epidemia del VIH, en los ámbitos público y privado del país. A continuación, en el siguiente cuadro se observan algunos artículos que fomentan los derechos de las personas con VIH en el país.

Cuadro N° 2 “Derechos de las personas con VIH protegidos por la Ley N°7771”

Derecho	Aplicación
Art. 3- Respeto de los derechos fundamentales	Las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH y el SIDA garantizarán el respeto de los derechos fundamentales de las personas infectadas y de todos los habitantes de la República.
Art. 4- Prohibición de discriminación o trato degradante	Prohíbese toda discriminación contraria a la dignidad humana y cualquier acto estigmatizador o segregador en perjuicio de los portadores del VIH-Sida, así como de sus parientes y allegados.
Art. 5- Derechos y obligaciones	Toda persona portadora del VIH-Sida tiene los derechos y las obligaciones consagrados en la Constitución Política, los instrumentos

	internacionales sobre derechos fundamentales ratificados por Costa Rica, los estipulados en la Ley General de Salud, esta ley y demás legislación relacionada con la materia.
Art. 6- Derecho a información sobre la salud	Todo portador del VIH-Sida tiene derecho a contar con información exacta, clara, veraz y científica acerca de su condición, por parte del personal profesional y técnico.
Art. 7- Derecho a la atención integral en salud	Todo portador del VIH-Sida tiene derecho a asistencia médico-quirúrgica, psicológica y de consejería; además, a todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad.
Art. 8- Confidencialidad	Con las excepciones contenidas en la legislación, la confidencialidad es un derecho fundamental de los portadores del VIH-Sida. Nadie podrá, pública ni privadamente, referirse al padecimiento de esta enfermedad, sin el consentimiento previo del paciente. El personal de salud que conozca la condición de un paciente infectado por el VIH-Sida, guardará la confidencialidad necesaria referente a los resultados de los diagnósticos, las consultas y la evolución de la enfermedad.
Art. 13- Carácter de la prueba	Las pruebas para el diagnóstico clínico de la infección por el VIH y sus resultados serán confidenciales entre el médico, el personal del sector salud involucrado y el paciente, con las excepciones establecidas en esta ley.
Art. 17- Notificación al paciente	El médico tratante o el personal de atención en salud capacitado que informe a un paciente sobre su condición de infección por VIH, deberá indicar, además del carácter infectocontagioso de esta, los medios y las formas de transmitir, el derecho a recibir asistencia, adecuada e integral, en salud y la obligatoriedad de informar a sus contactos sexuales.
Art. 24- El preservativo como medio de prevención	El preservativo constituye un medio de prevención contra el contagio del VIH; consecuentemente, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, procurarán que los establecimientos brinden el acceso a los preservativos y dispongan de ellos, en lugares adecuados y condiciones óptimas y en cantidades acordes con la demanda de la población.
Art. 27- Obligatoriedad	Los trabajadores de la salud, públicos y privados deben prestar apoyo y atención a los pacientes con VIH-Sida. Asimismo, están obligados a brindar la atención que requieran las personas afectadas con VIH-Sida tomando en cuenta las medidas de bioseguridad dispuestas.
Art. 30- Papel del Estado en la educación	El Estado, por medio del Ministerio de Salud, deberá informar adecuada y oportunamente, a la población en general y particularmente a los sectores más vulnerables, sobre la problemática del VIH-Sida con datos científicos actualizados en cuanto a las formas de prevenir esta enfermedad.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Ley General sobre VIH-SIDA N°7771.

En el 2019, se realiza una reforma a esta ley, donde tiene como objetivo regular todas las acciones del Estado costarricense para promover y garantizar un enfoque integral de Derechos Humanos a las personas con VIH, en los ámbitos públicos y privados e introduce modificaciones para adicionar la atención médica un enfoque preventivo, como lo siguiente:

- Derecho a la consejería para obtener información, orientación, apoyo y acompañamiento psicosocial antes y después de la prueba del VIH, así como durante el tratamiento de la enfermedad, para la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

El apartado preventivo de la nueva Ley establece una serie de derechos tales como: acceso de condones femeninos y masculinos en los servicios de salud, prueba gratuita de VIH a las personas que deseen realizar en los centros de salud pública entre otros.

La Política Nacional de VIH del 2007, tiene como objetivo el abordaje integral del VIH en el país, así como la consecución de los compromisos adquiridos a nivel nacional e internacional. Además, se reafirma el derecho a la salud, el cual “constituye un derecho fundamental” (2007, p. 8). Además, se indica que según el voto 2671-95 de la Sala Constitucional, la “Constitución Política de la República de Costa Rica y los instrumentos internacionales suscritos por el país, reconocen el derecho de los habitantes de la República a disfrutar del derecho a la salud y de un ambiente sano y ecológicamente equilibrado” (p. 9).

Por su lado, la Política Nacional de Salud (2011-2021), señala en su principio orientador 4: Igualdad y equidad de género, que tanto mujeres como hombres tienen iguales derechos, a nivel económico, cultural, social, civil y político. Además, señala “La equidad de género es indispensable para la consecución de la igualdad, ya que esta propone un tratamiento diferenciado a mujeres y hombres según las desigualdades que enfrentan” (2011, p. 9). Por lo que supone, que, en la atención de la salud de las mujeres, se debe tomar en cuenta dichas particularidades, que generan desigualdad, para poder dar una respuesta integral.

El Plan Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier” (2015), en sus ejes transversales, se establece el enfoque de género, considerado como “un proceso

mediante el cual se reconocen las diferencias entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades y problemas de salud, a fin de planificar acciones integrales adecuadas a sus particularidades biológicas y sociales, garantizando la participación igualitaria de ambos géneros en la toma de decisiones a nivel político, económico y social” (p. 23). Por lo que es necesario que la atención de la salud de las mujeres que viven con VIH retome las particularidades y sus necesidades, según lo señalado por esta política.

En la Directriz Nacional N° 037-S “Atención Integral por Enfermedades de Transmisión Sexual, incluido el VIH-SIDA”, se señala que “la salud de la población es tanto un derecho humano universal, como un bien de interés público tutelado por el Estado” (Poder Ejecutivo, 2015). Además, se estipula que las infecciones de transmisión sexual son “un problema de salud pública”, que no sólo afecta a nivel biológico, sino su entorno social, familiar, económico, político, etc. Esto se considera que radica en los estereotipos y en el estigma social. Asimismo, refuerza que las personas con VIH tienen derecho a una atención integral.

El Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA (PEN) 2016-2021 busca dar una respuesta integral, según los compromisos nacionales e internacionales adquiridos por el país.

En cuanto a las poblaciones vulnerables, señala que

“es importante reconocer la vulnerabilidad, tanto para adquirir el virus como para su posterior tratamiento, que enfrentan ciertas poblaciones como las mujeres (...) quienes son particularmente afectadas por las condiciones estructurales de desigualdad y discriminación histórica por razones de género (...) condiciones que a la vez intersecan con otras categorías de opresión como la etnia, la condición migratoria, la orientación sexual, la identidad de género, entre otras. La respuesta integral al VIH debe necesariamente contemplar a estas poblaciones y sus necesidades específicas” (p. 2016, p. 19).

Además, retoma la feminización de la pandemia del VIH, ya que “aunque existe insuficiente información en el país, en el mundo se ha documentado un aumento de la epidemia y del estigma y la discriminación, que afecta de manera particular a las mujeres” (p. 19).

El PEN retoma, como parte de sus ejes transversales, el enfoque de género, el cual

toma en consideración las relaciones de poder y la construcción social de roles diferenciados para hombres y mujeres. Reconoce las necesidades diferenciadas de las personas en relación con su género, y la subordinación y desventaja histórica que han tenido las mujeres, en su diversidad, para acceder a sus derechos. (p. 48)

Asimismo, señala que el enfoque de género “es un proceso mediante el cual se reconocen las diferencias entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades y problemas de salud, a fin de planificar acciones integrales adecuadas a sus particularidades biológicas y sociales” (p. 48). Por lo que se establece de nuevo, la importancia de que la atención a la salud de las mujeres con VIH, retome esas particularidades y necesidades, de forma que se les dé una respuesta oportuna.

A partir de la normativa descrita anteriormente, se reconoce que los derechos humanos de las mujeres son producto de un contexto histórico, político y social, donde el gran protagonista ha sido la lucha por parte de movilizaciones feministas que cuestionan el sistema patriarcal y las condiciones sociales que viven las mujeres.

5.4. Representaciones sociales identificadas en la positivización de los derechos humanos de las mujeres

A partir de lo anterior, se considera que la normativa relacionada con los derechos de las mujeres, son producto de diversas luchas sociales y de la demanda por el reconocimiento de las necesidades expresadas por la población, reforzando sus particularidades y necesidades específicas, ante lo cual, las representaciones sociales juegan un rol determinante en la forma de dar respuesta a dichas demandas, lo cual incide en la cotidianidad de las personas, y por ende, en el ejercicio de sus derechos.

Por lo que, a partir de la revisión exhaustiva sobre la normativa nacional e internacional expuesta anteriormente, sobre los derechos humanos y lo detallado específicamente en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH,

se identifican representaciones sociales que inciden en el ejercicio de estos derechos, las cuales se desarrollan a continuación.

5.4.1. Visión androcéntrica en la construcción de los derechos humanos

Se identifica que el marco jurídico en relación con los Derechos Humanos fue creado dentro de un sistema patriarcal y por ende las normas se han caracterizado por una tendencia a ser creadas bajo esta misma ideología. Tal y como lo plantea Facio (2003)

Desde el punto de vista histórico, las diferencias entre los sexos y la desigualdad legal están estrechamente ligadas. Porque la diferencia mutua entre hombres y mujeres se concibió como la diferencia de las mujeres con respecto a los hombres cuando los primeros tomaron el poder y se erigieron en el modelo de lo humano. Desde entonces, la diferencia sexual ha significado desigualdad legal en perjuicio de las mujeres. (p.259)

Con respecto a lo anterior, se demuestra cómo la normativa creada en relación con los derechos humanos no hacía referencia a las mujeres, y a partir de la realidad que es desigual, ha impulsado a que las mujeres se organicen en movilizaciones y luchas para exigir respuestas al Estado, en aras a mejorar sus condiciones de vida. Como resultado de esa lucha se hacen dos acotaciones importantes: las mujeres tienen derechos naturales, inalienables y sagrados; y estos han sido ignorados y despreciados, anulando así su condición de sujetas de derechos (Marrades, 2001).

A pesar de que en la Declaración Universal de los Derechos Humanos hace alusión a que los derechos humanos son inherentes a cada persona sin ningún tipo de distinción, las mujeres han tenido que continuar luchando por la defensa de sus derechos hasta la fecha, debido al sistema patriarcal, que históricamente ha oprimido a las mujeres por su condición social de género dentro de una sociedad que ha privilegiado a los hombres y lo masculino, desprestigiando lo relacionado con lo femenino.

Es así como la autora Facio (2003) señala que los derechos humanos son: aquellos que todo ser humano posee y que tiene el derecho de disfrutar simplemente por su condición de ser humano. Durante la Conferencia Mundial

de los Derechos de 1993, los Estados Parte reafirmaron, mediante la declaración de Viena, que estos derechos nacen con la persona y que su protección es responsabilidad de todo Estado. En esa conferencia también se reconocieron específicamente los derechos humanos de las mujeres, así como las obligaciones de los Estados de protegerlos, promoverlos, garantizarlos, incluyendo el derecho de vivir libre de violencia de género. (p. 16)

A pesar de este reconocimiento y positivización de los derechos humanos de las mujeres, la autora reconoce que “la mayor parte de los sistemas y mecanismos nacionales, regionales, e internacionales que se han establecido para hacerlos valer, se han desarrollado e implementado a partir de un modelo masculino” (p. 16).

Esto ha impedido que las mujeres a nivel mundial puedan disfrutar y ejercer plenamente sus derechos, ya que la estructura social ha sido construida históricamente desde una única visión: la masculina, invisibilizando así las particularidades y necesidades tanto de las mujeres como de otros colectivos sociales que no forman parte de dicha hegemonía.

La autora Mantilla (1996) señala que

A largo de la historia de la humanidad, las mujeres hemos recibido un trato desigual en relación con los hombres, esta medición fue construida, principalmente en el terreno de las leyes, alimentada a su vez por las filosofías griega y romana, principalmente; cunas de civilización occidental y base principal de la jurisprudencia actual. De la misma forma que si éstas filosofías, consideraban que las mujeres eran inferiores a los hombres, las leyes trasladarían esta misma creencia a sus códigos, por lo que la defensa de los bienes jurídicos en la sociedad, se hizo protegiendo la “propiedad” de los hombres, ya fuera material o humana, a través de “sus” mujeres y descendencia. (pp. 2-3)

Tomando en cuenta que, en el terreno de los derechos humanos, históricamente se han construido a partir de un modelo patriarcal, la normativa refuerza dicha idea, señalando la obligación que tienen las mujeres en el cuidado, la función en cuanto a la maternidad, así como la responsabilidad de planificar. Esto impide que se tome en cuenta las experiencias y particularidades de las mujeres, lo

cual genera que sus necesidades dentro de una sociedad construida patriarcalmente sean invisibilizadas y omitidas tanto en la formulación de políticas y normativas, así como en la cotidianidad de las mujeres.

Además, esto incide en el ejercicio de los derechos de las mujeres, en el tanto toda propuesta que permita mejorar las condiciones de vida de estas, son debatidas, cuestionadas e incluso rechazadas, como parte de la misoginia presente, en la cual se hace evidente el rechazo a lo vinculado con lo femenino, siendo un grupo poblacional que, a pesar de llevar siglos luchando por sus derechos, al día de hoy aún se debe continuar haciéndolo. Y es claro que, aunque por un lado puede existir un progreso en la conquista de derechos, por otro lado, la estructura patriarcal busca reducirlos y minimizarlos a través de impulsar representaciones sociales cargadas de odio, estigma y rechazo por lo femenino. Lo cual, es visualizado en la construcción de los derechos humanos, ya que al responder al modelo hegemónico del ser humano: lo masculino, se invisibiliza y no se incluye en las políticas las necesidades y particularidades de las mujeres, sino que refuerza el patriarcado en las relaciones sociales.

5.4.2. La dominación masculina y visión capitalista presentes en la construcción de los derechos de las mujeres

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se establece que toda persona independientemente de su sexo (y/o género) son sujetos/as de derechos. Por lo que no debería haber discriminación hacia ningún sexo o género; sin embargo, tal y como lo expone Bourdieu (2000):

La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla. El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los dos sexos. (p. 11)

Esta realidad se muestra a través de la historia, donde la sociedad patriarcal regula toda la estructura social, funciones, roles a partir de una división entre géneros, colocando a los hombres en una posición privilegiada sobre las mujeres, y por ende,

estas han quedado relegadas y en desventaja social, económica, política y en todas las esferas del desarrollo de la humanidad, dificultando el acceso y el ejercicio de sus derechos humanos, tal como en el caso de los derechos sexuales y reproductivos.

Por lo que a pesar de que, en la Declaración Universal y otras normativas, se establece el principio de igualdad jurídica/legal entre mujeres y hombres, en el imaginario colectivo continúa presente la dominación masculina, pero se evidencia aún más en las condiciones materiales de vida y en las relaciones sociales entre hombres y mujeres la cual permea en la estructura social y la cotidianidad de las personas. Es así como se puede retomar la categoría de dominación ideológica (dominación masculina) de Bourdieu, en la cual el autor retoma la relación entre sexos y el orden sexual.

Ante esto, las autoras Londoño y Orozco (2019) indican que la dominación es el conjunto de sistemas ideológicos, culturales, religiosos, educativos, etc., que logran que la mujer esté alienada y acepte la situación que padece como normal, deseada por los dioses, o como realidades existentes desde siempre.

Es decir, la dominación es el mecanismo que logra que la mujer no sólo sea inconsciente de su situación o que permanezca pasiva ante ella aun conociéndola, sino que incluso la defiende y hasta colabora para que otras mujeres la acepten de buen grado. Muchas de las causas que le llevan a aceptarla se deben a la impotencia económica, al miedo a la violencia de su pareja, a las presiones familiares, etc., pero estas razones son en sí mismas fuerzas inherentes al proceso global de dominación en el que se interrelacionan los mecanismos de opresión y explotación de modo que la dominación resulta cuando esa interacción, al ser reforzada por específicos factores ideológicos, culturales, educativos, etc., culmina en la aceptación global del orden patriarcal (Londoño y Orozco, 2019).

Esta dominación masculina se encuentra arraigada en las representaciones sociales existentes alrededor de las diversas problemáticas y situaciones relacionadas con las mujeres y en el orden social. Por lo que no es de extrañar, que, a pesar de que se ha desarrollado una amplia normativa en defensa y promoción de los derechos de las mujeres, las cuales han tenido su inicio por las luchas de las mismas mujeres décadas y siglos anteriores y en el siglo XXI se continúe luchando contra una única forma de estructurar la sociedad bajo una jerarquización entre géneros, a raíz de la dominación masculina. Es así como Bourdieu señala que la dominación masculina no sólo está presente en

el seno de la unidad doméstica (...) sino en unas instancias como la Escuela o el Estado -lugares de elaboración y de imposición de principios de dominación que se practican en el interior del más privado, de los universos- lo que sí que puede afirmarse es que éste es un campo de acción inmenso que se encuentra abierto a las luchas feministas llamadas a ocupar así un espacio original, y perfectamente asentado en el seno de las luchas políticas contra todas las formas de dominación. (p. 7)

Ahora bien, tomando en cuenta la visión androcéntrica y la dominación masculina, como categorías para comprender la construcción de los derechos humanos de manera histórica, posterior a las guerras mundiales, los países enfrentan nuevos retos a nivel económico, social, político, demográfico, que abren paso a la positivización de los derechos, no sólo de los hombres, sino que se incluye a otras poblaciones que han sido invisibilizadas, como mujeres, niñez, personas migrantes. Sin embargo, la concepción de los derechos de las mujeres está ligada a una visión capitalista imperante, que regula tanto normativamente como la reproducción social.

Según señala Caballero (2018)

La sociedad capitalista asigna roles de género para garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo. Una de las fuentes más notorias de opresión hacia la mujer radica en el papel de la familia como reproductora de la fuerza de trabajo para el capitalismo y en el papel desigual de la mujer en ese proceso. (p. 118)

Además, al retomar la teoría de la reproducción social, la autora refiere a que

La fuerza de trabajo, bajo esta teoría, se reproduce mediante tres procesos diferentes, que someten a la mujer a un doble estándar de opresión del sistema, por el simple hecho de ser convertida en un símbolo de fertilidad y reproducción a lo largo de la historia. Primero, bajo el concepto de que, aunque cumplas con las horas de trabajo requeridas dentro del proceso de producción, debes regresar para atender su hogar y los miembros del mismo, además de reproducir la nueva mano de obra, dando a luz y criando a las obreras y obreros del mañana. (p. 119)

A partir de lo anterior, en la normativa analizada, se refleja una visión desde la dominación masculina, así como una posición capitalista sobre el papel y rol de las

mujeres en la sociedad que se pone en evidencia; por lo que se extraen algunos contenidos de las normativas:

“Considerando que la discriminación contra la mujer es incompatible con la dignidad humana y con el bienestar de la familia y de la sociedad (...) constituye un obstáculo para el pleno desarrollo de las posibilidades que tiene la mujer de servir a sus países y a la humanidad”.

“Teniendo presente la importancia de la contribución de la mujer a la vida social, política, económica y cultural, así como su función en la familia y especialmente en la educación de los hijos” (Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1967)

“El mejoramiento de la condición de la mujer y el realce de su papel son objetivos importantes en sí mismos e influirán también de manera positiva en la vida familiar y en su tamaño” (Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, México 1984)

En diversas normativas se observa que se expone la discriminación o violencia contra las mujeres pero ésta, está ligada al bienestar de la familia y la sociedad, reforzando lo que menciona Lagarde (2005) en donde, a raíz del proceso de socialización, se tiene la creencia de que las mujeres son para y por los otros y por ende, “sus relaciones con el mundo se rigen por una ley de intercambio: Si trabajo, si me someto, si hago cosas por *el otro*, si le doy mis bienes, si me doy, será mío, y yo seré” (p. 17). Es así como el rol de las mujeres y lo que atenta con su dignidad se considera necesario abordar, no por el hecho de que estas son sujetas de derechos y desde su autonomía; sino, al bienestar de la familia, considerada ésta históricamente como el campo de las mujeres. Se refleja que las representaciones sociales sobre el papel y rol de las mujeres se encuentra ligada a la función social tradicional impuesta a su género.

“La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de hijos y los intervalos entre los nacimientos” (Teherán (1968).

La reproducción se ha ligado a la decisión de los hombres sobre las mujeres,

a raíz de la dominación masculina descrita anteriormente. Desde un análisis feminista sobre el poder, refiere al control del cuerpo de las mujeres por parte de los hombres y del mismo Estado, los cuales le niegan el derecho a estas a decidir sobre su propio cuerpo, su sexualidad y su reproducción. En esta normativa no se toma en cuenta la individualidad de las mujeres. Lo que ocasiona, que, por ejemplo, si las mujeres quieren acceder a procesos quirúrgicos para no tener hijos, debían solicitar el permiso de sus esposos. Esto cambia con el Informe de la Conferencia sobre Población en Bucarest, 1974, donde se incluye la decisión de individuos. Sin embargo, en el país esto es posible hasta el año 1999 cuando se firma el decreto 27913-S.

“Promover la condición de la mujer y la expansión de sus funciones, la plena participación de la mujer en la formulación y aplicación de las políticas socioeconómicas, incluidas las políticas demográficas, y despertar en toda mujer la conciencia de su papel real y potencial en la vida nacional”
(Conferencia de Población, Bucarest 1974)

Es necesario expandir las áreas de acción de las mujeres, de manera que estas se incluyan y participen en todas las esferas de la sociedad, sin ningún tipo de discriminación, sin embargo, es necesario reconocer las dobles funciones y jornadas que ejercen las mujeres, de manera que se busque modificar las relaciones y divisiones sociales entre géneros. Sin esto, la mujer continuará ejerciendo sobrecarga de funciones y labores, propias del modo de producción capitalista: se inserta al mercado laboral y realiza las tareas domésticas.

Además, el hecho de que las mujeres históricamente no haya o ejerzan menos funciones públicas y toma de decisiones en menor medida en relación con los hombres, no responde a un “adormecimiento” ante lo cual las mujeres deban despertar, sino a la misma opresión patriarcal, los diversos factores históricos, sociales, culturales, de las cuales las mujeres han sido despojadas en función del hombre. Por lo que no recae en un “despertar” en la mujer, sino en un cambio de estructura y en las relaciones sociales, de manera que les permitan a las mujeres ejercer plenamente sus derechos para participar activamente en los procesos de toma de decisiones y tener una cuota de poder sobre sí mismas.

“La cuestión de la desigualdad en cuanto afecta a la vasta mayoría de las

mujeres del mundo guarda estrecha relación con el problema del subdesarrollo, que existe sobre todo como resultado de relaciones económicas internacionales injustas” (ONU, 1980, p.6)

Hay una visión reduccionista sobre la desigualdad entre mujeres y hombres, hacia la cuestión de desarrollo y economía. Donde es evidente que independientemente de la condición de clase existe una desigualdad derivada de un ordenamiento social patriarcal. Sin embargo, es necesario visualizar que aspectos como condición de clase, nacionalidad, etc., agravan dichas desigualdades.

Si bien es cierto, las condiciones económicas acentúan la desigualdad y dificultan que las mujeres puedan acceder a mayores oportunidades, considerados factores protectores, aunque las mujeres tengan acceso a la propiedad y recursos hay un sistema patriarcal que limita el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres, así como representaciones sociales en cuanto a la apropiación y autodeterminación de las mujeres, como, por ejemplo, la autonomía de su propio cuerpo. Por lo que se reconoce que las desigualdades económicas vulneran la calidad de vida de las mujeres, el debate incluye todas las esferas del desarrollo de la humanidad y la cotidianidad, no sólo el subdesarrollo.

“la importancia dada en todo el mundo a la atención primaria de la salud había hecho resaltar la importancia de la salud de la mujer, que, en su condición de principal encargada de la atención de la salud del niño y de la familia, debía estar sana para cumplir adecuadamente ese papel” (ONU, 1980)

Se ha relegado históricamente a la mujer el cuidado y atención de otros, lo que implica ser para y por los demás, donde su propio bienestar va en función del cuidado y atención de la familia, por lo que, según esta lógica, la mujer debe estar bien para que los demás puedan estar bien. Además, como se mencionó anteriormente, se recarga a las mujeres en funciones sociales en pro de la familia, como en la reproducción y el cuidado.

En la tercera Conferencia, la lógica anterior se mantiene, pero se incluye a otros como responsables de otras personas a los hombres, en la cual el director general de la OMS señala que:

después de todo, cada vez aumentaba más el número de mujeres que eran cabeza de familia, pero que esas mujeres no tenían verdaderas opciones económicas para su auto sostenimiento y desarrollo. Destacó que se debía considerar- a las mujeres no solamente a la luz de su contribución a la vida familiar sino desde el punto de vista de su derecho a compartir la responsabilidad por otros seres con los hombres que tienen un papel en sus vidas y en sus sociedades. (ONU, 1985, p. 143)

Sin embargo, se coloca de nuevo a la mujer como la principal encargada de asumir la responsabilidad de crianza, como si esta fuera inherente y natural de las mujeres.

A partir de lo expuesto anteriormente, se visualiza un discurso desde la necesidad de los países por un desarrollo sostenible, en el cual las mujeres puedan desarrollarse en diversas áreas, de manera que pueda beneficiar a dicho desarrollo económico. Sin embargo, se carece de un discurso donde cuestione y se reformule el papel de la mujer en la sociedad y en la familia, ya que se reproduce la visión tradicional sobre el rol de las mujeres: el ámbito privado, el cuidado de otros y se responsabiliza a estas, por no “compartir” dichas funciones. Incluso, señalando como responsable sobre la desventaja social en que se encuentran las mujeres el subdesarrollo. Por lo que no se toma en cuenta las particularidades existentes a raíz de la condición social de género en una sociedad patriarcal estructurada y configurada para privilegiar a los hombres sobre las mujeres; caracterizada por una desigualdad social y discriminación hacia estas.

5.4.3. La participación de las mujeres en el ámbito público

A modo de conclusión, se expone sobre la participación en las formulaciones de políticas al consultarles a las mujeres entrevistadas. Producto del mismo sistema desigual, las mujeres no suelen involucrarse en la formulación de acciones dirigidas hacia ellas, lo cual limita la conocer realmente sus necesidades y vacíos que requiere atención y mejoras, así como la apropiación de su voz en los espacios de formulación de políticas.

La participación política de las mujeres que viven con VIH se estableció como una categoría dentro del análisis de la investigación, se considera fundamental dado

a que son estas las que pueden expresar sus necesidades y demandas a partir de sus particularidades, por lo que es necesario que se incluya esta mirada en la elaboración de políticas y normativas en cuanto a las mujeres.

Una de las conclusiones derivadas de la II Conferencia sobre la Mujer (1975) refiere a que:

En todos los tiempos y en muchas sociedades las mujeres han venido compartiendo experiencias similares. Una de las causas fundamentales de la desigual participación de la mujer en el desarrollo resulta de la división del trabajo entre los sexos, división que se ha justificado sobre la base de la función procreadora de la mujer, inherente a la femineidad. La consiguiente distribución de labores y responsabilidades de la mujer y el hombre en la sociedad ha relegado a la mujer principalmente al ámbito doméstico, imponiéndole una carga excesiva. Ello ha conducido a que con frecuencia se considere y se trate a la mujer como inferior y desigual al hombre en sus actividades fuera del ámbito doméstico y a la violación de sus derechos humanos. Sólo se les ha permitido un acceso limitado a los recursos y a la participación en todas las esferas de la vida, en particular en la adopción de decisiones, y también ha determinado, en muchos casos, la institucionalización de la desigualdad en la condición jurídica de la mujer y del hombre. (p. 8)

A pesar de que se señala la desigualdad en relación con el desarrollo, debido a la visión capitalista predominante en la construcción de los derechos y de la concepción de la igualdad, dicha conclusión aplica en términos de la participación política de las mujeres en la toma de decisiones sobre temas relevantes.

Desde ICW se promueve que las mujeres participen activamente en la construcción de legislación de manera que se incluya sus necesidades y particularidades. La mayoría de mujeres no conocen otras instituciones donde puedan participar, conocer sus derechos y buscar la defensa de estos, por lo cual ICW se ha constituido como una red de apoyo fundamental.

Las mujeres participantes consideran necesario que puedan participar en formulación de políticas sobre VIH que contemple sus necesidades y particularidades. Sin embargo, tienen dificultad para identificar en qué espacios pueden acceder y

participar, ya que lo visualizan como algo “lejano”. Además, la organización ICW se ha configurado como una importante red de apoyo y vinculación para las mujeres, dado al acompañamiento entre pares, así como los procesos formativos continuos en los que participan:

“Sí sería muy importante, porque al final somos nosotras mismas las que conocemos lo que necesitamos y lo que vivimos, sin embargo ¿cómo hace uno para participar en eso? Se ve tan lejano, como sólo los que están en el edificio de la asamblea y no hay oportunidad para que nosotras podamos expresarnos y que sea visible lo que necesitamos”

(Entrevista 02)

“Sí, en ICW hacen como actividades, yo la primera vez que asistí a una actividad de esas vi muchas mujeres, no se siente sola, uno se siente acompañada”

(Entrevista 03)

“porque nosotros a pesar de un diagnóstico, tenemos derecho a expresarnos y tenemos derecho también a que las personas se informen de muchas cosas, claro a muchas nos da temor el rechazo de otras personas y que no seamos escuchada”

(Entrevista 04)

“necesitamos todavía más empoderamiento, para hacer valer y respetar nuestros derechos como mujeres con VIH, ya que, si no lo hacemos nosotras, entonces ¿quién?”

(Entrevista 05)

“es importante que las mujeres se empoderen y que también tomen esa voz de mando y que agarren esos puestos importantes en el país (...) necesitamos que también mujeres positivas puedan representarnos y crear normas para que no nos discriminen tanto y que por lo menos nos permitan acceder a lo que todos deberíamos tener”

(Entrevista 06)

Las mujeres participantes, reconocen la importancia de alzar su voz, y poder incidir de manera positiva en las transformaciones sociales en beneficio de sus derechos como mujeres con VIH. Además, con lo expresado ellas indican que es

necesario que sean escuchadas y que formen parte de los espacios donde se toman decisiones y acciones políticas.

Sin embargo, por medio de sus respuestas, también se hace referencia a las barreras estructurales que limita su participación, pareciera que ellas no sienten que los espacios de participación política sean espacios para ellas; e históricamente han sido los hombres los encargados de ocuparlos. Por lo que también existen brechas estructurales que limita el acceso a la educación, a servicios de atención en salud y se reconoce las condiciones de pobreza les afecta más a las mujeres. Estas condiciones interfieren en la participación política de las mujeres

Aun así, una de las participantes destaca que son ellas las saben cuáles son sus necesidades, lo viven en su cotidianeidad, pues bien, son ellas las que deben formar parte de estos procesos de formulación de políticas. No obstante, es fundamental seguir trabajando por generar condiciones más equitativas y seguir dando la posibilidad de que las poblaciones vulnerables tengan incidencia política.

Se reconoce que desde la organización ICW, se promueve la incidencia política de las mujeres que forman parte. Debido a que el liderazgo y la promoción de la participación de las mujeres en el diseño y seguimiento de políticas y acciones sobre VIH permite priorizar las necesidades de las mujeres.

Capítulo 6: La condición social del VIH y su impacto en las mujeres

Las mujeres que viven con VIH luchan todos los días contra la discriminación y los estigmas que hay alrededor de su diagnóstico y a la vez agravan la violación de sus derechos humanos. En este capítulo se recupera el significado del VIH para las mujeres participantes y las implicaciones en cuanto a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Se retoma lo que dicen las mismas mujeres sobre su propia concepción de salud, atención a la salud, así como elementos necesarios para la comprensión del objeto, como la feminización del VIH, la condición social del VIH y del género y la violencia.

Ahora bien, en cuanto a la población participante y su perfil, las mujeres entrevistadas se encuentran entre los rangos de 30 a 59 años de edad, esto dado a que, según lo señalado, en ICW las mujeres participantes suelen ser mayores de 30 años. Se obtiene que las mujeres, en cuanto a su estado civil se encuentran solteras, divorciadas o en unión libre. Asimismo, tienen primaria completa, secundaria completa e incompleta. La mayoría desarrolla actividades no remuneradas como el trabajo doméstico o el cuidado de otras personas, sólo una desarrolla una actividad formal y dos actividades informales. Por último, cinco mujeres tuvieron hijos/as previo al diagnóstico, y tres posteriormente. Todas las participantes forman parte de ICW y fueron referidas a la organización a través de Trabajo Social de centros de salud en su mayoría, y algunas por amistades.

A partir de la contextualización anterior, se realizaron los siguientes hallazgos, que permitió el análisis de las representaciones sociales sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH y que se consideran necesarios para ampliar la comprensión de la realidad de las mujeres en cuanto al ejercicio de sus derechos.

6.1. Generalidades del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

El Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) se define como:

“un virus que afecta el sistema inmunológico del organismo humano (...) Cuando el VIH ingresa al organismo, se aloja en el torrente sanguíneo donde ataca las células que contengan en su pared celular un receptor llamado CD4. Estas células son las encargadas de reconocer a los cuerpos extraños y

movilizar todas las demás células del sistema para neutralizar y eliminar al invasor (...) Cuando la célula infectada se multiplica está reproduciendo más virus. En dicho proceso las células CD4 se destruyen. Ante esto, se disminuye la capacidad del sistema inmune para defender al organismo de enfermedades e infecciones” (López y Monge, 2005, p. 36).

A su vez, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa avanzada del VIH. Según Porras (2009) se ha desarrollado el SIDA sólo cuando se presenta un conjunto de signos y síntomas (Síndrome) que indican que las defensas están disminuidas (Inmunodeficiencia) porque se contagió el virus (Adquirida). Por lo que es posible vivir con VIH y no desarrollar el SIDA. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), el SIDA puede tardar entre 2 y 15 años aproximadamente en manifestarse, según cada persona.

Como el VIH afecta el sistema inmunitario sin tratamiento antirretroviral, se aumenta el riesgo o la probabilidad de contraer otras infecciones, algún tipo de cáncer y otras condiciones, conocidas generalmente como enfermedades oportunistas. Es necesario que las personas puedan acceder oportunamente al tratamiento, de lo contrario, como se mencionó anteriormente, hay mayor probabilidad de que aparezcan otras enfermedades, entre las más comunes se destacan: tuberculosis, meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves o cánceres como linfomas o sarcoma de Kaposi (OPS, 2017). De ahí, la importancia de que los Estados puedan brindar acceso a servicios de salud y tratamiento a la población de manera adecuada, oportuna detección y tratamiento antirretroviral.

Según la OMS (2022) se estima que

más de un millón de personas contraen infecciones de transmisión sexual cada día, mientras que cada año 4,5 millones de personas se infectan por el VIH y las hepatitis B y C. Aunque se han hecho progresos en las tres áreas, la respuesta mundial no va por buen camino, puesto que la mayoría de las metas de salud mundiales para 2020 no se han alcanzado. (p. 4).

Además, la OMS estima que existe 1.5 millones de contagios de VIH como referencia al año 2020 a nivel mundial, según el último dato actualizado, ya que, según señalan “A causa de las interrupciones en los servicios relacionadas con la COVID-

19 en los datos notificados de 2020, algunas metas se basan en datos de 2019” (OMS, 2022, p. 24).

Al consultarle a las mujeres participantes si conocen sobre el VIH antes del diagnóstico, indican:

“Sí, que solo los homosexuales padecían” (Entrevista 01)

“Sí conocí, pero muy largo, nunca pensé que me fuera a pasar a mí. Sabía que era una enfermedad, pero nunca investigué a fondo, nunca tuve cuidado, fue falta de información de parte mía” (Entrevista 02)

“Yo decía que era una enfermedad mortal” (Entrevista 03)

“Lo que había escuchado era que les daba sólo a los homosexuales, nada más”
(Entrevista 05)

Con respecto a las respuestas anteriores, las mujeres hacen referencia a mitos relacionados al VIH, al asociarlo con la muerte. Otro de los principales mitos que se destacan es que sólo personas homosexuales tienen VIH, dado al desconocimiento, estigma y discriminación generada a los inicios de la pandemia y que hasta la actualidad se hace presente.

Es necesario que a las poblaciones se les brinde la información adecuada y necesaria, tanto para prevenir infecciones de transmisión sexual, como el VIH, como para evitar que exista discriminación hacia las mujeres que viven con VIH, de manera que esto les permita garantizar sus derechos y contribuir a mejorar sus condiciones de vida.

Se visualiza que las mujeres han tenido poco acceso a la información previo a su diagnóstico, por lo que el conocimiento que tuvieron solo reproduce estereotipos de las personas que puedan tener el diagnóstico de salud y una sentencia de muerte como consecuencia del virus.

A pesar de que es una obligación que tiene el Estado en cuanto a brindar educación sexual integral, así como información a las poblaciones en cuanto a la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual, sigue existiendo un vacío. Las representaciones sobre el VIH siguen presentes en la sociedad, ante lo

cual se reproduce la discriminación. Esto genera, por un lado, mayor dificultad en la percepción que tienen las mujeres sobre sí mismas, ya que no se identifican según el estigma, por lo que hay mayor rechazo al diagnóstico. Por otro lado, genera culpabilización hacia las mujeres, porque, aunque es el Estado quien debe brindar las herramientas idóneas, se les responsabiliza por no tomar decisiones informadas, sin embargo, no tenía acceso.

Por lo que, ante el estigma que acompaña al virus, puede generar que las mujeres prefieran no acceder a la atención de su salud, no consultar a profesionales sobre temáticas relacionadas con el VIH, sexualidad, maternidad, entre otros, así como exigir una atención acorde a sus necesidades, por temor, vergüenza y evitar ser revictimizadas. Además, al no acceder a información adecuada, se le limita a las mujeres el derecho a tomar decisiones desde su autonomía y libertad individual, ya que hay desconocimiento o la información a la que accedieron está permeada de mitos y estereotipos.

Asimismo, en su proceso de aceptación y redefinición como mujeres, la idea de muerte genera mayor incertidumbre, angustia, temor y culpa, si se asocia a la posibilidad de un contagio vertical.

Es por esto, que dichas representaciones sociales inciden de manera negativa en cuanto al ejercicio de los derechos de las mujeres, por lo que es necesario que el Estado brinde la información adecuada y oportuna a la población para disminuir y eliminar la discriminación y exclusión hacia las mujeres que viven con VIH.

6.1.1. Formas de transmisión y prevención del VIH

Con respecto a la transmisión del VIH, es importante aclarar que el VIH “no se transmite por abrazar, besar, compartir vasos y tampoco por compartir el lugar de trabajo o salón de clases, utilizar el mismo baño o pileta, lavar o dormir en la misma cama. Los insectos no lo transmiten; el sudor o las lágrimas” (Porrás, 2009, p. 11).

Las principales formas de transmisión del VIH conocidas son “a través de fluidos corporales entre los que se encuentran la sangre, el semen, los fluidos vaginales, la leche materna y el líquido preseminal” (Sidalava, 2021).

Además, las prácticas sexuales sin ningún tipo de protección se constituyen en el principal medio de transmisión. Ante esta realidad y al contextualizar el sistema

patriarcal como mediador de las relaciones sociales entre mujeres y hombres, implica para las primeras, una mayor vulnerabilidad debido a la dificultad que tienen para negociar tanto prácticas sexuales como el uso del condón. Esto, debido a que, por un lado, el ideario social ha impuesto a las mujeres un rol pasivo y sumiso, así como una disposición absoluta para complacer a sus parejas masculinas, generando asimetría en las relaciones sexuales.

Por otro lado, el ideario sobre el condón, que está permeado de mitos como: disminución de la sensibilidad, infidelidad, desconfianza; que, aunado a la violencia contra las mujeres y la apropiación del cuerpo por parte de los hombres, limita la posibilidad de las mujeres para protegerse de infecciones de transmisión sexual, negando así, su autonomía y capacidad de tomar decisiones relativas a su cuerpo, desde su individualidad. Esto impide que las mujeres puedan gozar de una libertad sexual y reproductiva como parte de sus derechos.

Ante lo cual, se considera necesario que las personas accedan y se proporcione desde políticas y lineamientos legales una educación sexual laica y científica, de manera que las mujeres puedan tener la información adecuada y de esta forma, fomentar factores protectores ante infecciones de transmisión sexual para promover el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Otra forma de transmisión, es conocida como “vertical”, en la cual una mujer embarazada transmite el virus al feto, tanto en el parto como en la lactancia. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que el tratamiento antirretroviral reduce la carga viral del virus en la sangre, lo cual disminuye la posibilidad de esta transmisión. Según Boza, León, Messino, Porras, Solano y Vargas (2012) la “transmisión vertical perinatal del VIH de madre a hijo es prevenible con la toma de algunas medidas generales y otras específicas” (p. 265). Los autores señalan que el tratamiento reduce hasta un 67% la probabilidad de infección al producto, en el caso de mujeres embarazadas.

En cuanto a las formas de transmisión del virus, existen mitos sobre el VIH, debido a la falta de información y/o desconocimiento, asociados tanto a las formas de transmisión, donde se cree que por tocar a la persona se puede infectar, como asociadas a que las mujeres con VIH no pueden tener hijos/as o no pueden ejercer su sexualidad. Esto, genera discriminación y exclusión; además, vulnera el ejercicio de los derechos de las mujeres con VIH. Ante esto, las mujeres participantes señalan que:

“La gente tiene muchos mitos, creen que por sí tocar a una persona, que sí toma del mismo vaso, o sea, tiene muy poca información, no están bien informadas, lo discriminan mucho a uno (...) yo recuerdo que ella me hizo usar jabón diferente, que no comiera de los platos de ella y entonces eso me afectó mucho a mí, uno se siente como una basura, por decirlo así”

(Entrevista 03)

“Discriminación, que es la número uno de la sociedad, de las personas que convivimos con VIH, falta de educación, la gente tiene sus tabús todavía para este siglo veintiuno con este virus. Que, si te toco, si me das la mano, si te doy un beso en la mejilla”

(Entrevista 05)

“Las personas piensan que el VIH ya es signo de muerte, que la persona que tiene el VIH si se le acerca a otra persona, si tose o si lo abraza, si le da un beso ya se le va a pegar y no es así”

(Entrevista 07)

La discriminación y la reproducción de estereotipos en torno a un diagnóstico como el VIH se da porque, aunque existe la información, no está a la disposición de toda la población, así como la falta de interés y/o recursos desde las instituciones públicas para promover dicha información.

Las mujeres con VIH tienen derecho a recibir información sobre las infecciones de transmisión sexual y las formas para prevenirlas. Según la Ley General sobre VIH de Costa Rica, en el artículo 26 refiere sobre las enfermedades de transmisión sexual, las acciones de prevención del VIH que debe desarrollar el Ministerio de Salud con entidades públicas o privadas, las cuales deberán coordinarse de manera integral con los servicios y programas de prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, por su relación e importancia como facilitadoras de la transmisión del VIH.

A partir de esta obligación del Estado, es necesario que las poblaciones puedan acceder a la información científica, veraz y adecuada, de manera que no sólo se evite la propagación de infecciones de transmisión sexual, sino prevenir y disminuir la discriminación hacia las mujeres con VIH. Dicha información debe contemplar un

enfoque de género, de manera que se concientice sobre las repercusiones del VIH en las mujeres y sus particularidades en una sociedad patriarcal.

No obstante, desde el inicio de la pandemia del VIH se ha divulgado información que está acompañada de estigmas y prejuicios en torno a las personas que adquieren el diagnóstico de salud, se juzga sus prácticas sexuales y no se ha realizado un adecuado proceso en el que se desmitifique la condición de salud. Para reforzar lo anterior, se indagó en las mujeres participantes sobre el acceso a la información sobre las infecciones de transmisión sexual, ellas, señalan lo siguiente:

“no hay información, falta demasiada información, más que lo que usted consigue por internet que de otros lugares”.

(Entrevista 01)

“Sí, por medio de esta enfermedad, bueno condición de salud uno no dice enfermedad porque no, desde que me di cuenta de esa condición de salud y he investigado más que todo en internet porque no es que a uno le expliquen

(Entrevista 03)

“yo más que todo me he empapado más de la condición de salud por medio de las asociaciones, que le dan a uno charlas”

(Entrevista 04)

“En unos talleres donde me formé. Antes de eso, no”.

(Entrevista 05)

“Bueno, muy poca sí, la mayoría casi siempre la conozco yo en la internet. Pero sí, lo que son así información sobre este, estas enfermedades de transmisión sexual y cómo se transmite y todo eso sí es muy poca la información que he recibido”

(Entrevista 07)

La información que han recibido fue posterior al diagnóstico, donde sólo dos mujeres llevaron procesos educativos en centros de salud, a pesar de la obligación de las instituciones públicas de salud de brindar información y acompañamiento. La información que han recibido ha sido desde la sociedad civil en organizaciones como ICW. Por lo que ICW asume la responsabilidad de brindar la información que las

mujeres necesitan, ya que no han accedido a otros espacios desde el Estado en su mayoría.

Además, identifican a la organización como el lugar seguro para buscar información sobre sus derechos, no así con centros de salud. Dentro de los comentarios e información brindada por profesionales en la salud en centros médicos, las mujeres participantes señalan:

“Me hubiera gustado que le expliquen a uno desde pequeño, tal vez cómo prevenirlas, el uso del preservativo”

(Entrevista 01)

“A uno le insisten mucho sólo con el tratamiento, que hay que tomárselo y si en algún momento tenía relaciones, cuidarse y tener precaución por las otras personas”

(Entrevista 02)

“Bueno, lo que nos dijeron fue que a pesar de que nosotras tuviéramos un diagnóstico, teníamos que cuidarnos con preservativo, y evitar todos esos contactos”

(Entrevista 04)

“Lo que le dicen a uno el doctor, ¿usted se está protegiendo? ¿Usted usa de esto? ¿De lo otro? Así una explicación a profundidad los doctores no, o sea no le dicen a uno que tan detallado, nada más le dicen mire esta enfermedad es muy peligrosa o que es controlable pero si tiene sus consecuencias, lo básico”

(Entrevista 07)

Hay poca información en las clínicas y en los hospitales. Si tengo una duda la saco de internet.

(Entrevista 08)

Se identifica que se reafirma la idea tradicional en que las mujeres deben protegerse para y por los demás, más no para ellas mismas, como menciona Lagarde (1995) existe una idea asociada a las mujeres de ser “por y para los demás”. Esto implica que no debe de tener “contactos” o relaciones sexuales para evitar que otros se contagien, negando su libertad y autonomía sexual. Más no se les brinda la

información necesaria para ejercer su sexualidad de una manera segura. Esta falta de información adecuada genera temor en las mujeres en el momento de ejercer su sexualidad, como, por ejemplo:

“Después de esto ya no volví a ser la misma, a uno le dicen que puede tener relaciones sexuales en ICW y que es un derecho, pero la verdad yo no quiero saber nada, siempre está ese temor que le mencionan a uno que puede contagiar a los demás”

(Entrevista 03)

Este temor infundido y basado en las representaciones sociales sobre el VIH como muerte, asociado a poblaciones que han sido estigmatizadas, aunado a la falta de información sobre las formas de transmisión y de prevención, vulnera el ejercicio de las mujeres a ejercer y disfrutar su sexualidad como parte de sus derechos humanos.

A partir de lo anterior, y ante la idea de que las mujeres no se interesan por lo sexual, ya que ha sido “cosa” de hombres, limita que desde las personas profesionales en salud y desde el mismo Estado, se le brinde a las mujeres la información que requieren para ejercer su sexualidad de manera segura, además, de que para las mujeres lo sexual se ha asociado meramente a lo reproductivo, por lo que estas representaciones inciden directamente en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, impidiendo que puedan tomar decisiones desde su propia autonomía y autodeterminación.

6.1.2. Atención de la salud

Según la Organización Panamericana de la Salud (2017) la atención en salud, denomina al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, grupo familiar, comunidad y población. El objetivo de la asistencia sanitaria presupone que sea posible contribuir a la salud, garantizando un agregado de atenciones que permitan conservar la salud de las personas.

La atención interdisciplinaria en salud que requieren las personas con un diagnóstico de VIH es esencial, tanto a nivel físico y la adherencia al tratamiento como

para una atención en otros aspectos esenciales que influyen en la salud de las personas a nivel emocional y el apoyo de parte de las redes de apoyo. Ante esto, según la Ley 7771, establece en el artículo 31 que “Las personas trabajadoras de la salud, públicos y privados, deben prestar apoyo y atención integral a las personas usuarias con VIH son excepción, considerando sus necesidades y condiciones específicas de vulnerabilidad”. Además, dicha ley establece el derecho a la atención integral en salud como asistencia médico-quirúrgica, psicológica y de consejería. Asimismo, la normativa internacional como la Declaración de Cumbre de París, el Proyecto de Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud, las declaraciones políticas del VIH de la ONU, entre otras, en las cuales se especifica el acceso a la atención integral de la salud, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como servicios de prevención del VIH, en las cuales se “abordaje las necesidades específicas de las mujeres” (ONU, 2015), sin ningún trato denigrante ni discriminatorio.

Sin embargo, en un estudio realizado por ONUSIDA en el 2016, se obtiene que una de cada tres mujeres que viven con VIH ha experimentado al menos una forma de discriminación relacionada con su salud sexual y reproductiva en centros de salud, lo cual no es así en hombres (ONUSIDA, 2017). Esto, derivado a la recriminación que existe hacia las mujeres ante la adquisición del virus, ya que, relacionado con el estigma sobre el VIH, no se espera que las mujeres tengan comportamientos sexuales “inadecuados”, o se les asigna el cuidado, tanto de otras personas como en el uso de métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, lo cual genera culpabilización hacia las mujeres y, por ende, discriminación.

Ante lo anterior, se hace hincapié, que la atención en salud que deben recibir las mujeres con VIH debe contemplar aspectos desde la integralidad de salud y por tanto, tiene que ser interdisciplinaria. Pues si bien es cierto es fundamental el acceso y la adherencia al tratamiento antirretroviral, las mujeres con este diagnóstico, requieren de atención en salud sexual y reproductiva, que contemple la perspectiva de género para comprender las dinámicas particulares en cuanto al VIH.

Otro aspecto por destacar, es que las mujeres participantes tienen seguro por parte de la Caja Costarricense Social, lo cual les ha permitido acceder a atención y al tratamiento de manera continua. En cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud,

la mayoría tienen facilidad para acceder en cuanto a infraestructura y cercanía, lo cual contribuye a la atención de su salud.

Con respecto, al diagnóstico desde los servicios de salud se identifica que hace falta un abordaje adecuado, que integre una perspectiva de género, un acompañamiento profesional y asesoría; así como una atención integral que se centre en la persona y que contemple sus particularidades y necesidades. Ante esto, comentan:

“te sientan en una silla y te dicen simplemente el resultado del examen salió positivo en VIH, y usted dice ¿de qué me está hablando? Váyase para el (centro médico), busque un montón de papeles, busque aquí, busque allá y usted: o sea. Cuando del EBASIS me llamaron y me mandaron para acá, o sea, yo les digo que yo no tengo una idea de cómo llegué hasta el (hospital), o sea, usted viene con su cabeza dando vueltas con un diagnóstico el cual está asimilando”

(Entrevista 01)

“yo estaba en shock, nada más las escuchaba allá largo (...) se necesita que tengan un poco más de compasión a la hora de dar una noticia como esa”

(Entrevista 03)

Como parte de los derechos de las personas con VIH, como se mencionó anteriormente, es que, de parte de los profesionales en salud se acompañe, informe, asesore y brinde todos los detalles sobre el VIH, el tratamiento, la prevención. La intervención debe colaborar para desmitificar el virus, prevenir la discriminación, garantizar los derechos y deberes que tienen las mujeres, de manera que busque contribuir al ejercicio de sus derechos.

En las entrevistas se identifica que, a las mujeres participantes, desde los centros de salud, no se les explicó qué es el VIH, sus implicaciones y no se desmitificó el significado de muerte, por lo que hay ausencia de una atención centrada en la persona, de manera que retomen desde una perspectiva de género las necesidades y particularidades de cada mujer. Las mujeres expresan este proceso como:

“nadie más se va a acordar de uno, es un simple número. Se retiran los medicamentos, recetas y ya”

(Entrevista 01)

“ellos nada más te atienden a lo que vas y ni siquiera sacan el tiempo”

(Entrevista 04)

“pero un acompañamiento no lo tuve, ese acompañamiento faltó”

(Entrevista 06)

Lo que evidencia la falta de acompañamiento desde centros de salud, contemplado como un derecho de las mujeres. Este acompañamiento les permite a estas, poder tomar decisiones sobre cuestiones relativas a su propio cuerpo, de manera que se garanticen sus derechos. Sin embargo, esto se vulnera según lo expuesto anteriormente.

En cuanto al acompañamiento desde ICW, ha sido muy destacado por parte de las mujeres y relevante, ya que, desde los procesos llevados a cabo en la organización, les ha permitido a las mujeres tener claridad sobre la importancia de atender su salud como un derecho, realizarse controles constantes, contar con un acompañamiento de pares, reconocer que existen otras mujeres con el mismo diagnóstico y que pueden formar parte de un espacio seguro. Asimismo, el papel de ICW ha sido trascendental en la deconstrucción del significado de tener VIH, así como en generar sentimientos de que no están solas, que el formar parte de la organización pueden acceder a educación sexual y al capacitarse tienen la posibilidad conocer y exigir sus derechos.

Continuando con la atención desde centros de salud, con respecto a si en algún momento las mujeres se han sentido incómodas a raíz de su posible diagnóstico, señalan:

“Sí, que tengo que decir en voz muy alta que soy VIH positiva, tengo que decirlo (...) siento que es como ofensivo que me esté preguntando tan repetitivo lo mismo”

(Entrevista 01)

“(...) aunque una vez si me sentí mal, porque fui al dentista y la doctora cuando le dije que tenía VIH, la doctora no me hizo la limpieza dental, me dijo que no podía,

que uno sangraba (...)

(Entrevista 03)

“Sí, en otra ocasión en el (centro de salud), en ginecología (...) me hicieron una biopsia pero cuando él leyó VIH, entonces él llegó y dijo que yo era una irresponsable y yo tenía que aprender a ser más responsable (...)” (Entrevista 06)

A partir de las experiencias de las mujeres descritas anteriormente, se cuestiona la violencia institucional por parte de profesionales de salud. Para lo cual, Fernández (2018) señala que los Estados toman en cuenta los valores de los seropositivos y del paciente y señala que todas las personas tienen derecho a ser atendidas médicamente sin escatimar recursos y, además, el paciente con VIH tiene derecho a la protección de la salud, la cual debe proporcionarse con equidad, accesibilidad, oportunidad, efectividad y alta calidad humana.

Sin embargo, ante el estigma, falta de información adecuada, las mismas personas profesionales reproducen dichas ideas, que generan discriminación, lo cual vulnera los derechos de las mujeres con VIH en cuanto a recibir atención oportuna. Esto, a su vez genera que las mujeres no accedan a servicios de salud sexual y reproductiva, ya que el estigma tanto del VIH como la condición social de género, señala que las mujeres no “deberían” tener relaciones sexuales y menos tener hijos/as, ya que son positivas.

Aunado a lo anterior, la ONUSIDA (2017) señala que “las mujeres que se han enfrentado a la discriminación o que perciben o esperan un estigma relacionado con el VIH en los centros de atención de la salud pueden tener menos probabilidades de acceder al tratamiento y a la atención prenatal y posnatal. Cuando acceden a dicha atención, pueden verse disuadidas de usar los servicios de VIH” (p. 58). De esta forma, se reproduce la violencia institucional y se vulneran los derechos de las mujeres a raíz de las representaciones sociales existentes.

Otro de los aspectos que fueron indagados, fue sobre la información que les hubiera gustado recibir a partir del diagnóstico. Al respecto, señalaron:

“Que me hubieran explicado que había tratamiento, verdad, que podía llevar una vida normal, que podía estar tranquila, saber que no me iba a morir ya”

(Entrevista 02)

“que le den acompañamiento, porque uno está fuera de órbita, bueno en mi caso personal yo ni sabía mucho de la enfermedad ni nada”

(Entrevista 03)

“sabemos que el retroviral te destruye, te ayuda con el virus, pero tu hígado, estómago, esófago, tus pulmones, el retroviral ahí te va dañando, entonces el farmacéutico no te da ese acompañamiento”

(Entrevista 04)

“sería muy importante que en los centros de salud nos dieran talleres, invitaran a mujeres y las informaran sobre todo lo que tenga que ver con salud sexual y reproductiva, derechos humanos, de todo porque las mujeres somos muy violentadas”

(Entrevista 06)

En estas expresiones se refleja que las mujeres refuerzan la importancia de recibir información adecuada y el acompañamiento de parte de profesionales, porque al momento de tener un diagnóstico positivo de VIH es fundamental la adherencia al tratamiento y recibir un trato y acompañamiento que garantice sus derechos desde los servicios de salud.

Ante lo descrito anteriormente, se visualiza como las representaciones sociales en cuanto al ejercicio de la sexualidad por parte de las mujeres, sobre el significado del VIH a nivel social vinculado con muerte y con poblaciones estigmatizadas, vulnera los derechos de las mujeres en cuanto a acceder a la atención de su salud de manera integral, como en su salud sexual y reproductiva, ya que por un lado, se recrimina a las mujeres por tener conductas “inadecuadas”, y por otro lado, se considera que las mujeres con VIH no deberían tener hijos, lo que conlleva a que no se considere un grupo relevante para brindar información sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Además, genera discriminación y limita el acceso de las mujeres a los recursos dispuestos para la atención de su salud. No se visualiza una atención con perspectiva de género, por lo que es evidente la necesidad de que se trabaje desde ahí, que los y las profesionales reconozcan que las mujeres son violentadas y que, por medio de la atención e intervención desde los servicios de salud, se garantice sus derechos y se fomente el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

6.1.3. Tratamiento Antirretroviral

El tratamiento antirretroviral, tiene cuatro objetivos fundamentales, para lo cual Boza, León, Messino, Porrás, Solano y Vargas (2012) destaca:

1. Aumentar la esperanza y la calidad de vida de las personas que viven con VIH.
2. Evitar la progresión de la enfermedad.
 - Reduciendo la carga viral a niveles indetectables durante el mayor tiempo posible.
 - Limitando el desarrollo de resistencias (cuando el virus ya no responde) a los fármacos.
3. Devolver el sistema inmunitario a su estado normal y mantenerlo así durante el mayor tiempo posible.
 - Mantener el recuento de células CD4 dentro del intervalo normal o aumentar si fuera demasiado bajo.
 - Evitar otras posibles afecciones.
 - Minimizar la transmisión de VIH a otras personas". (p. 12)

Como este tratamiento se debe tomar a lo largo de la vida de las mujeres que viven con VIH, un aspecto importante y que se debe abordar desde diversas dimensiones, es la adherencia al tratamiento, lo cual implica la toma del medicamento diario según las dosis recetadas, para que dicho tratamiento sea efectivo y de esa manera puedan tener una mejor calidad de vida.

La autora menciona que "La receta de estos medicamentos, dependerá de las características de cada persona y de la carga viral, es decir, la cantidad de VIH presente en la sangre" (Boza, León, Messino, Porrás, Solano y Vargas, 2012, p. 272). Por lo que la atención de la salud se debe dar desde las particularidades de cada mujer y tomando en cuenta sus necesidades.

Dicho tratamiento ha logrado reducir la tasa de mortalidad, según lo señala la OMS (2022):

La epidemia mundial de VIH ha dado un vuelco por la expansión a gran escala del tratamiento antirretrovírico, gracias al cual las defunciones relacionadas con el VIH en el mundo se han situado en el nivel más bajo desde 1994. Sin embargo, 680 000 personas murieron por causas relacionadas con el VIH en 2020, lo que significa que la mortalidad sigue siendo inaceptablemente elevada. (OMS, 2022, p. 4)

A pesar de que hay avances en el conocimiento científico, muchas mujeres alrededor del mundo no cuentan con acceso a la atención de su salud de manera oportuna, ni con acceso al tratamiento. En el caso de Costa Rica, la Ley General de VIH, establece en el artículo 11, el derecho a la atención integral, donde las personas con VIH tienen derecho a la atención integral de su salud y a las intervenciones preventivas profilácticas y medicamentos antirretrovirales de calidad. También a todo tratamiento y avance científico y tecnológico que evidencia mejoras en la calidad de vida.

Todas las personas con VIH, independientemente de su condición, que no tengan la capacidad contributiva para cotizar al seguro de salud, tiene derecho a que se les continúe brindando, la atención integral y tratamiento antirretroviral, según la Directriz 037-S del Ministerio de Salud.

Dicho tratamiento es necesario para que la carga viral sea menor, de manera que se reduzcan las posibilidades de transmisión vertical en las mujeres embarazadas. Con la información adecuada y con el tratamiento, les permite a las mujeres disminuir las barreras sociales y estructurales para poder ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, ya que las mujeres pueden tomar decisiones de manera libre, sin temor por el contagio tanto en el embarazo como al ejercer su sexualidad.

Para garantizar el ejercicio de sus derechos, es necesario que las mujeres puedan tener acceso a educación sexual integral, información científica y laica, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en centros de salud. Además, que puedan tener acceso a la prueba del VIH de manera oportuna y evaluación prenatal,

para ello, requieren acceso a los servicios de salud. Asimismo, acceso al Tratamiento Antirretroviral (TARV) adecuado, según sus necesidades, con acompañamiento profesional en todo el proceso; tanto si la mujer quiere ejercer su sexualidad (que incluya asesoría y acceso a métodos anticonceptivos y de barrera) como si quiere tener hijos/as (acceso a información, tratamiento, asesoría) (López y Monge, 2005).

Otro de los aspectos de los cuales se indagó, dado el impacto en la atención de la salud, fue sobre el COVID-19, pandemia que inició a finales del 2019 y en Costa Rica inició en marzo del 2020. Desde entonces ha generado afectaciones alrededor del mundo en la población y generó transformaciones en la dinámica de los servicios de salud. En el caso de las mujeres entrevistadas, todas concuerdan en que ha habido cambios en el acceso a los servicios de salud, dentro de sus principales respuestas están:

“Uy sí y cambios pésimos, como por ejemplo, que me atiendan por una llamada y que no me den lo que yo necesito porque no me han puesto atención, entonces cuando llego a la farmacia me dan otra cosa que yo no pedí (...)”

(Entrevista 06)

“(...) al principio de la pandemia lo malo fue que había que dejar la receta 15 días antes y después dentro de 15 días, entonces a veces se enredaban las fechas y todo (...) me pasó como tres meses”

(Entrevista 05)

“Uy sí, terribles. El peor es en la atención médica, que uno tiene acceso a los médicos, sólo por teléfono. Y eso es espantoso (...)”

(Entrevista 01)

ONUSIDA reconoce que el COVID-19 es una enfermedad grave y todas las personas que viven con el VIH deben tomar todas las medidas preventivas recomendadas para minimizar la exposición y prevenir la infección por el virus que causa COVID-19. Por lo que todas las personas que viven con VIH, deben de acatar todas las recomendaciones dadas por las autoridades de salud.

Con respecto a la atención que han recibido las mujeres desde los servicios de salud, durante la pandemia, las mujeres indican que la atención ha sido:

“Por teléfono, la atención es igual (mala)” (Entrevista 01)

“No porque jamás va a ser lo mismo que el infectólogo te llame por teléfono a ir a lo presencial” (Entrevista 05)

“es que yo siento que hay mucho desinterés, ahora las personas están ahí en sus mostradores, volando pico -porque los he visto- que no de verdad no le dan la importancia al paciente, lo que requiere y la atención” (Entrevista 06)

Las repercusiones generadas por la pandemia del COVID-19, hicieron que se tomaran medidas y restricciones en el acceso a servicios, en especial al sector salud, dentro de las medidas tomadas en nuestro país, fue hacer las consultas médicas vía telefónica y evitar el contacto entre las personas.

Es fundamental destacar que al menos 7 de las participantes han recibido de manera regular el tratamiento. La ONUSIDA (2022) recomienda que los servicios de VIH deben seguir estando disponibles para las personas que viven con VIH o que corren el riesgo de contraerlo. Asimismo, para evitar que las personas se queden sin medicamentos y reducir la necesidad de acceder al sistema de salud, los países deberían encontrar estrategias para la aplicación de la dispensación del tratamiento al VIH.

Como se mencionó anteriormente, el tratamiento, en primer lugar, es un derecho que tienen las mujeres, y, en segundo lugar, el tratamiento acompañado de la información adecuada y asesoría les puede permitir a las mujeres con VIH que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos sin temor, discriminación, de manera que contribuya a su autonomía, individualidad y les devuelva a las mujeres el poder tomar decisiones respecto a su cuerpo, tanto el ámbito sexual como en el reproductivo.

6.1.4 Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento antirretroviral rompe con el mito del VIH/SIDA como sinónimo de muerte. Ya que pasa de ser una “enfermedad terminal”, a convertirse en una “enfermedad crónica” con la cual es posible convivir. Pese a ello, el tratamiento ofrece una esperanza real a las personas con el diagnóstico de VIH,

pero esto implica que se deba asumir un compromiso personal ante las demandas de la terapia antirretroviral (Güell, 2002).

A pesar de que las mujeres tengan dificultad en cuanto a la aceptación de su condición de salud, son adherentes al tratamiento, ya que desde los centros de salud se realiza un abordaje sobre la importancia del medicamento. Ante esto, señalan:

“Siempre guardo rechazo al medicamento, pero siempre me lo tomo (risas) porque uno no termina de aceptar la condición de salud” (Entrevista 01)

“A un principio era muy difícil” (Entrevista 03)

“Otras situaciones a nivel emocional” (Entrevista 04)

La depresión, también puede llegar a afectar la adherencia del tratamiento. Por ejemplo:

“yo soy una persona muy depresiva, entonces cuando yo caigo en depresión y no quiero saber nada, absolutamente nada... hasta me ha dado por no tomarme el medicamento y he abandonado (...) he tenido fallas terapéuticas entonces he llevado castigos también, en el hospital la vez pasada, una junta de médicos me dijeron no le damos más el medicamento, me castigaron tres meses y esos tres meses yo lloré y sufrí”

(Entrevista 06)

Los medicamentos antirretrovirales marcan la diferencia entre el riesgo para la persona y para la salud pública, en la medida que es el factor determinante para asignarle a este evento la categoría de enfermedad crónica. Motivar a las personas incluidas dentro de un régimen de TARV a adherirse y cumplir con la terapia, se ha convertido en una prioridad dentro de la salud pública (Reynolds, 1998).

Es fundamental el tratamiento; sin embargo, se debe contemplar las necesidades de cada mujer, pues como ellas lo expresan hay particularidades que requieren un abordaje integral e interdisciplinario, en aras de garantizar sus derechos y garantizar calidad de vida en la población.

Se relaciona lo anterior con los determinantes de la salud, quienes son los responsables de las desigualdades en la salud y la inequidad. Con respecto a los

determinantes de la salud del género, la OMS (2018) señala que son las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos, y que determinan los comportamientos de promoción de la salud y la búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud en función del género.

De esta forma, la adherencia al tratamiento no solo depende de la disposición de parte de los servicios de salud o bien de cada paciente, si no que se muestra que existen diversos determinantes que median este proceso. Y el tratamiento como mandato patriarcal, en el tanto hay una imposición de las mujeres en el cuidado de sus parejas sexuales, retomando que históricamente han sido contempladas como un factor de contagio no como grupo vulnerable, ha generado que, aunque no exista una aceptación del diagnóstico, se genera una adecuada adherencia al tratamiento. Además, de la insistencia desde profesionales en cuanto a la toma adecuada, para evitar contagios.

6.1.5. Feminización de la pandemia del VIH

La proporción de hombres y mujeres que viven con VIH en América Central y el Caribe es casi idéntica. No obstante, el número de casos entre mujeres está aumentando con mayor rapidez, y de igual manera, éstas están siendo contagiadas con mayor violencia (...) Fue en el año 1983 cuando se reportaron los primeros tres casos de pacientes infectados con el VIH; y en 1986 fue que se registró el primer caso de sida en la población femenina” (Loaiza, 2008, p. 6).

A este aumento de contagios en las mujeres, se le conoce como feminización del VIH, la cual ocurre mayoritariamente por la vía sexual, a través de sus parejas heterosexuales. La temática Mujer y VIH, desvela la complejidad de la problemática, es decir, la situación de la enfermedad y la posición de género que la mujer ocupa en las sociedades patriarcales (Silveira, 2018).

ICW (2020) señala que hay una feminización del VIH en América Latina, ya que las mujeres biológicamente son más vulnerables al contagio, aunado a la violencia y desigualdad social, educativa y económica. La condición social del género, es una cuestión que afecta de forma transversal a todos los aspectos de la vida de

una persona. En el caso de las mujeres, se ha comprobado que la cuestión de género es fundamental para llegar a comprender las igualdades a las que se ven expuestas.

Ahora bien, con respecto a los principales factores que influyen en el aumento de casos de VIH en mujeres, se identifica lo siguiente:

El VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual tienen modos de transmisión e intervenciones comunes. También se ven condicionados de forma similar por los determinantes sociales y estructurales de la salud: las comunidades en las que imperan peores condiciones socioeconómicas o más discriminación hacia las poblaciones clave experimentan una mayor vulnerabilidad a las infecciones y peores resultados en materia de salud. (OMS, 2022)

Las mujeres históricamente han representado las mayores tasas de pobreza, violencia, discriminación y se enfrentan a la falta de oportunidades igualitarias, y la falta de acceso a servicios de educación, salud y empleo, lo cual las vulnera. Asimismo, la falta de autonomía derivada de un sistema patriarcal en el cual la distribución del poder está mayoritariamente ejercida por los hombres, impide que las mujeres puedan tomar decisiones en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos; lo cual representa un factor en el aumento de las infecciones por VIH entre las mujeres.

Asimismo, la violencia sexual que sufren las mujeres de todas las edades, es un factor que contribuye fuertemente a la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH. (Bravo, Dides, Pérez, Pascal, 2003).

Según Hernández y Monge (2005) existen tres principales razones que explican la vulnerabilidad en las mujeres frente al VIH. En primer lugar, las mujeres están más expuestas biológicamente. Según Herrera y Campero (2002) “se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre” (p. 86). Esto se da, ya que “En relaciones no protegidas con penetración, la mujer expone una superficie mayor de mucosa a las secreciones sexuales del hombre (...) además, el semen tiene una concentración más elevada de virus que las secreciones sexuales de la mujer” (Sidáva, 2021).

En segundo lugar, las mujeres están más expuestas debido a la vulnerabilidad social. Esto implica que los roles y comportamientos atribuidos a las mujeres socialmente en el ámbito sexual son diferentes a los de los hombres, donde se espera que las mujeres sean pasivas y sumisas en relaciones monógamas, frente a los hombres, a los cuales se les permite tener mayor libertad sexual e incluso varias parejas sexuales. Por lo cual, esto dificulta que las mujeres tengan escasas posibilidades de negociación y prevención, ya que esto puede generar violencia, desconfianza, recriminaciones, abandono y como consecuencia de, la pérdida del sustento económico (OPS, 2012).

Ante esto, las mujeres no tienen la posibilidad de decidir cuándo y cómo tener relaciones sexuales, de manera que se puedan proteger ante infecciones de transmisión sexual. Estas representaciones en torno a la vivencia de la sexualidad de las mujeres, como pasivas, sumisas, aunado a la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte de los hombres y del Estado, inciden en el ejercicio de los derechos sexuales de las mujeres, limitando su capacidad de toma de decisiones.

Un diagnóstico de salud como el de VIH, dentro de una sociedad patriarcal ha generado en las mujeres una vulnerabilidad al contagio, el cual queda evidenciado que desde el inicio de la pandemia ha habido el aumento de casos en mujeres, por lo que las condiciones de vida a las que están expuestas como la violencia y sus manifestaciones, la socialización por género y los roles que las mujeres deben asumir, las condiciones materiales de vida, acceso a servicios básicos como a la educación, los servicios de salud y la feminización de la pobreza son permeadas de inequidad, lo que ha provocado que los casos de VIH en mujeres se acrecienta.

Además, retomando la representación sobre la sexualidad de las mujeres, en el tanto son “pasivas”, “puras”, casi sin deseo sexual, genera que desde el Estado no se invierta en la prevención del VIH en las mujeres, como sí en otros grupos: hombres que tienen sexo con hombres, población trans. Invisibilizando que existe un sistema patriarcal, que violenta a las mujeres y las despoja del poder que tienen sobre su propio cuerpo. Esto contribuye a que el contagio en mujeres aumente consecutivamente. En la feminización del VIH, la condición social del género y del VIH juegan un papel importante en el aumento de contagios en las mujeres, las cuales se detallan en el siguiente apartado.

6.2.1 Condición social del VIH

Existen estigmas y prejuicios alrededor del VIH, lo cual vulnera las condiciones de vida y la salud de manera integral de las mujeres. Como señalan los autores Dides, Pérez y Pascal (2003) las sociedades históricamente

han creado sistemas simbólicos y rituales de exclusión, a través de los cuales los peligros y amenazas al orden social son colocados fuera de sus fronteras, frecuentemente encarnados en grupos visiblemente diferentes o detectables, que pueden así ser excluidos y aislados. La epidemia del SIDA, al constituir una amenaza a las fronteras corporales, psíquicas y sociales en nuestro orden simbólico contemporáneo, ha dado un nuevo argumento a ésta necesidad, representando la enfermedad, las personas que viven con VIH/SIDA y las personas en riesgo de contraerlo, aquello que debe aislarse y excluirse. (p. 28)

Además, los autores mencionan que socialmente, el VIH ha sido vinculado desde sus inicios con “la homosexualidad y la prostitución, éstas ideas se han reproducido en el sentido común a partir de la opinión pública y de informaciones sesgadas, que han reforzado estereotipos y normas muy arraigados sobre la sexualidad y el género (sexualidad “normal” vs. “anormal”, o mujeres “decentes” vs. “contaminantes”) todo lo cual no escapó a las mujeres viviendo con VIH/SIDA” (p. 27).

Dichas concepciones sociales, se reproducen desde la socialización de las personas en instituciones como la escuela, la religión, el sistema de salud, las cuales brindan a las personas información sesgada con prejuicios. Esto genera un impacto en el proceso de diagnóstico de las mujeres, por lo cual se desarrolla culpabilidad y se visualiza como un castigo por “irresponsabilidad” o hacer cosas que no “corresponden” a las mujeres, como por ejemplo en función de su sexualidad. Así como un rechazo a la condición de salud ya que las mujeres no se identifican con el estigma y los prejuicios sobre el virus. Esto, aunado a la representación social de las mujeres como buenas, santas, y muchas veces con ausencia de deseo sexual, ante lo cual está presente la contradicción de mujeres decentes vs. contaminante:

“Sabía que era una enfermedad, pero nunca investigué a fondo, nunca tuve cuidado, fue falta de información de parte mía”

(Entrevista 02)

Hay una responsabilización sobre las mujeres que viven con VIH, cuando quien debe brindar la información, educación y permitir que accedan al conocimiento es el Estado, como parte de los derechos de las mujeres y de la población en general. Y a partir de las ideas que existen, las mujeres asumen también una culpa al no tener la información que requieren, sin embargo, no han tenido acceso a dicha información por parte de las instituciones responsables.

Además, la concepción previa al diagnóstico influye en las vivencias de las mujeres, en el tanto genera culpa, vergüenza, ya que ha sido una “enfermedad” asociada a otras poblaciones que han sido discriminadas y vulnerabilizadas. Ante la pregunta de si conocía antes del VIH y cuál era su concepción previa al diagnóstico y lo que han escuchado a raíz del proceso propio de ellas, las participantes señalan:

“Sí, que solo los homosexuales padecían de (...) Personas de la calle, prostitutas, gente mala, gente que se lo merece”

(Entrevista 01)

“No, nada. Lo que había escuchado era que era una enfermedad que le daba sólo a los homosexuales, nada más”

(Entrevista 05)

“Sí, sí sabía del VIH. Sabía que era una enfermedad peligrosa y que sólo les daba a la gente que anda haciendo loco”

(Entrevista 07)

“No pensaba en mujeres, solo pensaba en homosexuales o tal vez pensaba en una trabajadora del sexo, que en ese tiempo le llamaba prostituta y lo único que yo decía es que esas mujeres están ahí no les importaba nada, ni la salud, ni los chiquitos ni nada”

(Entrevista 06)

“La gente sigue pensando que es un castigo de Dios, para las trabajadoras sexuales y también para la población LGBTIQ y también que somos la peste, esa es la creencia de lo que yo he tenido que escuchar, que sufrir en un principio”

(Entrevista 06)

También, la explicación mágico-religiosa de la salud, permea sobre los idearios en cuanto al virus, visualizado como un castigo divino o como algo merecedor de las personas que son “malas”. Por lo que, ante esta concepción a nivel social, cuando las mujeres se enfrentan a un diagnóstico positivo, hay un cuestionamiento sobre su propia identidad, lo que pensaban, lo que creían; lo cual genera mayor vulnerabilidad, ya que a raíz de esto se discriminan y violentan sus derechos y su dignidad como seres humanos. Por ejemplo:

“no me dejaba usar el servicio, no me dejaba usar nada, me compró un vaso específico, un plato, una cuchara, cuando usaba el baño era un gran problema, tenía que bañarlo en cloro el servicio también y todo eso me hacía sentir super mal”

(Entrevista 06)

“dijo: yo quiero alertar hoy a toda la comunidad, porque aquí está esta sidoso y nos puede pegar esa vara a nosotros, así que nadie la toque, no le den comida, que ella esté aparte” (Entrevista 06)

“mi familia, mis vecinos, gente que ni siquiera me conocía, me dijeron: es cierto que tenés SIDA y yo: sin conocerlo, sin nunca haberle dicho una palabra, y yo: no”.

(Entrevista 02)

“uno siente rechazo hasta de la propia familia, como si uno les diera asco”

(Entrevista 03)

“tenía mi vaso aparte, mi plato aparte, mi cuchara aparte, yo decía yo ya no puedo compartir con mi hija” (Entrevista 02)

Se observa como los sistemas simbólicos de la exclusión creados en la sociedad en cuanto al VIH, aísla a las mujeres, lo cual se materializa en su cotidianidad. Esto violenta la dignidad de las mujeres y vulnera sus derechos, en el tanto violenta la confidencialidad, las apartan y excluyen.

Aunado a esto, el VIH ha sido concebido como una enfermedad mortal o vinculado directamente con la palabra muerte o con un problema:

“Pues si había escuchado hablar de eso, del VIH SIDA pero nunca así le puse así como mucho cuidado (...) Yo decía que era una enfermedad mortal” (Entrevista 03)

“Ya ahora que tengo ese problema, bueno, trato de diay no socializar mucho porque a uno como lo ven, un bicho raro y mi propia familia que ni siquiera quería yo contarle mi problema (...) Por parte de mi familia he sentido ese rechazo”

(Entrevista 07)

“Que como era una sidosa me iba a morir” (Entrevista 04)

“cuando me dieron el diagnóstico, lo primero que se me vino a la mente, era me voy a morir” (Entrevista 03)

“porque para mí el VIH siempre fue sinónimo de muerte”

(Entrevista 06)

“me hubiera gustado que me renombraran esta situación de que el VIH no era sinónimo de muerte y que yo iba a vivir más años y que yo no me iba a morir, yo quedé muchos años con esa idea errónea de que me voy a morir mañana, de que me voy a morir mañana y yo no tenía vida, no podía disfrutar de nada, no vivía pensando en que me iba a morir”

(Entrevista 06)

El VIH ha sido sinónimo de muerte, de SIDA (que es una etapa del virus), un problema. La discriminación a partir del desconocimiento del virus, se refleja en las actitudes negativas, las suposiciones sobre cómo se cataloga a una persona que tiene un diagnóstico positivo de VIH y que por supuesto indica ser inaceptable a nivel social. Pareciera que se cree que solo ciertos grupos pueden contraer el VIH, esto, tomando en cuenta que a las mujeres no se les permite ejercer su libertad sexual, sino que esta es considerada como “comportamientos inadecuados”, por lo cual se recrimina y castiga por adquirir el virus, aislando y excluyendo socialmente.

Ahora bien, estas ideas mencionadas se materializan en los comportamientos a los que refieren las mujeres, como sus familias y personas cercanas reproducen y existe un trato diferenciado a partir de la condición de salud. Está discriminación en las mujeres con VIH, afecta la salud, su estado emocional y mental, ya que si no cuenta con las herramientas idóneas puede interiorizar estigmas y crear una imagen negativa sobre sí mismas, sentir vergüenza, culpa, aislamiento y no merecedora del ejercicio de su sexualidad y la reproducción reproductiva.

El estigma que existe alrededor del VIH y que ellas expresaron, forma parte de las suposiciones socializadas en cuanto a la transmisión del virus, además, es producto de la falta de conocimiento y del temor de tener el diagnóstico. Se debe seguir hablando y educando de manera abierta a la sociedad, pero sobre todo a personas en mayor vulnerabilidad, sobre las infecciones de transmisión sexual y por supuesto del VIH.

Esto influye también en la atención de salud de las mujeres. En las entrevistas se identifica que hay desconocimiento en cuanto al abordaje del diagnóstico, hay culpabilización, castigo y responsabilización:

“No lo saben manejar (el personal de salud) Porque lo abordan como de manera sorpresiva y como asustada y uno lo siente, tras de que uno no sabe ni qué está pasando, ellos le transmiten ese susto a uno, yo pensé que me iba a morir por ver la reacción de ellos” (Entrevista 01)

“uno anda allá en el EBAIS, y tal vez uno ve a alguien que se da cuenta (del personal de salud) y entonces uno está así, como que pereza y si es incómodo por las miradas y las reacciones” (Entrevista 02)

Esta discriminación, según ONUSIDA genera que “Las mujeres que se han enfrentado a la discriminación o que perciben o esperan un estigma relacionado con el VIH en los centros de atención de la salud pueden tener menos probabilidades de acceder al tratamiento y a la atención prenatal y posnatal. Cuando acceden a dicha atención, pueden verse disuadidas de usar los servicios de VIH” (ONUSIDA, 2017). Lo cual vulnera el derecho a su salud y a una atención integral de manera adecuada, tanto para tratamiento como a manera preventiva.

De esta forma, la representación social sobre el VIH como muerte, o asociado a poblaciones estigmatizadas, aunado a los símbolos de exclusión creados en la sociedad, vulneran el ejercicio de los derechos de las mujeres, violentando su dignidad como seres humanos e impidiendo que éstas puedan desarrollarse socialmente.

6.2.2 Condición social del género

Según Batres (2001) el género “habla de construcciones sociales, culturales y psicológicas que se han impuesto a las diferencias biológicas (...) El género como conjunto de pensamientos y emociones, contribuye a estructurar la sociedad, estableciendo jerarquías de las actividades humanas, en donde lo masculino tiene más valor que lo femenino (...)” (p. 1-2). Por lo que “la jerarquización de los géneros, establece una relación de poder entre ambos” (Batres, 2001, p. 2).

Al respecto sobre el significado para las mujeres en cuanto a vivir con VIH, las participantes señalan:

“Es un antes y después de un diagnóstico, terrible, o sea incómoda, dolorosa”
(Entrevista 01)

“Fue un proceso muy duro, tener que aceptarlo, y tener que vivir con eso, más cuando te discriminan, porque me discriminaron mi propia familia, mis propias primas, mi propia mamá”
(Entrevista 02)

“Al principio fue duro, al principio uno dice, ya ahora nadie se va a fijar en mí y un montón de cosas, pensé más que todo en el daño que les hice mis hijos”
(Entrevista 04)

“Vieras que bastante difícil, me ha costado, me ha costado aceptar, este, este problema de salud, porque es muy difícil, muy difícil, este bueno, aceptarme yo misma que lo tengo y que la propia sociedad, propia familia lo acepte a uno. A uno lo ven como un bicho raro, como con asco”
(Entrevista 07)

Tanto la condición social del VIH como la concepción social del género, impacta la vida de las mujeres en diversas áreas, incluyendo el concepto que tienen de sí mismas, y que otras personas tienen sobre ellas y refuerza representaciones sociales que existen sobre las mujeres. Por ejemplo:

“nosotras las mujeres estamos demasiado marginadas, vivimos como por debajo del zapato, es más fácil para un hombre decir un diagnóstico más abiertamente que

para las mujeres (...) las mujeres estamos encasilladas a ser amas de casa mujeres jefas de hogar, las cuales se suponen que no deberían tener una enfermedad de estas” (Entrevista 01)

“El VIH afecta mucho la visión de una misma, en el área personal, en el área como mujer, cuestión de su intimidad. El VIH, un diagnóstico del VIH viene arraigado de un dolor muy grande, entonces es un conjunto de emociones. (Entrevista 01)

*“Pues ha sido muy duro, ha sido muy duro luchar contra el estigma y la discriminación hasta de la propia familia, porque yo tuve que sufrir mucho eso”
(Entrevista 06)*

*“él tuvo otras parejas y nunca se puso en control, yo tenía que cuidarme por mi hijo, yo quería que mi hijo naciera bien, yo tenía el deber de cuidarme por mis hijas”
(Entrevista 02)*

“Culpa, tuve, duré muchos años pensando: fue mi responsabilidad no haberme cuidado como mujer y esa culpa, hay un martirio ahí por tu culpa, por tu culpa, por tu culpa. (Entrevista 02)

*“pero nosotras muchas veces por ser mujeres nos hacen a un lado, nos apartan y no nos dan los mismos beneficios que puede tener un hombre, en realidad por ese lado yo siento que se ha fallado un poquito”
(Entrevista 04)*

A partir de los comentarios anteriores, las mismas mujeres refirieron sobre las representaciones sociales que ellas como mujeres con VIH identifican, como los roles que les son asignadas, la responsabilidad que ellas como mujeres deben de ejercer y la culpabilidad que les genera “no haber sido responsables”, los comportamientos que deben de tener. El no cumplir con las expectativas sociales que les atribuye a las mujeres genera sentimientos de dolor y culpa por la lucha constante contra el estigma y la discriminación.

Las mujeres participantes coinciden en cómo ser mujeres en una sociedad patriarcal ha sido sinónimo de desigualdad, y en cómo un diagnóstico de salud como el VIH genera discriminación por el escaso acceso a la educación sexual integral y a

la información adecuada sobre las infecciones de transmisión sexual. Lo anterior genera sentimientos de culpabilidad

Por lo que, para las mujeres con VIH, la representación social que existe sobre el género imposibilita que puedan ejercer sus derechos de manera plena y efectiva, dado que la sociedad no concibe como tal estos derechos y no existe un interés de parte de la sociedad para que estos no sólo sean reconocidos, sino que sean garantizados.

6.2.3 Violencia contra las mujeres

La Convención Belém do Pará reconoce la violencia contra las mujeres, la cual “constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer (...) constituye una violación de sus derechos humanos y de sus libertades fundamentales” (IIDH, 2008, p. 37). Además, refieren que la violencia de género “muchas veces también es una violación de los derechos reproductivos de las mujeres puesto que repercute en su salud y autonomía reproductiva y sexual” (p. 37).

En la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer desarrollada en Nairobi 1975, se reconoce que la violencia “hacia las mujeres, particularmente la violencia doméstica, es un problema extendido y en aumento y que representa un obstáculo para la equidad entre los géneros y una ofensa a la dignidad humana” (ONU, 1997, p. 35). Reconociendo como derecho el vivir una vida libre de violencia. Además, refiere que la violencia genera una mayor brecha entre la igualdad entre mujeres y hombres, reconociendo que imposibilita que estas ejerzan de manera efectiva sus derechos.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, se conceptualiza la violencia, la cual representa “aquellos actos o amenazas, sea en el hogar o en la comunidad, incluyendo los actos perpetrados o tolerados por el Estado, que infunden miedo e inseguridad en la vida de las mujeres e impiden lograr la igualdad, el desarrollo y la paz” (ONU, 1995).

La condición social del género permite comprender las desigualdades que vulneran y violentan a las mujeres. Según Araya (2014) el género como categoría analítica “develó el carácter construido de las desigualdades entre mujeres y hombres” (p. 287). Además, la autora señala que “ha permitido el

desenmascaramiento del rol ideologizante de creencias compartidas contribuyentes de la desigualdad y desvalorización de las mujeres y de lo relacionado con lo femenino” (p. 292).

Según Herta (2012)

La violencia y la discriminación en contra de las mujeres es una expresión de la estructura y de las relaciones predominantes del sistema de dominio masculino o patriarcal que caracteriza a la mayoría de las sociedades. A las mujeres se les coloca y se les mantiene, social y culturalmente, en condiciones de desigualdad, de subordinación ante el conjunto de los hombres, independientemente de su voluntad o de las características que posean; y estas condiciones constituyen, a su vez, la base sobre la cual se produce y reproduce la violencia y la discriminación (p. 4).

Ante la construcción de las relaciones entre los géneros, se da una apropiación del cuerpo de las mujeres por parte de los hombres, así como las decisiones relacionadas con la sexualidad, reproducción, el ejercicio de poder, la autonomía e individualidad, violentando a su los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Según Loaiza (2008) estas relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres, aunado a la concepción patriarcal en todas las dimensiones de la reproducción social de la vida: social, cultural, económica, política, religiosa, contribuyen a “mantener a las mujeres subyugadas y desapropiadas de sus propios cuerpos; (las cuales) son las causas fundamentales de la violencia en contra de las mujeres, y a su vez, factores determinantes en el aumento de la transmisión de VIH” (Loaiza, 2008, p. 5).

Las mujeres, al no tener el control sobre sus propios cuerpos o tenerlo disminuido, se les dificulta poder protegerse ante infecciones de transmisión sexual, como el VIH, ya que el sugerir el uso del preservativo masculino en especial, puede desencadenar en episodios de violencia, aunado a la violencia sexual que enfrentan.

Aunado a esto, ONUSIDA (2017) indica que las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas, tienen 1,5 veces más de probabilidades de adquirir el VIH a diferencia de las mujeres que no experimentan ese tipo de violencia.

En cuanto a las mujeres que viven con VIH (y todas las mujeres en general), también existe la violencia estructural, que partiendo desde el análisis de Foucault e

incorporando la perspectiva de género, existe un Estado con una visión androcéntrica, así como la construcción de los derechos humanos, que genera relaciones de poder desiguales, en las cuales, las mujeres se encuentran en subordinación hacia los hombres. Por lo que, el poder se ejerce en las relaciones y por ende, el Estado es un efecto global de dichas relaciones presentes en la cotidianidad de las mujeres (Foucault, 1991, p. 69).

Siguiendo al autor, el poder trastoca todos escenarios donde se dan las relaciones sociales, lo cual genera violencia estructural que, por ende, reproduce desigualdades e inequidades sociales, que se traducen en permisividad estatal, negligencia, falta de respuesta y de toma de decisiones y que, no se dan de forma directa, sino a través de una aparente mirada de soberanía y democracia.

Lo anterior, se visualiza en que, a pesar de que existe una positivización y reconocimiento formal de los derechos de las mujeres, así como compromisos adquiridos por parte del Estado, en la operativización de dicha normativa, se violenta y se reproducen idearios que vulneran a las mujeres, siguiendo una lógica capitalista y patriarcal. Por ejemplo: no se brinda información sobre la sexualidad, porque se considera que las mujeres no son una parte activa o como el control de la sexualidad está en manos de los hombres, no requieren esta información. No se brinda información sobre el derecho a autodeterminación reproductiva que tienen las mujeres con VIH, ya que, al existir el riesgo de contagio del feto, no se considera funcional en término de los objetivos de desarrollo desde un modelo capitalista.

Ambas afirmaciones, conllevan la representación que existe sobre el cuerpo de las mujeres: es de los hombres y del Estado. Por lo que brindar el acceso a la información y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres que viven con VIH implicaría que las mujeres puedan retomar el poder sobre sus propios cuerpos, su libertad sexual y autodeterminación reproductiva, lo cual no es funcional en el sistema patriarcal.

En ese sentido, el Estado violenta estructuralmente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH, ya que, por un lado, omite políticas y normativas vinculadas a estos derechos y por otro lado, reproduce las representaciones sociales existentes, lo que genera que a nivel institucional se les

niegue estos derechos, a través del mecanismo del castigo, el cual hace que se culpabilice a las mujeres y se les responsabilice. Por ejemplo:

“yo estaba recién diagnosticada, él los llamó (médico) sin pedirme ninguna autorización ni nada y hasta entraron estudiantes de la universidad y se me quedaban viendo así todo el cuerpo y yo: ¡Dios! me siento como un bicho raro y después cuando ellos salieron yo le dije al doctor que por qué él no me había consultado y él me dijo que no tenía que consultarme nada”

(Entrevista 06)

“pero cuando él (médico) leyó VIH, entonces él llegó y dijo que yo era una irresponsable por eso yo estaba como estaba y yo tenía que aprender a ser más responsable”

(Entrevista 06)

A partir de lo expuesto anteriormente, se muestra la violencia estructural e institucional ejercida de parte de los servicios de salud, en dos ocasiones distintas hacia la misma mujer, tanto en la confidencialidad del diagnóstico, como en responsabilizarla por el diagnóstico de salud, lo cual hace que, desde la posición de un médico, se ejerza poder y a la vez una violación sobre sus derechos como mujer con VIH y como paciente. En este caso, se puede deducir que el médico, al ser hombre, asume el rol de castigador tomando en cuenta la lógica de la posesión del cuerpo de las mujeres por parte de los hombres y del mismo Estado. Sin embargo, en una sociedad patriarcal, se socializa a las mujeres para que ellas mismas ejerzan una presión hacia las mujeres que “se salen” de lo impuesto y establecido hegemónicamente.

Es así como la violencia en todas sus dimensiones, contra la mujer, se convierte en una violación fundamental hacia sus derechos. Dicha violencia está influenciada por representaciones sociales que se asientan en la estructura mental de la población, por lo que permite que sea legitimada, donde las mismas personas dentro de la sociedad refuerzan estas ideas y castigan a través de la exclusión y discriminación.

Capítulo 7: El derecho a ejercer la sexualidad en mujeres con VIH

La sexualidad forma parte de los aspectos del ser humano, y es producto de la construcción social, por lo tanto, existen determinantes e instancias socializadoras que influyen en la concepción de cada persona, además, se otorga diferentes normas para el comportamiento sexual tanto de hombres como de mujeres.

Es así como en este capítulo se buscó identificar las representaciones sociales que están presente en el ejercicio de la sexualidad de las mujeres con VIH. Para lo cual se indagó en diversas categorías como: sexualidad, derechos sexuales, derecho a la salud sexual, educación sexual, prácticas sexuales, negociación sexual, placer, masturbación, corporalidad, enseñanza del cuerpo de las mujeres y VIH y corporalidad, todas estas categorías son importantes porque forman parte de los derechos sexuales.

Como punto de partida, se indaga sobre el significado que tiene cada mujer participante sobre sí misma, desde su condición de género y cómo genera incidencia en su sexualidad. Al tratar de conceptualizar el significado de ser mujer, según indica Agudelo, Bedoya y Osorio (2016) recupera que:

Pensar en cómo se define ser mujer implica tener en cuenta condiciones culturales de la definición de los roles de género, y condiciones biológica y fisiológicas propias de la constitución sexual; aún así, es interesante observar cómo históricamente este concepto que puede abarcar tantas experiencias y subjetividades, suele describirse principalmente por las características correspondientes a la maternidad; si bien el ser madre tiene una connotación social de realización, es importante reconocer que la mujer desde su identidad, construye diversos significados que pueden comprenderse como la expresión de su “ser”. (p.307)

Ahora bien, al contrarrestarlo con las concepciones que tienen las participantes, las principales respuestas fueron:

“Bueno, aparte de tener la dicha de ser yo la que lleve a mis hijos en mi vientre, yo siento que nosotras somos como algo muy indispensable en la vida, la mujer es capaz de crear vida (...)” (Entrevista 04)

“Para mí es ser mamá todos los días, ser mujer, sentirme bonita, cuando me maquillo, cuando me arreglo (...)” (Entrevista 02)

“Ser mujer es un conjunto de virtudes, es como la cabeza de un hogar, el motor de una casa, una familia” (Entrevista 01)

“Yo tengo que respetar que Dios me haya mandado a ser mujer, si él me quiso hacer mujer hay que vivir como mujer” (Entrevista 02)

“Es un milagro de Dios” (Entrevista 05)

Varias de las respuestas, por un lado, coinciden en representaciones sociales relacionados a la maternidad, la familia y aspectos religiosos, esto indica que para las mujeres su esencia o como se ven a sí mismas, parte de los roles que socialmente se espera que cada una cumpla con la maternidad y la belleza; por otro lado, se asocia se identificó aspectos religiosos lo cual también influye en el significado de ser mujer. Se abstrae que existe una reproducción de discursos patriarcales que han naturalizado las mujeres y reafirman su valor y esencia a partir de estas normas sociales.

Además, el significado de ser mujer y su identidad está mediada por una serie de aspectos que Lagarde (1990) aborda sobre la identidad de las mujeres como el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida. La experiencia particular está determinada por las condiciones de vida que incluyen, además, la perspectiva ideológica a partir de la cual cada mujer tiene conciencia de sí y del mundo. (p.1)

Existen determinantes sociales que influyen en cómo las mujeres piensan, actúan y socializan dentro de los contextos en los que se desarrolla, el acceso a la educación e información que le permita hacer rupturas con el discurso patriarcal, las condiciones materiales de vida, la cultura y creencias como normas sociales, las instancias socializadoras como la religión, centros educativos, son factores determinantes en el definirse a sí mismas y en el ejercicio de los derechos sexuales.

7.1. Definición de Sexualidad

El derecho al ejercicio de la sexualidad de las mujeres con VIH, conlleva un proceso de información, de concientización y de apropiación del cuerpo. Para iniciar, se parte de la definición de sexualidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2006), establece que es:

un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (p. 28)

A partir de la conceptualización anterior, existe una serie de elementos que influyen en la conformación de la sexualidad, la cual va más allá de aspectos biológicos; se comprende que es producto de una construcción social e inciden elementos como la ideología, la religión, el contexto histórico, mitos, secretos, prohibiciones, concesiones, y discursos que convergen en cómo las mujeres experimentan su sexualidad tanto individualmente como con sus parejas.

Para las mujeres entrevistadas, relacionan la sexualidad con los siguientes elementos; plenitud, gozo, hombre-mujer, placer, caricias, exploración. Otra de las respuestas que concuerdan fueron:

“la sexualidad es bueno, tener relaciones sexuales, es cuando uno conversa con una persona del sexo opuesto, no necesariamente tener intimidad”

(Entrevista 08)

“Bueno si conozco a alguien y si alguien me insinúa” (Entrevista 02)

“Que te dijera, es parte de la pareja” (Entrevista 03)

Todos estos elementos refieren a lo que ellas asocian con la sexualidad, por lo que tiende a reducirse a las relaciones coitales entre hombres y mujeres, aunque a

sexualidad incluye comportamientos sexuales, intimidad, expresiones, creencias y actitudes, y el ejercicio de la sexualidad continúa siendo un tabú, y tiende a relacionarse únicamente con la reproducción, no como un derecho el cual debe ser experimentado por las mujeres.

Las representaciones sociales que se identifican en relación a la sexualidad, está asociada a las relaciones heterosexuales y a las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, sin embargo, surge la interrogante sobre el tipo de información y los recursos que ofrece la sociedad y por ende ellas han accedido para asociarlo únicamente con el acto sexual. Se denota el vacío y el poco interés por garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los recursos e insumos que brindan no son suficientes para el empoderamiento de ellas y disminuir las brechas de género, que son reconocidas por organismos internacionales y marcos jurídicos.

La sexualidad es más que la intimidad en la pareja, es parte de cada ser humano, está presente en cada etapa del desarrollo y contempla ámbitos como el género, orientación sexual, el cuerpo y su funcionamiento, imagen corporal, valores, creencias, como se ve a sí mismas y como se expresa a nivel social las mujeres. Los seres humanos son seres sexuados y la sexualidad no solo posee una connotación física, sino que es una forma de interrelación humana; la sexualidad está vinculada con la capacidad de ser, pensar, actuar, y sentir placer, el desarrollo sexual comienza antes del nacimiento y, como tal, permanece a lo largo de la vida, hasta la vejez. (Quevedo, 2013)

Además, esta categoría es resultado de la construcción social y de un sistema social caracterizado por la dominación masculina y la subordinación de las mujeres, existen roles de género que marcan una ruta de lo que se espera del comportamiento de ellas.

La sexualidad desde una mirada del patriarcado se comprende, tal y como lo indica Soto (2014):

En la interpretación patriarcal de la sexualidad humana “meter” es sinónimo de poder y “que te metan” es sinónimo de inferioridad. De las características anatómicas y del uso que se haga de los dispositivos corporales sexuales y del placer sexual, deriva entonces una especie de

predestinación insalvable hacia el lugar de quien es y será objeto de dominio, por supuesta naturaleza corporal con lo femenino, o por orientación u opción que admita alguna semejanza con lo interiorizado por las mujeres. (p.5)

Desde esta postura, la sexualidad de las mujeres se ve condicionada y controlada por el patriarcado, donde lo referente a lo femenino tiene una connotación de menor valor, históricamente estas premisas se han socializado y aún están presentes en la conformación de la subjetividad de las mujeres.

Para el patriarcado, el control de la sexualidad femenina es fundamental para su hegemonía, utiliza una narrativa fundamental sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, según Cobo (2015):

Este relato propone dos modelos diferentes de feminidad, que coinciden con las dos formas de regulación de la sexualidad en las sociedades patriarcales, el primero de esos modelos normativos se desarrolla en el contexto de la familia heteropatriarcal en torno a la maternidad. Y el segundo modelo prescribe que un grupo reducido de mujeres esté a disposición pública de todos los varones a través de la prostitución. (p.13)

La maternidad es una pieza imprescindible en la reproducción de la familia tradicional, además la identidad femenina se basa en la materialización de la mujer que ejerce la maternidad y que forma parte del deber ser de las mujeres dentro de este sistema social. La sexualidad de las mujeres se comprende a partir de la capacidad reproductiva, lo cual se evidencia en las respuestas anteriores, que las participantes brindaron acerca del significado de ser mujer y su asociación con el ejercicio de la maternidad como característica del género femenino.

Y con respecto a la prostitución, es una institución que garantiza el acceso sexual de parte de los hombres al cuerpo de las mujeres, por lo que ven a las mujeres como objetos sexuales, susceptibles de mercantilización de su cuerpo y la cosificación.

Además, Gamboa (1998), indica que, a partir de la familia patriarcal, se da una serie de dualidades con relación al aspecto sexual, lo cual indica que:

- En el plano social la aparición de la esfera privada restringida al ámbito a la mujer, quedando a su cargo la reproducción, la educación y la esfera pública a cargo de los varones.
- Una doble norma establecida: permisividad al varón y represión a la mujer y se le exige virginidad y fidelidad al marido, sin importar su propio placer.
- Doble imagen de la mujer dependiendo de las necesidades y exigencias sociales. La mujer “buena” es la mujer de casa, la madre o la virgen. La mujer “mala” es la mujer pública dedicada al placer.
- En cuanto a la sexualidad un doble significado: reproductivo como una forma lícita y socialmente aceptada vinculada al matrimonio y la familia. O bien, placer, como la forma válida para para el hombre, pero devaluar su moral.

Se muestra cómo las mujeres han sido designadas como seres de consumo y ha sido reforzado con la división sexual del trabajo, la naturaleza, la biología y los sentimientos están ligado al ámbito privado-doméstico y por tanto la razón y la cultura se inscriben en el público-político, siendo asumidos por los hombres

Aunado a lo anterior, en la cultura occidental hay otra gran influencia, la tradición judeocristiana, la cual tiene características propias y ha influido a través de la historia en el pensamiento de la sociedad y, por lo tanto, incide también en el campo de la ciencia, la filosofía, el arte y sobre todo en forma de vivir de las personas a nivel social.

Bajo esta misma tradición, la estructura patriarcal es la máxima jerarquía masculina, una figura paterna de bondad, pero sobre todo de ley y orden, juicio, premio y castigo. La mujer aparece como símbolo de seducción, de pecado, culpable de las desgracias humanas: como, por ejemplo, Eva. En la tradición católica es muy importante la figura femenina como imagen materna representada por la virginidad y castidad -la virgen- conciliadora, mediadora entre la figura paterna y la humanidad. (Sanz, 1997)

Tanto la religión como el sistema patriarcal, se han configurado para dar significados sobre la sexualidad de las mujeres y ha implicado en una operación de largo alcance que desemboca colectivamente en procesos de inferioridad social y política e individualmente en procesos de desindividualización. Esta operación tiene

como objetivo que las alternativas vitales para las mujeres no salgan de los límites asignados en el contrato sexual: matrimonio y prostitución. Los objetivos principales del aprendizaje corporal de las mujeres son la reproducción y la seducción (Esteban, 2004)

En el caso de las mujeres entrevistadas, al indagar si ellas consideran que la religión ha influido en la vivencia de la sexualidad, ellas mencionan que:

“(...) yo respeto mi cuerpo, y yo tengo mi religión y todo, pero he tenido parejas que quieren manipularlo a uno, o llevarlo a uno a un tipo de relación que a uno no le agrade o como dicen, que la religión no le permita, que se llaman aberraciones” (Entrevista 08)

“en cierto punto sí, la iglesia católica prohíbe muchas cosas (...) en realidad es mi cuerpo, es mi derecho, son mis decisiones, pero mucha gente se va por medio de la iglesia” (Entrevista 04)

Los preceptos religiosos tienen una incidencia en cómo las mujeres consolidan su identidad sexual, así como la validación social de lo correcto en la vivencia de la sexualidad. En Costa Rica, se mantiene una religión oficial, la católica, la cual incide en estos procesos de socialización y en la toma de decisiones en relación a los derechos sexuales y reproductivos.

Se hace alusión a que la religión y las creencias espirituales deben ser experimentadas desde la individualidad y no como un mandato divino.

La sexualidad en las mujeres es un derecho que debe ser visualizado en la cotidianeidad de las mujeres, forma parte importante de la vida de ellas e influye a nivel emocional y social.

7.2. Derecho a la Salud Sexual

Ahora bien, la sexualidad de las mujeres debe ser visibilizada desde la integralidad, lo cual implica reconocer que las mujeres también tienen derecho a experimentar aspectos como el placer, conocer sobre su salud sexual y reproductiva y ejercerlo como parte de sus derechos humanos.

La lucha por el reconocimiento de los derechos a la salud sexual de las mujeres, tomó mayor fuerza con el feminismo de 1960 y posicionó con firmeza desvincular la sexualidad de la reproducción. Asimismo, las mujeres pusieron sobre el debate el derecho a sentir placer, experimentar orgasmos; así como, terminar con la conspiración del silencio generado por la relación entre sexualidad y violencia que es traducido en abusos, acosos y violaciones (de Miguel, 2015, p.21).

Es necesario aclarar, que los derechos a la salud sexual y a la salud reproductiva, aunque guardan una relación estrecha, no son lo mismo y deben ser abordados de acuerdo con el contenido que los proteja y bajo un enfoque diferencial por su significado y es necesario que visualice a los hombres y a las mujeres con base en sus experiencias y necesidades.

El derecho a disfrutar de una vida sexual y reproductiva saludable, informada y responsable, no depende de factores relacionados a la edad, género, orientación sexual, nacional. En las sociedades existe desinformación, temores, mitos y prejuicios en torno a este tema, por eso, el acceso a la información confiable y veraz, ayuda a tomar decisiones y disfrutar de manera integral y ejercer los derechos sexuales y reproductivos

Al continuar bajo esa línea, contar con salud sexual significa tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura; esto es, libre de enfermedad, lesiones, violencia o riesgo de muerte. Asimismo, la salud sexual, incluye el derecho a una educación sexual oportuna, integral, gradual, científica y con enfoque de género, el derecho a la relación sexual exenta de riesgo para salud, y el derecho a que las mujeres construyan su identidad más allá de los roles tradicionales de género (Ríos, 2022, p.).

7.3. Derechos Sexuales

Los derechos sexuales de las mujeres, tienen como antecedentes la Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena en 1993, donde se promueve y se protege los derechos de las mujeres, la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994, donde se reafirma la importancia de la salud sexual y reproductiva y en la Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing en 1995, se adoptó el

enfoque de género, reafirmando que los derechos de las mujeres eran derechos humanos.

Aun así, según lo indica Villanueva (2006) ni el Programa de Acción de El Cairo, ni la Plataforma de Acción de Beijing, utiliza el término derechos sexuales, de manera específica. Salvo, en el párrafo 96 de la Plataforma de Beijing, se señala que “los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativa a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.” (p.399)

El hecho de que no se definiera el término de derechos sexuales, ha contribuido a que exista un menor alcance como derechos. También es preciso tener en cuenta que aún sigue siendo más polémico y complejo tratar temas relacionados con la sexualidad que con la reproducción. En ocasiones, la conjunción de los derechos sexuales con los derechos reproductivos ha provocado que los derechos sexuales sean considerados como un subconjunto de los derechos reproductivos, pero estos son derechos distintos.

Respecto a los derechos sexuales, son derechos humanos universales, basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que 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, expuestos a continuación 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, los cuales según World Association for Sexual Health (WAS, 2016), explica cada uno de los siguientes derechos:

- **El derecho a la libertad sexual.** Abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Y excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
- **El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.** Es la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro

del contexto de la ética personal y social. Incluye la capacidad de control y disfrute del cuerpo, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

- **El derecho a la privacidad sexual.** Es 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.
- **El derecho a la equidad sexual.** Se opone a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
- **El derecho al placer sexual.** Incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- **El derecho a la expresión sexual emocional.** La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Se tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- **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.
- **El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.** Abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre ellos y el acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.
- **El derecho a la información basada en el conocimiento científico.** Implica información sexual generada a través de la investigación científica libre y ética y el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
- **El derecho a la educación sexual integral.** Es un proceso que inicia con el nacimiento y dura toda la vida y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
- **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.

Cada uno de estos derechos contribuye específicamente en la sexualidad de las mujeres y a la vez influye a desmitificar estigmas que han sido socializados y brinda información para considerar nuevas dimensiones que forman parte de la sexualidad de las mujeres. Además, le permite reconocer que el derecho a la

sexualidad abarca aspectos que no solo se relacionan con las relaciones sexuales, sino que existe un entramado de derechos que conforman la sexualidad y que todas las mujeres deben poder reconocerlos en las diversas etapas de sus vidas y en caso de ser necesario poder exigirlos.

Otro de los aspectos que es fundamental recuperar, es la relación que existe entre derechos sexuales y el VIH, debido a que la mayoría de las infecciones con VIH son transmitidas por relaciones sexuales; además, el virus se asocia con el embarazo, el parto y la lactancia.

Debe agregarse ciertas causas que están a raíz de la mala salud sexual y reproductiva y el VIH, entre ellas destacan: la falta de acceso a información y servicios, la pobreza, la marginación y el estigma, la criminalización de poblaciones vulnerables y la inequidad de género. Esto lleva a señalar la necesidad de evaluar el impacto diferenciado que el VIH tiene en hombres y mujeres, así como la mayor vulnerabilidad de las mujeres debido a factores biológicos, epidemiológicos, culturales y a la construcción de los roles de género (Fernández, 2020).

De esta manera, el poder contar con la información sobre cuáles son los derechos sexuales puede marcar la diferencia en la lucha contra el VIH. Se puede iniciar con una educación sexual en el que se estudie, en cada etapa del desarrollo, cuáles son los derechos que se puede ejercer.

7.4 Educación sexual

En el caso de las mujeres participantes en las entrevistas, seis de ellas afirmaron que recibieron educación sexual, desde el sistema educativo en primaria y secundaria, donde los principales temas que abordaron fueron: cuidarse, protegerse, prevenir infecciones y embarazos, anticonceptivos. Entre sus principales respuestas se encuentran:

“Sobre los cuidados de la sexualidad, como proteger a la persona, como protegerse uno, que uno puede tener relaciones normales (...)” (Entrevista 02)

“Que siempre hay que cuidarse (...) que se tiene que cuidar de las ITS, para prevenir infecciones, incluso embarazos” (Entrevista 03)

“Buenos, más que todo en cuanto a las cosas de prevención (...) en cosas como anticonceptivos y así, solo eso” (Entrevista 04)

“En la protección, prevención de niños no deseados. Y en enfermedades de transmisión sexual” (Entrevista 08)

Lo que denota que hay un conocimiento muy limitado sobre las temáticas en las que recibieron información las mujeres en relación con la educación sexual, asociando la educación sexual con: la reproducción, protegerse ante una ITS, existe una ausencia en aspectos como derechos, placer e información.

Al continuar con la línea anterior, al contextualizar que cada mujer tiene un diagnóstico de VIH y forma parte de ICW -espacio donde han recibido capacitaciones relacionadas a su diagnóstico- la mayoría de mujeres coinciden en que han recibido educación sexual en este espacio y de parte del sistema educativo, sin embargo, se destaca que en Costa Rica hasta el año 2019, se inició con las guías de afectividad y sexualidad.

Se devela que la información que ellas vinculan a la educación sexual, las responsabiliza sobre la reproducción y obvia todos los demás componentes que constituyen la educación sexual integral como el derecho a una sexualidad plena, el derecho al placer, al erotismo. La sexualidad debe ser vivida desde la experiencia personal, donde cada mujer reconozca su cuerpo y el derecho que tienen de experimentar placer, conocimiento y que puede ir más allá de la reproducción.

Por otro lado, a pesar de que la mayoría de las mujeres participantes mencionan que ellas recibieron educación sexual, al preguntarles acerca de los temas que les hubiera gustado recibir información en estos espacios, tanto antes como después del diagnóstico, algunas destacaron:

“Haberme enterado que es el VIH, y más que sin protección iba a contagiarme, no la tuve y eso me hubiera gustado” (Entrevista 02)

“diay del VIH, o sea, si le hablan a uno, antes le hablaban un poco de esa cuestión, pero no como ahora (...)” (Entrevista 03)

“En realidad me hubiera gustado saber un poquito más sobre las enfermedades de transmisión, me hubiera gustado agarrar mucha consciencia de lo poquito que aprendiera poder agarrar conciencia (...)” (Entrevista 04)

“sí, sobre infecciones de transmisión sexual me hubiera gustado que se reforzara porque también día y uno es muy ignorante, por ejemplo, yo pensaba que al papá de mis hijos darle negativo, entonces yo pensaba que yo también era negativa, porque yo había tenido relaciones con él y como él no tenía nada entonces yo tampoco tenía nada (...) que se hubiera reforzado también el uso correcto del condón”
(entrevista 06)

“(...) lo que es enfermedades de transmisión sexual, tratamientos, cómo se transmiten, cosas así” (Entrevista 07)

La mayoría de las mujeres concuerdan su deseo de conocer más sobre las infecciones de transmisión sexual. Entonces se reafirma que la información que recibieron y ellas asocian a la educación sexual fue muy sesgada. El sistema patriarcal configurado en las diversas instancias socializadoras no tiene interés en que las mujeres obtengan información sobre su sexualidad y mucho menos que tomen decisiones sobre sus cuerpos, ya que históricamente han sido controladas y no se pretende perder el control.

Reforzando lo anterior, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2022) indica que en la educación sexual la información puede jugar un papel muy importante a la hora de cambiar estereotipos nocivos y discriminatorios por motivo de género que promuevan la violencia contra las mujeres. La educación sexual integral es condición previa para ejercer plena autonomía corporal, lo que exige no sólo el derecho de tomar decisiones sobre el propio cuerpo, sino también contar con la información para tomar decisiones de manera sensata. Debido a que tienen como fundamento los principios de derechos humanos, ayudan a fomentar la igualdad de género y el empoderamiento de los y las jóvenes.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2018), señala que el acceso a esta educación resulta ser una herramienta fundamental para lograr muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como los referidos a promover la igualdad entre

los sexos y el empoderamiento de la mujer, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, entre otros.

Se visualiza como la educación sexual es un proceso de enseñanza y aprendizaje de alta calidad acerca de una amplia variedad de temas relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva. De la misma forma, ayuda a que las mujeres tomen decisiones en cómo desean vivir su sexualidad, a partir de información adecuada y clara sobre todos los aspectos que se relacionan con este aspecto de la vida.

Es primordial que se inicie en las primeras etapas de la vida de las personas, para que contribuya con insumos y herramientas en la construcción de la personalidad de las niñas y posteriormente esas mujeres tomen decisiones de acuerdo a sus deseos y al acceso a sus derechos sexuales por medio de una educación integral. Además, porque ayuda a eliminar las barreras generadas por el tabú alrededor de la sexualidad, en el cual no se aborda sobre estos temas y mucho menos se reconocen como derechos de las mujeres.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2021) la educación integral sexual, se configura como un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudios que versa sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito es dotar a la infancia, a la adolescencia y a la juventud de conocimientos basados en datos empíricos, habilidades, actitudes y valores que les empoderan para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger y velar por sus derechos a lo largo de su vida.

Para ampliar aún más sobre los aspectos fundamentales que se abordan en la educación sexual, The Internacional Planned Parenthood Federation (2010) indica que existen siete componentes esenciales en la educación integral sexual, los cuales son: género, salud sexual y reproductiva y VIH, derechos sexuales y ciudadanía sexual, placer, violencia, diversidad y relaciones.

Al abordarse todos estos componentes en la educación sexual, se entiende que la sexualidad es un concepto integral, que va más allá del coito; los múltiples

aspectos que lo componen, les permiten a las mujeres derribar mitos y a la vez tomar decisiones autónomas, pero sobre todo informadas sobre su cuerpo, las relaciones interpersonales, sexualidad, reproducción, métodos anticonceptivos entre otros.

Una de las participantes reconoce que la educación sexual integral es:

“muy importante, porque hay muchos mitos de las personas que esto no se puede hacer(..) yo siento que la educación sexual sirve para cómo sacar un poquito de la ignorancia a la sociedad porque hay mucho tabú todavía” (entrevista 06)

La educación sexual se entiende como el proceso en el que se adquiere y transmite información, conocimientos, habilidades y actitudes muy valiosas que permite el ejercicio de la sexualidad, el erotismo, el placer y el amor entre los géneros.

7.5. Prácticas Sexuales

Otro de los aspectos que fueron indagados sobre la sexualidad de las mujeres con VIH, fueron las prácticas sexuales. Las cuales se conceptualizan según Weeks (2001) como:

un producto histórico y social, son el resultado específico de nuestras relaciones sociales, son algo más que una consecuencia general de la respuesta biológica común. La sociedad actúa como el principio necesario de producción de conductas sexuales y representaciones sociales que están ligadas. La experiencia subjetiva de la vida sexual es un efecto de los significados y símbolos intersubjetivos, relacionados con la sexualidad en distintas situaciones sociales y culturales, visto de este modo, las prácticas sexuales “es una experiencia histórica y personal a la vez. (p.179)

En las prácticas sexuales, el género es parte fundamental, ya que articula una serie de elementos que generan una dualidad entre hombres y mujeres, en el comportamiento esperado para cada uno, porque en algunos contextos culturales, sigue siendo diferenciada las sexualidades femenina y masculina.

Bajo esta perspectiva, se valida que los hombres busquen la diversidad de experiencias y en el caso de las mujeres se caracteriza por el recato, la pasividad con respecto a sus deseos sexuales. Para las mujeres, las relaciones de pareja conllevan

a cuestionar los modelos tradicionales de las relaciones y posterior la deconstrucción de poder que existe entre los géneros.

Esto se muestra en las entrevistas realizadas, donde al indagar sobre la diferencia entre las prácticas sexuales de hombres y mujeres, las participantes indican que:

“todavía hay un poco de tabú en ese sentido, se considera que los hombres tienen otros derechos, que tienen derecho a predominar en una relación sexual, que tiene derecho a tener hasta otras novias” (Entrevista 01)

“depende del tipo de relación (...) además, que una mujer es más conservada o tímida que un hombre, ellos pueden expresar más fácilmente el deseo de tener relaciones sexuales o es más notorio” (Entrevista 08)

A partir de lo anterior, las mujeres identifican que, en relación con la vivencia de la sexualidad, para los hombres existe un permiso social que les otorga el sistema y es aceptado que ellos disfruten la sexualidad, de esta manera, los roles de género y las representaciones sociales se hacen presente en este contexto, ya que socialmente no se espera que las mujeres disfruten de su sexualidad, primero se asocia con roles reproductivos y con pasividad antes las relaciones sexuales.

La mayoría de las participantes están de acuerdo en que las prácticas sexuales entre hombres y mujeres son distintas. Estas diferencias parten desde las atribuciones que se asignan socialmente desde el nacimiento hacia los hombres y mujeres y se refuerza por las normas, valores, mandatos y pautas traducidos en comportamientos diferenciados de los géneros y todos se manifiestan en diversas áreas de la vida de las personas y la sexualidad no es la excepción.

Estos roles definen cómo se espera que se actúe, se socialice y se comporten las personas, son creencias generalmente aceptadas y normalizadas a nivel social y determinan la forma en la que se expresa la sexualidad cada mujer. Aunado a esto, las diferencias sexuales a través de este aprendizaje de la socialización construyen la desigualdad social; sólo por tener un cuerpo y unos genitales determinados, existen más o menos derechos, lo que denota la desigualdad sexual en las que viven las mujeres.

Con las experiencias de las mujeres entrevistadas, para algunas de ellas existe una diferencia entre las prácticas sexuales entre hombres y mujeres, resaltando que los hombres se caracterizan por permitirles vivenciar y expresar sus deseos sexuales.

Para los hombres, dentro de los roles de género asignados, existe un rol más protagónico en las relaciones sexuales, es esperado que ellos tenían deseos de tener relaciones sexuales, sin que se cuestione o juzgue a nivel social. Además, en las experiencias coitales, se les asigna adjetivos de expertos y, por lo tanto, conocimiento en qué hacer en todo momento, cómo dar placer y estar siempre disponibles para tener relaciones.

En el caso de las mujeres, ejercen un papel más pasivo y complaciente durante las relaciones sexuales, No obstante, no es posible contemplar que una mujer tome la iniciativa o bien decida, no es lo esperado socialmente de su parte, ya que, si una mujer expresa sus deseos dentro de la sexualidad, se cuestiona su moralidad, o puede ser calificada y juzgado de “una mujer fácil”.

Con respecto a las prácticas sexuales, como eje fundamental, se encuentra la negociación sexual en la pareja; la cual refiere a las decisiones relacionadas al encuentro sexual, es decir, dónde, cuándo, cómo.

7.6. Negociación Sexual

La negociación sexual engloba también a las formas de planificación familiar y a la prevención de las infecciones de transmisión sexual. También involucra otros elementos de la relación, tales como la distribución del poder y las condiciones cotidianas en que se desarrolla la vida de cada pareja. La negociación sexual no puede reducirse solo al momento del encuentro amoroso, ya que es alimentada constantemente por las interacciones diarias que constituyen la dinámica de cada pareja (Carmona, 2011).

Conocer cómo una pareja negocia o ajusta su vida sexual se hace relevante porque puede indicar información acerca de los modelos de género que posee y que considera adecuado o bien que ha sido adoptado por cada individuo según las normas sociales establecidas para su desarrollo sexual. Asimismo, al tener la posibilidad de

negociar las prácticas sexuales, en el caso de las mujeres genera en ellas una capacidad de autonomía y autodeterminación en su salud sexual y reproductiva.

En el caso de las mujeres entrevistadas, la negociación sexual lo asocian a las relaciones sexuales en sí, donde siete participantes indican que han accedido a tener relaciones sexuales con sus parejas sin tener deseo, sus principales respuestas son:

“Sí, porque hay veces no quiero, pero yo no le digo nada, porque yo me quedo callada, para no hacerlo sentir mal (...)” (Entrevista 03)

“Sí, para evitar problemas o para que ya se vaya a dormir” (Entrevista 01)

“Sí, porque tuve un par de relaciones tóxicas, ahí fui vulnerables, entonces me sentía así, obligada” (Entrevista 08)

“Yo creo que sí, por complacer a la otra persona” (Entrevista 07)

“Sí, por la idea de que muchas veces los mismos padres, los antepasados le han dado a entender a uno que tiene que servir como mujer y punto, o sea, que el hombre es como el que manda” (Entrevista 04)

“...yo no tenía deseo, pero si consideraba pues que él sí tenía toda la energía y todo (...) entonces yo lo que le decía era: hágalo usted y yo no voy a hacer nada, porque yo no me siento bien y me decía bueno yo lo hago y usted se va a sentir bien y entonces él tenía lo que tenía (...)” (Entrevista 06)

Con respecto a las experiencias de las mujeres y el no poder negociar las relaciones sexuales, muestra como en el caso de ellas existe la representación social de complacer y satisfacer a sus parejas muy clara y está por encima de sus propios deseos, o bien, a través de sus condiciones de vida no han tenido las herramientas idóneas para reconocer que sus deseos son igual de importantes que los de sus parejas y ellas tienen el derecho de exponer sus deseos y no acceder a tener relaciones sexuales si no tienen ganas o no se sienten bien.

Ante esta realidad latente, la negociación de las prácticas sexuales está permeada por la distribución del poder y por ende, no suelen evidenciarse en las vivencias de las mujeres y al tener relaciones sexuales sin deseo, anula la

negociación de las relaciones, la comunicación, los deseos que tiene la mujer dentro de la relación y sobrepone los intereses de los hombres.

En las respuestas de las mujeres se denota un compromiso a complacer a sus parejas y estar a disposición de la iniciativa de placer, aunque a veces no sea compartida; esto permite reforzar la masculinidad y las expectativas que su compañero también debe alcanzar a nivel social, sin embargo, para las mujeres es una manifestación de la violencia que experimentan por su condición de género.

La negociación de las prácticas sexuales dentro de las relaciones que establecen las mujeres les permite, en primer lugar, que realicen un trabajo introspectivo y ellas definan cómo desean vivir su sexualidad, establecer sus límites y en segundo lugar, fortalecer su identidad y autonomía como mujer, esto quiere decir que tienen la capacidad de decidir por ellas mismas y posteriormente compartirlo dentro de una relación con otra persona.

No obstante, poder realizar esto, implica hacer rupturas con el rol pasivo que suele caracterizar a las mujeres, requiere, además, que cuente con los recursos a nivel social, información, capacitación, empoderamiento para salir de círculos de violencia que condiciona la forma en que vivencian su sexualidad.

Existe toda una dinámica en el tipo de relación que la mujer establece en su vida, la distribución del poder en la sexualidad, la comunicación que existió y el papel que las mujeres asumen en cuanto a las relaciones sexuales, que denota una pasividad y en complacer al otro.

Sin embargo, Lagarde (2001) menciona que la clave de la negociación es tomar la propia vida con las manos (...) cada mujer necesita construir su propia autoridad interna, debe ser su propia autoridad” significa la autonomía personal, mientras más yo haya, menos tendremos que negociar, menos dependeremos de los demás, menos estaremos en las manos de los demás. (p.99)

Es decir, una mayor agencia al momento de exponer necesidades, demandas y prioridades en una relación. Cuando ello es posible, se observa la construcción de acuerdos conjuntos, que consideran al parecer y voluntad de ambas partes.

Al interrogar sobre la posibilidad de negociar con sus parejas sobre las prácticas sexuales, de manera libre, la mayoría de ellas coinciden que sí han podido negociarlo, sin embargo, algunas de ellas mencionan que:

“(...) antes no, porque como vivía en violencia nada más acuéstese y punto(...)” (Entrevista 05)

“he tenido parejas que no y el decir de ellos es: no quiero usar nada porque si yo me muero es con usted (...) muchas veces he tenido ese conflicto con mi pareja”
(Entrevista 04)

“(...) no con todas las relaciones, hay personas que no” (Entrevista 01)

En el caso de las mujeres con un diagnóstico de VIH, se reconoce que la negociación es la estrategia más adecuada para trabajar conflictos vinculados a la práctica de comportamiento que les protege contra otras infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, se visualiza que las mujeres por su condición de género se encuentran dentro de relaciones asimétricas de poder, caracterizado además por el ejercicio de violencia, lo cual la negociación resulta un desafío y muchas veces dentro de sus relaciones se termina obviando para evitar más abusos de parte de sus parejas.

Se da importancia al desarrollo de destrezas técnicas y sociales, para reducir comportamientos de alto riesgo. Las destrezas técnicas se refieren al nivel de experiencia en el manejo del uso del condón masculino y femenino. Las destrezas sociales incluyen: 1) el manejo de las relaciones interpersonales, como la asertividad y comunicación sexual. y 2) el reconocimiento de destrezas de automanejo del comportamiento (Serrano y Noboa, 2006).

Estas destrezas permiten que las mujeres desarrollen respuestas eficaces para resistir la coerción de la pareja a la hora de practicar comportamientos de alto riesgo. Poseerlas promueve un aumento en la comodidad sexual y a la vez rechazar prácticas riesgosas y dialogar con la pareja sobre comportamientos seguros y finalmente fortalecen la seguridad y sexualidad de ellas.

7.7. Placer

Para tener un acercamiento al término del placer, Sanz (1997) indica que: “El placer es algo autónomo, es la capacidad que tenemos las personas de gozar, porque nuestro cuerpo es sensible. El placer no lo da nadie (...) la capacidad de placer depende de la disponibilidad personal, más que del virtuosismo ajeno” (p. 55).

Sin embargo, respecto al placer, así como a los otros aspectos tratados relacionados a la sexualidad, para las mujeres en las sociedades patriarcales tradicionalmente han tenido gravemente restringida la posibilidad de alcanzar el placer. La moralidad patriarcal y específicamente la doble moral sexual ha sido la estrategia apropiada para mantenerlas bajo control. Tal sujeción ha garantizado entre otras cosas, la limitación del placer erótico femenino, modelo de los demás placeres que se alcanza en el libre ejercicio de la imaginación, la razón y la pasión (Hierro, 2003).

Para esto, las mujeres entrevistadas reconocen que la autoexploración:

“(...) por los mismos tabúes muchas mujeres no lo realizan, por ese miedo y por la misma sociedad en que hemos sido creadas” (Entrevista 05)

“Que cada mujer tiene derecho a explorarse, es algo natural, no debería ser un tabú o un miedo al qué dirán. Es el cuerpo de uno y tiene todo el derecho a explorar sensaciones” (Entrevista 07)

Se reconoce, como la misma sociedad patriarcal juega un papel predominante en cómo las mujeres conocen su cuerpo y su placer y cómo lo viven y posteriormente como lo expresan. En este proceso las mujeres deben reconocer que su cuerpo les pertenece, así como el derecho al placer, para lograrlo es indispensable conocerse y experimentar el placer desde lo personal hasta decidir compartirlo con una pareja.

Buscar el propio placer sexual significa hacer rupturas por parte de las mujeres y asumir la autoridad sexual. De allí que el patriarcado considere al placer sexual femenino como un poder social ilícito para las mujeres e irrumpe su identidad femenina. Y considera lícito que la mujer desee ejercer su sexualidad únicamente como medio para otro fin: matrimonio y procreación.

Hay muchos tipos de placer surgen de la sexualidad; tradicionalmente, algunos se categorizan como fisiológicos, otros como emocionales, sociales y espirituales. Todos los placeres son influidos e interpretados culturalmente de acuerdo con las categorías sociales conferidas por el género (Hierro, 2003)

Se visualiza, como bajo la influencia de la religión católica, se encuentra la dicotomía dolor-placer, el dolor es valorizado y el placer penalizado. El miedo en cuanto al placer de sensaciones corporales, de imágenes, de pensamientos. El placer se asocia al pecado, lo sucio, lo feo, lo desagradable, lo inmoral, la culpa, el castigo (Sanz, 1997).

Tanto el patriarcado como la religión se configuran en la forma en la que las mujeres aprehenden sobre su placer, el cual se caracteriza a estar al servicio de los hombres como se ha expuesto y cumplir con las expectativas que dicta la sociedad.

Con frecuencia, existen desiguales en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, ya que limitan el control de las mujeres sobre la actividad sexual y su posibilidad de protegerse a sí mismas contra embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. (Batres, 2001). De esta manera, se indaga sobre el deseo sexual de las mujeres y si lo han reprimido por sentir vergüenza, de las mujeres entrevistadas coinciden con lo siguiente:

“Sí, diay porque uno a veces siente que no le puede decir a la pareja tengo ganas de, porque la pareja tal vez no tiene ganas y simplemente uno se va a sentir mal porque esa persona no va a querer estar con uno y me ha pasado de que tal vez, qué sé yo, uno abraza que esto que lo otro y la pareja lo rechaza a uno”

(Entrevista 04)

“Sí, tal vez por tener ese miedo de que le pase algo, contagiar o a que se rompa el condón y sentir culpabilidad y entonces uno dice mejor aquí me detengo”

(Entrevista 02)

“Sí, porque mi físico cambió, yo antes era una mujer muy desarrollada, tenía buenas piernas, tenía buen rabo, no tenía panza, estaba muy bien y después del diagnóstico, ya después cuando yo empecé a tomar los retrovirales, yo empecé a adelgazar mucho, entonces yo ya no quería tener porque yo ya no quería quitarme

la ropa y si me quitaba la ropa tenía que estar la luz apagada, para que a mí no me vieran porque yo ya parecía una calavera, un esqueleto, era horrible”

(Entrevista 06)

Las mujeres experimentan contradicciones especialmente respecto a la sexualidad y al propio cuerpo, ya que

La sexualidad femenina ha sido pensada siempre a partir de parámetros masculinos. Así, la oposición: actividad clitoridiana "viril"- pasividad vaginal "femenina", de la que habla Freud -y tantos otros/as- como etapas alternativas del proceso de devenir de una mujer sexualmente "normal", parece demasiado modelada por la práctica de la sexualidad masculina. (Batres, 2001, p. 7).

La vivencia de la sexualidad sigue siendo condicionada por parte de los deseos y parámetros de los hombres. Las mujeres continúan estando condicionadas por el sistema patriarcal. Además, para algunas participantes, el placer es dado por lo que se demuestra que sigue habiendo un desconocimiento en torno a cómo se comprende este concepto. Cuando las mujeres están -deserotizadas- no logran reconocer el placer, porque tienen detrás una cultura patriarcal dominante que les impide poder unir el deseo de no quedar embarazadas con el deseo de sentir placer (Espinosa, p.172).

El placer, debe partir de la autonomía de cada persona, en el conocimiento con su cuerpo, explorar sensaciones y partir de ahí para comunicarlo y experimentarlo con sus parejas. A pesar de esto, las mujeres entrevistadas aseguran que han reprimido su deseo sexual porque les genera temor el rechazo al comunicarlo con sus parejas, por su condición de VIH y por sus cambios físicos. Estos condicionantes generan sentimientos de no merecimiento, de cumplir con parámetros impuestos por la sociedad en cómo deben ser las mujeres dentro de una relación sexual.

En casi todas las sociedades, las normas morales no permiten a la mujer hablar abiertamente de sexo, si no desea verse como sospechosa de "mala mujer". Por lo tanto, se da por sentado que las mujeres y las niñas no deben saber de sexo (en muchas culturas, se presume que ni siquiera sean seres sexuales o disfruten las relaciones sexuales). Se consideran "promiscuas o adúlteras" a las mujeres que buscan información sobre la actividad sexual sin riesgos.

Así, entonces, ellas también están en desventaja con respecto al acceso a la información acerca de la prevención de la infección, la capacidad de negociar encuentros sexuales sin riesgos y el acceso al tratamiento para la infección por el VIH/SIDA una vez infectadas. En muchas sociedades, el ideal femenino se caracteriza por la pasividad y la ignorancia de la mujer, así como por diferir sus expectativas en provecho de las necesidades sexuales del hombre, mientras que la masculinidad se define por la conquista sexual, las múltiples parejas y el control de las interacciones sexuales. (Olivia, Saavedra, Viñas, 2009)

Para reforzar lo anterior, se les preguntó a las mujeres participantes a partir de sus experiencias de vida, sobre las ideas que ellas identifican que tiene la sociedad sobre las mujeres con VIH que tienen relaciones sexuales de manera activa, ellas reconocen que:

“La gente dice: es una zorra por eso le pasó eso, anda con uno y otro y al final no saben que fue lo que pasó” (Entrevista 02)

“Nos catalogan así feo, de prostitutas, que por andar ahí, es feo decirlo, por andar zorreando se buscó el virus” (Entrevista 05)

“Ay lo que dicen en mi barrio es que es una puta irresponsable, así puta irresponsable, que anda pegando a todo el mundo, eso es lo que dicen en mi barrio”
(Entrevista 06)

“No debería ser un tema que le importe a la sociedad (...) la gente habla cosas de los demás y dice usted tiene VIH por ser servidora sexual, lo que mucha gente no sabe es que también pueden contraer el VIH las mujeres que son muy de casa (...) pero gente como yo para los demás, o sea, para la sociedad es muy odiada” (Entrevista 07)

“(...) yo siento que las personas creen que nosotras no tenemos ese derecho, ellas creen que, por ser una persona con ese diagnóstico, tiene que privarse de cosas que uno como ser humano tiende a sentir” (Entrevista 04)

Reconocer que las mujeres con VIH tienen relaciones sexuales y ejercen su derecho al placer, implica visualizar los estigmas que se reproducen en la sociedad y

como se categorizan a las mujeres que tienen VIH como “mujeres trabajadoras del sexo”, mujeres que tienen relaciones sexuales de manera activa y por lo tanto tienen la posibilidad de hacer rupturas con las normas y comportamientos esperados de las mujeres y a la vez, se juzga su vida sexual, tal y como lo expusieron las participantes.

Las mujeres con el diagnóstico positivo al VIH, siguen cargando prejuicios y cuestionamientos sobre sus prácticas sexuales, Ahora bien, adquirir un diagnóstico de salud como el VIH, se da por condiciones de vulnerabilidad y riesgos en los que se encuentran las mujeres, por tener relaciones sexuales sin el uso del condón, por no haber recibido una adecuada comunicación y negociación sobre las prácticas sexuales, por falta de información científica, y no es por ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Se demuestra como la sexualidad es uno de los ámbitos de la vida que más existen prejuicios y, por tanto, el derecho a gozar de una sexualidad sin control, el derecho al placer implica que tanto los seres pertenecientes a ambos géneros, como las instituciones, sus autoridades y el Estado con su conjunto, protejan y defiendan los derechos de las mujeres como el derecho a la vida, la libertad, la sexualidad, la igualdad, la seguridad, la integralidad y la dignidad. Es fundamental garantizar el acceso a estos derechos que suelen ser invisibilizados (Espinoza, p.171)

Para que las mujeres puedan negociar sus prácticas sexuales y exponer cuáles son sus deseos, tiene que conocerse a sí mismas, su cuerpo, saber con qué prácticas se siente más cómoda, explorarse. Aun así, por razones culturales y educativas, en cuestión de la sexualidad suele haber escasa información en saber qué produce o no placer, se va aprendiendo y descubriendo a través del tiempo. El dedicar tiempo para descubrir y experimentar la sexualidad, les permite a las mujeres apropiarse de su placer y reconocer que depende de ellas mismas.

7.7.1. Masturbación:

Una de las expresiones del placer, es la masturbación, la cual tiende a ser una actividad solitaria, pero la mujer raramente encuentra espacios para descubrir lo que significa esa acción en su vida como ser sexuado e ignora casi totalmente lo que representa este hecho en la vida de otras mujeres.

La masturbación es la manera en la que se proporciona placer a sí misma, a través de cualquier tipo de estimulación directa hacia los genitales, sin embargo, no son los únicos estímulos. También se hace a través de la estimulación de los sentidos del cuerpo, desarrollo de fantasías y se potencia para facilitar orgasmos, pero se destaca que la finalidad de esta práctica puede ser el orgasmo o no.

Durante siglos, los impulsos sexuales de las mujeres no solo se han ignorado, sino que incluso ha llegado a discutirse que existieran verdaderamente. La mujer mantenía de cara al exterior una actividad sexual en la medida que esta era necesaria para la reproducción de la especie y servía para satisfacer las necesidades sexuales masculinas. De puertas adentro, y hay que estar muy ciegos para no verlo así, tan solo puedo satisfacer sus propias necesidades mediante la masturbación (Ramos, 2002).

Asimismo, la masturbación se ha asociado habitualmente a la sexualidad de los hombres cisgénero. Esto tiene que ver con cómo el sexismo ha negado la sexualidad de las mujeres y, mucho más, su auto placer. De hecho, se piensa que los hombres se masturban más, pero la realidad dice que se comunican más, porque la sexualidad está directamente relacionada con la masculinidad hegemónica (Parra, 2018).

La masturbación también se ha entendido como una práctica de “consolación”, hecho que tiene que ver con que en la erótica normativizada se privilegia el encuentro y que sea la otra persona la que te procure el placer. Sin embargo, para todas las mujeres entrevistadas, indican que reconocen que las mujeres si utilizan estas prácticas sexuales y mencionan que:

“Ehh, siento que debe ser importante que uno se conozca, se conozca físicamente, porque muchas veces nosotras tratamos como de no sé, no tocarme, no aquí, no allá, nos da susto, pero uno debería de explorarse el cuerpo, conocerse un poquito más” (Entrevista 04)

*“Sí, está bien, correcto. Las mujeres tienen derecho”
(Entrevista 01)*

“Sí, es bueno, conocerse uno. Que le gusta, que no le gusta.”

(Entrevista 03)

Las mujeres reconocen que la masturbación, es parte del derecho que tienen las mujeres y brinda la posibilidad de reconocer que las hace sentir más cómodas. Esto permite hacer rupturas con imaginarios de que únicamente con sus parejas pueden experimentar placer.

Todas las mujeres entrevistadas están de acuerdo en que las mujeres se estimulan, y la masturbación puede estar vinculada a los indicadores de salud y ser un buen marcador de la función sexual femenina, en parte debido a que función educativa y al reconocimiento del propio cuerpo (Guarín, Mujica, Cadena y Useche, 2017).

Las participantes afirman que la autoexploración es parte de los derechos que cada mujer tiene sobre su cuerpo, aun así, también reconocen que muchas mujeres no lo realizan por el tabú creado por la sociedad y establece que no son prácticas propias de las mujeres. Existe el estereotipo que la masturbación son prácticas de los hombres y en el caso de las mujeres no necesitan hacerlo debido a que las relaciones sexuales tienen como objetivo la reproducción, no el disfrute de los derechos sexuales.

Junto con lo anterior, la masturbación en las mujeres es con frecuencia un descubrimiento silencioso, solitario y casual. Ellas no han tenido la oportunidad de socializar la información con sus pares, porque han realizado el mismo sigiloso descubrimiento por su cuenta. Las mujeres aprenden a masturbarse espontáneamente y crecen marcadas por la incomunicación sobre esa actividad y lo que para sus compañeros masculinos es algo normativo, para ellas es una actividad subjetivamente marginal, culpable (Ramos, 2002).

7.8. Corporalidad/ Cuerpo

La corporalidad, se construye a través de la personalidad y la subjetividad de las personas, sirve como medio de expresión y de contacto con el exterior. La corporalidad puede ser vista desde dos acepciones: como cuerpo objeto, considerando como la representación que se hace del cuerpo en sí mismo; y como

cuerpo vivido, que tiene ver con la forma en la cual la corporalidad se manifiesta en nuestras relaciones sociales.

Además, a través de la interacción se reconoce la existencia humana a partir de la proximidad corporal y subjetiva, aunado a esto, la definición de las mujeres se ve apoyada muchas veces en sus características corporales; de esta manera pareciera que hablar de las mujeres implica necesariamente hablar de sus cuerpos, de sus funciones biológicas (embarazos, menstruaciones) y de las múltiples formas en las cuales sociales y culturalmente son sometidas. (Ramírez, 2020)

Asimismo, en los cuerpos de las mujeres, hay un mandato social en el que es crucial ser atractivas, hay una idea generalizada de que el cuerpo es imperfecto y tiene una necesidad de ser arreglado, siendo un mandato de género sobre sus cuerpos. Se ha interiorizado este tipo de creencias por lo que generalmente existe una insatisfacción corporal. No hay una sana relación entre el cuerpo consigo mismas y la manera sutil de sentir la necesidad de aprobación de las personas que están en el entorno.

Para las mujeres entrevistadas, se indaga sobre cómo las mujeres se perciben a sí mismas cuando se ven al espejo y dentro de las principales respuestas están:

“Bueno, antes por miedo no me veía en el espejo, me daba vergüenza, pero ahora, me encanta, ahora me veo toda bella (...)” (Entrevista 05)

“Bueno, a veces me siento mal porque yo engordé mucho, pero hay veces yo me veo y digo uy mami pero que guapa estás (...)” (Entrevista 04)

“Bonita, joven, simpática, me siento bien” (Entrevista 08)

“Bella, hermosa, sabrosa. Yo me veo en el espejo y digo juepucha que linda, me doy besitos y todo” (Entrevista 03)

La representación social de la corporalidad de la mujer surge de un contexto sociocultural que establece un modelo de cuerpo femenino caracterizado por la belleza y la juventud y rechaza aquellas corporalidades que no se enmarcan en esos valores (Abey, Botella, Gamiz y Grañó, 2008).

Tal fue el caso de las mujeres entrevistadas, donde coinciden en el aspecto de belleza, si bien es cierto es necesaria para su autoestima y sentirse bien con ellas mismas, también, la belleza corporal es un concepto que debe ser entendido desde la lógica capitalista como un importante símbolo que “hace vender”. Las transformaciones físicas son el resultado de un proceso de asimilación de la demanda social por la construcción de figuras estilizadas, la lógica en la “venta corporal” está relacionada no sólo a parámetros heteronormativos, sino, además, a estructuras sexistas y discriminatorias que relegan a las corporalidades disidentes a espacios de ocultamiento y conmisericordia (Quirós, 2021).

Algunas de las mujeres entrevistadas indican que con respecto a su apariencia y si han ocultado alguna parte de su cuerpo y ellas mencionan que:

“Antes si me avergonzaba porque era más gordilla, pero ahora como he ido bajando de peso, entonces me motivo, no por la gente, sino por mí, por mi salud y sentirme más linda (...)” (Entrevista 05)

“Yo he sido muy acomplejada, porque toda la vida he usado pantalones, nunca uso vestido, ni enaguas como las demás muchachas que son así libres, yo no, tras de que soy delgada si me pongo vestido me veo más flaca” (Entrevista 07)

“Sí, diay porque la gente critica mucho, vivimos en una sociedad que señala. Sí lo hacen sentir a uno mal, lo hacen sentir avergonzado. Tal vez lo maneje con temor, inseguridad (...)” (Entrevista 01)

“Si, el estómago, claro que sí, me da mucha vergüenza” (...) (Entrevista 06)

Todas las respuestas anteriores coinciden en el aspecto físico y el peso. Ante esto, Quirós (2021) menciona que:

La gordura corporal, constituye un antivalor asociado a aquello determinado como indeseable, enfermo, asexuado y de poco valor social. Las implicaciones subjetivas del cuerpo gordo en la sociedad moderna conllevan un debate entre la percepción racional de la visión médica sobre la gordura y la idea de quienes experimentan el rechazo social por existir desde un cuerpo negado. (p.3)

De esta manera, cuando las mujeres mencionaron que se sienten gordas hay una construcción de patrones sociales y culturales que se encuentran implícitos en sus percepciones sobre el valor que tiene una corporalidad delgada en la sociedad y a la vez se legitima por medio de mensajes violentos disfrazados de recomendaciones “bien intencionadas” que son emitidos de forma discriminatoria de parte de familiares, pares o incluso desconocidos (Quirós, 2021).

La percepción que tiene cada mujer sobre su cuerpo también interfiere en el disfrute y en el placer. Una estrategia muy eficaz del patriarcado es la de hacer sentir mal a las mujeres con su cuerpo, permanentemente, por cánones de belleza inalcanzables. En las respuestas de las mujeres se denota disconformidad, generando sentimiento de vergüenza, culpa sobre sí mismas; detrás de esos sentimientos, hay muchos de estos estereotipos y prejuicios que es realidad daña a todas las mujeres como colectivo y a la vez perpetúa la fobia hacia todo lo que no cumpla con la norma, en este caso de los cuerpos delgados.

Asimismo, también afecta a las mujeres sobre cómo se ven a sí mismas y el valor que desde pequeñas han construido alrededor de cómo deben de ser los cuerpos, dentro de los factores que puede influir está la gordofobia, el cual representa un fenómeno social naturalizado dentro de la mayoría de las sociedades occidentales, donde existe odio contra los cuerpos que no están dentro de los cánones corporales normativos.

Se denota así que la corporalidad forma parte de la cotidianidad de las mujeres, aún más porque como se ha mencionado la construcción de la subjetividad está ligada a lo que el patriarcado ha caracterizado como femenino y lo que se espera de ellas y como se expresa su cuerpo a nivel social.

Es así como la representación del poder sobre el cuerpo de la mujer, está concentrado en el patriarcado que encuentra sus manifestaciones en instituciones específicas, mismas que fortalecen su poder mediante la coerción social, el ordenamiento jurídico o bien mediante la implementación de estereotipos y parámetros dirigidos a establecer líneas de concreción de sus objetivos. (Núñez, 2015, p. 127).

De esta manera, según Núñez (2015) citando a Martínez (2004)

se le asigna un valor al cuerpo de las mujeres, siendo un espacio y lugar de cultura, de socialización, con normas distintas para cada uno de los géneros [...] «las normas que se refieren al campo de las mujeres son más estrictas y móviles que las referidas al cuerpo de los hombres, precisamente por su definición cultural de cuerpo/objeto o cuerpo deseado». El cuerpo de las mujeres debe ser bello y al mismo tiempo fértil; es, sobre todo, un cuerpo para los demás. (p.154)

El cuerpo en la actualidad es considerado como una materialidad, que se debe esmerar por mantener fuerte, saludable y bello, con el fin de lograr la aceptación social y es en este contexto que la publicidad a través del uso y reproducción de formas corporales juega con la imagen natural del cuerpo, impactando así en las concepciones culturales acerca de la belleza, pero particularmente de la imagen del cuerpo femenino; colocando en el imaginario un modelo específico de cuerpo socialmente aceptable, deseable y saludable (Ramírez, 2020 citando a Sánchez y Alegría, 2007).

Asimismo, en el imaginario colectivo, el cuerpo de las mujeres busca materializar una narrativa patriarcal la cual condiciona la sexualidad femenina; y tanto el cuerpo de los hombres como los de las mujeres, se desarrollan en un marco de roles y expectativas por cumplir; pero, es fundamental hace alusión que los cuerpos de los varones y las mujeres no son contruidos de la misma manera, porque media una jerarquía de género, y las mujeres reciben un mandato de que sus cuerpos ocupan un lugar central, que está condicionado por la aceptación de parte de los hombres.

El derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo, se ha centrado primordialmente en analizar la necesidad sobre el desarrollo de su personalidad, la autodeterminación, pero sobre todo el derecho a decidir de manera informada y voluntaria sobre su sexualidad y consecuentemente el respeto por sus derechos sexuales y reproductivos (Núñez, 2015).

Para todas las mujeres entrevistadas, reconocen que los cambios que se han realizado han sido por su propia decisión, no porque desearon la aprobación de otras

personas, aun así, varias mujeres confirman que han sentido temor de lo que la sociedad o personas cercanas pueda opinar sobre su apariencia, e indican que:

“La gente critica mucho, vivimos en una sociedad que señala; si lo hacen sentir a uno mal, lo hacen sentir avergonzado (...)” (Entrevista 01)

“Sí, de hecho, que, recibido muchas ofensas por mi gordura, he tenido personas, mi mamá que: ¡ay que gorda! Tengo un amigo que me dijo: cada vez se está engordando más, se va a poner obesa, que feo y groserías así.” (Entrevista 04)

“Porque al yo tener el cuerpo que yo tenía antes y el verme ahora, muchas de mis amigas, recalcan uy vieras el cuerpo que tenía, uy vieras que cólera me da” (...)
(Entrevista 06)

Las mujeres han aprendido a aceptar las opiniones no solicitadas sobre su cuerpo y comentarios sobre la apariencia de las demás personas, socialmente se ha dado un valor de gran peso hacia la apariencia, la delgadez, la belleza con parámetros definidos, lo cual son estándares inalcanzables para la mayoría de la sociedad. El mito de la belleza no habla para nada de las mujeres, por el contrario, habla de las instituciones de los hombres y de su poder institucional. La juventud y la virginidad han sido “bellas” en la mujer porque representan ignorancia sexual y la falta de experiencia. El envejecimiento de las mujeres no es “bello” porque las mujeres se vuelven más poderosas con el tiempo (Wolf, 1991).

Otro de los estereotipos mencionados por las mujeres, es sobre su peso y como ha aumentado ha causado inseguridades. La gordofobia es aprendida de manera inconsciente, sus manifestaciones contienen un trasfondo de discursos naturalizados en la cotidianidad por medio de la publicidad, la familia, la cultura, el humor y mensajes relacionados con el bienestar en salud.

Según Zukerfel (2002, citando a Silbertri y Staville 2005), recuperan que la insatisfacción con la imagen corporal no solo constituye la máxima motivación para el sometimiento corporal a regímenes para el control del peso y también el principal impulso de malestar, vergüenza e incomodidad, que se ve reflejado en un importante y significativo impedimento de desarrollo personal y malestar crónico que influyen los

pensamientos, sentimientos y conductas de las personas, repercutiendo notablemente en la individualidad y calidad de vida de cada persona.

Todos estos aspectos influyen en la individualidad de cada mujer y cómo se siente con su cuerpo y su corporalidad, cómo se relaciona consigo misma, además influye en cómo las mujeres se perciben en relación al ejercicio de la sexualidad. Los cuerpos de ellas han sido expropiados y existen expectativas sociales por cumplir en relación a cómo deben ser.

7.8.1. Enseñanza del cuerpo de las mujeres

Se comprende como el autoconcepto del cuerpo de las mujeres, ellas están expropiadas de su sexualidad, su subjetividad y por ende de sus cuerpos, donde se reduce a la relación de procrear y el erotismo. Por lo que no existe realmente en las mujeres una conexión con el sentido de la vida y el cuerpo, las mujeres tienden a perder su protagonismo como personas y quedan dependientes a los poderes encarnados por los hombres por las instituciones y por los otros, de tal suerte que su cuerpo siempre es un cuerpo sujeto (García, 2008).

Al indagar sobre cuáles fueron las enseñanzas que tuvieron las mujeres en su infancia con respecto a su cuerpo, ellas mencionan que:

“Que mi cuerpo era mío, que nadie podía usarlo a la fuerza, me decía mi mamá, que nadie podía tocar mi cuerpo a la fuerza si yo no quería, y eso he aprendido (...)” (Entrevista 02)

“Que uno como mujer no se tiene que dejar tocar por nadie y darse a respetar por los demás” (Entrevista 07)

“Que es como un templo, que hay que tenerlo como uso espiritual, que hay que respetarlo para que la persona que esté con uno, lo respete” (entrevista 08)

“me enseñaron que el templo del espíritu santo era mi cuerpo, eso fue lo que me enseñaron, ¿y qué significaba para usted eso? díay que nadie lo podía tocar y que era sagrado” (Entrevista 06)

“Que no tenía que tocarme y que no dejar que nadie me viera los calzones. Este, y si un hombre se me acercaba que no tenía que hacerle caso... y si yo solita empezaba a tocarme, eso era malo, era un pecado” (Entrevista 05)

Algunas de las respuestas que fueron brindadas, coinciden términos relacionados a que el cuerpo es un templo, el cual es un concepto relacionado a la religión y por ende a roles reforzados por la religión, los cuales tienen un trasfondo de significados sobre el cuerpo y significado de la mujer como a partir de la diferencia biológica existen características relacionadas a la maternidad, crianza y a características relacionadas a la virgen María. Otro de los aspectos que coinciden es que nadie puede tocar su cuerpo, incluyendo las mismas mujeres, que tienen que darse a respetar, como si dependiera únicamente de ellas. El cuerpo se relaciona con aspectos referentes a una relación en pareja, aunque es un aspecto más amplio.

Lo aprendido por parte de las mujeres, es condicionado y reforzado por parte de instancias socializadoras, como lo es de parte de la iglesia. En el caso de Costa Rica, el artículo 75 constitucional indica que todavía hay un estado confesional, que puede influir de manera directa e indirecta en la población. La problemática radica en que las personas tomadoras de decisiones a nivel legal y político, igualmente se ven influidas por estas creencias religiosas, contrarias a las posiciones objetivas y racionales a las que se deben por la ley (Núñez, 2015).

Posiciones conservadoras de parte de la iglesia católica, obstaculiza el avance de los derechos sexuales y reproductivos y perpetúa roles de género en las mujeres y limita el acceso a derechos y el ejercicio de su autonomía. La religión debe ser una experiencia personal, en la que cada persona decida vivenciar sin la necesidad de imponer o bien condicionando derechos hacia poblaciones.

A pesar de que la mayoría de las mujeres indicó que las creencias religiosas no han afectado sus vivencias sexuales, si influye en concepciones determinadas, cuando se preguntó por lo que les enseñaron de niñas sobre su cuerpo, varias coinciden en que el cuerpo es un templo, lo cual refiere a concepciones religiosas para la iglesia católica, el cuerpo es templo de Dios, un Dios hombre que ejerce con sus disposiciones control sobre el mismo, máxime cuando se trata de la mujer, quien debe ser por defecto madre y esposa abnegada y dedicar su vida al servicios de los

demás, por lo que es imposible dentro del pensamiento de esta religión, que la mujer pueda tomar decisiones sobre sí misma y mucho menos sobre su sexualidad, hecho que se traduce a un verdadero problema, en el tanto su posición oficial en el entramado estatal, impide una verdadera y efectiva evolución en este sentido (Núñez, 2015).

De tal manera, se muestra cómo las concepciones de las mujeres existen conceptos religiosos que han sido naturalizados y por ende, cuando se expresan se evidencia y forman parte de las concepciones y creencias que conforman a una persona.

El mensaje de la iglesia para las mujeres, con respecto a su cuerpo, refiere que nadie puede tocarlo, ni ellas mismas, porque le pertenece a Dios. Refuerza ideas sobre la maternidad, la abnegación, el servicio a los demás por encima de sus propios deseos. Todas estas ideas influyen en la forma en que las mujeres forman su identidad, concepto propio y en las expectativas de cómo debe ser su comportamiento.

La sexualidad en las mujeres tiende a ser difusa, porque el mensaje que se emite es que es objeto de deseo para los demás, que no posee una fuente propia de placer, las mujeres tienden a no conocer su cuerpo, su fisiología y el mensaje indica que su cuerpo no les pertenece

Asimismo, la relación de las mujeres con su cuerpo es aprendida en las diversas etapas del desarrollo humano, al predominar aún la visión patriarcal y machista, el cuerpo de las mujeres y su socialización, está diseñada para ser controlada por quienes ejercen históricamente el poder, los hombres.

Ante el patriarcado, según la autora, las culturas han optado por la patrilinealidad, en las cuales se asegura una "progenie" legítima, controlando y estigmatizando la sexualidad femenina, exigiendo virginidad y fidelidad y delineando patrones de doble moralidad. Es decir, alentando la sexualidad masculina y reprimiendo la femenina" (Juliano, 2011).

Así como señala Lagarde (1997)

Además, al ser considerada cuerpo-para-otros, para entregarse al hombre o procrear, ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros, con la función específica de la: reproducción.

Para García (2008), indica que durante el proceso de apropiación del cuerpo de las mujeres

dan un paso del “para otros” al “para sí”, significa tener una visión de mujer como sujetos sociales, morales y políticos autónomos por sí mismas, y ésta no es una meta ya alcanzada, el camino para su consideración y expresión está abierta y toca a cada una contribuir, con la apropiación y valoración de su propio cuerpo, a alcanzar la tan anhelada autonomía y por extensión su liberación del placer, en tanto que como apunta Graciela Hierro, “el placer depende del cuerpo y sólo se alcanza si nosotras decidimos sobre nuestro cuerpo” nuestro deber moral básico <es apropiarnos de nuestro cuerpo, el cuerpo controlado por otros no permite el goce y nadie puede llamarse a sí misma libre si no decide sobre su cuerpo. (p.45)

Realizar una ruptura en cuanto a la apropiación del cuerpo, es un proceso de deconstrucción y de continuo aprendizaje, ya que existe un sistema de valores y creencias impuestas, lo cual se denota en las respuestas de las mujeres participantes. Lograr que las mujeres se apropien de su cuerpo, significa que haya una consciencia sobre sus necesidades, sus deseos y se puedan expresar sin temor a generar sentimientos de culpa, vergüenza y en definitiva a romper con expectativas generadas hacia las mujeres.

La enseñanza sobre el significado del cuerpo, influye en las mujeres, su personalidad, su autonomía en la toma de decisiones, influye los modelos simbólicos e instancias socializadoras como lo es la iglesia, la cual es asumida como un modelo con expectativas por alcanzar. Es necesario indicar, que la identidad de las mujeres, se constituye y se consolida a partir de la relación que se establece con el cuerpo y de la apropiación, la cual se condiciona por medio de las creencias y estas se hacen presentes cuando existe un diagnóstico de salud como el de VIH positivo.

7.9. VIH y corporalidad

La sexualidad adquiere un grado de complejidad mayor cuando se trata de mujeres viviendo con VIH/SIDA, ya que la transmisión de este virus guarda estrecha relación con el ejercicio de la sexualidad, lo que viene a sumarse a los mandatos, restricciones sociales y control de su cuerpo. (Bravo, Dides, Pérez, Pascal, 2003). Con respecto a las mujeres participantes, ellas consideran que hubo un antes y un después en la vivencia de las relaciones sexuales, específicamente retoman:

“Antes de mi diagnóstico yo era libre, yo tenía mis relaciones tranquilas, normal, sin problema, ahora yo tengo que tener una responsabilidad por la persona que esté conmigo, eso ha cambiado” (Entrevista 04)

“Yo antes de mi diagnóstico, la vivía plenamente (sexualidad), feliz sin prejuicios y ya después del diagnóstico ya sí me dificultó porque yo no he aprendido a aceptar lo que tengo. Cada vez que tengo una relación, yo me siento incómoda” (Entrevista 07)

“Sí, claro, porque antes me sentía más libre y después ya había cosas de que no, como una barrera” (Entrevista 02)

“sí claro, fue un cambio radical, porque ya el apetito sexual en mí, se deterioró mucho, yo no quería ya nada, porque yo decía con la persona que yo vaya a estar, se lo voy a pegar -así hablaba yo- (...)” (Entrevista 06)

El diagnóstico de VIH, ha marcado en la vida de las mujeres el inicio de una nueva construcción de la sexualidad, pero está permeada por mitos que radican en que las mujeres con dicho diagnóstico no pueden vivir plenamente su sexualidad. De igual manera, la sexualidad es parte del dominio de la práctica humana organizada para la construcción de la asimetría y la desigualdad, pues a partir de ella se construye, en cada persona, un conjunto de cualidades, aptitudes, esquemas y destrezas diferenciadas. Se direcciona por medio de una “política sexual” que es la contestación de los temas de sexualidad por parte de los intereses sociales constituidos dentro de las relaciones de género (Araya, 2014).

Al consultarles a las mismas mujeres sobre los temores alrededor de ejercer su sexualidad, ellas indican que

“(...) ahora mi temor es contagiar a una persona” (Entrevista 04)

“me siento incómoda, porque me da miedo pasarle lo que yo tengo a la otra persona, o que la otra persona tenga algo diferente a lo que yo tengo (...)”

(Entrevista 07)

“Contagiar a alguien. Me han dicho no importa, todo está bien, pero ya uno no se siente cómodo” (Entrevista 02)

“pues antes, el único temor que tenía -porque no pensaba en mí, pensaba en el papá de mis hijos- en no satisfacer a mí pareja, en no complacerlo o no llenar los ideales de él (...)” (Entrevista 06)

Conforme a las respuestas anteriores, se denota que desde el momento en que las mujeres se enteran de su diagnóstico, no se sienten cómodas en vivir su sexualidad. o bien el VIH puede ser un disparador. Debido a que las mujeres con VIH, son estigmatizadas en tanto supuestamente no aptas para la sexualidad reproductiva y la maternidad, desde los roles de género asignados. El estigma y la discriminación asociada al género producen una vulnerabilidad, lo que impide una prevención y atención eficaces (ONUSIDA, 2008)

Otro elemento importante de la sexualidad femenina es el cuerpo de la mujer, que a partir de las construcciones de género se caracteriza también por la abstinencia del erotismo y el uso de su cuerpo por otros. En este sentido, ser mujer muchas veces significa contener el deseo erótico, reprimirlo y/o sublimarlo, además la vida erótica se estructura en torno a una serie de tabúes que la norman, en donde en la realidad solo ciertos grupos de mujeres pueden realizar de manera continua prácticas eróticas en condiciones específicas (Lagarde, 2005).

En las respuestas brindadas por las mujeres, ellas comentan cómo a nivel social la sexualidad de las mujeres con VIH se percibe desde juicios de valor y mitos sobre su vida sexual por un diagnóstico de salud, sin detenerse a comprender que existe un contexto y una historia de vida que media el contagio. Además, con las

respuestas de ellas, se refuerza que el placer en las mujeres con VIH es reprimido y en ocasiones hasta condenado por la sociedad.

La correspondencia entre cuerpo y sexualidad de las mujeres, indica que es un campo político definido, disciplinado para la producción y reproducción, el campo brinda necesidades femeninas irrenunciables. El cuerpo de las mujeres es un cuerpo sujeto y sometido (Lagarde, 1997). El cual se condiciona aún más, cuando existe un diagnóstico de salud.

Todos los estereotipos y roles que son asignados a nivel social en relación a su cuerpo, su sexualidad, provocan en las mujeres con VIH poder identificar en las principales barreras que existen en el ejercicio de la sexualidad de forma libre y tomar decisiones sobre a la autodeterminación reproductiva, recupera lo siguiente:

“Miedos, el qué dirán, el cómo afrontar esa situación si yo llegara a contagiar a un futuro hijo” (Entrevista 07)

“Las barreras ha sido en mí, el temor, el temor en mí misma y la falta de seguridad, esa ha sido mi más grande barrera (...) también la falta de información” (Entrevista 06)

“Yo tengo información con respecto a eso, pero siempre quedan dudas de que tan factible es que pueda transmitirle la enfermedad a un bebé, entonces si yo estuviera en la posición de tener hijos, lo pensaría dos veces (...)” (Entrevista 01)

“En realidad, ha sido la pareja que no ha querido tener la sexualidad a como debe ser y yo he accedido a tener como ellos quieran, por ejemplo: con el condón” (Entrevista 04)

Hacer una deconstrucción de los roles y creencias aprendidas sobre la sexualidad y la reproducción de las mujeres con VIH, no basta solo con visualizarlo, si bien es cierto las mujeres entrevistadas han sido parte de procesos de capacitación, acompañamiento y empoderamiento en ICW, de parte de los servicios de salud, es necesaria una intervención integral e informativa de parte de profesional en salud. Reforzando lo expuesto Bourdieu (2000) expone que la violencia simbólica se apoya

en el trabajo constante de las instituciones sociales dando una direccionalidad a la construcción de la subjetividad femenina, disciplinando y moldeando los cuerpos.

Capítulo 8: El derecho a la autodeterminación reproductiva

El presente apartado, se enfoca en el derecho de las mujeres con VIH a la autodeterminación reproductiva, por lo que contiene diversos elementos para la comprensión de las representaciones sociales que inciden en este derecho, como: la lactancia, la maternidad, los derechos reproductivos, los métodos anticonceptivos, la atención en los servicios de salud reproductiva, entre otros. A continuación, se desarrollan algunos elementos necesarios para comprender aquellas representaciones que inciden en el ejercicio del derecho de autodeterminación reproductiva de las mujeres que viven con VIH.

8.1. El concepto de autodeterminación reproductiva

La autodeterminación reproductiva está implícitamente relacionada con el “libre desarrollo de la personalidad, que se desprende del reconocimiento de la dignidad del ser humano y del derecho a optar libremente y sin ninguna interferencia en el acto de trascender a través de las generaciones” (Villalobos, 2012, p. 63). Lo cual implica la libertad que tienen las mujeres para tomar decisiones en cuanto a su reproducción, basadas en su autonomía, intereses y preferencias; así como en ejercer el control sobre sus propios cuerpos.

Según el IIDH (2010) el derecho a la autodeterminación reproductiva “está respaldado por los derechos a: la integridad física, la intimidad, planificar la propia familia, y estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la vida sexual o reproductiva de una mujer” (p. 74).

Este derecho involucra la decisión de tener o no tener hijos, el número y el espaciamiento entre estos. Así como el derecho a recibir información y acceder a servicios de salud reproductiva, que incluyan consejerías para tomar decisiones sobre planificar su propia familia, lo cual “supone una obligación de los gobiernos de asegurar que hombres y mujeres tengan acceso igualitario a toda una variedad de opciones anticonceptivas, así como a información y servicios de salud reproductiva” (IIDH, 2010, p. 74).

Por lo tanto, este derecho “está amparado por las garantías internacionales a la integridad física y a la intimidad, y protege el derecho de las personas a tomar

decisiones en lo que concierne a su propio cuerpo, especialmente lo referido a la capacidad reproductiva (IIDH, 2010, p. 80).

De esta manera, las mujeres que viven con VIH tienen el derecho a tomar decisiones en cuanto a su reproducción, de manera libre, informada y con acompañamiento por parte de profesionales en la salud, de manera que les brinden la información adecuada y necesaria, para que puedan ejercer sus derechos de manera plena.

La autodeterminación reproductiva, busca a su vez, que las mujeres alcancen el más alto nivel de salud. Desde la Conferencia de Viena (1993) se reafirma el derecho a la salud que tienen las mujeres, incluidos los servicios de planificación, acceso a métodos anticonceptivos, como elemento fundamental para la consecución de la igualdad entre mujeres y hombres. Se considera que el derecho a la salud es el que brinda el fundamento para la ampliación de los derechos sexuales y reproductivos, debido a que se identifica que existen condiciones sociohistóricas, discriminatorias y de violencia hacia las mujeres, que limita el ejercicio pleno de sus derechos humanos.

Por lo tanto, el derecho a la autodeterminación reproductiva en la presente investigación se comprende como el derecho que tienen las mujeres que viven con VIH a decidir sobre sus propios cuerpos en cuanto a su reproducción (incluyendo la decisión de tener o no tener hijos/as), a partir de su autonomía, intereses, necesidades, de manera que les permita ejercer el control de su propio cuerpo; así como el acceso adecuada y oportuno a la información, para tomar dichas decisiones sin ningún tipo de coerción de parte de terceros. Retomando, la apropiación de los cuerpos de las mujeres por estas mismas, comprendiendo que, a raíz del sistema patriarcal, ha existido una enajenación de los cuerpos de estas, asignando el control tanto a los hombres como al beneficio del Estado en términos de desarrollo y sostenibilidad de los países.

Además, dicho derecho contempla el acceso a medios, recursos y métodos para ejercer sus derechos, con base en el artículo 16 de la CEDAW, donde se señala que todas las mujeres tienen derecho a decidir “libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

8.2. Los derechos reproductivos como derechos de las mujeres con VIH

En la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán llevada a cabo en 1968, por primera vez se hace mención al derecho de decidir el número de hijos y el intervalo entre estos. Pero es hasta el año 1994 en la Conferencia de El Cairo donde se usa el término derechos reproductivos para “designar el conjunto de derechos humanos que tiene que ver con la salud reproductiva y más ampliamente con todos los derechos humanos que inciden sobre la reproducción humana, así como aquellos que afectan el binomio población-desarrollo sostenible” (IIDH, 2008, p. 25). En la Conferencia El Cairo también se amplía este derecho, no sólo a las parejas, sino a los individuos, lo cual les otorga a las mujeres el poder decidir por sí mismas sobre cuestiones relacionadas con su reproducción.

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008) menciona doce derechos reproductivos y sus consideraciones, los cuales se señalan a continuación:

Cuadro N°3 “Derechos reproductivos y sus consideraciones”

Derecho	Consideraciones
1. Derecho a la vida	El derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.
2. Derecho a la salud	El derecho a la salud reproductiva.
3. El derecho a la libertad, seguridad, e integridad personal	El derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género.
4. El derecho a decidir el número e intervalo de hijos	El derecho a la autonomía reproductiva. El derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica en un hospital o en un ambiente alternativo.
5. El derecho a la intimidad	El derecho de toda persona decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas.
6. El derecho a la igualdad y a la no discriminación	El derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud reproductiva.
7. El derecho al matrimonio y a fundar una familia	El derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuestiones relativas a su función

	reproductora en igualdad y sin discriminación.
8. El derecho al empleo y la seguridad social	El derecho a no ser discriminada por embarazo
9. El derecho a la educación	El derecho a la educación sexual y reproductiva. El derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho.
10. El derecho a la educación adecuada y oportuna	El derecho a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular.
11. El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer	El derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas.
12. El derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación	El derecho a disfrutar del progreso científico en el área de reproducción humana.

Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008, pp. 26-28.

Es así, como los derechos reproductivos para las mujeres que viven con VIH deben ser defendidos y protegidos, de manera que se les brinde la información necesaria y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para que puedan tomar decisiones desde su autonomía e individualidad, como en el caso de poder decidir tener hijos/as de manera libre, sin que se vean culpabilizadas a raíz de prejuicios y mitos en relación con la condición de salud.

A pesar de que se encuentran positivizados estos derechos en normativa internacional, existen concepciones en la sociedad que vulneran el ejercicio efectivo de estos derechos, y a pesar de que el Estado está obligado a brindar la educación e información necesaria, las mujeres han tenido dificultad en acceder o bien han recibido información que reproduce el estigma, lo cual limita los derechos de las mujeres que viven con VIH. Por lo que las mujeres participantes tienen poco acceso a la educación adecuada y oportuna sobre el VIH y la reproducción y lo que se

identifica es un temor y culpa de ejercer sus derechos reproductivos a raíz de diversas representaciones sociales que existen alrededor del género y el VIH. Es así como señalan:

“Sí, pues sí lo he escuchado (...) Hay muy poca información respecto al VIH y la concepción”

(Entrevista 01)

Las mujeres con VIH tienen derecho a recibir información sobre infecciones de transmisión sexual, entre ellas acerca del VIH y por ende la obligación del Estado es de informar a la población porque aún existe mucho desconocimiento y estigmatización sobre el virus, lo que las vulnera aún más a nivel social, generando discriminación y exclusión. Además, la falta de acceso a la información adecuada, científica y veraz limita la protección de estas en cuanto a infecciones de transmisión sexual, como el VIH, aunado a la estructura patriarcal y la violencia de género como factores determinantes en cuanto a la transmisión del virus en mujeres.

Ha existido una desresponsabilización de parte del Estado, en cuanto a la obligación que tiene de brindar la información y acceso a los recursos necesarios para que las mujeres puedan tomar decisiones libres sobre su propio cuerpo, y a la vez se direcciona la responsabilidad hacia las propias mujeres por no “informarse”, lo cual lleva a culpabilizarse por adquirir el virus. Asimismo, al no conocer el derecho que tienen sobre la autodeterminación reproductiva o bien por la culpabilización de la cual son objeto, es acompañado de la falta de información adecuada y la reproducción de y mitos, sobre la concepción y el VIH, y genera que éstas decidan no tener hijos/as, pero no desde su autonomía y su poder de tomar decisiones, lo que se quiere fomentar con la investigación, sino desde el desconocimiento, temor, culpa y vergüenza.

Por lo que la “educación” presente en la sociedad sobre tener hijos/as es desde la desinformación y los prejuicios. Por ejemplo:

*“el doctor me dijo, venga entre, tenemos que decirle algo, y yo sí pero qué y me dice usted conoce lo que es el SIDA y yo: sí, ¿por qué?, es que usted salió positiva y me dice, si es que su bebé **cuando nazca a los tres meses va a morir**, su bebé no va a aguantar, creo que fue muy duro y en estas alturas yo me pongo a pensar y yo*

*quería suicidarme, porque yo decía este bebé no va a aguantar, no voy a aguantar yo, **mala información me dieron***

(Entrevista 02)

*“lo que me decía (personal de salud) era para que **no nacieran** con el virus, para que no se **murieran**”*

(Entrevista 05)

*“que yo tenía que ser consciente de que, que ahora **no podía andar de loca**, así me dijo” (en cuanto a tener hijos/as y ejercer su sexualidad)*

(Entrevista 06)

*“yo le he dicho al doctor que por mi enfermedad **me da miedo** tener un hijo y pasarle la enfermedad al bebé y el me dice que de por sí como no podía tener relaciones sexuales por el virus, que no iba a poder quedar embarazada”*

(Entrevista 07)

*“Que era una **irresponsabilidad**, igual pienso que ahora es una irresponsabilidad”*

(Entrevista 08)

*“cuando una mujer ya es VIH debería, bueno por protocolo ahora se hacen las cesáreas verdad, antes no se hacían, este, **operar** a esas mujeres para que ya **no tengan más hijos** y no seguir en el mismo rol de que se puede infectar un niño sin tener la **culpa** de lo que hacemos los padres verdad”*

(Entrevista 08)

En las frases anteriores, se observa que las representaciones sociales existentes alrededor del VIH, como muerte, irresponsabilidad, culpa; vulneran que las mujeres puedan ejercer su autodeterminación reproductiva, ya que se culpabilizan, se responsabilizan y se atemorizan. Dichas representaciones se encuentran tanto en las instituciones, en este caso en centros de salud como en la opinión general de las personas e incluso en las mismas mujeres, al ser parte de una sociedad construida con base en creencias, mitos y estereotipos que se reproducen en la propia cotidianidad de las personas. Es así como dichas representaciones limitan el derecho a las mujeres, y se les castiga como medio de control sobre su propio cuerpo. Como por ejemplo:

“Sí, porque si no hubiera sido por eso (inadecuada información), yo no me hubiera operado, y siento que hubiera sido irresponsable de mi parte haber concebido, queriendo estar embarazada, eso era antes, pero ahora me arrepiento, hubiera querido yo recibir esa información para tomar otras decisiones”

(Entrevista 02)

*“uno como mujer y si es una bendición que Dios nos da poder tener hijos, pero este, conozco de casos de compañeras que las **obligaron** (profesionales de salud y presión de familiares), le sacaron toda la matriz y todo para no tener hijos”*

(Entrevista 05)

Las frases anteriores evidencian la falta de acceso que tienen las mujeres a la educación adecuada y oportuna a pesar de ser un derecho, limitó la toma de decisiones informadas sin ningún tipo de discriminación o coerción por parte de terceras personas. Debido al sistema patriarcal y la falta de acceso a la información adecuada, científica, veraz y oportuna, las mujeres han tomado decisiones desde el temor, la presión de otras personas o desde el desconocimiento, lo cual incide en el ejercicio de sus derechos. Por esto, deben existir servicios especializados sobre su salud reproductiva y sexual, que contemple sus necesidades y desde un enfoque de género y derechos humanos. Así como a los recursos necesarios y a los métodos de planificación y/o prevención de embarazos no deseados.

8.3. Métodos anticonceptivos y/o prevención de embarazos

Los métodos anticonceptivos refieren a, según las autoras Díaz y Schiappacasse (2017) “métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sea ellas o sus parejas quienes lo usen” (p. 02).

Además, señalan diversos métodos, como por ejemplo, hormonales: píldoras, inyecciones, anillo vaginal, parche transdérmico y anticoncepción hormonal de emergencia; métodos no hormonales reversibles: Dispositivos intrauterinos, anticonceptivo de barrera como el condón (conocidos como masculino y femenino), diafragma, espermicidas, método de la amenorrea de la lactancia y métodos de abstinencia periódica como el sintotérmico; métodos no hormonales permanentes: Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina.

Por la misma dinámica del virus, las mujeres entrevistadas señalan que el método usado más frecuente es el condón masculino, sin embargo, se identifica que hay poco conocimiento sobre otros métodos, además, que señalan que no han recibido información desde centros de salud. Los métodos conocidos por estas son: condón masculino, inyección, pastillas, y el Dispositivo Intrauterino (DIU).

En cuanto al acceso a métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, las mujeres participantes indican que en centros de salud les pueden brindar el condón (masculino), pero desconocen cómo acceder a otros métodos que se adapten más a sus necesidades y preferencias:

“Díay en los EB AIS indican cuáles métodos hay, pero casi que sólo dan condones y pastillas, nunca me han preguntado qué prefiero o que valoren cuál es el más adecuado para uno o el que uno quisiera utilizar y no toman en cuenta que si la carga viral es baja hay muy poca posibilidad de contagiar a la pareja”

(Entrevista 01)

“Bueno en la organización si nos han enseñado en cuanto a eso y en el hospital no, porque como es poquito el tiempo que uno está con el doctor, medio dice pero no es tan específico la explicación digamos”

(Entrevista 04)

“Antes del diagnóstico no había recibido ninguna información sobre ningún método, sólo uno sabía por la vida, que existía el condón y eso es lo que a uno siempre le mandan en las clínicas, nunca preguntan si uno quisiera tener hijos porque eso Dios guarde, o si quiere usar otros métodos, por eso yo no sabía nada de eso, fue después que me dijeron que era VIH y llegué a la organización que conocí que habían otras opciones”

(Entrevista 05)

En las frases anteriores, se observa que a las mujeres no se les brinda información oportuna sobre prevención de embarazos o de infecciones de transmisión sexual. Debido a que se considera que tiene sustento en que a las mujeres con VIH no les brinda la posibilidad de decidir tener hijos/as, reconocido esto como su derecho,

sino que, ante el diagnóstico, la representación presente es que las mujeres no deberían tener hijos/as para evitar el contagio. Esto evidencia una visión centralizada en el no nacido, y no en la mujer, cómo históricamente se ha visualizado la concepción de la salud en cuanto a la reproducción, violentando los derechos de las mujeres.

Ante esta lógica, no pareciera tener sentido brindar información y acceso a métodos para prevenir embarazos o para buscar dichos embarazos de parte de las mujeres con VIH, aunado a que la sexualidad ha estado disminuida a la reproducción, por lo que, siguiendo el mandato patriarcal, si una mujer no va a concebir no debería tener relaciones sexuales. Esto genera que a las mujeres con VIH no se les considere un grupo relevante, derivado de representaciones sociales tanto sobre el VIH como sobre el género, para brindar información sobre la salud reproductiva, violentando el ejercicio de sus derechos reproductivos.

Por otro lado, la responsabilidad sobre la reproducción y prevención de embarazos ha sido asignada exclusivamente a las mujeres, lo cual se observa en que la mayoría de métodos han sido creados para estas, reproduciendo el rol asignado a las mujeres y su función social, sin tomar en cuenta el derecho que tienen estas a escoger sus propios métodos, además le permite a las mujeres mayor apropiación de su propio cuerpo. En este caso está muy presente el preservativo masculino, por la naturaleza propia del virus, pero las mujeres no acceden a otros métodos según sus particularidades o sus preferencias a raíz de que les hayan brindado información adecuada para la toma de decisiones.

Ante esto, retomando a las autoras Díaz y Schiappacasse (2017) las mujeres tienen el derecho de escoger el método según sus necesidades y preferencias, lo cual conlleva, por un lado, acompañamiento profesional como adecuada información; así como el acceso a los recursos necesarios, lo cual es responsabilidad de los Estados brindar a las mujeres lo necesario para ejercer sus derechos, así como tomando en cuenta

su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores, situación socioeconómica, etc.); las características del MAC (Métodos Anticonceptivos) que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver afectadas por el uso del método (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto reproductivo, etc.). (p. 02)

Por lo que, las y los profesionales de salud deben “informar sobre todas las opciones y verificar los criterios de elegibilidad, de tal forma que le facilite al usuario/a tomar una decisión propia, libre e informada” (Díaz y Schiappacasse, 2017, p. 02).

Sin embargo, en el país no existen como tales servicios de salud sexual y reproductiva específicos para las mujeres con VIH, sino que brindar o no la información queda a cargo de cada profesional en salud, lo cual no garantiza que las mujeres que viven con VIH tengan acceso efectivo a la información, recursos y métodos, que mejor se adecuen a las mujeres a la hora de tomar decisiones. Además, retomando las representaciones sociales presentes en la atención a la salud descritas anteriormente, al quedar a elección del profesional, genera una mayor reproducción del estigma, así como de la violencia institucional.

Aunque algunas mujeres participantes han tenido consulta con el área de ginecología, indican que hay un énfasis en prevención de las llamadas “enfermedades oportunistas”⁶, por lo que la intervención tiende a reducirse sobre prevención de otras enfermedades. Si bien es cierto es fundamental que desde los servicios de salud se atiendan y prevengan otras enfermedades o infecciones, no es la única área que se debe abordar, se requiere de un asesoramiento y acompañamiento que incluya el bienestar físico, mental y social; y a la vez sea un espacio en el que se pueda desmitificar prejuicios sobre la reproducción en las mujeres con VIH, con la intención de que estas disfruten de una vida reproductiva, si así lo desean, satisfactoria pero que sepan que tienen el derecho y la libertad de decidir cómo, cuándo y con quién desean compartir este aspecto de sus vidas.

Al estar la representación social presente que el cuerpo de las mujeres pertenece a los hombres como “jefes de hogar” o desde una concepción judeocristiana “cabezas de hogar”, aunado a la violencia contra las mujeres; la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos y la reproducción queda asignada a los hombres en cuanto a si este quiere o no hacer uso del condón o si quiere tener hijos, por lo cual el cuerpo de las mujeres queda a la disposición de los hombres, lo cual afecta a a las que tienen un diagnóstico positivo de VIH, tanto en ejercer su derecho a autodeterminación reproductiva de manera efectiva o incluso poder protegerse de otras infecciones de transmisión sexual. Aunado a la violencia que se

⁶ Según ONUSIDA, son enfermedades propias de la dinámica del virus, ya que aparecen debido a “falta de defensas inmunitarias a causa del virus y la presencia de microbios y otros patógenos en su entorno cotidiano” (ONUSIDA, 1999, p. 2)

da ante el diagnóstico en relaciones violentas y desiguales con sus parejas masculinas.

Al indagar sobre si en la decisión de tener hijos/as o de decidir usar métodos anticonceptivos se debe incluir a la pareja, señalan:

*“se involucra a la pareja, porque yo no puedo hacer algo sola, yo tendría que decirle a él pasa esto y esto y para qué sentirnos cómodos, no solo yo porque sería **egoísta de mi parte**”*

(Entrevista 01)

*“No, **hay que involucrarlos a ellos** (...) en realidad eso es pareja, eso es en pareja, pero también tengo que saber que yo tengo derechos y si mi pareja no quiere, hay que **tratar de que sí quiera** (Entrevista 04)*

*“por un **respeto** se debe involucrar a la pareja” (Entrevista 06)*

La idea de que el cuerpo y por ende, las decisiones respecto a este son asignadas a los hombres, genera que en decisiones que sólo le corresponden a las mujeres retomando y resignificando la apropiación de sus propios cuerpos por parte de estas, dichas mujeres sienten, que al no tomar en cuenta a los hombres en dichas decisiones, son egoístas, están irrespetando a la otra parte o deben de convencerlos para así poder tomar las decisiones que desean sobre su cuerpo y su reproducción como una aprobación que requieren por parte de los hombres.

Es por esto, que las representaciones sociales existentes sobre la reproducción y el cuerpo de las mujeres les dificulta poder ejercer sus derechos reproductivos de manera libre, además, de la violencia contra las mujeres que limita la protección sobre infecciones de transmisión sexual, como lo es el VIH y no se les brinda la oportunidad a las mujeres para tomar decisiones en cuanto a su propio cuerpo. Esto derivado de una sociedad patriarcal y capitalista, en la cual el cuerpo de las mujeres requiere estar al servicio de los hombres, tanto para el propio placer de estos, como para poder tener su descendencia. Asimismo, para la sociedad capitalista en el tanto les permite la búsqueda del desarrollo sostenible, por lo que la apropiación del cuerpo de las mujeres y la negación de la autodeterminación reproductiva de las mujeres, les ha permitido a los hombres y al Estado continuar

ejerciendo el poder sobre las mujeres, y de ahí que continúen relegando la función del cuidado y reproducción a estas.

8.3. Negociación del uso del condón como método

Las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad a contagiarse por infecciones de transmisión sexual, entre estas el VIH, debido a la violencia que existe contra estas. Dichas relaciones violentas, les impiden protegerse de manera adecuada, ya que no tienen la posibilidad de negociar prácticas sexuales seguras debido a relaciones de poder y desigualdad, así como la dificultad para negociar el uso del condón (método considerado como efectivo para prevención de ITS) con sus parejas masculinas. Esto, aunado a los mitos que existen sobre el condón.

Por un lado, cuando las mujeres proponen el uso del condón a sus parejas masculinas, esto desencadena en episodios de violencia, debido a que, según las autoras Barrios y Salvador (2017)

proponer el uso del condón dentro de una unión libre o un matrimonio se asocia a desconfianza en la pareja. Debido a que el uso del condón tradicionalmente se ha considerado algo relacionado al engaño o el trabajo sexual, la solicitud de una mujer a su pareja de usar condones puede percibirse como una ofensa, una falta de confianza, una acusación de infidelidad, o puede generar sospechas sobre la fidelidad de la mujer. Muchos hombres perciben que esto amenaza su autoridad y su control sobre la familia. (p. 02)

Por lo que, siguiendo a las autoras:

Muchas mujeres prefieren guardar silencio en lugar de proponer el uso del condón para evitar reacciones violentas o agresivas de parte de sus parejas. En muchos casos, además, los hombres se niegan a usar condones y obligan a sus parejas a tener relaciones sexuales sin protección. (p. 03).

Por lo cual, la violencia en contra de las mujeres, desde sus diversas manifestaciones: sexual, emocional, psicológica, patrimonial; atenta tanto contra la dignidad de las mujeres en su complejidad, como en el ejercicio de sus derechos reproductivos, lo cual las limita para prevenir infecciones, como el VIH. Muchas de las mujeres participantes señalaron que, al estar en relaciones estables y monógamas, no podían negociar el uso del condón porque generaba episodios de violencia, y a raíz de esto fue como adquirieron el virus:

“Yo sospechaba que él era infiel, y si me daba miedo que me pegara algo, pero pedirle que usará el condón era cómo decirle hasta de lo que se iba a morir y pues mejor no le decía nada para evitar que se pusiera violento (...) Una vez lo hice y me decía que si era que yo andaba con otro hombre”

(Entrevista 03)

“Como yo vivía violencia, no podía pedir que usarán condón porque no tenía la posibilidad, era a lo que ellos quisieran”

(Entrevista 05)

“Él siempre me decía que no (usar condón) porque no le gustaba, disque no sentía lo mismo y pues, nunca le exigí porque pensaba que después no iba a estar conmigo, y él decía que el condón sólo lo pedían los infieles y pues no quería que pensara que yo andaba con otro, porque no era verdad, sólo estaba con él”

(Entrevista 07)

Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2019)

Si bien, factores como los biológicos, el escaso poder económico, el matrimonio infantil, el abuso, la violencia y la discriminación contra las mujeres las hacen más vulnerables para contraer el VIH, se debe considerar que estas mujeres se infectan principalmente en relaciones heterosexuales, a menudo dentro del matrimonio. (p. 3)

La mayoría de las mujeres que adquieren el virus están en relaciones monógamas heterosexuales, en las cuales hay presencia de violencia. Por lo que un factor importante se debe a las prácticas sexuales de riesgo de los hombres, lo cual se debe a la construcción social y cultural sobre la masculinidad hegemónica y la sexualidad.

Ante esto, Olavarría y Moletto (2002) señalan que

la sexualidad masculina ha estado históricamente marcada por el deseo irrefrenable y el ser activo sexualmente, característica que se simboliza y actualiza en la penetración sexual (...) Así, se ha establecido que la sexualidad masculina está signada por la búsqueda activa del goce sexual, a través de un impulso irrefrenable, lo que Bordieu denominaba "libido dominandi. (p. 61).

Por lo que, a diferencia de las mujeres, la sexualidad masculina “ha tenido históricamente "licencia sexual", el placer sexual constituye algo "que se permite"” (Olavarría y Moletto, 2002, p. 61).

Asimismo, en las relaciones heterosexuales, existe una relación de poder, en la cual el hombre ha sido quien ejercer el poder en todas las esferas de la vida. Ante esto, los autores Olavarría y Moletto (2002) señalan que

Un segundo elemento que se haya críticamente implicado en el placer masculino heterosexual: el poder. La sexualidad masculina activa no sólo tiene como contra partida la pasividad y la receptividad, sino que supone la existencia de un sujeto (hombre/cultura) que puede acceder a y dominar un objeto (cuerpo femenino/ naturaleza). (p. 64)

Dicho cuerpo dominado, ha sido el de las mujeres. por lo que esta concepción de la sexualidad, en la cual los hombres tienen “libertad”, un deseo irrefrenable que deben satisfacer ha generado que desarrollen prácticas sexuales de riesgo y de violencia sexual, lo cual afecta a las mujeres, ya que al encontrarse en relaciones de violencia y, por ende, de poder, tienen mayor dificultad para protegerse del VIH al negociar el uso del condón o prácticas sexuales seguras.

Por otro lado, existen mitos y creencias relacionadas sobre el uso del condón. Según el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PromSex, 2011) los mitos

no solo son el resultado de la cultura popular, también son creados o reforzados intencionalmente con el fin de sustentar determinadas posturas u opiniones. Hay pequeños grupos de la sociedad, especialmente vinculados a algunas religiones que consideran que las relaciones sexuales tienen que estar siempre orientadas a la reproducción y que deben darse únicamente dentro del matrimonio (p. 9).

Siguiendo al Centro de Promoción, por ello, se transmiten mitos, ya sea con fines políticos, religiosos o desde el desconocimiento, que pueden desencadenar en manifestaciones de violencia hacia las mujeres, que limitan su protección y dificultan su negociación, así como temores. Por ejemplo: Disminuye el placer en el hombre, por lo cual, ante lo explicado anteriormente sobre la construcción de la sexualidad masculina, hay una negación en su uso; así como si la mujer pide el uso del preservativo es porque desconfía o es infiel.

Dichos mitos refuerzan la violencia en relaciones de pareja, por lo que las mujeres quedan desprotegidas en las relaciones sexuales, aumentando el riesgo de transmisión del VIH; así como negando a las mujeres sus derechos reproductivos o limitando su ejercicio pleno y efectivo.

En las relaciones de poder, el hombre es quien decide cuántos hijos/as tener, por lo que se disminuye la posibilidad del uso de métodos anticonceptivos y de prevención de ITS. Esto, relacionado con que la sexualidad de las mujeres ha sido sinónimo de reproducción. Por ejemplo:

“Él me decía que no podía usar métodos anticonceptivos porque yo tenía que tener hijos (...) yo no quería tener más hijos, entonces tenía que ir a inyectarme a escondidas tenía un trato con la farmaceuta y cada vez que yo iba con él, ella ya sabía a qué iba (...) después del diagnóstico era igual, pero ahí si ya me cuidaba mucho más porque me daba miedo tener un hijo que saliera con el virus”

(Entrevista 02)

Esta concepción sobre el cuerpo de las mujeres, la maternidad y el poder que ejercen los hombres sobre estas, violenta sus derechos reproductivos, negando acceso a métodos, e incluso obligándoles a procrear cuando no lo quieren, sumado a la connotación negativa que existe sobre el virus. De manera que hay mayor culpa hacia las mujeres con VIH cuando están embarazadas, invisibilizando que, por un lado, es un derecho, y por otro, la dinámica violenta en que se encuentran las mujeres.

Es necesario que las mujeres puedan tomar decisiones exclusivamente sobre sus propios cuerpos como un derecho, sin coerción, violencia y con la información adecuada. Sin embargo, al estar en relaciones violentas, estas decisiones no son una opción para las mujeres, por lo que los hombres disponen del cuerpo de las mujeres en relaciones de poder, por lo que, al tener relaciones sexuales las mujeres no pueden protegerse ante otras infecciones, así como ante embarazos no deseados. Violentando así su libertad reproductiva.

Sin embargo, a pesar de que la transmisión se da en este contexto, aun así, se culpabiliza a las mujeres, invisibilizando la estructura patriarcal y machista, debido a que el cuidado y la protección ha estado ligado al significado de ser mujer. Además, no se retoman las prácticas sexuales riesgosas de sus parejas masculinas, derivadas al modelo masculino descrito anteriormente, sino que la única responsabilidad está en

las mujeres, reforzando la misoginia y, por ende, la violencia y discriminación hacia éstas. Por lo que la negociación del uso del condón como principal medio para prevenir ITS no es una posibilidad para las mujeres.

8.4. Maternidad

La maternidad como una construcción social, históricamente para las mujeres se ha considerado como su función y propósito primordial, ya que según Lagarde (2003) “se reconoce la procreación femenina como un deber ser y por su carácter natural es irrenunciable, debe ser realizada: todas las mujeres son madres de manera independiente de la procreación y de la edad” (p. 13). A su vez, Lamas (2009) considera que

Muchas mujeres son madres porque nacen en una sociedad que tiene un discurso sobre su papel, ellas mismas, la forma de pensarse, la construcción de su propia imagen, de su autoconcepción, tienen incorporadas esas definiciones culturales: su conciencia está habitada por el discurso social que plantea la maternidad como el destino natural y por tanto inevitable de las mujeres. (p.4).

Por lo cual, la maternidad está asociada con diversos mitos como el amor maternal desde el sacrificio o como un instinto natural. Sin embargo, según Sánchez (2016) la maternidad “no es un hecho natural a pesar de involucrar procesos biofisiológicos. A su vez, ha sido condicionada por modelos impuestos que arrebatan la autonomía de las mujeres y ocultan las condiciones de desigualdad en que se ejerce (p. 921). Por lo que es necesario comprender la maternidad no desde la imposición social para las mujeres, sino como un derecho en el que las mujeres pueden decidir o no tener hijos/as, por lo que se les debe brindar la información adecuada a estas para promover la toma de decisiones desde la libertad, autonomía e individualidad; sin dejar de lado que hay una presión social sobre estas para que sean madres abnegadas. Para una comprensión adecuada, no se debe dejar de lado la perspectiva de género.

Las autoras Bravo, Dides y Pérez (2003) colocan que la maternidad debería ser entendida en las mujeres viviendo con VIH como un derecho a ejercer libre y de manera informada. Este derecho se relaciona con los principios éticos del control del cuerpo, la igualdad y diversidad. Para lograrlo se requiere de un proceso de deconstrucción e información, en el cual se vean involucrados diferentes actores de la sociedad, una adecuada educación sexual, así como servicios de salud sexual y

reproductiva que particularizan este tema y coloquen la perspectiva de género en dichas intervenciones.

Por medio de estos procesos, se da el reconocimiento histórico en cuanto a los roles asignados a los géneros, la relación intrínseca que a nivel social se establece entre mujeres-maternidad. A todas las mujeres, indistintamente de sus condiciones sociales, se les debe garantizar el acceso a ejercer la maternidad sea por sus propios deseos y conscientes de esta decisión y no por imposiciones sociales.

Sin embargo, en el caso de las mujeres con VIH, el ejercicio de la maternidad se ve cuestionado por la transmisión perinatal hacia sus hijos, obviando que, cuando hay una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral, se reduce las cifras de transmisión del VIH, hasta un 5%. La OMS junto con otras asociaciones establece normas y estándares mundiales en relación con la prevención, atención y tratamiento de las embarazadas, las madres y sus hijos; elaborar estrategias que promuevan la integración de la prevención de la transmisión vertical del virus en los servicios de salud para la madre, el recién nacido y el niño o niña (OMS, 2020). Sin embargo, debido a las representaciones sociales sobre el VIH y la maternidad, a las mujeres con VIH se les ha negado la opción de decidir tener hijos/as dado al temor y culpa que se les impone.

Además, que para las mujeres que viven con VIH que deciden tener hijos/as o que por otras razones fuera de la decisión propia y autónoma como por el mandato patriarcal y la violencia que existe contra las mujeres, los tienen, hay una disciplina y castigo, lo cual se desarrolla más adelante.

Para las mujeres participantes, la maternidad y la decisión de tener hijos ha tenido muchos significados y cambios antes y después del diagnóstico, lo cual se puede visualizar a continuación:

“Si antes de tener hijos hubiera estado con el virus no los hubiera tenido a pesar de que siempre quise tener hijos. Pensaría que sería una madre irresponsable, que no pensó en su bebé (...) ahora pienso que tiene el derecho de tener hijos y de tener su sexualidad”

(Entrevista 01)

“Si tuve presión por tener hijos de parte de la sociedad, como que era un requisito, creo que no era como para mí pero al final los tuve por cómo esa presión y pensaba que era o que todas teníamos que hacer (...) creo que si hubiera tenido el virus antes probablemente no los hubiera tenido, tenía como esa excusa”

(Entrevista 02)

“yo le dije que me operara porque yo no quería volver a pasar por esto y entonces me operaron (...) yo pensaba que quería tener otro bebé, pero también pensaba que era una irresponsabilidad tener otro bebé así (...) siento que en lo más profundo de mi corazón si me hubiera querido tener otro bebé, pero bueno”

(Entrevista 03)

“Creo que ha sido lo mejor, lo mejor, lo mejor hasta hoy, ha sido lo mejor de mi vida, son mi fuerza, mis ganas de querer seguir viviendo y la mayor bendición que Dios me ha dado, son mis hijos y que ha valido la pena todo lo que he tenido que pasar por amor a ellos”

(Entrevista 03)

“para mí la maternidad es lo mejor que me pudo haber pasado en la vida, es una experiencia super bella y que todas tenemos derecho”

(Entrevista 04)

“hacerse sentir que de verdad es una mujer que pudo procrear (...) ya después cuando yo tuve mi tiempo loco, yo me iba a bailar y todo y fui una mamá muy irresponsable”

(Entrevista 04)

“Amor de madre, vida, milagro, bendición, y un regalo de Dios (...) la maternidad es como les acabo de decir, un don que Dios nos da”

(Entrevista 05).

“Una responsabilidad muy grande. Uno se tiene que partir en mil pedazos como mamá “

(Entrevista 07).

“Como hacemos muchas cuando tenemos hijos, olvidarnos de nosotras mismas para darle tiempo a los demás”

(Entrevista 7).

A partir de lo anterior, se evidencia que hay una idea sobre la maternidad desde la culpa, presión social, ligado a la identidad de las mujeres y el proyecto de vida. Para las mujeres, a raíz de la imposición social y el mandato patriarcal, la maternidad ha representado la posibilidad de sentir que efectivamente son mujeres. Esto, ya que la identidad femenina ha estado limitada a la procreación. Se observa una diferencia en cuanto a la maternidad en las mujeres que han tenido hijos/as antes del diagnóstico, de las que los tuvieron después.

En las primeras, la maternidad ha seguido un rol tradicional y una concepción romántica, ligado a un regalo de Dios, una bendición, lo mejor que puede pasar en la vida, sacrificio. Sin embargo, en las que tuvieron hijos/as después del diagnóstico, la maternidad ha representado algo difícil, doloroso, cargado de culpa. Esto, por el temor de la transmisión vertical, la culpabilización y el medio de castigo de la sociedad hacia estas.

En las mujeres entrevistadas, se identificó que el abordaje desde los centros de salud ha reproducido la culpa, el estigma, el temor, donde les han indicado que el hijo/a se va a morir, o que por culpa de estas va a nacer enfermo. Incidiendo así, las representaciones sociales en las decisiones o experiencias de las mujeres en cuanto a la procreación.

Sin embargo, el punto en común de las mujeres, es que la maternidad es la que les ha permitido “salir adelante” y a raíz de esta, han vinculado su identidad como mujeres, su propósito, el justificante del “sufrimiento”. Esta concepción de la maternidad, genera que las mujeres se nieguen a sí mismas, y puedan dejar de lado el “problema”. Esto, siguiendo a Lagarde, representa la imposición patriarcal hacia las mujeres sobre “ser por y para otros”. por lo que se evidencia que, aunque a las mujeres con VIH se les niega el derecho a tener hijos/as, la lógica sigue siendo patriarcal, como se detalla más adelante.

Según Viñas, Álvarez, Erosa, Evangelista y Sánchez (2017) el VIH

enfrenta a las personas a los imaginarios sociales sobre el virus y la enfermedad, a sus propias historias, relaciones y contextos (...) Por lo tanto, representa un punto de quiebre que tiene impactos sobre el cuerpo y la cotidianidad, en el terreno de lo subjetivo, donde pueden replantearse valores, ideas y proyectos (p. 209)

Por lo que, en cierta medida, el VIH replantea el significado y valor sobre la maternidad. Retomando lo anterior, a las mujeres que tuvieron hijos/as antes de recibir el diagnóstico, la maternidad ha significado el “motor por el que continuó a pesar de todo” (Entrevista 01). Para las mujeres que tuvieron hijos/as posterior al diagnóstico, la maternidad ha tenido otras implicaciones, dado a que tanto el cuerpo y la sexualidad se han resignificado, aunado a la llamada transmisión vertical, ya que ésta, según los autores mencionados anteriormente, “como posibilidad o como hecho, configura la experiencia del cuerpo en un objeto doblemente negativo: como agente de contagio, como amenaza para otro, o como objeto vacío de sentido” (p. 210).

Ante esto, tomando en cuenta que la maternidad ha sido históricamente asignada como rol y/o función social “natural”, ante la presencia del VIH “se supone que el cuerpo ya no es apto para la sexualidad reproductiva o la crianza” (p. 210). Asimismo, los autores refieren que existen conflictos ante el embarazo en mujeres con VIH, ya que ante la concepción y esperada del hijo/hija se representa la vida, pero ante el diagnóstico del VIH se representa la muerte (como una representación social que ha existido alrededor del VIH).

Por lo que para las mujeres con VIH la maternidad significa angustia e incertidumbre y un replanteamiento de su identidad como mujer, donde antes era un hecho “natural” la reproducción, posterior al diagnóstico, se visualiza que las mujeres que tienen hijos/as son irresponsables, o representando una “mala madre”. Como refieren Viñas, Álvarez, Erosa, Evangelista y Sánchez (2017) en el significado de la maternidad surgen atributos e ideales, por lo que se categoriza en “las buenas y las malas madres” según estos estándares. Señalan que “a la primera se les atribuyen cualidades de entrega a su función, sacrificio y protección; a sus contrapartes, las que incumplen con exigencias, las que se alejan de los estándares legitimados por los ámbitos médico y jurídico, las que no muestran deseo ni amor maternal” (p. 213).

Ante esto, a las mujeres con VIH se les señala como “malas madres” o irresponsables, por no negarse el derecho a tener hijos/as. Y se señala como “buena” a las que deciden no tener hijos/as por su diagnóstico, al sacrificarse y negarse ellas

mismas, desconociendo los alcances del tratamiento. Sin embargo, sigue asociada la idea del sacrificio como cualidad “innata” de las mujeres, y a quienes toman esta decisión se les aplaude y se visualizan como “dignas”.

En el caso de las mujeres que viven con VIH y tuvieron hijos/as, hay una culpabilización y responsabilización exclusiva ante la carga social de la reproducción destinada únicamente hacia las mujeres. Es así como los autores Viñas, Álvarez, Erosa, Evangelista y Sánchez (2017) señalan que

Para aquellas mujeres que se culpan e identifican en sus actitudes las causas de sus comportamientos, las consecuencias resultan diferentes. La idea es compartida, hay responsables, pero, en este caso, las que transgredieron fueron ellas. La transgresión corresponde a eventos relacionados con el ejercicio de la sexualidad fuera de lo considerado “normal” y con comportamientos calificados como inapropiados. Esto es fuente de vergüenza y, por lo tanto, coexiste con un sentido de merecimiento y de castigo. (p. 220).

A partir de lo anterior, es que está la idea de “irresponsable”, “andar de loca”, “deberían operarlas”, “egoísta”, “muerte”, e incluso el sentido de imposibilidad ante lo cual toman la decisión de operarse, etc. las cuales son expresiones usadas por las participantes en relación con la maternidad. Esto, aunado con el temor por “pegarle el virus a mis hijos, no me lo podría perdonar” (Entrevista 05).

Este castigo y culpabilización se dirige exclusivamente hacia las mujeres, a pesar que la mayoría son infectadas por sus parejas masculinas en relaciones heterosexuales. Esto, bajo el ideario en que para los hombres es casi que “permitido” el contagio, derivado de la construcción de la masculinidad señalada anteriormente, pero para las mujeres no es permitido desde la pasividad e inacción con que se les asocia. De ahí que se les “deba” de castigar y culpar.

Al referirse a maternidad, es necesario abordar el concepto de maternidades desde una perspectiva de género, en la cual, hay una pluralidad y diversidad en cómo las mujeres pueden ejercer la maternidad, apartando el sacrificio y entrega como elementos cruciales tradicionales. De esta forma, se retoma que existen diversas madres con particularidades y necesidades diferentes, lo cual no implica en una dicotomía moral de bueno y malo= buenas madres y malas madres.

8.5. Lactancia

La lactancia es otro elemento que se resignifica en las mujeres que viven con VIH. Barrantes y Cubero (2014) señala que la lactancia materna históricamente ha tenido un significado importante en la identidad femenina, donde amamantar= ser madre = ser mujer. Existe de igual forma una categorización de “buena” y “mala” madre alrededor de la lactancia, donde la mujer que amamanta es una buena madre, la que no lo hace, es una mala madre. Se visualiza la lactancia desde un instinto biológico, por lo tanto, natural, por lo tanto, un “deber”. Así como en la maternidad, también hay una idealización y hasta una romantización de la lactancia.

Por lo que, la lactancia natural sería considerada una responsabilidad exclusivamente femenina y materna. Se entiende que la mujer o la madre es la única con capacidad biológica para amamantar y la leche materna es el alimento básico de la correcta nutrición para los recién nacidos (Barrantes y Cubero, 2014, p. 13).

Ante esto, hay una obligación en que la mujer que es madre debe sí o sí amamantar a sus hijos, debido a que es lo bueno y correcto, desde conceptos morales. Y se sigue la siguiente lógica planteada por la autora, “Por tanto, si una buena madre es la que busca satisfacer las necesidades de sus hijos/as, debe optar por la lactancia materna como forma de satisfacerlas” (p. 14).

Además, la autora señala otra dicotomía existe en el discurso de la lactancia, que responde al éxito o fracaso. Por lo que existe una lactancia exitosa, que implicaría continuar con el amamantamiento durante largos períodos de tiempo, lo cual representa un logro como madre. En contraposición, no amamantar significa un fracaso en la maternidad.

Por lo que la lactancia “es una parte más en la vida reproductiva de la mujer y no es una condición para ser madre. Es una posibilidad y una elección en la vida de la mujer, no es un imperativo legal o un deber hacer” (Barrantes y Cubero, 2014, p. 15). Ante esto, se reafirma que ser madre no implica amamantar.

Las mujeres que viven con VIH, ante la trasmisión del virus en la leche materna, atraviesan un proceso de resignificación de su identidad femenina, tanto como mujeres y como madres. Por lo que, a pesar de que socialmente la lactancia no ha sido visualizada desde una posibilidad y decisión de la mujer, sino desde un deber, para las mujeres con VIH este significado cambia y no se vincula estrechamente con las ideas de ser buenas madres o mujeres. Esta transformación se visualiza entre las

mujeres que han tenido hijos/as previo a conocer su diagnóstico, como las que se dieron cuenta posterior a tener sus hijos/as:

Entre las que tuvieron hijos/as previo al diagnóstico, señalan lo siguiente:

“Es como una conexión entre madre e hijo, es de lo más importante en la maternidad” (Entrevista 05)

“Creo que es una etapa muy linda, porque es un vínculo entre el hijo y uno verdad entonces es muy bonita la lactancia” (Entrevista 02)

“No me imagino si no hubiera podido amamantar a mis hijos, no me hubiera sentido como una buena madre, por dicha tuve mis hijos antes del diagnóstico”
(Entrevista 01)

En cambio, las mujeres que tuvieron hijos/as y ya conocían su diagnóstico, indican:

“No me gusta la lactancia, para mí no es tan importante, creo que comprendí que hay otras formas de cuidar de ellos y no necesariamente a través de dar teta”
(Entrevista 03)

“La lactancia pasa a un segundo plano y deja de ser tan importante cuando ya uno conoce que tiene el virus, en la clínica me dieron unas pastillas ahí para secar la leche nada más pero tampoco es que le expliquen a uno mucho sobre la lactancia, sólo le dicen que no y que no, porque si no uno sería el culpable de que el bebé se contagie y obviamente uno no va a querer eso”
(Entrevista 05)

“Para mí no tuvo ningún significado, antes no me imaginé que uno pudiera tener hijos y no amamantar, me parecía una locura, pero ya después por el VIH uno puede entender que no es tan importante como la gente dice, y que depende de uno el vínculo que quiera tener con los hijos, no sólo a través de amamantar se puede”
(Entrevista 06)

“Pues una parte de mí si hubiera querido darle leche a mis hijos, más que todo porque la gente habla mucho y dice que eso es lo que ellos necesitan y que si no toman leche materna es como si uno fuera una mala mamá o no los quisiera,

incluso dicen que para que uno tener hijos si de por sí o salen enfermos por el virus o salen enfermos porque uno no les da leche, pero en mi caso ninguno de mis hijos se enfermó ni nada por el estilo, entonces ahí fue que entendí que no era tan esencial como dicen”

(Entrevista 07)

La lactancia, a partir del VIH se resignifica para las mujeres y la idea asociada a una buena o mala madre desaparece en muchas ocasiones, ya que a raíz de sus propias experiencias pueden confrontar la información que han recibido a partir de las representaciones sociales existentes y su cotidianidad. Aunque sigue existiendo la idea de las personas, en que, si no pueden amamantar para qué tener hijos/as, desde la obligación; a partir de la experiencia de la lactancia con el VIH, las mujeres pueden concluir en qué no está relacionado con ser buena o mala madre.

De igual forma que con las maternidades, es necesario referirse a las lactancias dentro de sus diversas posibilidades, experiencias reconociendo que

la diversidad en la lactancia abarca distintas situaciones que van desde madres que no amamantan a sus criaturas por diferentes razones -por propia decisión personal o por situaciones especiales-, mujeres que amamantan a bebés de otras mujeres (nodrizas), madres adoptivas tras someterse a ciertos tratamientos hormonales consiguen amamantar a sus hijos/as no biológicos (lactancia inducida), madres que relactan (restablecimiento de la lactancia tras haber sido ya destetado el bebé), mujeres que amamantan a varias criaturas a la vez. etc (Barrantes y Cubero, 2014, p. 16)

Además, retomar que la lactancia no es una responsabilidad exclusiva de las mujeres, sino que es una “responsabilidad social y colectiva ... (no) relegada al ámbito privado y doméstico” (p. 16)

A pesar de que las mujeres que viven con VIH han resignificado la lactancia, es importante tomar en cuenta un aspecto mencionado por las autoras Barrantes y Cubero (2014), en el cual no se podría hablar de una resignificación completa dado que es necesario que la toma de decisiones sobre la lactancia sea desde la información adecuada y necesaria para que las mujeres puedan tomar dichas decisiones desde su deseo y autonomía. Las mujeres participantes indican que no

conocen información sobre la lactancia y el VIH, lo único que saben es que no pueden amamantar, por lo que se podría dar una resignación, siguiendo a la autora, y no una decisión propia, la cual ha sido originada por “falta de apoyo, de información y asesoramiento a la madre desde todos los ámbitos sociales” (Barrantes y Cubero, 2014, p. 16).

Esto se observa en el discurso planteado por estas: “Una parte de mi si hubiera querido”, “deja de ser importante cuando uno ya conoce que tiene el virus”, “antes no me imaginé que uno pudiera tener hijos y no amamantar”. Esto, ya que las mujeres construyen su identidad femenina en la sociedad actual desde las imposiciones sociales, por lo que la lactancia y la maternidad son un punto clave.

Es necesario que, desde los centros de salud, se les brinde a las mujeres la información necesaria y adecuada desde una perspectiva de género en sus procesos de resignificación de la maternidad y la lactancia, de manera que fomenten el ejercicio de los derechos reproductivos desde la autonomía, individualidad, sin prejuicios y estigmas.

8.8. La atención y los servicios de la salud reproductiva de las mujeres

El derecho de autodeterminación reproductiva tiene como base, además, el derecho a la salud reproductiva, con el cual se busca proteger y garantizar un nivel alto de salud para las mujeres, de manera que contribuya a su bienestar.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, define la salud sexual y reproductiva de la siguiente manera:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (ONU, 1994, p. 46)

Ante esto, Núñez (2015) señala que

“La salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar emocional, social, físico y médico, lo que no implica necesariamente una ausencia de enfermedades, sino que su relevancia radica en una adecuada educación y proporción de la atención médica requerida. Más allá de la prevención y la cura de enfermedades, la salud sexual y reproductiva implica el fortalecimiento de la vida íntegra de la persona, en el sentido de que involucra el disfrute de la sexualidad en concordancia con los demás derechos fundamentales y humanos, por lo que no se puede concebir el respeto a unos desatendiendo los otros. La salud sexual y reproductiva, comprende el derecho al disfrute de una vida sexual plena, sin riesgos, y con el amparo Estatal para lograr su efectiva consecución” (p. 46).

Además, el IIDH (2010) señala que

“la salud reproductiva constituye un aspecto fundamental del bienestar de las mujeres. Si las mujeres no tienen acceso a servicios seguros y de buena calidad existe el riesgo de que aumente su vulnerabilidad ante una serie de problemas de salud, como muerte durante el embarazo o el parto, embarazos no deseados o no planeados, infecciones de transmisión sexual y abortos inseguros” (p. 73).

Un punto importante a retomar, es que el papel del Estado es fundamental para brindarle a las mujeres que viven con VIH el acceso y atención oportuna de su salud reproductiva de manera integral y que atienda a las necesidades y particularidades de las mujeres.

Sin embargo, aunque el marco normativo existente en cuanto a los derechos de las mujeres, ha permitido fundamentar diversas acciones encaminadas a la defensa de los derechos y a mejorar la calidad y condiciones de vida de estas; reconociendo como un derecho la salud reproductiva, se ha observado que la atención de la salud de la mujer ha estado vinculada en cuanto a tener las condiciones adecuadas para poder procrear y dirigidas a la población en etapa fértil consideradas “aptas” para asumir esta función social asignada; sin embargo, para las mujeres con VIH ha estado enfocada en la atención de la condición de salud como tal, relegando

la necesidad de la atención de la salud reproductiva de manera integral, brindándoles la oportunidad de tomar decisiones en cuanto a su cuerpo y su reproducción.

El IIDH (2010) señala que “los derechos sexuales y/o reproductivos reconocidos como derechos humanos implican también la obligación de asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva” (p. 65). Por lo tanto, las mujeres que viven con VIH tienen derecho a recibir:

- Información, consejería, servicios e insumos de anticoncepción (o planificación familiar), incluida la anticoncepción de emergencia.
- Servicios de salud materna de calidad (atención prenatal, parto y postparto, y atención obstétrica de emergencia).
- Servicios de interrupción de embarazo (aborto) dentro del marco legal permitido en cada país, y servicios seguros y accesibles de atención al posaborto.
- Prevención, tratamiento y atención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.
- Educación integral e información sobre sexualidad. (pp. 65-66).

Asimismo, existe una obligación por parte de los Estados en cuanto a los derechos reproductivos. Según IIDH (2008) los “Estados tienen tres niveles de obligación: tienen que respetar el derecho, protegerlo y cumplirlo” (p. 68). Ante lo cual, indican que “respetar un derecho generalmente significa que el Estado no debe violarlo directamente y debe reconocerlo como derecho humano (...) Proteger un derecho significa promulgar leyes y crear los mecanismos para prevenir su violación (...) cumplir un derecho significa adoptar las medidas necesarias y crear las instituciones y los procedimientos, así como la distribución de recursos, para permitir que las personas puedan gozar de un derecho” (p. 68).

Actualmente, Costa Rica ha rectificado diversa normativa relacionada con la protección de los derechos humanos de las mujeres, sin embargo, en materia de derechos reproductivos de las mujeres con VIH, se considera que hay ausencia de mecanismos para la protección de este derecho, por lo cual las representaciones sociales alrededor de este derecho continúan incidiendo y vulnerando el ejercicio de

la autodeterminación reproductiva y las decisiones de las mujeres en cuanto a su cuerpo.

Al consultar a las mujeres si consideran que debe de haber servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para mujeres y/o que retomen las necesidades de las mujeres, señalan:

“Sí claro, porque hay muy poca información, o sea. (...) Porque las mujeres somos las que cargamos prácticamente con esa responsabilidad reproductiva”

(Entrevista 01)

“creo que sí, si porque muchas mujeres les da temor tener una relación y reproducirse, porque creen que por un diagnóstico ya un hijo puede nacer enfermo que aquí, que allá, ok sí hay que tener ese pensar, pero a la vez también sería bueno que les digan que no, o sea que todas tenemos derecho de ser madre y si no pudimos en algún momento, tenemos derecho”

(Entrevista 04)

“yo siento que como que debería ser como un tipo, que sé yo, un psicólogo o algo así que tengamos un espacio donde podamos expresar los temores que tenemos o las dudas que tenemos en cuanto a la sexualidad y que sea exclusivo para eso”

(Entrevista 04)

“ya habiendo especialistas en atención de salud reproductiva, si tu vas a poder hablar abiertamente y te van a dar ese seguimiento”

(Entrevista 05)

“Yo creo que en esto del seguro (atención de la salud sexual y reproductiva) si es un pésimo servicio, no se toma en cuenta esas necesidades”

(Entrevista 07)

“lo que es en clínicas de salud deberían de tener eso, información y que los doctores o el personal ahí de salud que les explique bien a los pacientes, a uno lo que necesita, porque muchas personas no conocen esta información detallada y sería bueno que en las clínicas, hospitales y EBASIS tengan esa información para

que conozcamos, los pacientes sepan”

(Entrevista 07)

A pesar que es un derecho, las mujeres que viven con VIH, reciben poca consejería y/o educación reproductiva. Ninguna identifica haber recibido desde los centros de salud a pesar de manifestar el interés, acompañamiento sobre su salud sexual o reproductiva, la información que les brindan desde centros de salud en algunas ocasiones, está permeada de mitos, estereotipos y prejuicios:

“Sí, que en la condición de uno no puede andar teniendo relaciones sexuales o no correr el riesgo de quedar embarazada”

(Entrevista 04)

Además, reciben poca información sobre otros temas como educación sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual, lactancia, maternidad e incluso las mujeres que estuvieron embarazadas después de conocer su condición de salud, señalan que no recibieron recomendaciones sobre el parto, durante el embarazo, sólo en cuanto al tratamiento o los controles regulares:

“Sólo los controles que uno va cada mes, pero nada más me dijeron”

(Entrevista 07)

Se identifica que, desde los centros médicos, la atención se da desde una “prevención”, que sería más bien una negación en cuanto a sus derechos: no tener hijos/as, no ejercer su sexualidad para evitar más contagios o la prevención de las llamadas enfermedades oportunistas, así como el seguimiento de controles en cuanto al tratamiento y al estado serológico, pero no hay un enfoque integral en la atención. ONUSIDA (2017) señala que “Se sabe que algunos programas de VIH centrados en mujeres embarazadas enfatizan las medidas coercitivas dirigidas al riesgo de transmitir el VIH al feto”.

Como señalan Viñas, Álvarez, Erosa, Evangelista y Sánchez (2017) “desde la biomedicina, la salud reproductiva de las mujeres que viven con VIH se ha concentrado en el bebé no nacido y en la prevención de la transmisión vertical” (p. 210). Así como “El deseo, la posibilidad de embarazo, las dudas y la orientación en las diferentes etapas no son motivos de consulta en el ámbito médico. La falta de

consejería y de acompañamiento se identifican como las principales barreras, junto el estigma y la discriminación” (p. 211).

Esto limita el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, ya que no pueden acceder a la información adecuada, a los recursos y métodos según sus necesidades y preferencias, lo cual vulnera aún más sus derechos y por ende el desarrollo de su autonomía y la protección a su dignidad como mujeres y seres humanos.

Ante lo anterior, es necesario que las mujeres que viven con VIH puedan recibir atención a su salud reproductiva, en la cual se incluyan temas como planificación familiar, acceso a métodos anticonceptivos, y consejería de manera integral, que retome las necesidades y particularidades de cada mujer, desde una perspectiva de género. Sin esto, las mujeres tendrán mayor dificultad de ejercer su derecho de autodeterminación reproductiva. Por lo que es necesario, asimismo, que se visualice la salud reproductiva como un derecho de las mujeres que viven con VIH, de manera que se les brinden los recursos, la información y atención para que ejerzan sus derechos y a una atención integral de su salud.

8.9. La negación del derecho de autodeterminación de las mujeres que viven con VIH

Históricamente a las mujeres se les ha asignado la responsabilidad de la reproducción, como lo señala Planned Parenthood (2021) de 19 métodos según la lista presentada por la OMS, 17 son dirigidos a mujeres. Además, que la maternidad ha sido una imposición social hacia las mujeres, como se mencionó anteriormente, como un aparente deseo innato socializado en las mujeres desde la niñez, como una meta o máximo objetivo a alcanzar en la vida de estas. Lo cual tiene base en el control del cuerpo de las mujeres por parte del Estado como de los hombres.

Sin embargo, a las mujeres con VIH se les restringe el derecho a decidir sobre su reproducción de manera libre a pesar que existe normativa internacional que establece y reafirma los derechos reproductivos. Dicha negación se realiza a través de diversas representaciones sociales y mecanismos.

Existe una culpabilización hacia las mujeres que viven con VIH que deciden tener hijos/as o que los tienen por otras razones distintas a la decisión propia. Siguiendo a la autora Piedra, la cual retoma el análisis de Foucault desde una perspectiva de género, y retomando la disciplina y vigilancia, como “método en que distintas sociedades han logrado ejercer control y poder, para ajustar a las personas a normas, valores propios de quienes dominan” (Piedra, 2004, p. 127). El cual, siguiendo a la autora, “es un sistema que se apoya unos sobre otros (...) permite así que el poder disciplinar sea totalmente *indiscreto*, ya que está por doquier y siempre alerta. A la vez *discreto*, ya que funciona permanentemente y en una buena parte en silencio” (p. 128).

El cuerpo se convierte en el primer lugar desde el cual se ejerce el poder y sobre el que se ejerce poder. De ahí, que tanto la estructura social con sus instituciones y las personas, ejercen poder sobre el cuerpo de las mujeres y, cuando se sale de lo “normal” o “permitido”, se usa la disciplina para castigar. Si se parte de la lógica en que las mujeres con VIH no pueden o no deberían tener hijos/as por ser consideradas no aptas, al hacerlo recae una disciplina sobre estas, en la cual, las personas se convierten en vigilantes y hacedores de dicha norma, por lo cual estigmatizan y discrimina, como culpabilizan a estas mujeres. Esto se convierte en un ideario y, por lo tanto, se instaura en la vida de estas mujeres como una realidad.

Y al exigirle al cuerpo de las mujeres la reproducción como “explotación de sus máximas capacidades en busca de una eficiencia total” (Piedra, 2004, p. 128), a las mujeres que viven con VIH se les exige lo contrario, ya que no se considera que en estas la reproducción sea una eficiencia total de acuerdo al sistema capitalista y patriarcal, se les niega su capacidad para tomar decisiones de acuerdo a su autonomía e individualidad; generando culpa y castigo con el objetivo de disciplinar y mantener dócil el cuerpo de las mujeres. De esta forma “Se vigila la conducta para apreciarla, sancionarla y medir los méritos y cualidades” (Piedra, 2004, p. 129).

La autora retoma la construcción de la subjetividad en relación con los otros y otras e identifica que se da una culpa “que azota el corazón de las mujeres que se debaten entre el ser para todos y negar el ser para sí; culpa por el placer negado, creando así su propio cautiverio” (Piedra, 2004, p. 132). Esto, a raíz de una moral occidental y tradicionalmente con influencia de la religión, en la cual se desarrollan

relaciones de poder e influye en la cotidianidad y en la construcción de las subjetividades, por lo que, quien no sigue las normas moralmente planteadas se le castiga y disciplina. Ante esto, a las mujeres que viven con VIH se les culpabiliza debido tanto a la condición social del VIH como del género. Esta culpabilización se puede observar en los discursos presentes, relatados por las mujeres:

“Me sentí culpable por tener un hijo con el virus, las personas me hacían sentir una mala persona o mala madre y esa nunca fue mi intención, sentí como si hubiera cometido el peor pecado del mundo”

(Entrevista 06)

“estaba embarazada, me dijeron que mi hijo se me iba a morir, fue una información tan horrible que me dieron, entonces imagínese yo sentía que el mundo se me venía encima, y se lo dicen a uno como vea, eso es por su culpa que se va a morir”

(Entrevista 02)

“yo le dije a la doctora, yo quiero ser mamá y solo peros (...) bueno en los derechos reproductivos, me están violentando los derechos como le dije (...) me dijo, van a traer al mundo bebés con esa enfermedad”

(Entrevista 03)

“lo que dicen los médicos que ya una mujer con VIH no puede tener hijos y que si una compañera con VIH queda embarazada usted es una irresponsable, como se le ocurre, si usted se va a morir y ese chiquito con quién va a quedar, a usted no le bastó con el VIH, sino que también tiene que traer una criatura que también la está exponiendo a tener VIH, todas esas cosas las he escuchado muchas veces”

(Entrevista 06)

“me dijeron (en un centro de salud) que yo tenía que ser consciente de que, que ahora no podía andar de loca, así me dijo, y que pues no tener hijos”

(Entrevista 06)

“siempre le mencionan a uno que tener lo que conlleva que es traer a una persona, a una criatura al mundo que no tiene culpa, y en la condición de uno es hasta peligroso, entonces pues el culpable sería uno por traerlo al mundo”

(Entrevista 08)

Al existir la culpabilización y la disciplina, muchas mujeres interiorizan dicha culpa, por lo cual se desarrollan representaciones sociales en cuanto a que las mujeres que viven con VIH no deberían tener hijos/as, se deberían operar, “no pueden andar de locas”, invisibilizando el derecho que estas tienen a tomar decisiones sobre su cuerpo, y colocando dicha decisión en cuestiones de moralidad, lo que significa ser buena o mala madre, mujer.

Ante las normas moralmente prescritas en una sociedad machista, se desarrollan relaciones de poder a raíz de las diferencias biológicas, ya que “el género es el campo primario dentro del cual se articula el poder, aunque no es el único” (Piedra, 2004, p. 133).

Es así como a raíz de la división del mundo, como lo plantea Bourdieu, la cual se configura como “la mejor fundada de las ilusiones colectivas (...) en la medida en que los conceptos de género estructuran la percepción y la organización, concreta y simbólica, de toda la vida social” (Piedra 200citando a Scott, 1990, p. 48) la reproducción se convierte en tanto una imposición como una norma para las mujeres, sin embargo, desde la idea de moralidad mencionada por Foucault, las mujeres que viven con VIH han transgredido las normas morales preestablecidas, por lo que hay una idea de castigo dirigido hacia estas: No pueden ni deben tener hijos/as.

Esto incide en el ejercicio de los derechos de las mujeres con VIH y tiene impacto en su salud reproductiva de manera integral, así como en sus decisiones y en poder reivindicar el ejercer el control y poder sobre sus propios cuerpos. En el ejercicio de los derechos reproductivos debe de haber acompañamiento profesional desde una mirada holística, desde una perspectiva de género y de derechos humanos, de manera que la información brindada fomente el ejercicio de los derechos de las mujeres, la toma de decisiones libres y conscientes y por ende el desarrollo de su autonomía, libertad personal y que sean las mujeres quienes puedan ejercer control de sus propios cuerpos y que sus decisiones sean desde la libertad en cuanto a sus necesidades e intereses.

Otro aspecto refiere a la concepción de la sexualidad como sinónimo de reproducción. Ante esto, Salazar (2013) señala

Por último, conviene enfatizar en la diferencia entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Si bien, existe un punto de conjunción entre sexo y reproducción, éste se constriñe al ejercicio de la sexualidad heterosexual en parejas en las que la mujer se encuentra en edad fértil. La tradicional catalogación de los derechos sexuales dentro de los derechos reproductivos se ha desvanecido, en la medida que se han propagado prácticas sexuales no reproductivas, como las de individuos no heterosexuales en distintas etapas de la vida. Por lo que, convendría considerar aspectos tales como: libertad, igualdad y dignidad que son los principios estructurantes, derivados de la idea de los derechos humanos y de los derechos constitucionales fundamentales, para la construcción de un derecho democrático de la sexualidad. (p. 9).

A partir de esta concepción, hay un cuestionamiento hacia las mujeres que viven con VIH, ya que se cree que como no “pueden” tener hijos o hijas, no deberían ejercer su sexualidad, anulando aspectos como el deseo sexual, placer, y los elementos vinculados con la sexualidad, así como al derecho que tienen las mujeres.

Por lo que esta concepción, que si bien hay puntos que les vinculan, la sexualidad no está ligada únicamente a la reproducción, dificulta que las mujeres puedan disfrutar de su sexualidad ya sea que busquen tener hijos o hijas, o bien, que no sea uno de sus objetivos. Esto está vinculado con los estereotipos que existen en la sociedad sobre la construcción de los géneros, ya que históricamente se ha pensado que “los hombres sólo piensan en sexo” vs. “las mujeres solo piensan en tener hijos”; así como las ideas asociadas a las mujeres: virginal, pureza, pasividad, sin un “instinto sexual” como los hombres, por lo que ese deseo sexual es como si no fuera parte de las mujeres.

Si bien es cierto, existe una imposición social sobre la maternidad hacia las mujeres, es necesario que ésta sea visualizada como un derecho que tienen las mujeres, como parte de apropiarse de su propio cuerpo. Para esto se requiere de acceso a información oportuna y adecuada, de manera que les permita a las mujeres irrumpir en la configuración del significado de ser mujer desde una mirada patriarcal, así como la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres con VIH, libres de discriminación, violencia y recriminación tanto por parte de la sociedad en general, como de las instituciones.

Capítulo 9: Conclusiones

A partir de la investigación realizada, se señalan las principales conclusiones sobre las representaciones sociales que inciden en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH en nuestro país, específicamente en el marco jurídico internacional y nacional sobre estos derechos, así como en el ejercicio de la sexualidad y por último, en el derecho a la autodeterminación reproductiva.

En esta investigación se realizó un recorrido histórico sobre el marco jurídico internacional de los derechos de las mujeres, donde se reconocen las movilizaciones por parte de los colectivos feministas con el objetivo de evidenciar la opresión que han vivido las mujeres por décadas, la violación del ejercicio de sus derechos, y a la vez reconocer la valentía y lucha de parte de estas a través de la historia en la búsqueda de conquistar un espacio de equidad dentro de la sociedad patriarcal. Dentro de la amplia gama de lucha de derechos se encuentran los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los cuales fueron centrales para la investigación.

Se reconoció así, que las representaciones sociales en relación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres redujeron el aspecto sexual como sinónimo de la reproducción. Profundizando aún más, en la búsqueda del respaldo legal de estos derechos, en un principio solo se amplió los derechos reproductivos de las mujeres, donde la finalidad de la sexualidad femenina se vinculó con la capacidad reproductora, así como en brindar el derecho a decidir la cantidad de hijos e hijas, el intervalo de nacimientos entre estos, la planificación familiar, invisibilizando, el derecho a la libertad sexual, a la autonomía sexual del cuerpo, al placer, entre otros. Esto se identificó en las primeras Conferencias Mundiales sobre la Mujer.

Posteriormente, fue la última Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Beijing en 1995, la cual incluye por primera vez el derecho que tienen las mujeres a tener control sobre su cuerpo y las cuestiones relacionadas a la sexualidad. Esto producto de la demanda social en ampliar los derechos de las mujeres, así como la influencia por parte de la revolución sexual, la cual inició desde mediados del siglo XX, y promovió una reivindicación de la apropiación del cuerpo femenino y la

sexualidad como parte integral; así como el debate sobre el uso de métodos anticonceptivos, el aborto, entre otros. En medio de este contexto social, hay una incorporación de las demandas sociales en los instrumentos legales y se empieza a visibilizar las condiciones particulares de la sexualidad y reproducción de las mujeres. Su reconocimiento marca un antecedente en la consolidación de los derechos sexuales y en todos los derechos que lo conforman porque permite visualizar a las mujeres como sujetas de derechos, que tienen la libertad de ejercer su sexualidad desde el placer y no exclusivamente con fines reproductivos.

Con respecto al marco jurídico nacional sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo así a las que tienen un diagnóstico de VIH, no hay una normativa exclusiva en el país hacia la protección de estos derechos. Existe un marco normativo compuesto por leyes, políticas nacionales, decretos que se pueden relacionar y son respaldados, así como la ratificación de instrumentos internacionales sobre derechos humanos que incluyen los derechos sexuales y reproductivos en Costa Rica. Sin embargo, se evidenció que en la legislación y las medidas nacionales existe una carencia y/o falta de voluntad en cuanto a la creación y equiparamiento de servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres que integren un enfoque de género e interseccionalidad en el cual las y los profesionales de salud puedan adquirir los conocimientos necesarios para garantizar que el acceso a los servicios de salud y de consejería sexual y reproductiva integren elementos que les permita a las mujeres ejercer plenamente sus derechos desde una postura horizontal y holística enfocada en la mujer.

Se reconoció así, como las representaciones sociales presentes en el marco normativo nacional, están mediadas por la omisión de una normativa específica en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres, lo que permite el control social de los cuerpos de la población femenina con VIH. Aunado a las representaciones en cuanto a los derechos humanos, que están permeadas por una visión androcentrista y machista, se dificulta que desde las políticas se integre el debate feminista, de manera que les permita a las mujeres apropiarse de sus propios cuerpos. Por lo que esto incide en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en el tanto no le permite a las mujeres tomar decisiones desde su libertad sexual y autonomía reproductiva, reforzando estereotipos tradicionales de manera que las mujeres se

ajusten a los mandatos patriarcales, de lo contrario hay culpabilización y castigo. Esto, desde las instituciones, que a pesar de que éstas buscan garantizar que la población acceda a sus derechos, y que en el caso de las mujeres con VIH les permite acceder al tratamiento, controles, medicamentos, entre otros, en su función social de reproducir la ideología dominante, limita que las mujeres puedan acceder y ejercer plenamente estos derechos.

Lo anterior se evidenció en la vivencia de las mujeres, especialmente en sus experiencias relacionadas al acceso a los servicios de salud. Donde se logró identificar la violencia institucional y la reproducción de estigmas por la condición de salud de parte del personal de salud, ya que al enterarse sobre su diagnóstico positivo, se relacionó con la muerte, y se asumió un nulo ejercicio de la sexualidad reforzado por el temor y miedo a contagiar a sus parejas, la revictimización y culpabilización por adquirir el virus, lo que demostró la ausencia de un abordaje integral e interdisciplinario en los centros médicos. Además, al abordarse temas relacionados con la sexualidad y la reproducción en mujeres con VIH, suele haber un cuestionamiento al decidir ejercer estos derechos generando así afectaciones en la salud emocional y mental de las mujeres.

Además, otro de los temas abordados dentro del marco normativo consistió en reconocer la participación de las mujeres con VIH en políticas y acciones para el colectivo, ya que esto brinda la posibilidad de tener una mirada más certera y un punto de referencia en las futuras acciones, al conocer y evidenciar las condiciones de vida que media a esta población. Asimismo, se requiere de la apropiación de espacios de incidencia política, los cuales deberían ser exclusivos por y para las mujeres, además, hace posible que haya una efectividad en las acciones sociales, gubernamentales y políticas que trabajan por la reducción de la vulnerabilidad de las mujeres con VIH. Pero, a pesar de que todas las mujeres participantes en la investigación lo reconocen, la mayoría no quiere involucrarse de manera directa. Existen barreras estructurales identificadas que limitan su apropiación, como el acceso a la educación, la feminización de la pobreza, así como históricamente la participación de los hombres en la toma de decisiones, por lo que se suele pensar o sentir que no es un espacio que les pertenece.

Es necesario indicar que a pesar de que haya un marco jurídico para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH a nivel internacional y nacional, no quiere decir que haya un salto cualitativo en las realidades y vivencias en la cotidianeidad, porque como se señaló, las mismas instituciones y familia, continúan reproduciendo estigmas. A pesar, de que la positivización es necesaria para ampliar los derechos de las poblaciones y generar acciones afirmativas, la positivización por sí misma no transforma plenamente las relaciones ni el ideario colectivo en torno al VIH, la sexualidad y reproducción de las mujeres.

Por tanto, la positivización no basta para mejorar las condiciones sociales de las mujeres con VIH ni garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo si marca un precedente en la ruta de conquistar derechos de las mujeres, como debe ser el caso de Costa Rica y su respaldo hacía la normativa nacional sobre derechos sexuales y reproductivos en el que se debe promover acciones que inciden en la cotidianeidad de las mujeres.

Ahora bien, en relación sobre el ejercicio del derecho a la sexualidad de las mujeres con VIH, se identificó la gran susceptibilidad que hay alrededor del tema en esta población, porque la transmisión del virus suele ser por la vía sexual, aunado a esto, existen roles de género, mandatos y requisitos sociales relacionados a la sexualidad femenina y al enterarse del diagnóstico de salud, en ellas suelen haber sentimientos de culpa y vergüenza por vivir su sexualidad de manera activa, sentires reforzados por el mismo sistema cultural y estigmas generalizados por el virus en las mujeres.

La construcción sobre la sexualidad de las mujeres con VIH, se ve condicionada por la socialización de género y está empapado por un sistema patriarcal el cual busca el control del cuerpo femenino, cuya finalidad se traduce en la imposición del ejercicio de la maternidad, asimismo, se socializa estos roles como parte inherente de las mujeres y complemento de su proyecto de vida.

Otro de los grandes influyentes en la sexualidad femenina y que refuerza lo planteado, es la tradición judeo-cristiana y el significado de la imagen femenina maternal, cuidadora, abnegada y complaciente. Además Costa Rica, al continuar

siendo un estado confesional, su doctrina e ideología influye a nivel social. Se evidenció en cómo las mujeres con VIH caracterizaron la enseñanza de su cuerpo y sexualidad con términos religiosos relacionados a que el cuerpo es un templo, que el cuerpo no se toca, a pesar de que sea propio y que la sexualidad es equivalente a tener relaciones sexuales heterosexuales, siendo una visión reduccionista del concepto de sexualidad, esto se debe también, a la escasa educación sexual integral que se ha brindado y a la cual han podido acceder. Es así como hay una expropiación del cuerpo de las mujeres por un sistema patriarcal y religioso, ambos se complementan para la subordinación femenina en función de otros.

Este sistema descrito, también se hace presente en la distribución de las relaciones de poder dentro de la sexualidad de las mujeres con VIH, el cual evidencia los roles asumidos por los géneros dentro de las relaciones sexuales. Se identificó en como la mayoría de las mujeres con el diagnóstico de salud, externó haber accedido a tener relaciones sexuales con sus respectivas parejas sexuales sin sentir realmente deseo. Se contempló así, como existe una interiorización de que la sexualidad debe ser en función de los hombres y no se incluye los intereses propios o bien quedan en segundo plano, generando que no haya una adecuada negociación de las prácticas sexuales y resalta la asimetría del poder.

Por lo que en el caso de las mujeres con VIH, es un eje central en la disminución de riesgo contra otras infecciones de transmisión sexual y una vivencia saludable de la sexualidad, además, el no poder negociar el uso del preservativo, así como el no exponer sus propios acuerdos dentro de cada relación coital, es producto de la aprehensión de su función social en las prácticas sexuales, al ser complaciente, característica dictada por el sistema patriarcal y a la vez violenta sus derechos sexuales como mujeres con VIH.

El derecho al placer y la autoexploración femenina en las mujeres con VIH, les permite fortalecer la autonomía sexual, su capacidad de conocer sus cuerpos, así como las decisiones que toman con respecto a su salud sexual y reproductiva. Porque durante este proceso pueden experimentar que la sexualidad va más allá de cumplir fines reproductivos y a la vez hace posible normalizar que las mujeres son sujetas sexuales, las cuales tienen deseos, tiene el derecho de estimularse y sobre todo poder decidir cómo y con quien compartirlo.

El placer en las mujeres marca una ruptura con lo que coloca el patriarcado sobre la sexualidad, porque hace factible que haya una deconstrucción relacionada a no reprimir el deseo sexual y no haya imposición de cómo debe vivirlo, ni el ejercicio exclusivo para la autodeterminación reproductiva.

Se identificó también, como la corporalidad femenina en mujeres con VIH y la percepción que cada mujer tiene sobre su cuerpo influye en el ejercicio del placer, porque están a la expectativa de cumplir con cánones de belleza inalcanzables, por lo que genera en las mujeres sentimientos de inseguridad, incomodidad y vergüenza por su apariencia física, lo cual incide en el disfrute pleno de la sexualidad. Aunado a esto, la percepción social alrededor de la sexualidad activa de las mujeres con VIH, está permeada de juicios de valor y conceptos sobre cómo el cuerpo de las mujeres es peligroso por la transmisión del virus, por lo que tiende a disminuir o sentirse coaccionadas en la vivencia de la sexualidad, por el temor de ser las responsables de transmitir el VIH hacia sus parejas.

Ahora bien, al señalar el derecho a la reproducción de las mujeres sujetas de investigación, es fundamental recuperar la autodeterminación reproductiva, ya que tiende a reproducirse estereotipos, cargados de desinformación y prejuicios en mujeres con VIH. Las mujeres con el diagnóstico de salud confirman desde sus experiencias como las catalogan de irresponsables, como les transmiten información poco veraz, generando temor y culpa al quedar embarazadas por la transmisión vertical del virus y ser catalogadas como “malas madres”, tanto de parte de los centros de salud como del desconocimiento reproducido por parte de la sociedad en general. Lo anterior ha incidido en la toma de las decisiones y en el ejercicio de la autodeterminación reproductiva de las mujeres con la condición de salud en nuestro país.

Además, a partir de lo expuesto, para la población femenina con el VIH, hay un énfasis por parte de sociedad, en no considerar “oportuna” y/o “adecuada” la maternidad de las mujeres con VIH, porque dentro de las principales razones identificadas en la investigación, se tiende a catalogar el diagnóstico positivo en mujeres trabajadoras del sexo, las cuales no calzan con las características de ser “buena madre”, aunque como se demostró cualquier mujer puede adquirir el virus y en diversos contextos, por lo que no es exclusivo a una población. Asimismo, la visión

del cuerpo de las mujeres que viven con VIH, el cual es considerado “no apto” o desde la visión de muerte y enfermedad que ha significado el virus, por lo que no sería oportuno la reproducción.

Otro de los aspectos socializados es la “irresponsabilidad” de parte de las mujeres en la transmisión del virus a sus hijos. A pesar de que una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral hace posible que la carga viral disminuya y el virus sea indetectable, por lo que el riesgo de transmisión es muy bajo, para las mujeres con VIH continúa existiendo el temor de generar alguna afectación a sus hijos e hijas y aunque haya deseo de la autodeterminación reproductiva, prefieren no exponerles por medio del embarazo y a la vez no ser juzgadas a nivel social al decidir ejercer sus derechos reproductivos.

El hecho de que en el país no existan servicios de salud sexual y reproductiva con un enfoque integral y de género, cede a cada profesional el abordaje u omisión de información, métodos anticonceptivos, desmitificar estereotipos o bien reproducirlos en cada intervención a las que las mujeres con VIH acceden, por lo que el abordaje debe ser desde el enfoque de género y el enfoque de derechos. Se evidenció en la investigación como hay casos en que las mujeres con VIH que no se respetó su confidencialidad, hubo información errónea y estigmatizante sobre el diagnóstico de salud, así como un escaso acompañamiento integral para el proceso que cada una inició al darse cuenta de su condición de salud. Por lo que se destaca la necesidad de crear estos espacios dentro de los servicios de salud, exclusivos para las mujeres y reforzando el derecho a recibir información adecuada a partir de su diagnóstico.

Otro de los aspectos centrales en el ejercicio de la autodeterminación reproductiva, es la maternidad de las mujeres con VIH, donde se visualiza como el derecho de cada mujer y su autonomía en el ejercicio de la autodeterminación reproductiva, la cual fue analizada desde la investigación como una decisión consciente y responsable de cada mujer y no como una imposición social. Históricamente a las mujeres con este diagnóstico de salud y las entrevistadas indican manifestaciones de violencia por el trato recibido de parte de los centros de salud, por la condición de salud cuando están embarazadas, la culpabilización por la posible transmisión vertical a la hora del parto y la lactancia, así como cuando externaron su

deseo de ejercer la maternidad, porque con el VIH son cuestionadas y hay sentires de no merecimiento de su ejercicio, por lo que es trascendental que este derecho esté acompañado de mucha información e intervención integral y que toda mujer que desea ejercerlo pueda hacerlo.

Contar servicios de salud sexual y reproductiva, tener acceso a la información, un adecuado acompañamiento de parte de profesionales en salud, el acceso a métodos anticonceptivos, una educación sexual integral, conocer sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, son elementos constituyentes de la salud de las mujeres con VIH. En el esfuerzo de parte del Estado costarricense se debe asegurar el acceso universal a los servicios descritos, porque genera un asesoramiento idóneo cuando una mujer conoce su estado serológico, además de que al ser la pandemia del VIH un tema de salud pública es imprescindible garantizar los derechos de las mujeres e incidir en una sociedad más equitativa.

De esta manera, se concluye reconociendo que la salud es un concepto integral y en el caso de las mujeres con VIH en nuestro país existe un esfuerzo enorme por garantizar el acceso al tratamiento antirretroviral y que todas las personas con el diagnóstico, independientemente de su género, así como la importancia de una respectiva adherencia y se les proporcione servicios de salud de calidad, aunado a esto, se evidenció también los esfuerzos por parte de los centros médicos, durante la pandemia del COVID-19, en proporcionar el tratamiento de manera continua y oportuna a todas las mujeres.

Sin embargo con el mismo esfuerzo, se debe reconocer que el VIH no solo incluye un bienestar físico, también se debe velar por el acceso a un bienestar sexual, reproductivo y mental, en el caso de Costa Rica se debe continuar trabajando y mejorando en la promoción de servicios específicos de salud sexual y reproductiva, así como un respaldo normativo para todas las mujeres, en especial las que se encuentra en mayor vulnerabilidad social, como lo son las mujeres con VIH.

Capítulo 10: Referencias y Anexos

10.1 Referencias bibliográficas

- Abey, M., Botella, L., Gamiz, M. y Grañó, N. (2008). La presencia ignorada del cuerpo: Corporalidad y (re)construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 17(3), pp. 245-253. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/257875826_La_presencia_ignorada_del_cuerpo_Corporalidad_y_reconstruccion_de_la_identidad
- Agudelo, J., Bedoya, J., Osorio, D. (2016). Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. *Revista Poiésis*, 31, pp. 306, 313. Recuperado de: <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/2121/1626>
- Aguilar, N. (2020). Una aproximación teórica a las olas del feminismo: la cuarta ola. *FEMERIS: Revista Multidisciplinar De Estudios de Género*, 5(2), pp. 121-146. Recuperado de <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/FEMERIS/article/view/5387>
- Ahumada, C. y Kowalski, S. (2006). *Derechos sexuales y Derechos reproductivos: Guía para activistas jóvenes*. Recuperado de http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/guia_activista_dsdr_withcover.pdf
- Amezcu, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y Reflexiones en Voz Alta. *Revista Española de*

Salud Pública, 76(5), pp. 423-456. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/170/17076505.pdf>

Araya, M., & Vargas, M. (2017). *La violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como forma de tortura en el contexto del Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho). Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <https://ijj.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2018/04/Mar%C3%ADa-Jose-Araya-Tesis-completa-validada.pdf>

Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Sede Académica Costa Rica. Recuperado de: <http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Araya%20Uma%F1a%20Representaciones%20sociales.pdf>

Araya, S. (2014). La categoría analítica del género: Notas para un debate. *Revista Hallazgos*, 12(23), 287-308. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hall/v12n23/v12n23a15.pdf>

Asamblea General de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). (1997). *Declaración Universal de los Derechos Sexuales*. Recuperado de <https://lambdavalencia.org>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2011). *Declaración Política sobre el VIH/SIDA*. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7545.pdf?view=1>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). *Ley N°7771 "Ley General sobre el VIH-SIDA"*. Recuperado de

https://www.cso.go.cr/legislacion/leyes/ley_general_sobre_el_vih_sida_n_777

1

Asamblea Legislativa. (2014). *Ley General de Salud N°5395, versión 8*. Recuperado de:

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=

TC

Asamblea Legislativa. (2018). *Proyecto de Ley “Adición de un nuevo capítulo III referente a los derechos en salud sexual y salud reproductiva, al título I del libro I de la ley general de salud N°5395 de 30 de octubre de 1973 y sus reformas”*.

Recuperado de: <http://www.aselex.cr/boletines/Proyecto-21154.pdf>

Barrantes, K. y Cubero, M. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Rev. Electrónica de estudiantes Esc. de psicología de la Universidad de Costa Rica*, 9(1), pp. 29-42. Recuperado de

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4942668.pdf>

Bareiro, L. (2007). *Los derechos reproductivos y los derechos humanos universales*. Centro de Documentación y Estudios. Consultora de IIDH. Paraguay.

Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/a12755.pdf>

Barreto, N. (2018). *La liberación feminista en los años de la crisis, 1960-1969*.

Recuperado de <https://norbertobarreto.blog/2018/03/07/la-liberacion-feminista-en-los-anos-de-la-crisis-1960-1969/>

Barrios, T. y Salvador, E. (2017). *Zika, negociación de condones y violencia de género en América Latina*. Recuperado de

http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_D1258.pdf

- Batres, G. (2001). La salud de las mujeres y el género. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 18(2), pp. 1-12. Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000300004
- Betania, M. (2000). *Feminismo y ciudadanía: La producción de nuevos derechos*. Recuperado de: <https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r38414.pdf>
- Bojórquez, J. y Leyva, J. (2020). Representaciones sociales y criminalización de la Juventud en Culiacán, México 1994. *Revista Ciencias Sociales*, 168, pp. 61-74. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/43971/44114>
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Recuperado de: <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bonديو-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf>
- Boza, R., León, M., Messino, J., Porras, O., Solano, A. y Vargas, C. (2012). Recomendaciones para el uso de la Terapia Antirretroviral en la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Costa Rica. *Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*, 12(1), pp. 262-268. Recuperado de <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/668/art10v54n4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bracamontes, L. (2014). *Catolicismo y condición femenina; representaciones de género sobre la maternidad y la domesticidad en la prensa del suroeste bonaerense argentino a principio del siglo XX*. México. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-03482014000100004

- Bravo, M., Dides, C., y Pérez, S. (2003). *Mujeres viviendo con VIH/SIDA: Diagnóstico sobre ética y derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado de <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/109217-opac>
- Bruno, A. (2007). *Hacia una pedagogía feminista. Derechos sexuales y reproductivos, un camino recorrido*. Editorial El Colectivo. Recuperado de: <https://libros.metabiblioteca.org/bitstream/001/434/1/Hacia%20una%20pedagog%c3%ada%20feminista.pdf>
- Caballero, D. (2018). El capital y la condición de mujeres. *Tareas*, 158, pp. 117-121. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/5350/535055132012/html/>
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. (2011). *Mitos y Métodos Anticonceptivos*. Recuperado de <https://promsex.org/wp-content/uploads/2011/04/mitosymetodosanticonceptivos.pdf>
- Chacón, A. (2015). El Concepto de Dignidad Humana como fundamento axiológico y petico de los derechos humanos. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 26(1), pp. 39-58. Recuperado de <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/7062>
- Chacón, V., Chaves, K., & González, D. (2012). *La política social de prevención y atención en salud en VIH/SIDA en el período de 1995 al 2010 en Costa Rica*. (Memoria Seminario de Graduación de grado). Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2012-11.pdf>
- Chapa, A. (2014). *Tres dimensiones de análisis de la experiencia de mujeres con VIH/SIDA: vulnerabilidad, afrontamiento y ruptura*. (Tesis de grado). Universidad Autónoma de México, Recuperado de: <http://investigacion.cephcis.unam.mx/>

- Carmona, M. (2011). ¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual". *Revista de Estudios Feministas*, 19(3), pp. 801-821. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/381/38121390008.pdf>
- Castro, G., & Gutiérrez, A. (1997). *Análisis de los enfoques de intervención en Trabajo Social utilizados en la atención de personas VIH/SIDA y sus familias*. (Informe Final de grado). Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-1998-05.pdf>
- Cobo, E. (2015). *El cuerpo de las mujeres y la sobrecarga de sexualidad*. *Investigaciones Feministas*. Universidad de A Coruña. Recuperado de: http://jmporquer.com/wp-content/uploads/2016/04/Cobo_El-cuerpo-de-las-mujeres.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2000). *La Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. Recuperado de https://oig.cepal.org/sites/default/files/folleto_conferencias_regionales_c15001_0
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2007). *La Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. Recuperado de https://oig.cepal.org/sites/default/files/folleto_conferencias_regionales_c15001_0
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2014). *Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*. Recuperado de

https://oig.cepal.org/sites/default/files/folleto_conferencias_regionales_c15001

0

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2019). *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>

Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH. (2020). *Derechos de Mujeres con VIH: Mapeo Regional Legal - Político*. Recuperado de <http://mapeo.icwlatina.org/country/cri>

Corte Interamericana de Derechos Humanos (1994). *Declaración Final de la Cumbre de París, sobre VIH/SIDA*. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/ONU/Declaracion%20Cumbre%20de%20Paris%20sobre%20SIDA.pdf>

Cubillos, G. (2008). *Metodología de la Investigación: Técnica de la revisión documental*. Universidad Católica de Colombia. Recuperado de <http://www.slideshare.net/dkmerino83/m-e-t-o-d-o-l-o-g-a-sem-i-i-sep-23-08>

Delgado, P. (2004). *Cambio social, mujer y VIH/SIDA*. (Tesis de grado). Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1422/ttraso103.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

De Miguel, A. (2009) *Los feminismos a través de la Historia*. Mujeres en Red. Recuperado de <https://web.ua.es/es/sedealicante/documentos/programa-de-actividades/2018-2019/los-feminismos-a-traves-de-la-historia.pdf>

- De Miguel, A. (2015) La revolución sexual de los sesenta: una reflexión crítica de su deriva patriarcal. *Investigaciones Feministas*, 6, pp. 20-38. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/51377/47657>
- Díaz, D. (2019). *Negociación del uso del condón en mujeres con VIH y violencia de pareja*. (Tesis de doctorado) Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://oreon.dgbiblio.unam>
- Díaz, S. y Schiappacasse, V. (2017). *¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?* Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Recuperado de https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Temas_destacados/Anticoncepcion_de_emergencia/Que-y-cuales-son-los-metodos-anticonceptivos-25032017.pdf
- Enria, E. Fleitas, M y Staffolani, C. (2010). *Programas de Salud y Género. Mujeres con VIH/SIDA*. Recuperado: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572010000100008
- Espinosa, M. (2002) *Salud Reproductiva, Género y Derechos Humanos*. Instituto Brasileiro de Derechos Humanos. Recuperado de: <https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/61190>
- Esteban, M. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona, España. Recuperado de: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6111490/mod_resource/content/1/Esteban%20-%20Antropologia%20del%20cuerpo.pdf
- Facio, A. (2003). *Los Derechos Humanos desde una Perspectiva de Género y las Políticas Públicas*. Recuperado de https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos_eco

[nomicos_sociales_culturales_genero/ddhh%20desde%20una%20perspectiva%20de%20genero%20y%20pp.pdf](#)

Fernández, D. (2014) La aprobación del Decreto Ejecutivo N° 27913-S y la ampliación de derechos reproductivos para las mujeres costarricenses. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 25(2), pp. 133-150. Recuperado de: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/6139/6136>

Fernández, D. y Venegas, L. (2014). *4 Factores de vulnerabilidad al VIH/sida en las mujeres costarricenses sexualmente activas*. Centro Centroamericano de población. Recuperado de: https://ccp.ucr.ac.cr/proyecto/pdf/4_Factores%20vulnerabilidad%20al%20VIH%20en%20mujeres%20sexualmente%20activas.pdf

Fernández, D. (2020). *El derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con VIH en Venezuela. Un estudio exploratorio*. Universidad Simón Bolívar, Colombia. Recuperado de: <https://web-p-ebsohost-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f598f2da-09e2-40bb-a039-e83b5af4aacb%40redis>

Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Ciencias Sociales* 96(3), pp. 35-53. Recuperado de <https://www.revistacienciassociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS96/03.pdf>

Fernández, P. (2018). *La ética en la atención del paciente en situación con VIH*. Recuperado de: <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD59383.pdf>

Ferrer, A. (2001). *Las manifestaciones del estrés percibido y las estrategias de manejo del estrés de las mujeres que viven con VIH y SIDA: Implicaciones para el consejero profesional*. (Disertación de grado). Universidad de Puerto Rico.

Recuperado de <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/pqdtglobal/docview/252112267/8F74557177D044FEPQ/30?accountid=28692>

Flores, A. (2010). La segunda ola del Movimiento Feminista: el surgimiento de la Teoría de Género Feminista. *Mneme – Revista de Humanidades* 5(10), pp. 564-598. Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/245/225>

Foucault, M. (1976). *Historia de la Sexualidad*. Recuperado de <https://cuentaconmigo.org.mx/articulos/foucault.pdf>

Fortín, M. (1998). *Le VIH-SIDA au féminin: Impact du diagnostic de seropositivité sur les conditions de vie des femmes hétérosexuelles de la ville de Québec*. (Memoria de Maestría). Universidad Laval. Recuperado de <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/pqdtglobal/docview/304473356/8F74557177D044FEPQ/56?accountid=28692>

Fuentes, M. (2018). Aportes del Trabajo Social desde una perspectiva de género y derechos en un equipo interdisciplinario de salud sexual y reproductiva: Una experiencia con mujeres privadas de libertad. *Con Ciencia social*, 1(2), 128-145). Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19944>

Galoviche, V. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994): Avances y retos para la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva. *RevIISE – Revista De Ciencias Sociales Y Humanas*, 8(8), pp. 89-97. Recuperado de <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/95>

- Gálvez, A. (2002). *Revisión Bibliográfica: usos y utilidades*. Recuperado de:
<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol3n10pag25-31.pdf>
- Gamba, S. (2008). *Feminismo: historia y corrientes*. Recuperado de:
<https://www.mujiresenred.net/spip.php?article1397>
- Gamboa, L. (1998). *Historia de la sexualidad*. Universidad Autónoma de Yucatán. México. Recuperado de:
http://www2.udec.cl/~erhetz/privada/sexualidad/unidad_01/historia_sexualidad.pdf
- García, M. (2008) *Las mujeres y la apropiación de su cuerpo*. Instituto Aguascalientes de las Mujeres. México. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/insp/compilacion_genero.pdf
- González, A. (2013). *Los conceptos de patriarcado y androcentrismo en el estudio sociológico y antropológico de las sociedades de mayoría musulmana*. Recuperado de: <https://papers.uab.cat/article/view/v98-n3-gonzalez/pdf>
- González, D. & Warner, K (2006). *La sexualidad desde las masculinidades en hombres que viven con el VIH/SIDA*. (Tesis de grado). Universidad de Costa Rica. Recuperado <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2006-08.pdf>
- Güell, A, (2002) La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva de Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social CCSS*, 64, pp. 7-23. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v27n642002/Contenido64.htm>
- Guarín, R., Mujica, A., Cadena, L. y Useche, B. (2017). Una mirada a la masturbación femenina: estudio descriptivo transversal en mujeres universitarias del área

- metropolitana de Bucaramanga, Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, 67(1), pp. 63-68. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/64125/70991>
- Gutiérrez, W., Lemos, T. y Arochena, A. (2017). Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y la Salud Sexual del Costarricense Tema III. Hábitos sexuales y normativa legal. *Revista Tecnología en Marcha*, 30(1), pp. 55-60. Recuperado de <https://doi.org/10.18845/tm.v30i1.3084>
- Hale, F. y Vásquez, M. (2011). *Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: Documento de antecedentes*. Recuperado de https://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw-hiv_hale.pdf
- Hierro, G. (2003). *La ética del placer*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado: https://feminismoslatinoamericanos.files.wordpress.com/2016/07/graciela_hierro_-_la_etica_del_placer.pdf
- Huerta, M. (2012). *La Declaración Universal de Derechos Humanos: un texto multidimensional*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México. Recuperado de: <https://fdocuments.ec/document/la-declaracin-universal-de-derechos-humanos-un-texto-del-protocolo-de-kioto.html?page=3>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *Encuesta de mujeres, niñez y adolescencia*. Recuperado de: https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reemna2018_2.pdf
- Internacional Planned Parenthood Federation. (2010). *Comprehensive Sexuality Education*. Recuperado de:

https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf

Internacional Planned Parenthood Federation. (2021). *Los Anticonceptivos no tienen género*. Recuperado de <https://www.plannedparenthood.org/es/blog/los-anticonceptivos-no-tienen-genero>

Instituto Interamericano de los Derechos Humanos (2000). *Derechos Humanos de las Mujeres*. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1825/derechos-mujeres-paso-a-paso-2000.pdf>

Instituto Interamericano de los Derechos Humanos .(2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/24841.pdf>

Instituto Interamericano de los Derechos Humanos. (2010). *Módulo de capacitación en derechos humanos de las mujeres: derechos sexuales y/o reproductivos, abogacía para el cambio*. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1492/abogacia.pdf>

Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). *Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica*. Recuperado de: <https://www.inamu.go.cr/documents/10179/275546/INAMU+Segundo+Estado+de+los+Derechos+de+las+Mujeres+en+CR.pdf/1c7e2cf5-3288-422d-9d84-e8671e056340>

Juliano, D. (2011) *Cuerpos Políticos y agencia. Reflexiones feministas sobre cuerpo, trabajo y colonialidad*. Universidad de Granada, España. Recuperado de: <https://soziolinguistika.eus/files/Granada-2011-Cuerpos%20Pol%C3%ADticos%20y%20Agencia.pdf>

- Lagarde, M. (1990). *Identidad Femenina*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. Recuperado de: https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/purificacion_mayobre/identidad.pdf
- Lagarde, M. (1996). *Género y Feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Editorial Horas y horas, Madrid, España. Recuperado de <https://desarmandolacultura.files.wordpress.com/2018/04/lagarde-marcela-genero-y-feminismo.pdf>
- Lagarde, M. (2001). *Memoria Claves Feministas para la negociación en el amor*. Recuperado de: <https://we.riseup.net/assets/119761/claves-feministas.pdf>
- Lagarde, M. (2003). *Los Cautiverios de las Mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Lagarde, M. (2008). Antropología, feminismo y política: Violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres. En: *Retos teóricos y nuevas prácticas*. Recuperado de <http://mujeresdeguatemala.org/wp-content/uploads/2014/06/Violencia-feminicida-y-derechos-humanos-de-las-mujeres.pdf>
- Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. *Papeles de Población* 5(21), pp. 147-178. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/112/11202105.pdf
- Lamas, M. (2009). *Maternidad voluntaria y aborto*. Universidad Autónoma de México. Recuperado de: http://bvirtual.uco.mx/descargables/55_maternidad_voluntaria.pdf

- Loaiza Durán, M. (2008). *Con rostro femenino: La violencia por motivos de género en contra de las mujeres y la transmisión del VIH*. (Tesis de posgrado). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Londoño, J. y Orozco, J. (2019). ¿Ideología encriptada de género? La Violencia seminal subyacente a la acusación. *Ánfora*, 26(47), pp. 87-108. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/3578/357863763004/html/>
- López, M. y Monge, S. (2005). *Intervención del Trabajo Social con mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de dieciocho meses que viven con el VIH/SIDA*. (Tesis de grado). Universidad de Costa Rica. Recuperado: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2005-05.pdf>
- Mantilla, J. (1996). *Los Derechos Humanos de las mujeres: Algunas reflexiones*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6302348.pdf>
- Marrades, A. (2001). Los derechos políticos de las mujeres. *Cuadernos constitucionales de la Cátedra Fadrique Furió Ceriol*, 36(37), pp. 192-214. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=623913>
- Martínez, M. (2015). Historia de los movimientos de mujeres ¿Asignatura pendiente? *Derecho y ciencias sociales*, 12, pp. 275-282. Derecho y Ciencias Sociales, N°12. Instituto de Cultura Jurídica y Maestría de Sociología Jurídica.
- Martínez, V. (2013). *Paradigmas de investigación*. Recuperado de <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55577475/7>
- Méndez, C. y Warner, K. (2014). *Mujeres con VIH y su adherencia: Un análisis de la política pública desde los determinantes sociales de la salud*. (Tesis de posgrado). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Ministerio de Educación Pública. (2019). *Plan Nacional de Educación para la sexualidad*. Recuperado de:

<https://www.mep.go.cr/sites/default/files/programadeestudio/programas/afectividad-sexualidad-3ciclo.pdf>

Ministerio de Salud. (2009). *Informe sobre los progresos de la respuesta nacional al VIH*. Recuperado de:

[https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ce_CR_Narrative_Report\[1\].pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ce_CR_Narrative_Report[1].pdf)

Ministerio de Salud. (2010). *Política Nacional de Sexualidad 2010-2021*. Recuperado de

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/708-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-ii/file>

Ministerio de Salud. (2016). *Plan Estratégico Nacional (PEN) en VIH y SIDA, 2016-2021*. Recuperado de

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/planes-planes-institucionales/712-plan-estrategico-nacional-pen-vih-sida-2016>

Ministerio de Salud. (2020). *Medición del gasto de la respuesta nacional ante el VIH y Sida*. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr>

Mora, D., & Valverde, G. (2006). *La persona adulta mayor que vive con VIH-SIDA: lineamientos para una intervención profesional en el sistema hospitalario desde el Trabajo Social*. (Tesis de grado). Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2006-07.pdf>

- Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Universidad de Guadalajara, México. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n2/15788946n2a8.pdf>
- Navarro Ceciliano, Ana Luisa. (2018). *Intervención desde el Trabajo Social con redes de apoyo primarias de la población usuaria con VIH del Hospital San Juan de Dios*. (Práctica dirigida de grado). Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/6381/1/43550.pdf>
- Nerin, I. (2015). Género y salud: estudiar las diferencias para mejorar los resultados. *Revista Endoscopia*, 215(7), pp. 391-392. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-pdf-S0014256515001307>
- Núñez, K. (2015). *Los derechos sexuales y reproductivos: El control de la sexualidad y la reproducción del cuerpo femenino por parte del Estado*. (Tesis de grado). Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/30016>
- Ochoa, J. y Pas, S. (2007). Implementar estrategias diferenciadas tanto para hombres como para mujeres: un eficaz camino para la prevención del VIH/SIDA en Centroamérica. *Dialnet*, 3(4), 145-160. Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/3950/3820>
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH). (2011). *VIH/SIDA y los derechos humanos*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/Issues/HIV/Pages/HIVIndex.aspx>

Olavarría, J. y Moletto, E. (2002). Hombres, identidad/es y sexualidad/es.

Recuperado de <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/45241.pdf>

Oliva, D., Saavedra, C. y Viñas, A. (2009). Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿Por qué un problema?. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(5), 113-120.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414046016>

Organización de las Naciones Unidas. (1952). *Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer*. Recuperado de <https://www.oas.org/dil/esp>

Organización de las Naciones Unidas. (1967). *Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*. Recuperado de <https://observatoriodegenero.poder-judicial.go.cr>

Organización de las Naciones Unidas. (1976). *Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

Organización de las Naciones Unidas. (1976). *Informe de la Conferencia del Año de la Mujer*. Recuperado de www.corteidh.or.cr/tablas/a12068

Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Organización de las Naciones Unidas. (1985). *Informe de la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz*. Recuperado de www.corteidh.or.cr/tablas/a12068

Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Declaración de la Cumbre de París sobre el SIDA*. Recuperado de

<https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/ONU/Declaracion%20Cumbre%20de%20Paris%20sobre%20SIDA>

Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención Belém Do Pará”*. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/mandato>

Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing)*. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing>

Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo)*. Recuperado de www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa

Organización de las Naciones Unidas. (2000). *Resolución 55/2. Declaración del Milenio*. Recuperado de <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552>

Organización de Naciones Unidas. (2001). *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, resolución adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas*. Recuperado de: https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_es_0.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2001). *El Marco Estratégico Mundial sobre el VIH/SIDA*. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc637-lobalframew_es_0

Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos*. Recuperado

de: <https://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/Spanish%20study.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Resolución 47/1: La mujer, la niña y el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)*. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw47/csw47Res471-s>

Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Llamamiento a reducir la feminización del VIH/SIDA*. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2007/07/1107811>

Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujeres). (2016). *La CEDAW, Convención sobre los Derechos de las Mujeres*. Recuperado de <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/01/la-cedaw-conveccion-derechos-de-las-mujeres>

Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujeres). (2016). *Hechos y cifras: el VIH y el SIDA*. Recuperado de: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>

Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujeres). (2016). *Profundicemos en términos: Guía para periodistas, comunicadoras y comunicadores*. Recuperado de: http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2017/10/Guia-lenguaje-no-sexista_onumujeres.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH 2016-2021*. Recuperado de: https://www.who.int/hiv/draft-hiv-strategy-2016-2021_es.pdf?ua=1
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250574/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujeres). (s.f). *Conferencias mundiales sobre la mujer*. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
- Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- ONUSIDA (2008). *Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del SIDA*. Recuperado de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1521_stigmatisation_es_0.pdf
- ONUSIDA. (2009). *La violencia contra la mujer y el VIH*. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/november/20091110vaw>
- ONUSIDA. (2022). *COVID-19 y VIH: Lo que las personas que viven con VIH deben saber sobre el VIH y COVID-19*. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/covid19>
- Organización de los Estados Americanos. (2004). *Declaración de Nuevo León*. Recuperado de http://www.oas.org/36ag/espanol/doc_referencia/cumbreamericasmexico_declaracionleon
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Concepto de Sexualidad*. Recuperado de: https://amsafelacapital.org.ar/2016/amsafe_va_a_la_escuela/esi/02-definicion_sexualidad.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact->

[sheets/detail/gender#:~:text=Los%20determinantes%20de%20la%20salud,salud%20y%20de%20b%C3%BAsqueda%20de](#)

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Transmisión del VIH de la madre al niño.*

Recuperado de: <https://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual*

para el período 2022-2030. Recuperado de

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240053779#:~:text=Las%20estrategias%20mundiales%20del%20sector,sida%2C%20las%20hepatitis%20v%C3%ADricas%20B>

Organización Panamericana de la salud. (2015). *Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: “mejorar la prevención combinada del*

VIH para fortalecer el continuo de la prevención y atención”. Recuperado:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/2015-cha-llamado-accion-continuo-atencion.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual.*

Recuperado de:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *La atención de la salud.* Recuperado

de: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>

Parra, N. (2018). *Deseo, placer y satisfacción. Colección de guías sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes.* Recuperado de:

<https://www.laspalmasgc.es/web/bibliojuven/Salud/Sexualidad/Guias/SEXUALIDAD%20MUJERES-DESEO-ICI-2018.pdf>

Parra, O. (2003). *El derecho a la salud en la Constitución, La Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales*. Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>

Piedra, N. (2004). Relaciones de poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género. *Revista de Ciencias Sociales*, 4(106), 123-141, Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/153/15310610.pdf>

Porras, F. (2009). *Violaciones de los derechos humanos a la vida y a la salud, de las personas que viven con VIH y enfermos de SIDA, por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud de Costa Rica*. (Tesis para optar por el grado de Maestría en Derecho). Universidad Estatal a Distancia. Recuperado de <https://repositorio.uned.ac.cr/reuned/handle/120809/1204>

Quesada, L. y Villegas S. (2009). *Implicaciones del significado social del VIH/SIDA en el acceso y permanencia al trabajo a partir de la experiencia de las y los usuarios de la Clínica de SIDA del Hospital San Juan de Dios, en el período de enero a diciembre del 2008*. (Tesis de grado). Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic-sr/tfg-l-sr-2009-01.pdf>

Quecedo, R. & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista Psicodidáctica*, (14), pp. 5-39. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>

Quevedo, L. (2013). Importancia de la sexualidad en el adulto mayor. Una mirada desde el cuidado de la enfermería. *Revista Cultural del Ciudadano*, 10(2), pp. 70-

79. Recuperado de <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD18402.pdf>

Quirós, G. (2021) Gordofobia: existencia de un cuerpo negado. Análisis de las implicaciones subjetivas del cuerpo gordo en la sociedad moderna. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 32(1), pp. 1-11. Recuperado de: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/15194/21246>

Ramírez, G. (2015). *La Declaración de derechos de la mujer de Olympe de Gouges 1791: ¿Una declaración de segunda clase?* Cátedra UNESCO de Derechos Humanos de la UNAM. Recuperado de: https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/catedra/materiales/u1_cuaderno2_trabajo.pdf

Ramírez, M. (2020). *Mujeres en círculo: espiritualidad y corporalidad femenina*. Universidad Autónoma Metropolitana. Bonilla Artigas Editores. Ciudad de México. Recuperado de: <https://www-digitaliapublishing-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/visor/110252>

Ramos, J. (2002). *Un encuentro con el placer. La masturbación femenina*. Editorial Espasa Calpe, S.A. Recuperado de: https://www.academia.edu/40432720/UN_ENCUENTRO_CON_EL_PLACER_LA_MASTURBACION_FEMENINA

Reynolds, N.(1998). *Initiatives to get HIV- Infected to adhere to their treatment regimens Drug Benefit trends*. Recuperado de <https://www.hiv.gov/tasp>

- Rico, N. (1996). *Violencia de género: un problema de derechos humanos. Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL*. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/S9600674_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ríos, E. (2022). Enfoque basado en los derechos sexuales y derechos reproductivos. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinata*, 11(1), pp. 7-8. Recuperado de: <https://doi.org/10.33421/inmp.2022270>
- Rivera, M., Varas, N., Coriano, D., Padilla, M., Reyes M. & Serrano, N. (2015). Ellos de la calle: Nosotras de la Casa: Discurso patriarcal y las experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA en Puerto Rico. *Cuadernos De Trabajo Social*, 28(1), 83-92. Recuperado de https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n1.44852
- Rodríguez, A., Castro, S. y Morales, A. (2010). Caracterización de madres que viven con el virus VIH/SIDA. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 19(3), pp. 1-13. Recuperado de <http://www.revenf.ucr.ac.cr/madresida.pdf>
- Rodríguez, G. Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ediciones Aljibe. España. Recuperado de: https://cesaraguilar.weebly.com/uploads/2/7/7/5/2775690/rodriguez_gil_01.pdf
- Salazar (2013). *Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México en el Marco Jurídico Internacional*. Recuperado de <http://femumex.org/docs/revistaDigital>
- Sánchez, M. (2016). Construcción social de la maternidad: El papel de las mujeres en la sociedad. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 13, pp. 921-953. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5844698>

- Sandoval, C. (1996). *Investigación cualitativa*. Recuperado de <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Sanz, F. (1997). *Psicoerotismo femenino y masculino. Para unas relaciones placenteras, autónomas y justas*. Recuperado de <http://joanvilchez.com/wp-content/uploads/2014/05/PSICOEROTISMO-MASCULINO-1990.pdf>
- Sepúlveda, L. (2006) *Derechos reproductivos en América Latina y el Caribe: situación actual y perspectivas*. Recuperado de: <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/sepulvedal.pdf>
- Serrano, I. y Noboa, P. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/sida en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), pp. 21-43. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985447>
- Sidálava. (2021). *Transmisión*. Recuperado de <https://www.sidalava.org/el-vih-y-otras-its/transmision/>
- Silveira, T y otros. (2018). *Género, feminización del VIH-SIDA y vulnerabilidad. Intervención social con Trabajadoras del Sexo en Colectivos en situación de Vulnerabilidad*. España. Recuperado de: <https://www-digitaliapublishing-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/visor/54748>
- Silvertri, E., Stavile, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque multidisciplinario*. Universidad Favaloro, Argentina. Recuperado de: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>

Soto, C. (2014). *Premisas patriarcales sobre el cuerpo y la sexualidad*. Centro de Documentación y Estudios. Asunción, Paraguay. Recuperado de: <http://www.cde.org.py/imd/nim/wp-content/uploads/2014/10/2014-Clyde-Soto-Premisas-patriarcales-sobre-el-cuerpo-y-la-sexualidad1.pdf>

Ugalde, A. (2021). *El Movimiento para la Liberación de la Mujer en Costa Rica (1975-1981)*. Centro de Investigaciones Históricas de América Central, Universidad de Costa Rica. San José, Costa. Recuperado: https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista/articulo/view/2275/2043

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2021). *Educación para la ciudadanía, la salud y desarrollo sostenible*. Recuperado de: <https://es.unesco.org/fieldoffice/quito/dsostenible/aceleracion#:~:text=Una%20educaci%C3%B3n%20en%20sexualidad%20de,sexuales%20y%20la%20salud%20reproductiva.>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (UNFPA, 2022). *Educación Sexual Integral*. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral>

Vera, L. (2008). *La investigación cualitativa*. Recuperado de: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera_investigacion_cualitativa_pdf.pdf

Villalobos, K. (2012). *El derecho humano al libre desarrollo de la personalidad*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho). Universidad de Costa

- Rica, Sede Rodrigo Facio Brenes. San José, Costa Rica. Recuperado de www.corteidh.or.cr/tablas/r31089.pdf
- Villanueva, R. (2006) Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r08060-11.pdf>
- Viñas, N., Álvarez, G. Erosa, E., Evangelista, A. y Sánchez, G. (2017). La maternidad desde la experiencia de mujeres que viven con VIH atendidas en el Hospital de las Culturas, en Chiapas, México. *Revisa de El Colegio de San Luis*, 7(14), pp. 207-231. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426252094008>
- Volkow, P., Rodríguez, A. y Balandrán, D. (2012). La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. *Actualizaciones en sida* 20(78), 111-119. Recuperado de <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-78-111-119.pdf>
- Weeks, J. (2001). Sexualidad e historia: reconsideración. En la *Antología de la sexualidad humana*. Tomo 1. México. Recuperado de http://www.multimedia.pueg.unam.mx/lecturas_formacion/relaciones_genero/modulo_2/sesion_3/Jeffrey_Weeks_La_invencion_de_la_sexualidad.pdf
- Wolf, N. (1991). *El mito de la belleza*. Recuperado de: <http://www.kubernetica.com/campus/documentos/bibliografia/WOLF-El-mito-de-la-belleza.pdf>
- World Association for Sexual Health. (2016). *Derechos Sexuales*. Recuperado de: <https://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf>

Yugueros, A. (2014). La Violencia contra las mujeres conceptos y causas. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (18), 147-159. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3221/322132553010.pdf>

10.2 Anexos

Anexo 1. Principales tendencias encontradas en el estado de la cuestión

Negligencia por parte del Estado desde su marco legal y normativo

A pesar que Costa Rica ha ratificado diversas convenciones y tratados internacionales para la defensa de los derechos humanos, al hacer referencia sobre los derechos sexuales y reproductivos, se identifica que su implementación en el marco normativo se ha dado de una forma más lenta y somera, según Núñez (2015) y Araya y Vargas (2017) el Estado históricamente ha sido negligente en la protección de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente de las mujeres, ya que persisten muchas limitaciones que impiden su ejercicio efectivo. Además, existe falta de voluntad para establecer políticas claras y que garanticen dicho ejercicio en las mujeres, debido a que desde que inició el VIH en el país, el mismo Estado, según lo encontrado por Chacón, Chaves y González (2012) y Navarro (2018) ha promovido la discriminación, el estigma y ha reforzado mitos al omitir políticas y promover campañas de prevención desde el miedo; lo que genera exclusión social de las personas que viven con VIH. Asimismo, indican que a pesar de existir una diversa normativa en el país, hay una falta de uniformidad normativa y cumplimiento de compromisos adquiridos en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Específicamente el VIH está lejos de un cumplimiento adecuado, ya que, desde la política elaborada para dar respuesta no se ha comprendido el tema de forma integral y consecuente, y las estrategias son fragmentadas y con poca coordinación institucional.

Debido a la ausencia de políticas con perspectiva de género, se incrementa el estigma y discriminación hacia las mujeres, porque no se reconocen las condiciones

particulares que la población enfrenta dentro del tipo de sociedad en la que vivimos, la cual es hegemónicamente patriarcal. Esto se traduce en violación de derechos, exclusión social, poco acceso a los servicios de atención de la salud, ausencia de una educación sexual y otras manifestaciones de la violencia desde el ámbito emocional, psicológico, económico, social y cultural.

A su vez, en las investigaciones desarrolladas por Chapa (2014), Loaiza (2008), Quesada y Villegas (2009) y Chacón, Chaves y González (2012) se encuentra que la atención del VIH no se enfoca desde la desigualdad, ni de la vulnerabilidad por la condición de género, más bien se considera a las mujeres como causantes de la propagación del virus o como factor contribuyente. Se requiere así, de un marco legal específico, ya que el hecho que exista una política en materia de VIH no garantiza el acceso total a todas las poblaciones, sino que se requiere tomar en cuenta las particularidades para brindar una respuesta adecuada y oportuna.

Condición de género como categoría determinante de infección del VIH

Las investigaciones de Ferrer (2001), Delgado (2004), Loaiza (2008), López y Monge (2005), Castro y Gutiérrez (1997), González y Warner (2006), Chacón, Chaves y González (2012), Méndez y Warner (2014) y Chapa (2014) concluyen que las desigualdades provenientes del género, ha sido una variable determinante y de vulnerabilidad para la transmisión del VIH, así como la respuesta dada por parte del Estado y de la sociedad. Esto como una manifestación de la desigualdad existente entre géneros, que está caracterizada por relaciones de poder y roles específicos que influyen de forma significativa tanto en la vivencia del VIH, como en el acceso a servicios de atención de la salud de forma adecuada y oportuna, limitando la capacidad de protección del virus y la toma de decisiones sobre su sexualidad y su cuerpo.

En el análisis realizado por Fortín (1998), Delgado (2004), López y Monge (2005), Rodríguez, Castro y Morales (2010), Loaiza (2008) y Méndez y Warner (2014) se determina que la vulnerabilidad aumenta, primero por factores biológicos, ya que las mujeres son más propensas a adquirir el virus y otras infecciones de transmisión sexual, debido a sus diferencias anatómicas y segundo por factores sociales porque como se mencionó anteriormente, la sociedad patriarcal, la socialización y los roles

de género fomentan la violencia hacia las mujeres y existe una imposición por parte de los hombres en las formas de vivir su sexualidad, aunado a que las mujeres constituyen mayores porcentajes de pobreza y menor acceso a la educación e información científica, adecuada y pertinente.

Chacón, Chaves y González (2012), López y Monge (2005), Rodríguez, Castro y Morales (2010), Rivera, Varas, Coriano, Padilla, Reyes y Serrano (2015) y Loaiza (2008) indican que la vulnerabilidad biológica, social, cultural y la subordinación de las mujeres hacia los hombres, impide que estas puedan negociar prácticas sexuales seguras con sus parejas. Esta dinámica genera un aumento del virus en esta población, lo que es conocido como feminización del VIH, la cual se encuentra ligada a la feminización de la pobreza y aumento de la violencia por motivos de género. A raíz de esto, es necesario comprender la construcción social de los géneros para poder entender las vivencias de las mujeres con VIH, ya que ellas presentan necesidades particulares tanto biológicas, como sociales, económicas, culturales y políticas.

Es por eso que, ante lo mencionado, se observa que el VIH no se puede ver únicamente como desde una visión biológica, sino que están presentes otros elementos, como el género, el cuerpo, la sexualidad, el estigma y la culpabilización que se genera hacia las mujeres; primero, por no cumplir con los roles preestablecidos; segundo, porque ante la infección del VIH se les culpa de tener un comportamiento sexual inadecuado para la mujer. Se debe trabajar desde la desmitificación de roles, la culpabilidad y asegurar una información adecuada sobre el virus, ya que esto genera que se desarrollen cambios sociales y una sociedad más inclusiva. Estas acciones deben ser asumidas desde el Estado, con una adecuada educación sexual y con políticas sociales que realmente impacten y beneficien a la población.

Salud sexual y reproductiva (Derechos sexuales y reproductivos) desde una perspectiva de género

A partir de la exploración de Gutiérrez, Lemos y Arochena (2017) se obtiene que en el país aún existe un gran desconocimiento en relación con el marco legal de los derechos y deberes que garanticen una salud sexual y reproductiva eficaz, así

como costumbres y prácticas sexuales riesgosas que aumentan la transmisión del VIH. De esa forma, sólo un pequeño porcentaje de la población accede a la información adecuada de planificación familiar y sus métodos, así como a la toma de decisiones sobre el propio cuerpo y el disfrute de la sexualidad.

López y Monge (2005), Méndez y Warner (2014) y Navarro (2018) encuentran que el género es un aspecto de singular importancia en los servicios de salud. En primer lugar, porque las mujeres están en desventaja frente a los hombres al acceder a estos servicios, en segundo lugar, en la atención a las mujeres y su salud sexual y reproductiva se enfoca en la planificación familiar, encontrando en esto un obstáculo para que en esa atención se retomen las particularidades y necesidades de las mujeres con VIH, donde se les brinde la posibilidad de tomar decisiones de forma libre, segura e informada y que incluya aspectos sobre el ejercicio de su propia sexualidad y el disfrute. Al no brindar los recursos necesarios a las mujeres con VIH, se obstruye la posibilidad de que estas se protejan en sus relaciones sexuales y así evitar la transmisión del VIH.

A su vez, Núñez (2015) aporta que los derechos sexuales y reproductivos han tenido un abordaje reciente, principalmente en los países de América Latina, lo que evidencia vacíos existentes en políticas que promuevan su garantía. Estos derechos permiten que las mujeres tengan autonomía y control total de su cuerpo, de forma responsable y libre de discriminación, cualquier manifestación de la violencia y coerción. Deben ser abordados como parte fundamental de la salud y educación desde una visión integral, y es que, aunque la sexualidad y reproducción se tratan de forma conjunta, ambas tienen connotaciones distintas y no se deben igualar o reducir, desde la atención de la salud sexual y reproductiva, a la planificación familiar, sino que contemplen la dimensión de la sexualidad como un todo (sentimientos, emociones, condiciones físicas, el entorno y por supuesto las desigualdades que enfrentan las mujeres en este tema).

Se debe brindar a las mujeres servicios adecuados de atención a su salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género que integre su condición histórica, para el efectivo alcance de sus derechos y que permita, según los resultados de Delgado (2004) y Fuentes (2017), analizar la construcción social de las diferencias sexuales, el cómo se construyen y relacionan hombres y mujeres. Y a su vez que

posibiliten a las mujeres escoger sobre su autodeterminación reproductiva y su sexualidad.

Violencia hacia las mujeres como principal obstáculo para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos

Núñez (2015), Araya y Vargas (2017), Ochoa y Pas (2007), Loaiza (2008), Rivera, Varas, Coriana, Padilla, Reyes y Serrano (2015) y Díaz (2019) concuerdan en que la violencia hacia las mujeres es un asunto exclusivamente de género, propiciada por la sociedad patriarcal, donde las mujeres en todas las esferas tienen menor participación sobre toma de decisiones respecto a sus cuerpos y su propia sexualidad. Además, señalan que hay un aumento de infecciones de transmisión sexual en las mujeres y que existe una mayor violencia ante el suceso, principalmente por la imposibilidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales, así como el uso del condón en sus relaciones sexuales, como forma de protegerse ante posibles infecciones. A partir de esto concluyen que la violencia hacia las mujeres es la principal causa de transmisión del VIH, sin embargo, esta no se considera como un aspecto determinante dentro del marco legal para el tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

La violencia contra las mujeres obstaculiza el acceso a sus derechos y limita la atención integral de su salud. A partir de lo encontrado por Núñez (2015) el objetivo principal de estos derechos es que las personas puedan acceder a ellos sin coerción, discriminación y libres de violencia respecto a sus decisiones sobre su sexualidad y su reproducción. Las manifestaciones de la violencia de género hacia las mujeres, tomando en cuenta lo desarrollado por Delgado (2004) la discriminación política y económica, el abuso de poder, la desigual distribución de las riquezas entre hombres y mujeres, la falta de oportunidades en el mercado laboral, el acceso limitado a la educación, la falta de información y educación sexual, la violencia intrafamiliar y violencia sexual son los principales factores de expansión del virus en esta población y los principales obstáculos al enfrentar el VIH en las mujeres.

Trabajo Social y el VIH

Chacón, Chaves y González (2012), Quesada y Villegas (2009), Mora y Valverde (2006), Castro y Gutiérrez (1997) y Navarro (2018) a partir de sus

investigaciones, deducen que la población con VIH es una población vulnerable y que existen demandas de esta población que requieren respuestas desde la profesión. Tales como el acceso a los servicios de salud, acceso al tratamiento, orientación e información adecuada para llevar una vida digna y de bienestar tanto para la persona con VIH como para su red de apoyo.

Además, observan que uno de los ejes fundamentales del ejercicio profesional con esta población, responde a las redes de apoyo, ya que hay poco trabajo desde la prevención y la educación con estas. Además, es necesario mayores esfuerzos desde lo socio-educativo con las poblaciones más vulnerables (15-39 años) en el país, donde se comprenda desde una mirada crítica el VIH y no desde los mitos y estereotipos contruidos socialmente desde la aparición del virus. Este apoyo es mayoritariamente necesario en poblaciones vulnerables, por condición etaria, como las personas adultas mayores, población LGBTIQ o las poblaciones privadas de libertad.

Indican que es necesario reconocer que, desde Trabajo Social, se construyen nuevos escenarios que permiten una inclusión de la población más vulnerable, tratando de crear espacios de participación para la toma de decisiones en conjunto, donde las personas se sientan escuchadas y sus necesidades sean abordadas, lo que garantiza sus derechos.

Además, Quesada y Villegas (2009) indican que la profesión tiene el compromiso de reconstruir la realidad presentada como fragmentada, para desmitificar y generar una sociedad más inclusiva. Asimismo, el VIH al ser un tema complejo, el Trabajo Social es clave para su abordaje, ya que brinda una respuesta desde la realidad de la población y desde la realidad de las instituciones.

Anexo 2. Categorías de análisis

Cuadro N°4. “Categorías y subcategorías para el análisis”

Categoría	Subcategorías
Derechos Humanos	<p style="text-align: center;">Derecho a la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué significa para las mujeres el derecho a la salud: Cómo lo conciben, qué elementos relacionan con este derecho. - Cómo ha sido el ejercicio de este derecho: Las mujeres tienen acceso a servicios de salud oportunos: Prevención (información, acceso a la prueba de VIH y orientación previa y posterior a la prueba), atención (tratamiento oportuno y continuo, adherencia y atención interdisciplinaria) y controles regulares: ginecología, salud sexual y reproductiva (consejerías, planificación). - Los servicios de salud incluyen: calidad, accesibilidad (información clara, ubicación geográfica, esperas en atención, trato respetuoso), oportunos, sostenibilidad y atención integral con enfoque de género. <p style="text-align: center;">Derechos sexuales y reproductivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocen las mujeres cuáles son sus derechos sexuales y reproductivos, los identifican en su vida cotidiana y tienen una comprensión clara sobre estos: Específicamente el derecho a la autodeterminación reproductiva y al disfrute de la sexualidad. - Dónde han recibido información sobre sus derechos y qué espacios identifican donde podrían recurrir para obtener información sobre estos derechos. - Tipo de información brindada por las instituciones (servicios de salud, familia, educativas, religión y organizaciones: ICW y otras similares) sobre sus derechos: Es información clara,

	<p>adecuada, veraz y científica (libre de prejuicios).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cómo valoran las mujeres los espacios donde han recibido esta información y el tipo de información que han recibido sobre sus derechos sexuales y reproductivos: Adecuada, oportuna, responde a las necesidades particulares de sí mismas. - La información que las mujeres han recibido les ha permitido tomar decisiones libres, autónomas y conscientes. <p style="text-align: center;">Derecho a participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participan las mujeres en la formulación de políticas, programas y planes sobre VIH: Tienen acceso e información sobre este tipo de espacios. -Cuál es la valoración que le dan las mujeres sobre la participación en la formulación: Consideran que es necesario, relevante. - Consideran que son importantes los procesos que han llevado desde ICW y que a partir de estos tengan incidencia en la población mujeres con VIH.
Autodeterminación reproductiva	<p style="text-align: center;">Acceso a información y conocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres tienen conocimiento sobre el derecho de autodeterminación reproductiva y sus componentes, y sobre diversos métodos anticonceptivos. - Las mujeres han recibido información diversa, clara y oportuna sobre su derecho a la autodeterminación reproductiva, métodos de planificación (sea para buscar un embarazo o no) y en cuáles espacios. <p style="text-align: center;">Servicios de salud reproductiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cuáles servicios de salud reciben atención sobre salud reproductiva: Han accedido a servicios de salud reproductiva, atención prenatal en caso de desear tener hijos/as, acompañamiento durante el embarazo e información sobre el tratamiento adecuado. - Tienen acceso a métodos para prevención de embarazos no deseados, cuales barreras

podrían estar presentes en este acceso (ideológicas, relacionales, materiales).

- Existen o no barreras en los servicios de salud reproductiva: Trato, discriminación, prejuicios, comentarios y actitudes denigrantes.

Maternidad:

- Significado, percepción y/o concepción de las mujeres sobre la maternidad. Cómo se relaciona esta con la construcción de su identidad femenina.
- Mitos y estereotipos sobre la maternidad presentes antes y después del diagnóstico.
- Toma de decisiones autónomas, libre e informada sobre su maternidad.

Lactancia:

- Significado y percepción de las mujeres sobre la lactancia.
- Ejercicio de la lactancia siendo una mujer con VIH.
- Información brindada sobre la lactancia y posibles alternativas: Adecuada, oportuna y veraz. Conocimiento previo sobre la lactancia.
- Mitos y estereotipos sobre la lactancia presentes antes y después del diagnóstico.
- Implicaciones personales, emocionales, relacionales para las mujeres.

Contradicción cultural:

- Rol impuesto a las mujeres sobre ejercer la maternidad vs. la negación de este derecho por ser mujeres con VIH.

Instancias socializadoras:

- Influencia de instituciones (familia, educativas, religión, medios de comunicación) en la percepción de las mujeres sobre su derecho a la autodeterminación reproductiva y sus decisiones en relación con esto.

Parto:

	<ul style="list-style-type: none"> - Información adecuada y detallada: Qué tipo de información recibió. - Conocimiento previo, mitos y estereotipos. - Parto relacionado con mujeres con VIH y violencia gineco-obstétrica. - Acompañamiento de profesionales en salud en proceso de embarazo y parto y sus implicaciones a partir del diagnóstico de VIH.
Sexualidad	<p style="text-align: center;">Educación sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceso a la educación sexual integral: Las mujeres han tenido acceso, en qué etapa de su vida accedieron a esta educación, qué tipo de información les han brindado, cuáles espacios o instituciones les han brindado esa información. - Percepción ideológica de las mujeres sobre la educación sexual, cambios en la percepción de la educación sexual recibida antes y después del diagnóstico. - Ausencias u omisiones en la educación sexual recibida por las mujeres. (Temas posibles tratados en estos espacios y cuáles son sus componentes ideológicos). - Valoración sobre la importancia de la educación sexual en mujeres con VIH. <p style="text-align: center;">Placer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cómo conciben las mujeres la vivencia de su propio placer: Sentimientos de culpa, vergüenza, temor, antes y después del diagnóstico de VIH. - Cuáles mitos, estereotipos y barreras (ideológicas, morales) identifican las mujeres sobre el placer femenino y cuáles son las implicaciones que estos han tenido en la vivencia de ellas mismas. - Las mujeres experimentan libremente su placer o este queda subordinado al placer masculino. <p style="text-align: center;">Prácticas sexuales:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Lo restringido y lo permitido: Cuál es la concepción de las mujeres sobre los comportamientos sexuales permitidos y restringidos para estas según la sociedad. Cómo esto ha influenciado en la vivencia de la sexualidad de las mujeres: Coito, exploración, estimulación. - Las mujeres pueden negociar prácticas sexuales con sus parejas de forma libre (sin sentir temor, coerción, vergüenza), así como el uso del condón. - Toman decisiones libres sobre su sexualidad, están presentes patrones de poder y dominio (cómo se ejerce el poder en las relaciones que han tenido y cómo esto ha influenciado en la concepción y vivencia de su sexualidad).
<p>Violencia</p>	<p style="text-align: center;">Violencia estructural:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En las instituciones y personal de salud, acceso a servicios (barreras económicas, ideológicas, culturales). - Omisiones en las políticas: No inclusión de las necesidades de las particularidades de las mujeres con VIH. <p style="text-align: center;">Violencia cultural hacia las mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres han experimentado alguna manifestación de violencia por su diagnóstico: Por medio de tratos denigrantes, actitudes o comentarios de personal de salud, familia, amigos por el diagnóstico de VIH. - Qué implicaciones tiene esta violencia en las mujeres con VIH: personal, relacional, autoestima. <p style="text-align: center;">Violencia de género:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En relaciones afectivas a partir de la revelación del diagnóstico, rechazo por su pareja.

<p>Corporalidad</p>	<p style="text-align: center;">Auto percepción</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cómo se conciben las mujeres como sujetas de derechos: Se visualizan a sí mismas como sujetas de derechos. - Cómo las mujeres se reconocen a sí mismas como mujeres que viven con VIH. <p style="text-align: center;">Autoimagen y autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concepción de las mujeres sobre sí mismas y sus cuerpos. - Influencia externa sobre la toma de decisiones sobre su cuerpo e imagen: Ser para sí mismas o para los/las demás. <p style="text-align: center;">Apropiación / Empoderamiento del cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cómo es el proceso para la toma de decisiones sobre su cuerpo, perspectiva sobre su propio cuerpo y en relación con otras personas. - Cuál es la auto percepción de las mujeres. Se identifica aceptación a sí mismas. <p style="text-align: center;">Autoconocimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento sobre su cuerpo, sus funciones y las decisiones sobre este.
<p>Vivir con virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)</p>	<p style="text-align: center;">Conocimiento sobre VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de las mujeres antes y después del diagnóstico sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH. - Espacios donde recibieron esta información.

	<p style="text-align: center;">Significado para las mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none">-Cuál es la percepción y que ha significado para mujeres el VIH.- Cuáles prejuicios, estereotipos, creencias, mitos identifican las mujeres respecto al VIH presentes en la sociedad y de estos.- A cuáles barreras se han enfrentado las mujeres: Estigma, discriminación, actitudes de rechazo.- Confidencialidad: Se respetó en servicios de salud, cómo fue el proceso para comunicar el resultado. <p style="text-align: center;">Contexto COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none">- Cambios en el acceso a los servicios de salud: Las mujeres identifican cambios a raíz de la pandemia en el acceso y atención en los servicios de salud.
--	--

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3. Listado de normativas nacionales e internacionales

Internacional

- Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadanía, 1791.
- Carta de las Naciones Unidas, 1945.
- Declaración Universal de los DDHH (1948).
- Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, 1952
- Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1967).
- Conferencia Internacional de Derechos, 1968, Teherán.
- Conferencia Mundial de Población, 1974, Bucarest.
- Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer: (1975), Ciudad de México.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979).
- Recomendaciones del Comité de la CEDAW a los Estados partes.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1976
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Segunda Conferencia Mundial:, Copenhague, Dinamarca, 1980
- Reunión Internacional de Mujeres y la Salud, Ámsterdam, 1984
- Conferencia Internacional de Población en México, 1984
- Tercera Conferencia Mundial: 1985, Nairobi, Kenia.
- Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (convención Belem do Pará) (09 de junio de 1994).
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Conferencia El Cairo (5 al 13 de setiembre de 1994). Derechos sexuales y reproductivos.
- Declaración de la Cumbre de París sobre el SIDA (1 de diciembre de 1994) derechos de las personas con VIH.
- Cuarta Conferencia Mundial: 1995, Beijing, China.
- Acciones posteriores a Beijing: Sesión 23, sesión 49, sesión 54, sesión 59, sesión 64.
- Declaración Universal de los Derechos Sexuales, 1999 Yeraldine
- Consenso de Lima, 2000
- Declaración del Milenio y ODS 2000-2015

- Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, resolución adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (2001). VIH
- Marco Estratégico Mundial sobre el VIH/SIDA (2001).
- Declaración de Nuevo León, 2004.
- Consenso de Quito, 2007.
- Asamblea General de las Naciones Unidas: Declaración Política sobre VIH/SIDA, 2011.
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2014.
- Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: "Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención", 2015.
- Estrategias mundiales del sector de la salud contra la infección por el VIH, las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis virales, y el plan de acción de la OPS contra las hepatitis virales: 2022-2030.
- Declaración Política sobre el VIH/SIDA, 2016.
- Resolución 60/2 del Comisión de la Condición Social y Jurídica de la Mujer.

Nacional

- Ley General sobre VIH/SIDA, N°7771, y su reforma (Ley 9797).
- Decreto Ejecutivo N°27913-S 1999
- Política Nacional de VIH/Sida, 2007.
- Informes sobre los progresos de la respuesta nacional al VIH, 2009
- Informe sobre los progresos de la respuesta nacional al VIH (2009).
- Política Nacional de Sexualidad, 2010-2021.
- Política Nacional de Salud, 2011-2021.
- Plan Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier" 2015.
- Ley General de Salud. N°5395, versión 8, 2014.
- Reforma al Decreto Ejecutivo N°27913-S 2014.
- Directriz Ministerial, No. 037S, de Atención Integral por enfermedades de transmisión sexual, 2015.
- Plan Estratégico de VIH/SIDA 2016-2021.
- Encuesta de mujeres, niñez y adolescencia, 2018.
- Plan Nacional de Educación para la Sexualidad, MEP (2019).

- Proyecto de Ley “Adición de un nuevo capítulo iii referente a los derechos en salud sexual y salud reproductiva, al título i del libro i de la ley general de salud, n.º 5395 de 30 de octubre de 1973 y sus reformas”.
- Modelo de evaluación de servicios de salud y educación en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva, para jóvenes, con énfasis en la prevención del VIH/SIDA. (Defensoría de los Habitantes) Declaración de los derechos sexuales y reproductivos

Anexo 4. Guía entrevista a profundidad dirigida a las mujeres que viven con VIH que forman parte de ICW

**Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social**

Trabajo Final de Graduación: “Representaciones sociales que inciden en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH en Costa Rica”

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD DIRIGIDA A MUJERES QUE VIVEN CON VIH Y QUE FORMAR PARTE DE LA ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL COMUNIDAD INTERNACIONAL DE MUJERES VIVIENDO CON VIH (ICW LATINA)

Objetivo: Conocer las principales representaciones sociales que inciden y por ende, vulneran el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH en Costa Rica a partir de las experiencias e historias de vida de las mujeres que forman parte de ICW.

La siguiente información suministrada será utilizada como insumo para cumplir con el objetivo del Trabajo Final de Graduación: Determinar las representaciones sociales que inciden en el ejercicio del derecho al disfrute de la sexualidad y el derecho a la autodeterminación reproductiva de las mujeres con VIH, que forman parte de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH (ICW) en Costa Rica, durante el 2022.

INFORMACIÓN GENERAL

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: (Formal o informal): _____

HIJOS/AS: (Antes o después del diagnóstico): _____

PROCEDENCIA: _____

I. INTRODUCCIÓN

1. ¿Desde hace cuánto tiempo forma parte de ICW- Costa Rica?
2. ¿Cómo se enteró de la organización?
3. ¿Conoce sobre otras organizaciones u otros espacios exclusivos para mujeres con VIH?
4. ¿Hace cuánto tiempo conoce sobre su diagnóstico de VIH?
5. ¿Cómo se enteró del diagnóstico?

II. CATEGORÍA: VIH

6. Antes de saber su diagnóstico ¿conocía sobre el VIH? Si es así, ¿cuál era su concepción sobre el VIH?
7. ¿En algún momento ha recibido información sobre formas de transmisión y prevención de Infecciones de Transmisión sexual? Si es así ¿En qué espacios?
8. ¿Qué tipo de información recuerda que le brindaron sobre Infecciones de transmisión sexual?
9. ¿Qué ha significado para usted como mujer vivir con VIH? ¿Cómo describiría usted su experiencia?
10. ¿Qué ideas identifica que están presentes en nuestra sociedad sobre el VIH? ¿Estas ideas le han afectado en algún momento? Si es así, ¿de qué manera?
11. ¿En algún momento, alguien le ha hecho comentarios respecto al diagnóstico de VIH? Sí es así, podría ampliar sobre esto.

12. ¿Al momento de conocer su diagnóstico, tenía pareja? Si es así, ¿hablaron al respecto? ¿cómo reaccionó?

III. CATEGORÍA: DERECHOS HUMANOS: DERECHO A LA SALUD

13. ¿Ha escuchado sobre los Derechos Humanos? ¿Para usted qué significado tiene?

14. Usted como mujer que vive con VIH, ¿cómo visualiza los derechos humanos en su vida diaria? Nos podría brindar ejemplos concretos por favor.

15. ¿Qué pensamientos vienen a su mente con la siguiente frase: “Las mujeres tienen derecho a la salud”? ¿con qué aspectos lo asocia?

16. ¿Actualmente usted cuenta con seguro de la CCSS? Si su respuesta es no, ¿por qué razón?

17. ¿Tiene alguna dificultad para trasladarse a los centros de salud disponibles en su zona de residencia? Sí es así, ¿cuál o cuáles?

18. ¿Cuándo le comunicaron el diagnóstico, respetaron su confidencialidad y le brindaron acompañamiento, profesionales de la salud? ¿Cómo fue el proceso?

19. Desde que fue diagnosticada con VIH ¿ha tenido alguna dificultad para ser atendida en los centros de salud o para recibir el tratamiento? Sí es así ¿cuál o cuáles? *R/*

20. ¿Recibió consejería por parte del personal de salud antes y después de realizarse la prueba de VIH? Si es así ¿Qué tipo de información le brindaron?

21. ¿Cómo considera que ha sido su proceso de adherencia al tratamiento?

22. ¿De qué especialidades ha recibido acompañamiento desde el diagnóstico de VIH?

23. ¿Cómo valora el seguimiento que le han brindado estas especialidades?

24. ¿Cómo ha sido su experiencia cuándo ha recibido algún tipo de atención en los centros de salud después del diagnóstico? (Por ejemplo, PAP, chequeos).

25. Después del diagnóstico, ¿alguna vez se ha sentido incómoda mientras ha sido atendida en los servicios de salud? Si es así, ¿recuerda por qué razón?

26. ¿Considera que la información que ha recibido en los centros de salud desde que fue diagnosticada con VIH ha sido clara, comprensible, necesaria y relevante?

27. ¿Qué información le hubiera gustado recibir cuando fue diagnosticada con VIH y que no recibió?

28. Usted como mujer que vive con VIH, ¿considera que en los servicios de salud a los cuales usted asiste regularmente toman en cuenta sus necesidades y particularidades?

29. ¿Cree usted que deben haber servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para las mujeres? ¿Por qué razón?

IV. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

30. ¿Conoce cuáles son sus derechos sexuales y reproductivos? Si es así, ¿cuáles conoce?

31. ¿Considera que estos derechos o elementos están presentes en su vida diaria? ¿En qué situaciones los identifica? Nos puede brindar ejemplos de sus vivencias.

32. ¿En qué espacios ha recibido información sobre sus derechos sexuales y reproductivos? ¿A qué lugares cree que puede asistir para conocer sobre estos derechos? ¿Para usted esos espacios son seguros, adecuados y responden a sus necesidades?

33. ¿Qué tipo de información recuerda que ha recibido sobre sus derechos sexuales y reproductivos en el transcurso de su vida? ¿Esta información cambió después del diagnóstico? Si es así, ¿Por qué razón?

34. ¿Cómo valora usted la información que le han brindado sobre sus derechos sexuales y reproductivos? (Clara, adecuada, científica)

35. ¿Considera que la información que ha recibido hasta hoy sobre sus derechos sexuales y reproductivos le ha permitido tomar decisiones libres, sin temor, vergüenza o culpa? ¿Por qué razón? Podría ampliar sobre esto con ejemplos específicos que usted recuerde.

V. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN

36. ¿Considera que es necesario que las mujeres que viven con VIH participen en la formulación de políticas en materia de VIH? ¿Por qué?

37. ¿Ha participado usted directa o indirectamente en procesos de formulación de políticas Sí es así ¿en cuáles procesos?

38. ¿Conoce de espacios donde usted pueda participar en formulación de políticas? ¿Cuáles?

VI. CATEGORÍA: AUTODETERMINACIÓN REPRODUCTIVA: ACCESO A INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO

39. ¿Qué elementos relaciona usted con la palabra reproducción?

40. ¿Ha escuchado o recibido información sobre la prevención de embarazos no deseados? ¿Qué significado tiene para usted?

41. ¿Conoce métodos anticonceptivos? Si es así, ¿cuáles?

42. ¿En cuáles espacios ha recibido información sobre prevención de embarazos no deseados y métodos anticonceptivos?

43. ¿Cómo considera que ha sido esa información? ¿Ha cambiado respecto a antes y después del diagnóstico? Si es así ¿Cómo ha cambiado?

44. ¿Ha utilizado métodos anticonceptivos antes y después del diagnóstico? ¿Cuáles?

45. Para usted, en el uso de métodos anticonceptivos y la prevención de embarazos ¿se debería involucrar a la pareja o es una decisión que la toma usted?

VII. SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

46. ¿Ha recibido consejerías en los centros de salud sobre salud reproductiva? Sí es así ¿Qué información recuerda que le brindaron?

47. ¿Recibió atención prenatal antes de quedar embarazada desde los servicios de salud? / ¿Usted valoraría solicitar información prenatal en los servicios de salud?

48. ¿Recibió acompañamiento y/o recomendaciones durante su embarazo por parte de profesionales en la salud? Si es así, ¿Qué recomendaciones le brindaron? (Esta pregunta es sólo si ha tenido hijos/as). (Tratamiento)

49. ¿Tiene la opción de escoger el método anticonceptivo que prefiera y se adecúe a sus necesidades o sólo puede acceder a un método?

50. Si usa un método anticonceptivo actualmente: ¿Por qué razón usa ese método?

51. ¿En algún momento, algún profesional, amistad, familiar le aconsejó/recomendó no tener hijos/as a partir del diagnóstico? Sí es así, ¿podría ampliar sobre esto? ¿Por qué motivo cree que le aconsejó esto?

52. Para usted, ¿cómo sería un adecuado servicio de salud que le brinde acompañamiento sobre el tema de la sexualidad y reproducción en mujeres con VIH?

VIII. MATERNIDAD

53. ¿Para usted qué significa la palabra maternidad? ¿Con qué elementos la relaciona?

54. ¿Qué ha representado la maternidad en su vida y en las decisiones que ha tomado?

55. ¿Qué piensa de la siguiente frase: “La maternidad es el rol primordial de las mujeres”?

56. ¿Considera que hubo un cambio en el significado de la maternidad después del diagnóstico?

57. ¿Qué pensaba usted antes del diagnóstico sobre una mujer con VIH que tenga hijos/as y qué piensa ahora?

58. ¿Cómo se ve usted como madre antes y después del diagnóstico? (Sólo si ha tenido hijos/as o desee hacerlo)

59. ¿Considera que las veces que tuvo hijos/as fue por decisión propia o en algún momento sintió presión por hacerlo? ó ¿Considera que quiere tener hijos/as por decisión propia o en algún momento ha sentido presión por hacerlo?

60. ¿Considera que usted es la única responsable de tomar decisiones respecto a decidir tener hijos/as o alguien más debería estar involucrado?

IX. PARTO

61. ¿Qué recomendaciones le han brindado en relación con el parto y el VIH?

62. ¿Cómo valora la información que recibió sobre el parto? Adecuada, necesaria. / ¿Qué información le gustaría recibir para el momento del parto?

63. ¿Le dieron la opción de elegir entre parto vaginal o cesárea? ¿Qué razones le dieron para recomendarle sólo una opción si fuera el caso?

64. En el momento del parto ¿cómo considera que fue el trato recibido por parte del personal en salud?

65. ¿Hubo algún comentario, actitud o trato que la hiciera sentirse incómoda en el momento del parto?

X. LACTANCIA

66. ¿Qué significado ha tenido la lactancia para usted?

67. ¿Les dio lactancia materna a sus hijos/as después del diagnóstico? Si es así, ¿Cómo fue esta experiencia para usted? (Sólo si ha tenido hijos/as).

68. ¿Qué tipo de información ha recibido sobre la lactancia y el VIH? ¿Dónde recibió esa información?

69. ¿Considera que la información que recibió es adecuada y se adecúa a sus necesidades?

70. Antes del diagnóstico y de tener hijos/as, conocía algo sobre la lactancia? Si es así, ¿Qué conocía?

71. ¿Qué piensa usted sobre las siguientes frases?

- “La buena madre es la que amamanta a sus hijos/as”
- “Sin la lactancia no puede encontrar la plenitud como madre y como mujer”
- “Para ser mujer es necesario ser madre y amamantar a sus hijos/as”

XI. CATEGORÍA SEXUALIDAD: EDUCACIÓN SEXUAL

72. ¿Qué elementos relaciona con la palabra sexualidad?

73. ¿Ha recibido educación sexual? Si es así, ¿En qué momentos de su vida ha recibido esa educación?

74. ¿Sobre qué temáticas de educación sexual ha recibido información?

75. ¿Qué piensa usted sobre la educación sexual? Es necesaria, importante. ¿Ha cambiado su concepción de la educación sexual después del diagnóstico?

76. ¿En qué temas le hubiera gustado recibir información sobre educación sexual antes y después del diagnóstico?

XII. PRÁCTICAS SEXUALES

77. ¿Considera que las mujeres tienen prácticas sexuales distintas a los hombres? Si es así ¿Cuáles? ¿Por qué razón considera que hay esa diferencia?

78. ¿Cree que esto le ha afectado en la vivencia de su sexualidad? ¿Cómo?
79. ¿Las creencias religiosas han influenciado en la vivencia de su sexualidad?
80. ¿Qué piensa usted sobre la exploración y estimulación en las mujeres?
81. ¿Considera usted que ha podido negociar sobre prácticas sexuales con su pareja de forma libre, sin temor ni vergüenza? ¿Por qué razón?
82. ¿En algún momento ha accedido a tener relaciones sexuales con su pareja sin tener deseo?
83. ¿Qué ideas identifica que existen en la sociedad sobre una mujer con VIH teniendo relaciones sexuales de forma activa?
84. Después del diagnóstico de VIH, ¿usted cree que hubo un antes y un después en la vivencia de sus relaciones sexuales?
85. ¿Qué temores o dudas ha tenido respecto a ejercer su sexualidad como mujer antes y después del diagnóstico?

XIII. PLACER

86. ¿En algún momento ha reprimido su deseo sexual por vergüenza? ¿Por qué?
87. ¿Ha tenido relaciones sexuales solamente por placer, sin deseos de concebir?
88. ¿Ha responsabilizado a su pareja de su propio placer?
89. ¿Qué piensa sobre las siguientes frases:
- Ser virgen es una virtud
 - Solo los hombres piensan en sexo
 - Las mujeres no se masturban
 - Los hombres son responsables del placer de las mujeres

- El tamaño del pene importa

XIV. CATEGORÍA: CORPORALIDAD

90. ¿Qué significa para usted ser mujer?

91. ¿Cuándo usted se ve al espejo cómo se siente?

92. ¿Ha cambiado la visión de usted misma antes y después del diagnóstico?
Sí es así ¿En qué ha cambiado?

93. ¿Ha tenido temor de lo que puedan decir otras personas sobre su apariencia? ¿Le ha pasado que han opinado de esa decisión que usted ha tomado? Si es así, ¿podría ampliarnos sobre eso?

94. Cuándo usted ha decidido realizarse un cambio en su imagen o mostrar alguna parte de su cuerpo ¿Ha sido para buscar aprobación de otra persona (pareja o familia)?

95. ¿Ha ocultado alguna parte de su cuerpo por vergüenza?

96. ¿Qué recuerda que le enseñaron de niña sobre su cuerpo?

97. ¿Considera que conoce bastante o poco sobre su cuerpo y sus funciones?

98. ¿Dedica tiempo para usted misma? ¿Por medio de qué acciones o actividades?

XV. CONTEXTO PANDEMIA

99. A partir de la pandemia, ¿considera usted qué ha habido cambios en el acceso a servicios de salud? Si es así ¿Cuáles?

100. ¿Considera que la atención ha sido la misma? ¿Qué cosas han cambiado por la pandemia?

101. Durante la pandemia ¿le han brindado el tratamiento de forma continua? Si la respuesta es no, ¿por qué razón?

XVI. CIERRE

102. A partir de su experiencia ¿Cuáles considera que son las principales barreras que ha experimentado para poder disfrutar su sexualidad de forma libre y tomar decisiones sobre tener hijos/as?

103. ¿Desea compartir algún comentario o experiencia sobre lo hablado?

Anexo 5. Carta aprobación de ICW como contraparte de la investigación



San José, 13 de enero de 2021

Señores (as)

Comisión de Trabajo Final Graduación de la Escuela de Trabajo Social

Universidad de Costa Rica

San José. C.R.

Estimadas señoras y señores:

Reciban un cordial saludo.

Como referente y presidenta de la Asociación "Comunidad Internacional de Mujeres con VIH de Costa Rica", hago constar que, desde nuestra representada, hemos articulado acciones para conocer las representaciones sociales que vulneran el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH en Costa Rica, con las estudiantes Yeraldine Gil Castaño y María Natalia Ledezma Méndez.

El trabajo ha sido sumamente exitoso y como organización manifestamos nuestra anuencia para colaborar con la investigación en mención y permitir, ya sea por medio de entrevistas, grupos focales y/o en forma presencial, un acercamiento con las mujeres agremiadas a la organización, siguiendo todos los protocolos de prevención estipulados por el del Ministerio de salud, y plasmar la realidad que enfrenta ésta población meta.

Sin otro particular, se despide.

Atentamente,

P/I.C.W.-COSTA RICA



Ruth M. Linares Hidalgo

PRESIDENTA.

Anexo 6: Cuadro N°5 “Normativa internacional que brindan fundamento a los derechos humanos, así como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH”

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadanía (1971)	<p>“<u>Artículo primero:</u> La mujer nace libre y permanece igual al hombre en derechos, las distinciones sociales sólo pueden ser fundadas en la utilidad común”.</p> <p>“<u>Artículo cuarto:</u> La libertad y la justicia consisten en devolver todo lo que pertenece a los otros; así, el ejercicio de los derechos naturales de la mujer sólo tiene por límites la tiranía perpetua que el hombre le opone; estos límites deben ser corregidos por las leyes de la naturaleza y de la razón”.</p> <p>“<u>Artículo sexto:</u> La ley debe ser la expresión de la voluntad general; todas las Ciudadanas y Ciudadanos deben participar en su formación personalmente o por medio de sus representantes. Debe ser la misma para todos; todas las ciudadanas y todos los ciudadanos, por ser iguales a sus ojos, deben ser igualmente admisibles a todas las dignidades, puestos y empleos públicos, según sus capacidades y sin más distinción que la de sus virtudes y sus talentos”.</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos Derecho a participación</p>	<p>Esta declaración, escrita por Olimpia, representa una acción para incluir a las mujeres como sujetas y garantes de derechos humanos, bajo la igualdad entre mujeres y hombres; ante lo cual no se puede hacer discriminación por razones de género.</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
<p>Carta de las Naciones Unidas (1945)</p>	<p>“a reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas”.</p> <p>“fomentar la cooperación internacional en materias de carácter económico, social, cultural, educativo y sanitario y ayudar a hacer efectivos los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”.</p> <p><u>Art. 55</u>: el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades”.</p>	<p>Derechos Humanos</p>	<p>Se contempla la igualdad jurídica entre hombres y mujeres como uno de los principios fomentados desde las Naciones Unidas.</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
<p>Declaración universal de los Derechos Humanos (1948)</p>	<p><u>Art. 2:</u> “Toda persona tiene derechos y libertades proclamadas en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo (y/o género), idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.</p> <p><u>Art. 3:</u> “Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.</p> <p><u>Art. 12</u> “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación”</p> <p><u>Art. 25</u> “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure (...) la salud y el bienestar (...) asistencia médica”.</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos Violencia</p> <p>Vivir con VIH: Confidencialidad</p> <p>Derechos Humanos: Servicios de salud reproductiva</p>	<p>Se establece el principio de igualdad jurídica entre hombres y mujeres, por lo cual el sexo (género) no puede ser motivo de distinción.</p> <p>Las mujeres tienen derecho a vivir de manera libre y segura, sin ningún tipo de restricción, incluida la violencia y/o prejuicios sociales.</p> <p>Respeto a la confidencialidad: Incluida en la privacidad de la vida íntima de las personas. Un elemento importante en las mujeres que viven con VIH.</p> <p>Las mujeres tienen derecho a la salud y atención médica, comprendiendo la salud de manera integral.</p>
<p>Convención sobre los derechos políticos de la mujer (1952)</p>	<p><u>Art. 1:</u> “Las mujeres tienen derecho a votar en todas las elecciones en igualdad de condiciones con los hombres, sin discriminación alguna”,</p> <p><u>Art. 2:</u> “Las mujeres serán elegibles para todos los organismos públicos electivos establecidos por la legislación nacional, en condiciones de igualdad con los hombres, sin discriminación alguna”</p> <p><u>Art. 3:</u> “Las mujeres tendrán derecho a ocupar cargos públicos y a ejercer todas las funciones públicas”</p>	<p>Derechos Humanos: Derecho a participación</p>	<p>En esta Convención se reafirma la igualdad jurídica de las mujeres respecto a los hombres, además, su derecho a la participación activa en la esfera política sin ningún tipo de discriminación por razones de género.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	establecidas por la legislación nacional, en igualdad de condiciones con los hombres, sin discriminación alguna”.		
Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1967)	<p>“Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres”</p> <p>“Considerando que la Declaración Universal de Derechos Humanos establece el principio de la no discriminación y proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en dicha Declaración, sin distinción alguna, incluida la distinción por razón de sexo”</p> <p>“Considerando que la discriminación contra la mujer es incompatible con la dignidad humana y con el bienestar de la familia y de la sociedad, impide su participación en la vida política, social, económica y cultural de sus países en condiciones de igualdad con el hombre, y constituye un obstáculo para el pleno desarrollo de las posibilidades que tiene la mujer de servir a sus países y a la humanidad”.</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos Violencia</p> <p>Derechos Humanos Violencia estructural</p>	<p>Se reafirma la igualdad jurídica entre mujeres y hombres como personas sujetas de derechos, bajo el principio de la dignidad e igualdad.</p> <p>Reafirma el principio de no discriminación bajo ningún motivo, en este caso por sexo y/o género. Ante lo cual, la discriminación por género se encuentra en el imaginario colectivo social y repercute en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres.</p> <p>La discriminación contra la mujer se vincula a la familia, no como personas individuales y sujetas de derechos humanos y en relación con el progreso social y económico de los países. Se invisibiliza a las mujeres como individuos ante una concepción reduccionista.</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>“Teniendo presente la importancia de la contribución de la mujer a la vida social, política, económica y cultural, así como su función en la familia y especialmente en la educación de los hijos”.</p> <p><u>Art. 1:</u> “La discriminación contra la mujer, por cuanto niega o limita su igualdad de derechos con el hombre, es fundamentalmente injusta y constituye una ofensa a la dignidad humana”.</p> <p><u>Art. 2:</u> “Deberán adoptarse todas las medidas apropiadas a fin de abolir las leyes, costumbres, reglamentos y prácticas existentes que constituyan una discriminación en contra de la mujer, y para asegurar la protección jurídica adecuada de la igualdad de derechos del hombre y la mujer”.</p> <p><u>Art. 3:</u> “Deberán adoptarse todas las medidas apropiadas para educar a la opinión pública y orientar las aspiraciones nacionales hacia la eliminación de los prejuicios y la abolición de las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basadas en la idea de la inferioridad de la mujer”.</p> <p><u>Art. 4:</u> Deberán adoptarse todas las medidas apropiadas para asegurar a la mujer en igualdad de condiciones con el hombre y sin discriminación alguna:</p> <p>a) El derecho a votar en todas las elecciones y a ser elegible para formar parte de todos los organismos constituidos mediante elecciones públicas;</p> <p>b) El derecho a votar en todos los referéndums públicos;</p> <p>c) El derecho a ocupar cargos públicos y a ejercer todas las</p>	<p>Violencia: Violencia estructural</p> <p>Derechos Humanos Violencia</p> <p>Derechos Humanos</p> <p>Violencia: Violencia cultural hacia las mujeres</p> <p>Derechos Humanos Derecho a participación</p>	<p>La contribución de la mujer a la sociedad está ligada con la función impuesta patriarcalmente, ligada estrechamente a los hijos.</p> <p>Se reconoce que la discriminación no permite la igualdad entre mujeres y hombres, limitando a las primeras sus derechos.</p> <p>La igualdad se limita a la jurídica. Es necesario igualdad como seres humanos en todas las dimensiones, no sólo ante la protección de la ley, aunque esta es necesaria.</p> <p>Se indican medidas que puedan tener impacto en el imaginario colectivo, por ende, en las representaciones sociales de la sociedad en relación con las mujeres y la construcción del género.</p> <p>Las mujeres como sujetas de derechos políticos, pueden acceder a la representación política, tanto ejerciendo el voto como asumiendo puestos públicos.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	funciones públicas. Estos derechos deberán ser garantizados por la legislación”.		
Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán (1968)	<p><u>Art. 1:</u> “Es indispensable que la comunidad internacional cumpla su solemne obligación de fomentar y alentar el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales para todos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión u opiniones políticas o de cualquier otra índole”.</p> <p><u>Art. 5:</u> “Las Naciones Unidas se han fijado como objetivo primordial en materia de derechos humanos que la humanidad goce de la máxima libertad y dignidad. Para que pueda alcanzarse ese objetivo, es preciso que las leyes de todos los países reconozcan a cada ciudadano, sea cual fuere su raza, idioma, religión o credo político, la libertad de expresión, de información, de conciencia y de religión, así como el derecho a participar plenamente en la vida política, económica, social y cultural de su país”.</p> <p><u>Art. 15:</u> “La discriminación de que sigue siendo aún víctima la mujer en distintas regiones del mundo debe ser eliminada. El hecho de que la mujer no goce de los mismos derechos que el</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos Derecho a participación</p> <p>Violencia: Violencia cultural hacia las mujeres</p>	<p>Se reafirma el ejercicio de los derechos humanos si ningún tipo de distinción: sexo.</p> <p>Es necesario que las mujeres también puedan gozar de un nivel máximo de libertad y dignidad, así como en la participación en todas las esferas de la sociedad, sin embargo, se debe reconocer que la violencia y/o discriminación hacia las mujeres impiden dicho goce máximo. Sin esto, se estaría invisibilizando una realidad social de la mitad de la población.</p> <p>Se reconoce que las mujeres no gozan de los mismos derechos que los hombres, debido a una discriminación existente en la sociedad, lo</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>hombre es contrario a la Carta de las Naciones Unidas y a las disposiciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos. La aplicación cabal de la Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer es una necesidad para el progreso de la humanidad”.</p> <p><u>Art. 16:</u> “La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de hijos y los intervalos entre los nacimientos.”</p>	Autodeterminación reproductiva	<p>cual limita el ejercicio de los derechos humanos por parte de las mujeres, así como su disfrute máximo.</p> <p>Se establece por primera vez la decisión de decidir cuántos hijos y el intervalo como derecho fundamental. Existe la concepción de la familia como unidad social básica.</p>
Conferencia Mundial de Población, Bucarest (1974)	<p><u>Art. 14 f):</u> “Todas las parejas e individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer la información, la educación y los medios necesarios para ello”.</p> <p><u>Art. 29 a):</u> “Respeten y aseguren, independientemente de sus objetivos demográficos generales, el derecho de las personas a decidir, de manera libre, informada y responsable, el número y el espaciamiento de sus hijos”.</p> <p><u>Art. 15:</u> “Promover la condición de la mujer y la expansión de sus funciones, la plena participación de la mujer en la formulación y aplicación de las políticas socioeconómicas, incluidas las políticas demográficas, y despertar en toda mujer la conciencia de su papel real y potencial en la vida nacional”</p> <p><u>Art. 41:</u> “Los gobiernos deben asegurar la plena participación de la mujer en la vida educacional, social, económica y política de sus países sobre una base de igualdad con el hombre”.</p>	<p>Autodeterminación reproductiva: Acceso a información y conocimiento</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a participación</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a participación</p>	<p>Se incluye no sólo a los padres, como en la Conferencia de Teherán, sino que incluye a los individuos. Además, se refuerza que dicha decisión debe ser libre, informada y responsable, por lo que deben tener acceso a dicha información y servicios adecuados.</p> <p>Se reconoce la importancia de que las mujeres participen en la formulación de las políticas, como sujetas activas en la economía de los países.</p> <p>Para el logro de la igualdad entre mujeres y hombres es necesario que la mujer pueda tener plena participación en todas las esferas de la sociedad.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p><u>Art. 43:</u> “El mejoramiento de la condición de la mujer en la familia y en la sociedad puede contribuir cuando se desee, a una menor dimensión de la familia, y el que la mujer tenga la posibilidad de planear los nacimientos mejora también su situación individual”.</p>	Autodeterminación reproductiva	Reconoce la posibilidad de que las mujeres como individuos puedan planificar el nacimiento de sus hijos.
I Conferencia Mundial sobre la Mujer (1975)	<p><u>Principio 9:</u> “Deben proporcionarse los recursos necesarios a fin de que la mujer pueda participar en la vida política de su país y de la comunidad internacional, pues su participación activa (...) es requisito previo para el pleno ejercicio de la igualdad de derechos de la mujer”.</p> <p><u>Principio 12:</u> “Toda pareja y todo individuo tiene el derecho a decidir libre y responsablemente si habrá o no de tener hijos, y de determinar su número y esparcimiento, así como de recibir información, educación y medios para hacerlo”.</p> <p><u>Principio 20:</u> “El logro de las metas económicas y sociales, tan fundamental para la realización de los derechos de la mujer, no produce, sin embargo, de por sí, la plena integración de la mujer en el desarrollo en un pie de igualdad con el hombre a no ser que se tomen medidas concretas destinadas a eliminar toda forma de discriminación contra ella.”</p>	<p>Derechos Humanos: Derecho a la participación</p> <p>Autodeterminación reproductiva</p> <p>Violencia</p>	<p>Se establece la necesidad de que las mujeres participen activamente en la política para el ejercicio pleno de sus derechos.</p> <p>Se reconoce la necesidad de acceso a planificación, sin embargo, aún no se establecen los principios de las mujeres de autodeterminación, autonomía, independencia para tomar decisiones de manera libre sobre temas relacionados con la planificación.</p> <p>La violencia y/o discriminación impide que las mujeres puedan ejercer sus derechos de forma plena y segura.</p>
Convención sobre la	“ En situaciones de pobreza , la mujer tiene un acceso mínimo a la alimentación, la salud, la enseñanza, la capacitación y las	VIH: Vivir con VIH	Las condiciones sociales y económicas de vida de las mujeres repercuten y están ligadas a la

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), 1979	<p>oportunidades de empleo, así como a la satisfacción de otras necesidades” (p. 2).</p> <p>Art. 5. “b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y el desarrollo de sus hijos”.</p> <p>Art. 7 “Los Estados Partes tomarán las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la vida política y pública del país y, en particular, garantizarán a las mujeres (...) Participar en la formulación de las políticas gubernamentales y en la ejecución de éstas, y ocupar cargos públicos y ejercer todas las funciones públicas en todos los planos gubernamentales”.</p> <p>Art. 10 “h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”</p>	<p>Maternidad</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la participación</p> <p>Derechos Humanos: Acceso a información y conocimiento</p>	<p>feminización del VIH creciente. Aunado a la condición social del VIH y la discriminación existe, la condición de género agrava la discriminación y las diversas manifestaciones de violencia hacia las mujeres, impidiendo que ejerzan sus derechos, incluidos los sexuales y reproductivos de manera plena, así como su disfrute.</p> <p>Al establecer la maternidad como función social, implícitamente se observa que hay un deber y/u obligación, no una decisión desde la autodeterminación y autonomía de cada mujer.</p> <p>Se refuerza el derecho que tienen las mujeres a participar del ámbito público de la sociedad y a tomar decisiones en dicho ámbito.</p> <p>Hay una estrecha relación entre el término reproducción con la mujer y la familia, invisibilizando a esta como sujeta de derechos y su individualidad dentro de la sociedad.</p> <p>Las mujeres con VIH tienen acceso a servicios adecuados y recibir información y</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p><u>Art. 14</u> “b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia”</p> <p><u>Art. 16</u> “ e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación, los medios que les permitan ejercer estos derechos”</p>	<p>Derechos Humanos: Servicios de salud reproductiva</p> <p>Autodeterminación reproductiva</p>	<p>asesoramiento sobre reproducción y su sexualidad de manera segura, y que dicha información sea veraz, certera, científica y pertinente según sus las necesidades establecidas.</p> <p>Las mujeres también tienen el derecho a decidir no tener hijos, lo cual no se especifica y lo cual implica que deben recibir la información necesaria para ejercer este derecho.</p>
<p>Recomendacion es generales aprobadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer</p>	<p><u>Recomendación general N°15: Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):</u> “b) Que, en los programas de lucha contra el SIDA, presten especial atención a los derechos y necesidades de las mujeres y los niños y a los factores que se relacionan con la función de reproducción de la mujer y su posición subordinada en algunas sociedades, lo que la hace especialmente vulnerable al contagio del VIH”.</p> <p><u>Recomendación general N°19: La violencia contra la mujer:</u> “1. La violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre”.</p>	<p>Derechos Humanos Violencia Vivir con VIH</p> <p>Violencia</p>	<p>La condición de género de las mujeres, las vulnera ante las infecciones de transmisión sexual, por lo que requieren una atención integral que tome en cuenta dicha condición histórica de las mujeres en la sociedad, así como las relaciones de poder.</p> <p>La violencia contra las mujeres atenta contra la dignidad de estas, impidiendo el ejercicio pleno de sus derechos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos como seres humanos y sujetas de derechos.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	negarse a tener relaciones sexuales ni insistir en prácticas sexuales responsables y sin riesgo”		
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976)	<p><u>Art. 3:</u> “Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto”</p> <p><u>Art. 6: Par. 1:</u> “El derecho a la vida es inherente a la persona humana”</p> <p><u>Art. 17. Parr. 1</u> “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación”</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos VIH</p>	<p>Se reconoce que las mujeres también son sujetas de los derechos civiles y políticos en condición de igualdad en relación con los hombres.</p> <p>Se reconoce también a las mujeres con derecho a la vida, lo que implica el ejercicio pleno de este y su dignidad.</p> <p>El trato a las mujeres en la atención de sus salud y/u otros servicios debe ser con un trato adecuado acorde a la dignidad de estas. Así como el respeto a su vida privada y confidencialidad.</p>
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976)	<u>Art. 12:</u> “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ”.	Derechos Humanos: Derecho a la salud	Se reconoce el derecho a la salud y la obligación de los Estados por garantizar el nivel más alto posible de salud física y mental.
II Conferencia “Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la	<p>Punto B. 3 “La igualdad se interpreta aquí no sólo en el sentido de igualdad jurídica, la eliminación de la discriminación de jure, sino también de igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades para la participación de las mujeres en el desarrollo como beneficiarias y como agentes activos”</p> <p><u>Objetivos: Salud: 141.</u> “c) Mejorar los servicios de atención</p>	Derechos Humanos: Derecho a la participación	Se da una interpretación de la igualdad no sólo jurídica, sino también igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades. Además se hace referencia a la participación activa de las mujeres como forma de “alcanzar” una igualdad en todos los ámbitos.

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
<p>Mujer”(1980, Copenhague, Dinamarca)</p>	<p>sanitaria para la mujer durante todo su ciclo vital”.</p> <p>“f) Desarrollando políticas y programas encaminados a eliminar todas las formas de violencia contra la mujer y los niños y a proteger a la mujer de todas las edades del abuso físico y mental resultante de la violencia doméstica, la agresión sexual, la explotación sexual y cualquier otra forma de abuso”.</p> <p>145. “Garantizar el acceso de toda mujer a la atención de salud materna (incluida la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio), la nutrición (incluidas las medidas para combatir las anemias nutricionales), la planificación de la familia, la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias (incluso las enfermedades contraídas por contacto sexual y las no transmisibles) mediante el establecimiento de una red amplia de salud de la familia, nutrición y educación sanitaria para dar a la mujer mayor acceso a los servicios de salud”.</p> <p>146. Elaborar, ejecutar y consolidar programas (...) a fin de (...) permitir a la mujer ejercer el derecho a determinar de manera libre y responsable el número de hijos y el espaciamento de los nacimientos”.</p>	<p>Derechos Humanos: Derecho a la salud</p> <p>Violencia Violencia de género</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la salud</p> <p>Autodeterminación reproductiva</p>	<p>Las mujeres tienen derecho a acceder a servicios de salud y atención a lo largo de su vida, según sus necesidades y particularidades.</p> <p>Los Estados Parte deben crear políticas y normas para proteger a las mujeres de la violencia, de manera que se haga efectivo el ejercicio de los derechos de estas.</p> <p>Las mujeres deberían tener derecho a acceder a servicios de salud y orientación sobre planificación familiar, en los cuales se tome en cuenta su autonomía e individualidad, así como sus particularidades de manera integral.</p> <p>Adicionalmente, las mujeres tienen el derecho a decidir no tener hijos desde su autonomía.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	víctimas principales de la fecundidad no controlada”. (Mora, 2009, p. 301).	y conocimiento	calidad; así como accesible e integral, el cual considere las particularidades, necesidades e intereses de las mujeres.
III Conferencia Mundial sobre la Mujer (1985, Nairobi: Kenia)	<p><u>Párrafo 121:</u> Las tareas domésticas y las responsabilidades de los progenitores, incluida la adopción de decisiones relativas al número y espaciamiento de los hijos, deben ser objeto de un nuevo examen con miras a distribuir mejor las responsabilidades entre hombres y mujeres”.</p> <p><u>Párrafo 131:</u> “la importancia dada en todo el mundo a la atención primaria de la salud había hecho resaltar la importancia de la salud de la mujer, que, en su condición de principal encargada de la atención de la salud del niño y de la familia, debía estar sana para cumplir adecuadamente ese papel”</p> <p><u>Párrafo 156:</u> “La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base muy importante para el ejercicio de otros derechos (...) todas las parejas y personas individuales tienen el derecho humano básico a decidir libremente y con conocimiento el número y el espaciamiento de sus hijos, se deben fortalecer los componentes de salud maternoinfantil y de planificación familiar dentro de la atención primaria de salud y se debe elaborar información sobre planificación de la familia y crear los servicios necesarios”.</p> <p><u>Párrafo 288:</u> “Aparte de prestar asistencia inmediata a las víctimas de la violencia contra la mujer en la familia y en la sociedad, los gobiernos deben tratar de crear conciencia pública</p>	<p>Autodeterminación reproductiva</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la salud</p> <p>Autodeterminación reproductiva Servicios de salud reproductiva</p> <p>Violencia:</p>	<p>Es necesario establecer acciones ligadas específicamente a la decisión de las mujeres desde su autonomía sobre tener o no tener hijos.</p> <p>Se resalta la función social impuesta a las mujeres del cuidado de las personas menores de edad a cargo y de la familia, por lo que su salud está ligada al cumplimiento adecuado de esta función.</p> <p>Tanto mujeres como hombres tienen derecho a recibir información sobre planificación, tomando en cuenta sus necesidades y autonomía, y poder acceder a los servicios necesarios.</p> <p>Las representaciones sociales sobre las</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	sobre la violencia contra la mujer como un problema social, de adoptar políticas y medidas legislativas para determinar las causas de esa violencia, impedirla y eliminarla, especialmente mediante la supresión de las imágenes y representaciones degradantes de la mujer en la sociedad”.	Violencia de género	mujeres, su corporalidad inciden en el ejercicio pleno de sus derechos, por lo que se plantea necesario un cambio de imagen de las mujeres en la sociedad.
Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)	<p>“Subrayando la responsabilidad de todos los Estados, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, de fomentar y propiciar el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción alguna por motivos de raza, sexo, idioma o religión”.</p> <p>18. Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.</p> <p>“La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular los derivados de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas. Esto puede lograrse con medidas legislativas y con actividades nacionales y cooperación internacional en esferas tales como el desarrollo económico y social, la educación, la atención a la maternidad y a la salud y el apoyo social”.</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a participación</p> <p>Violencia: Violencia cultural hacia las mujeres</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la salud</p>	<p>En la Declaración de Viena se reconoce una vez más que dentro de los derechos humanos no debe existir discriminación ni distinción por razones como sexo. Afirmando una vez más la igualdad entre mujeres y hombres.</p> <p>Se reconocen los derechos de las mujeres como derechos humanos una vez más, así como la necesidad de que estas participen en todas las esferas de la sociedad de manera que se elimine la brecha existente entre mujeres y hombres.</p> <p>La violencia hacia las personas, en este caso hacia las mujeres, atenta contra el ejercicio de los derechos humanos de estas y por ende, contra su dignidad. Además, se reconocen que hay prejuicios culturales, como parte de esas representaciones sociales existentes hacia las mujeres en la sociedad que inciden e</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p><u>30.</u> “La Conferencia Mundial de los Derechos Humanos manifiesta asimismo su consternación y su condena porque en distintas regiones del mundo se siguen cometiendo violaciones manifiestas y sistemáticas de los derechos humanos y se siguen produciendo situaciones que obstaculizan seriamente el pleno disfrute de todos los derechos humanos. Esas violaciones y obstáculos (...) incluyen (...) la discriminación contra la mujer”</p> <p><u>A. 22.</u> “La Conferencia Mundial de Derechos Humanos pide a todos los gobiernos que, en cumplimiento de sus obligaciones internacionales y teniendo debidamente en cuenta sus respectivos sistemas jurídicos, adopten las medidas apropiadas para hacer frente a la intolerancia y otras formas análogas fundadas en la religión en las convicciones, en particular las prácticas de discriminación contra la mujer”</p> <p><u>A. 3.36</u> “La Conferencia Mundial de Derechos Humanos pide encarecidamente que se conceda a la mujer el pleno disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y que ésta sea una prioridad para los gobiernos y para las Naciones Unidas. La Conferencia subraya también la importancia de la integración y la plena participación de la mujer, como agente y beneficiaria, en el proceso de desarrollo, y reitera los objetivos fijados sobre la adopción de medidas globales en favor de la mujer con miras a lograr el desarrollo sostenible y equitativo”</p> <p><u>A. 3.38</u> “La Conferencia Mundial de Derechos Humanos subraya en especial la importancia de la labor destinada a eliminar la</p>	<p>Violencia: Violencia estructural y violencia cultural hacia las mujeres</p> <p>Violencia: Violencia cultural hacia las mujeres</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a participación</p>	<p>imposibilitan la garantía de sus derechos.</p> <p>La discriminación hacia las mujeres se constituye en una manifestación de violencia hacia estas, impidiendo el disfrute pleno de los derechos humanos.</p> <p>Se establece la protección jurídica hacia las mujeres ante la discriminación a raíz de representaciones sociales existentes en la sociedad.</p> <p>Se reafirma la igualdad no sólo jurídica sino en condición de ser humano como sujeto activo “agente y beneficiaria”. Así como la necesidad de la participación en los objetivos fijados a nivel internacional.</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>violencia contra la mujer en la vida pública y privada, a eliminar todas las formas de acoso sexual, explotación y la trata de mujeres, a eliminar prejuicios sexistas en la administración de la justicia y a erradicar cualesquiera conflictos que puedan surgir entre los derechos de la mujer y las consecuencias perjudiciales de ciertas prácticas tradicionales o costumbres, de prejuicios culturales y del extremismo religioso”.</p> <p><u>A. 3.41</u> “La Conferencia reafirma, sobre la base de igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de la salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar”.</p>	<p>Violencia: Violencia cultural hacia las mujeres</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la salud Autodeterminación reproductiva: Servicios de salud reproductiva</p>	<p>Es necesario la eliminación de los prejuicios existentes sobre las mujeres para eliminar la discriminación hacia estas, así como otras manifestaciones de violencia.</p> <p>Se reafirma el derecho a la atención de la salud de las mujeres, así como la necesaria existencia de servicios que brindan orientación sobre reproducción y por ende, ejercicios de sus derechos sexuales y reproductivos.</p>
<p>Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo “El Cairo” (1994)</p>	<p><u>Cap 1. 1.7</u> “Se espera que se invierta más en las personas y para que se adopte un nuevo programa de acción para la habilitación de la mujer, a fin de garantizar que participe plenamente a todos los niveles en la vida social, económica y política de su comunidad”.</p> <p><u>Principio 4</u> “Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse que sea ella quien controle su propia fecundidad (...) Los derechos humanos de la mujer y de niñas y las muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena</p>	<p>Derechos Humanos: Derecho a participación</p> <p>Autodeterminación reproductiva</p> <p>Derecho a la participación</p>	<p>Se establece la importancia de que las mujeres participen en diversas áreas de la sociedad, en las cuales los hombres son quienes han accedido históricamente; lo cual abre una brecha existente entre géneros.</p> <p>Se reconoce la autodeterminación reproductiva de las mujeres, donde sean estas quienes puedan decidir sobre la reproducción. Además, establece la necesidad de eliminar la discriminación hacia las mujeres, de manera que estas puedan participar activamente en</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional”.</p> <p><u>Cap 3.16</u> “Como las mujeres suelen ser el sector más pobre de los pobres y al mismo tiempo actores claves del proceso de desarrollo, la eliminación de la discriminación social, cultural, política y económica contra la mujer es condición indispensable para eliminar la pobreza, promover el crecimiento económico sostenido (...)”.</p> <p><u>Cap. 4.1</u> “En la mayoría de las regiones del mundo, la mujer recibe menos educación académica que el hombre y, al mismo tiempo, no se suelen reconocer los conocimientos, aptitudes y recursos de la mujer para hacer frente a la vida. Las relaciones de poder que impiden que la mujer tenga una vida sana y plena se hacen sentir en muchos planos de la sociedad,</p>	<p>Derechos Humanos: Derecho a la participación</p> <p>Derechos Humanos Autodeterminación reproductiva: Acceso a información y conocimiento</p>	<p>diversas esferas de la sociedad, tanto a nivel nacional como internacional.</p> <p>Coloca la importancia de la participación de las mujeres en la sociedad para el desarrollo de los países y el crecimiento económico, una de las razones para que los Estados Parte implementen políticas que busquen la eliminación de la discriminación de las mujeres (la cual es reconocida) y estas puedan insertarse a dichas esferas y participen de la toma de decisiones.</p> <p>Relación de la feminización de la pobreza con la feminización del VIH: Las mujeres históricamente han tenido diversas barreras para acceder a la educación, trabajo, acceso a recursos, propiedades, y toma de decisiones a raíz de la sociedad patriarcal; aunado a la violencia que enfrentan en sus relaciones, lo cual dificulta que tengan una adecuada protección ante ITS, incluido VIH.</p> <p>Se reconoce que las relaciones de poder dificultan que las mujeres puedan ejercer sus derechos plenamente, así como participar activamente en la sociedad y en la toma de decisiones. Además, se observa que hay una invisibilización de lo producido por las mujeres en las áreas en las que se desenvuelve, disminuyendo e invalidando sus opiniones.</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>desde el ámbito más personal hasta el más público (...) Además, el mejoramiento de la condición de la mujer también favorece su capacidad de adopción de decisiones a todos los niveles en todas las esferas de la vida, especialmente en el terreno de la sexualidad y la reproducción".</p> <p>"c) Eliminando todas las prácticas que discriminen contra la mujer; ayudando a la mujer a establecer y realizar sus derechos, incluidos los relativos a la salud reproductiva y sexual"</p> <p>"e) Eliminando la violencia contra la mujer".</p> <p><u>Cap. 4.11</u> "Se debería prestar más atención al tiempo que exigen de la mujer sus responsabilidades de criar a los hijos, atender los quehaceres domésticos y realizar actividades que generan ingresos. Se debería insistir en las responsabilidades de los hombres respecto de la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos".</p> <p><u>Cap. 4.17</u> "Es preciso potenciar el valor de las niñas para sus propias familias y para la sociedad más allá de su definición de futuras madres y encargadas del cuidado de los niños y reforzar esa imagen con la adopción y aplicación de políticas</p>	<p>Derechos Humanos. Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Violencia</p> <p>Autodeterminación reproductiva: Maternidad e instancias socializadoras</p> <p>Autodeterminación reproductiva: Maternidad e</p>	<p>Además, se establece lo que luego se denominará autodeterminación reproductiva, donde las mujeres son las principales actoras en la decisión sobre su maternidad y/o sexualidad.</p> <p>Se reconocen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. (por primera vez en una normativa internacional)</p> <p>Se reconoce que la violencia hacia las mujeres atenta contra el desarrollo sostenible de los países.</p> <p>Se reconoce que hay una sobrecarga de funciones hacia las mujeres; así como una imposición de funciones específicas: Maternidad y trabajo doméstico. Además, se establece la responsabilidad de los hombres en la crianza y quehaceres domésticos, separando la idea de que son tareas de las mujeres.</p> <p>Desde la niñez, a las personas se les ha socializado con diversas funciones, imponiendo la reproducción y crianza como tareas exclusivas de las mujeres. Se reconoce que es necesario implementar políticas y acciones para eliminar esta idea y así</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>educacionales y sociales”</p> <p><u>Cap. 4.20</u> “Los países deberían elaborar un enfoque integrado de las necesidades especiales de las niñas y jóvenes en materia de nutrición, salud general y reproductiva”.</p> <p><u>Cap. 7: Derechos reproductivos y salud reproductiva.</u> “7.2 La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental, y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad (...) y acceso a métodos seguros,</p>	<p>instancias socializadoras</p> <p>Autodeterminación reproductiva: Servicios de Salud reproductiva:</p> <p>Derechos Humanos: Derechos sexuales y reproductivos. Autodeterminación reproductiva: Acceso a información y conocimiento; servicios de salud reproductiva, instancias socializadoras.</p>	<p>garantizar que las mujeres se inserten plenamente en diversas actividades tanto en el ámbito público y privado de la sociedad. Sin embargo, no se cuestiona esa definición social de las mujeres como encargadas de la reproducción y la crianza de los hijos.</p> <p>La atención de la salud de las mujeres requiere una atención que incluya las particularidades y las necesidades especiales de las mujeres, frente a una sociedad que discrimina y no les permite tomar decisiones de manera informada y libre, en búsqueda de la garantía de sus derechos y atención integral de su salud.</p> <p>Se establecen los derechos reproductivos, donde se les da la posibilidad a las mujeres de decidir sobre la reproducción; así como poder acceder a información adecuada para la toma de decisiones y acceso a métodos anticonceptivos.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna (...) interrupción del embarazo (...) incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las afecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación, asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable”.</p> <p><u>Cap. 7.28</u> “Las desventajas económicas y sociales de la mujer la hacen especialmente vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; es ejemplo de esto, su vulnerabilidad al comportamiento sexual imprudente de sus parejas (...) El riesgo de transmisión del varón infectado a la mujer es también más elevado que a la inversa, y a muchas mujeres les resulta imposible tomar medidas para protegerse”.</p> <p><u>Cap. 7.35</u> “La violencia contra la mujer, en particular la violencia doméstica y la violación están sumamente extendidas y cada vez son más las mujeres expuestas al SIDA y a otras enfermedades de transmisión sexual como resultado de la conducta sexual imprudente de sus parejas. En varios países, las prácticas tradicionales encaminadas a controlar la sexualidad de la mujer han sido causa de grandes sufrimientos”</p> <p><u>Cap. 8.28</u> “A mediados de 1993, las cuatro quintas partes del número del total de infectados por el VIH vivían en países en</p>	<p>reproductiva Acceso a información y conocimiento Educación sexual Autodeterminación reproductiva: Acceso a información y conocimiento Servicios de salud reproductiva</p> <p>Violencia: Violencia cultural hacia las mujeres</p> <p>Violencia: Violencia cultural hacia las mujeres</p>	<p>Las mujeres, dentro de la sociedad patriarcal establecida, tienen menos posibilidad de protegerse de infecciones de transmisión sexual, aunado a la violencia sexual existente.</p> <p>Las relaciones de poder presentes en la sociedad impiden a las mujeres negociar prácticas sexuales así como el uso de métodos anticonceptivos.</p> <p>La feminización de la pandemia del VIH a raíz de dichas relaciones de poder y desventaja social, económica, política, cultural, etc de las</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>desarrollo, donde la infección se transmite principalmente por relaciones heterosexuales y, el número de casos nuevos estaba aumentando más rápidamente entre las mujeres".</p> <p><u>Cap. 8.29</u> b) "... asegurar el respeto de los derechos individuales y la confidencialidad de las personas infectadas con el VIH".</p>	<p>VIH</p> <p>Vivir con VIH: Confidencialidad</p>	<p>mujeres en la sociedad.</p> <p>Las personas con VIH tienen el derecho a la confidencialidad desde las diversas áreas de su vida: salud, empleo, asociación, participación etc.</p>
<p>Declaración de la Cumbre de París sobre el SIDA, 1994</p>	<p>"... de que la pobreza y la discriminación son factores que contribuyen a su propagación; de que el VIH/SIDA causa daños irreversibles a las familias y a las comunidades; de que la pandemia concierne a todas las personas sin distinción, pero que avanza más rápidamente entre las mujeres, los niños y los jóvenes; de que no sólo causa sufrimiento físico y moral, sino que a menudo se utiliza para justificar graves violaciones a los derechos humanos"</p> <p>"...asegurar que las personas que viven con el VIH/SIDA gocen de igual protección ante la ley en lo que respecta al acceso a la atención sanitaria, al empleo, a la educación, a la libertad de circulación, a la vivienda y a la protección social".</p> <p>"...un conjunto de disposiciones prioritarias, que comprenden:</p>	<p>VIH</p> <p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos</p>	<p>Relación entre la feminización de la pandemia del VIH y de la feminización de la pobreza. Se reconoce que no es sólo una cuestión biológica, sino que convergen factores sociales en su propagación.</p> <p>Se busca la protección de los derechos de las personas que viven con VIH, sin importar la condición de salud, ante la condición social del VIH que es la cual genera discriminación y violencia hacia los derechos.</p> <p>En la garantía de los derechos humanos de las</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>inclusión de la educación sexual, mejoramiento de la situación y condiciones de vida de la mujer”.</p> <p>“III. Compromiso en políticas nacionales a proteger y promover los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA. Se propone: mejorar la situación, la educación y las condiciones de vida de la mujer, fortalecimiento de la atención primaria de salud, entre otros”</p> <p>“IV. Se acentúa la labor de cooperación internacional en las medidas: -Apoyar una mayor participación de personas que viven con VIH/SIDA en redes o movimientos asociativos. - Estimular una iniciativa de asistencia y solidaridad, por medio de medidas asistencia médica y social -Apoyar iniciativas para reducir la vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA, alentando los esfuerzos a dar poder a la mujer”.</p>	<p>Educación Sexual</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la salud</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la participación</p>	<p>mujeres es necesario mejorar sus condiciones de vida, así como una educación sexual de manera integral.</p> <p>Para abordar la pandemia del VIH, es necesario el compromiso por parte de los Estados Parte de las declaraciones internacionales y promover acciones que hagan frente y a la vez disminuya el virus, reforzando en primera instancia el acceso a la salud.</p> <p>Por otro lado, también se destaca la importancia de la participación de la población con VIH en redes que permita el acompañamiento entre pares. Además, se reconoce la vulnerabilidad de la mujer frente al VIH.</p>
Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la	Art. 1: “... debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.	Violencia	Reconocimiento de las manifestaciones de la violencia hacia las mujeres a nivel social.

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>subordinación”</p> <p>Art. 9: “... los Estados Parte tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer por su condición de raza, etnia, embarazo, discapacidad, edad, situación socioeconómica, afectada por conflictos armados o privación de su libertad”</p>	<p>Derechos Humanos Violencia</p>	<p>mujeres, tomando en cuenta sus particularidades desde la interseccionalidad.</p>
<p>IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995, Beijing: China)</p>	<p><u>2.</u> “La Plataforma de Acción reafirma el principio fundamental, establecido en la Declaración y el Programa de Acción de Viena aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, de que los derechos humanos de las mujeres y de las niñas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales”</p> <p><u>Anexo 1: 30.</u> “Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación”</p> <p><u>e)</u>: “Proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesibles, económicos y de calidad que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva, que comprende servicios de planificación de la familia y la información al respecto, y concedan especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia”.</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos: Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Servicios de salud reproductiva</p>	<p>Se reconocen los derechos de las mujeres como parte de los derechos universales. Los cuales requieren de igual protección, promoción y defensa en la búsqueda de su ejercicio.</p> <p>Los Estados parte tienen la responsabilidad de garantizar que los servicios de atención primaria sean accesibles, de manera que las mujeres puedan acceder y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p><u>Cap. II. 39.</u> “Entre los casos nuevos, las posibilidades de infección son el doblo para las mujeres que para los hombres. En las primeras etapas de la pandemia del SIDA, el número de mujeres infectadas no era elevado; en cambio, actualmente asciende a unos 8 millones (...) La tasa de transmisión de estas enfermedades, del VIH y del SIDA aumenta a un ritmo alarmante entre las mujeres y las niñas, especialmente en los países en desarrollo” (p. 15).</p> <p><u>94:</u> “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la</p>	<p>VIH</p> <p>Derechos sexuales y reproductivos Sexualidad Autodeterminación reproductiva: Acceso a información y conocimiento</p>	<p>Se reconoce la feminización de la pandemia del VIH, la cual ha aumentado en proporción en las mujeres, a raíz de la condición social en la que se encuentran.</p> <p>Se establece el término sobre la salud reproductiva y sus dimensiones. Así como los derechos que se incluyen, en búsqueda de alcanzar el nivel más alto en salud sexual y reproductiva. Así como métodos de planificación e información necesaria para la toma de decisiones.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.</p> <p><u>95</u>: “Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La</p>	<p>Derechos Humanos: Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Autodeterminación reproductiva: Acceso a información y conocimiento</p>	<p>Se busca el alcance del nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, a través de métodos, información, acceso a servicios de salud; así como toma de decisiones de manera libre, informada y sin coacción.</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva”.</p> <p><u>96</u>: “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre</p>	<p>Sexualidad: Educación sexual Violencia: Violencia cultural hacia las mujeres</p> <p>Derechos Humanos: Derechos sexuales y reproductivos</p>	<p>A nivel cultural, existen representaciones sociales permeadas por estereotipos, prejuicios sobre las mujeres, lo cual vulnera el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Las mujeres deben poder ejercer control sobre cuestiones relativas a su cuerpo, sexualidad y reproducción, de manera que tengan el poder</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”.</p> <p><u>97</u>: “Además, la salud de la mujer está expuesta a riesgos particulares debidos a la inadecuación y a la falta de servicios para atender las necesidades relativas a la salud sexual y reproductiva. En muchas partes del mundo en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. Existen en cierta medida problemas similares en algunos países con economía en transición. El aborto en condiciones peligrosas pone en peligro la vida de un gran número de mujeres y representa un grave problema de salud pública, puesto que son las mujeres más pobres y jóvenes las que corren más riesgos. La mayoría de las muertes, problemas de salud y lesiones se pueden evitar, mejorando el acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia, reconociendo el derecho de la mujer y del hombre a la información y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia, así como a otros métodos lícitos que decidan adoptar para el control de la</p>	<p>Autodeterminación reproductiva: Servicios de salud reproductiva</p>	<p>de tomar decisiones sin ningún tipo de discriminación.</p> <p>La carencia de servicios y falta de acceso a los mismos, así como los recursos necesarios para atender las demandas de las mujeres; no sólo limita a que estas puedan ejercer plenamente sus derechos, sino que las coloca en diversos riesgos que representan un problema de salud pública y que requiere de la atención necesaria y oportuna para la defensa de la dignidad de las mujeres.</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>fecundidad, y al acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan que el embarazo y el parto transcurran en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano. Habría que examinar estos problemas y los medios para combatirlos sobre la base”.</p> <p><u>98:</u> “El VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual, cuyo contagio es a veces consecuencia de la violencia sexual, tienen efectos devastadores en la salud de la mujer, en particular de las adolescentes y jóvenes. Las mujeres no suelen tener el poder necesario para insistir en que se adopten prácticas sexuales libres de riesgo y tienen un acceso reducido a la información y a los servicios de prevención y tratamiento. Las mujeres, que representan la mitad de los adultos que contraen el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, han hecho hincapié en que su vulnerabilidad social y las relaciones de poder desiguales entre la mujer y el hombre constituyen obstáculos para el sexo libre de riesgos, en sus esfuerzos por reducir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual. Las consecuencias del VIH/SIDA no sólo afectan a la salud de la mujer, sino también a su función de madre y encargada del cuidado de otros y a su contribución al apoyo económico de su familia”.</p> <p><u>108 a)</u> “Garantizar la participación de las mujeres, en particular de las infectadas con el VIH/SIDA y otras enfermedades de</p>	<p style="text-align: center;">VIH Violencia Sexualidad: Prácticas sexuales</p>	<p>La violencia contra las mujeres, las expone a mayor vulnerabilidad ante infecciones de transmisión sexual, entre ellas, el VIH. Para ello, es necesario que las mujeres tengan el poder de decidir sobre sus propios cuerpos y sobre prácticas sexuales seguras.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	transmisión sexual o afectadas por la pandemia del VIH/SIDA, en todas las decisiones relativas al desarrollo, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual”	VIH Derechos Humanos: Derecho a participación	Es necesario que las mujeres que viven con VIH puedan participar en la formulación de políticas; así como en la toma de decisiones, de manera que puedan exigir y colocar sus necesidades y particularidades de acuerdo a la situación social, económica, política, etc., para el ejercicio de sus derechos.
Declaración Universal de los Derechos Sexuales, Hong Kong, 1999	<p><u>1. El derecho a la libertad sexual:</u> La libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.</p> <p><u>2. El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual:</u> Este Derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.</p> <p><u>3. El Derecho a la Privacidad Sexual:</u> Este involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.</p>	<p>Sexualidad</p> <p>Sexualidad: Placer y corporalidad</p> <p>Sexualidad</p>	Las mujeres con VIH poseen los mismos derechos sexuales, los cuales no deben ser violentados de acuerdo a su condición de género o de salud. Para esto, se debe generar procesos que sensibilicen y brinden información oportuna hacia la sociedad, de manera que disminuyan los prejuicios alrededor de la condición social del VIH y su relación con el género.

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p><u>4. El Derecho a la Equidad Sexual:</u> 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 invalidez física o emocional.</p> <p><u>5. El Derecho al Placer Sexual:</u> El placer sexual incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.</p> <p><u>6. El Derecho a la Expresión Sexual Emocional:</u> La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.</p> <p><u>7. El Derecho a la Libre Asociación Sexual:</u> Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.</p> <p><u>8. El Derecho a Hacer Opciones Reproductivas, Libres y Responsables:</u> Esto abarca el Derecho para decidir sobre tener niños o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.</p> <p><u>9. El Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico:</u> La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.</p> <p><u>10. El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva:</u> Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.</p> <p><u>11. El Derecho al Cuidado de la Salud Sexual:</u> El cuidado de la</p>	<p>Sexualidad: Prácticas sexuales</p> <p>Sexualidad: Placer</p> <p>Sexualidad</p> <p>Derechos Humanos Sexualidad</p> <p>Sexualidad Autodeterminación reproductiva</p> <p>Sexualidad: Educación sexual</p>	

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales”.	Sexualidad: Educación sexual Derechos Humanos: Derechos sexuales y reproductivos	
Sesiones de la Asamblea General de la ONU y de la Comisión de la Condición de la Mujer (2000, 2005, 2010, 2015 y 2020)	<p><u>Sesión 23 (2000) de la Asamblea de la ONU:</u> se lleva a cabo el “examen quinquenal de la implementación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing”. Evaluación nombrada “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”. En esta sesión se identifica que la violencia y la pobreza siguen siendo los mayores obstáculos para lograr la igualdad de género a nivel mundial.</p> <p><u>Sesión 49 (2005) de la Comisión de la Condición de la Mujer:</u> se llevó a cabo un examen y evaluación decenal de la Plataforma de Acción de Beijing.</p> <p><u>Sesión 54 (2010) de la Comisión de la Condición de la Mujer:</u> se llevó a cabo el examen de quince años de la Plataforma de Acción de Beijing.</p> <p><u>Sesión 59 (2015) de la Comisión de la Condición de la Mujer:</u> se hace una revisión y evaluación tras veinte años de la Plataforma de Acción de Beijing.</p>	Derechos Humanos	En estas sesiones se continúa evaluando la condición de la mujer en los países a nivel internacional, de manera que se monitoreen las acciones derivadas de las Conferencias Mundiales sobre la Mujer, para el mejoramiento de las condiciones de vida de estas. Sin embargo, se recalca que aún continúa la necesidad de una igualdad entre mujeres y hombres para que las primeras puedan ejercer de manera equitativa sus derechos en los diversos ámbitos del desarrollo de la humanidad: político, económico, social, cultural, ambiental, empleo, educación, decisiones relativas a su autonomía, entre otros.

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p><u>Sesión 64 (2020) de la Comisión de la Condición de la Mujer:</u> Se da seguimiento a la Plataforma de Acción de Beijing y la Asamblea General celebra “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI.</p>		
<p>Consenso de Lima, 2000</p>	<p>e): “Crear o fortalecer los mecanismos institucionales para la promoción de la mujer y la igualdad de oportunidades, dotándolos de recursos adecuados de toda índole, personalidad jurídica y autonomía presupuestal, así como del respaldo político al más alto nivel, entre otras cosas para que impulsen y vigilen la aplicación de políticas de género en forma transversal”</p> <p>n): Garantizar la protección de los derechos humanos de las mujeres, incluidos los derechos sexuales y reproductivos, y hacer frente a las violaciones de estos derechos prestando particular atención a todas las formas de violencia sobre la base del género y a sus causas básicas, incluida la reproducción de una cultura de violencia”</p> <p>o) “Garantizar a nivel nacional la atención preventiva e integral de la salud de las mujeres y el acceso equitativo a servicios de salud de calidad en todas las etapas de su vida, considerando la incidencia diferencial del género en los procesos de salud y enfermedad”.</p>	<p>Perspectiva de Género</p> <p>Derechos Humanos: Derechos sexuales y reproductivos Violencia: Violencia cultural hacia las mujeres</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la salud Perspectiva de género</p>	<p>Se incluye la perspectiva de género en la creación de políticas sobre diversos fenómenos sociales.</p> <p>Los Estados Parte se comprometen a la protección de los derechos sexuales y reproductivos reconocidos, de las mujeres. Además, se reconoce que hay una cultura de violencia hacia las mujeres en la sociedad.</p> <p>Desde la atención de la salud se debe reconocer las implicaciones de la condición social del género y las particularidades en relación con la atención de la salud de las mujeres.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
Declaración del Milenio (2000)	<p>6. La igualdad: No debe negarse a ninguna persona ni a ninguna nación la posibilidad de beneficiarse del desarrollo. Debe garantizarse la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres.</p> <p>“19. Decidimos, asimismo: (...) Para entonces, haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA...”</p> <p>“20. Decidimos también (...) Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces de combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y de estimular un desarrollo verdaderamente sostenible”.</p> <p>“25. Decidimos, por tanto: (...) Luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer, y aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”.</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>VIH</p> <p>Derechos Humanos</p> <p>Violencia</p>	<p>Dentro de los objetivos del milenio, se incluye la igualdad entre mujeres y hombres, así como el ejercicio de sus derechos; como un eje fundamental para asegurar el desarrollo económico de los países.</p>
Marco Estratégico Mundial sobre el VIH/SIDA (2001, ONUSIDA)	<p>“6. Para satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH/SIDA de las muchachas y mujeres, abordar las circunstancias que las colocan en situación de desventaja frente al VIH/SIDA y potenciar sus capacidades a fin de que aporten sus conocimientos y opiniones como fuerza para el cambio. En concreto, promover los derechos de las muchachas y mujeres y abordar las desigualdades en función del sexo en el acceso a la información y los servicios; mejorar el acceso de las</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>VIH</p> <p>Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Autodeterminación reproductiva</p>	<p>Es necesario que las mujeres, independientemente de su edad, tengan acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Además, acceso a métodos anticonceptivos y de barrera como asesoría y consejería sobre planificación familiar, sea que desean o no tener hijos según sus intereses y necesidades.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>mujeres a los preservativos masculinos y femeninos, al asesoramiento y las pruebas voluntarias en dispensarios de planificación familiar y otros centros de salud reproductiva, y asegurar un acceso equitativo de las mujeres infectadas por el VIH a los servicios de asistencia y apoyo social”</p>		
<p>Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, resolución adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 2001</p>	<p>Establece las siguientes prioridades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Velar porque los seres humanos de todas partes, en particular los jóvenes, sepan qué hacer para evitar la infección; 2. Poner fin a lo que tal vez sea la forma más trágica de la transmisión del VIH: la transmisión de madres a hijos; 3. Proporcionar tratamiento a todos los infectados; 4. Redoblar los esfuerzos en busca de una vacuna, así como de una curación; 5. Prestar cuidado a todos aquellos cuyas vidas han sido devastadas por el SIDA, muy en especial a más de 13 millones de huérfanos. <p>“Observando también que el estigma, el silencio, la discriminación y la negación de la realidad, así como la falta de confidencialidad, socavan los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento, e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones, y son aspectos a los que también se debe hacer frente (p. 9).</p>	<p>VIH</p>	<p>Desde las prioridades establecidas por la ONU en su compromiso por la “lucha contra” el VIH/SIDA se denota un discurso culpabilizante con adjetivos poco vinculados con la información veraz y científica, sino desde el miedo. Además de una visualización de una lucha contra el VIH como “tiene que ganarse”. No se comprende como una condición de salud en la cual está presente diversos factores, sino, que hay expresiones incluso militares: “la lucha contra el SIDA no podrá ganarse si no se cuenta con los recursos necesarios”.</p> <p>Se reconoce que el estigma, la discriminación vulnera aún más a las personas. Se considera que no radica en la condición de salud como</p>

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>“Destacando que la igualdad de género y la potenciación de la mujer son elementos fundamentales para que las mujeres y las niñas sean menos vulnerables al VIH/SIDA”</p> <p>“Reconociendo que en el contexto de pandemias como la del VIH/SIDA el acceso a los medicamentos es uno de los elementos fundamentales para llegar progresivamente a la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.</p> <p>“Reconociendo que la atención, el apoyo y el tratamiento pueden contribuir a una prevención eficaz al aumentar la aceptación de la prueba de detección y del apoyo psicológico voluntarios y confidenciales, y al mantener a las personas que viven con VIH/SIDA y a los grupos vulnerables en estrecho contacto con los sistemas de atención de la salud y facilitarles el acceso a la información, al apoyo psicológico y los medios de prevención”.</p> <p>“Para 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer,</p>	<p>Derechos Humanos VIH: Vivir con VIH</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la salud</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la salud</p>	<p>tal, sino en la condición social y los estereotipos y mitos que existen alrededor del VIH y que siguen presentes en la actualidad.</p> <p>Es necesario la igualdad de género, como un factor protector para que las mujeres puedan protegerse ante diversas infecciones de transmisión sexual, como el VIH, debido a que en una sociedad patriarcal esto se le dificulta.</p> <p>Es necesario que las personas puedan acceder a los servicios de salud, así como al tratamiento necesario.</p> <p>La violencia y el atentado contra los derechos de las mujeres las coloca en mayor</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación y otras formas de violencia sexual, el maltrato y la trata de mujeres y niña”.</p> <p>Apartado 53: “Para 2005, se asegura que por lo menos el 90% de los jóvenes entre 15 a 24 años y para el 2010 el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación... incluidas la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como los servicios necesarios para desarrollar habilidades requeridas a fin de reducir la vulnerabilidad.”</p> <p>Apartado 58: “Para el 2003, promulgar, fortalecer o hacer cumplir según la ley, eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y los miembros vulnerables”.</p> <p>Apartado 59: “Para el 2005, teniendo en cuenta el contexto y el</p>	<p>Derechos Humanos Violencia cultural hacia las mujeres</p> <p>Derechos Humanos Sexualidad VIH</p> <p>Violencia</p>	<p>vulnerabilidad hacia infecciones de transmisión sexual, como el VIH.</p> <p>A nivel general, se reconoce la vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres con VIH, así como la discriminación y violencia que se ejerce en contra de ellas. Además, por parte de esta declaración se establecen aspectos desde los cuales se debe atender la pandemia sobre el VIH como por ejemplo, la prevención, el apoyo y el tratamiento, la reducción de la vulnerabilidad, investigación y desarrollo, entre otros.</p> <p>La violencia limita la protección de las mujeres de infecciones de transmisión sexual.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>carácter de la epidemia y que a escala mundial las mujeres y las niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH/SIDA, elaborar y acelerar la aplicación de estrategias que promuevan el adelanto de la mujer y su pleno disfrute de todos los derechos humanos: promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo; capaciten a la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse de la infección del VIH”.</p> <p><u>Apartado 61:</u> “Para 2005, poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de la salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género”.</p> <p>Apartado 63:” Para el 2003, establecer y fortalecer estrategias, normas y programas que reconozcan la importancia de la familia para reducir la vulnerabilidad sobre el VIH/SIDA.... Entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas, la ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en educación sobre salud sexual y el fortalecimiento de los</p>	<p>Derechos sexuales y reproductivos Sexualidad: Educación sexual</p> <p>Sexualidad Autodeterminación reproductiva VIH</p> <p>VIH</p>	<p>Es necesario que las mujeres puedan tomar libremente y controlar su cuerpo, para reducir la feminización del VIH como estrategia para la reducción de las infecciones.</p> <p>Es necesaria una educación sexual integral, de manera que fortalezca la protección de las mujeres y reduzca la vulnerabilidad de estas.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	programas de salud sexual y reproductiva...		
Declaración de Nuevo León (2004)	<p>“Reconocemos que para combatir la pandemia del VIH/SIDA es necesario realizar mayores esfuerzos de prevención, atención y tratamiento en el Hemisferio. Nuestro liderazgo político es esencial para hacer frente al estigma, la discriminación y el temor que disuade a las personas de someterse a la prueba y acceder al tratamiento y atención”.</p> <p>“nos comprometemos a facilitar tratamiento accesible del VIH/SIDA con el objetivo de proveer tratamiento antirretroviral a todos los que lo necesiten, lo más pronto posible”.</p>	Derechos Humanos VIH	Se observa que es necesaria la prevención, atención y tratamiento para todas las personas; así como eliminar la discriminación y el estigma a raíz de la condición social del VIH.
50° período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en las Naciones Unidas: Resolución 47/1 (New York, 2006)	<p>“(…) la epidemia mundial del VIH/SIDA, por su devastadora escala y consecuencias, constituye una emergencia mundial que afecta en forma desproporcionada a las mujeres y a las niñas, y subrayando que la violencia contra las mujeres y las niñas, así como factores sociales, culturales y económicos, pueden incrementar su vulnerabilidad al VIH/SIDA”.</p> <p>4: “Hace un llamamiento a los gobiernos para que intensifiquen sus esfuerzos por combatir los estereotipos y actitudes de género y las desigualdades de género en relación con el VIH/SIDA y para que alienten la participación activa de los hombres y los jóvenes a este respecto”.</p>	VIH Feminización del VIH	Se reconoce una vez más la creciente feminización de la pandemia del VIH, así como el contexto social que coloca en mayor vulnerabilidad a las mujeres.
		VIH	Se reconocen los estereotipos de género en relación con el VIH, así como las desigualdades existentes.

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
<p>Consenso de Quito (2007)</p>	<p><u>19</u>: “Rechazando la violencia estructural, que es una forma de discriminación contra las mujeres y un obstáculo para el logro de la igualdad y la paridad en las relaciones económicas, laborales, políticas, sociales, familiares y culturales, y que impide la autonomía de las mujeres y su plena participación en la toma de decisiones”</p> <p><u>23</u>. “Reconociendo las inequidades de género como determinantes sociales de la salud conducentes a la precariedad de la salud de las mujeres en la región, en especial en los ámbitos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, lo que se expresa en el avance y la feminización de la epidemia del VIH/SIDA y en las altas tasas de mortalidad materna, en virtud de, entre otros, el aborto en condiciones de riesgo, los embarazos de adolescentes y la provisión insuficiente de servicios de planificación familiar, lo que demuestra las limitaciones aún existentes del Estado y de la sociedad para cumplir con sus responsabilidades relativas al trabajo reproductivo”.</p> <p><u>xxiv</u>) “Asegurar que los derechos sexuales y reproductivos que forman parte de los derechos humanos y el acceso universal a la salud integral, que incluye la salud sexual y reproductiva, se consideren como una condición indispensable para garantizar la participación de las mujeres en la vida política y en el trabajo remunerado y, por ende, en posiciones de toma</p>	<p>Violencia: Violencia estructural</p> <p>VIH: Feminización del VIH</p> <p>Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Derechos Humanos: Derechos sexuales y reproductivos; Derecho a la salud</p>	<p>La violencia hacia las mujeres, a nivel estructural, dificulta la igualdad entre mujeres y hombres a nivel económico, político, social y permea en las relaciones de género.</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	de decisiones para todas las mujeres”		
Asamblea General de las Naciones Unidas: Declaración Política sobre VIH/SIDA (2011)	<p>Apartado 21: “Seguimos profundamente preocupados por que a nivel mundial las mujeres y las niñas son aún las más afectadas por la epidemia, soportan una parte desproporcionada de la carga asistencial y siguen viendo reducida su capacidad de protegerse del VIH a causa de factores fisiológicos, desiguales de género, incluida su situación de desigualdad jurídica, económica y social, acceso insuficiente a la asistencia sanitaria y servicios de atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, todas las formas de discriminación y violencia, incluida la violencia sexual y la explotación”</p> <p>Apartado 22: “Se celebra el establecimiento de ONU-Mujeres como nueva instancia que puede jugar un papel importante en los esfuerzos mundiales para combatir el VIH mediante la promoción de la igualdad entre los género y el empoderamiento de la mujer, que son fundamentales para reducir la vulnerabilidad de las mujeres con VIH”</p> <p>Apartado 39: “Reafirmamos que la plena realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos es un elemento esencial en la respuesta mundial a la epidemia de VIH... reconocemos que hacer frente al estigma y la discriminación son objeto las personas que viven con el VIH, y reconocemos también la necesidad, de fortalecer las políticas y</p>	<p>Derechos Humanos Sexualidad Autodeterminación Reproductiva Violencia VIH</p> <p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos Humanos Violencia VIH</p>	Se da una continuidad de la Declaración de compromiso sobre el VIH, durante el 2001. Es importante destacar que hay una ampliación sobre las particularidades de las mujeres en relación a sus necesidades como mujeres con VIH, como por ejemplo la creación de la ONU-Mujeres, siendo evidente que se ha visibilizado la realidad de las mujeres y cuáles son las áreas que se deben trabajar.

Normativa internacional

Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>la legislación nacional para hacer frente al estigma y la discriminación”</p> <p>Apartado 41: “Reconocemos que el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva ha sido y sigue siendo esencial en la respuesta al VIH/SIDA, y que los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud pública, prestando especial atención a las familias, las mujeres y los niños”</p> <p>Apartado 42: “Reconocemos la importancia de fortalecer los sistemas de salud, en particular la atención primaria y la necesidad de integrar en ella la respuesta al VIH y observamos que la situación precaria de algunos sistemas de salud, ya plagados de problemas como la falta de formación y retención de trabajadores sanitarios cualificados, es uno de los mayores obstáculos para acceder a servicios relacionados con el VIH y el SIDA.”</p> <p>Apartado 53: “Prometemos eliminar las desigualdades y el maltrato y la violencia por motivos de género, aumentar la capacidad de la mujer para protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de asistencia sanitaria y servicios de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva y el pleno acceso a una información y una educación amplia, asegurar que la mujer pueda ejercer su derecho a tener control sobre las cuestiones relacionadas con</p>	<p>Autodeterminación Reproductiva: Servicios salud reproductiva</p> <p>Derechos Humanos: Derecho a la salud</p> <p>Derechos Humanos Autodeterminación Reproductiva</p> <p>Sexualidad Violencia</p>	<p>Existe un salto, entre las conferencias anteriores y esta, pues indica específicamente la importancia del acceso a servicios de salud reproductiva.</p> <p>La violencia de género, continúa condicionando el contagio del VIH y afecta más a las mujeres, y sigue influyendo en las decisiones que las mujeres toman con respecto a su salud sexual y reproductiva</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>su sexualidad, incluidas su salud sexual y reproductiva...”</p> <p>Apartado 59: Nos comprometemos a redoblar los esfuerzos de prevención del VIH adoptando todas las medidas posibles para aplicar enfoques de prevención amplios... entre ellos se destaca: l) asegurar que las mujeres en edad de procrear tengan acceso a servicios de prevención del VIH y que las embarazadas tengan acceso a cuidados prenatales, información, atención psicológica y otros servicios relacionados con el VIH, y aumentar la disponibilidad de tratamiento eficaces, así como el acceso a ellos de las mujeres que viven con el VIH y los bebés.</p> <p>Apartado 81: “Nos comprometemos a asegurar que las respuestas nacionales al VIH y el SIDA satisfacen las necesidades específicas de las mujeres y las niñas, a lo largo de toda su vida, incluidas las que viven con el VIH y están afectadas por él, mediante el fortalecimiento de las medidas jurídicas, normativas, administrativas y de otro tipo para la promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH mediante la eliminación de todas las formas de discriminación...”</p>	<p>Autodeterminación Reproductiva</p> <p>VIH</p> <p>Derechos Humanos</p>	<p>Se destaca, que, dentro del acceso a la salud, las mujeres que desean la autodeterminación reproductiva, les deben de garantizar sus derechos y el de sus bebés.</p>
Consenso de Montevideo	“Considerando que los derechos sexuales y los derechos	Derechos sexuales y reproductivos	Se reconocen los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
sobre Población y Desarrollo (2014)	<p>reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza”</p> <p>“Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia”.</p> <p>“Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus”.</p>	<p>Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>VIH Derechos Humanos</p>	<p>derechos humanos de las personas.</p> <p>Se debe promover desde el Estado y los servicios de salud la prevención y atención oportuna del VIH, así como el tratamiento. Además, de acciones para eliminar el estigma derivado de la condición social del VIH.</p>
Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: “mejorar la prevención combinada del	<p>“Para alcanzar las propuestas del foro, se propone: - Todos estos compromisos y acciones desarrolladas para el cumplimiento de las metas de prevención combinada y cero discriminaciones se basen en el respeto, promoción y garantía de los derechos humanos con una perspectiva de género.</p> <p>- Los países deben vincular las acciones de prevención combinada al continuo de atención del VIH, dentro del marco de una respuesta de atención integral de la salud.</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Acceso a servicios de salud</p>	<p>Es necesaria una perspectiva de género para abordar el tema del VIH. tomando en cuenta las particularidades, así como la discriminación por razones de género.</p> <p>Los servicios de salud para las personas con VIH se deben brindar de manera integral,</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
VIH para fortalecer el continuo de la prevención y atención”, 2015	<p>-Incrementar las acciones tendientes a reducir los prejuicios, la violencia, el estigma y la discriminación vinculados con el VIH/SIDA, contra las personas que viven con VIH y las poblaciones claves, como mujeres. Estas acciones pueden incluir la eliminación de barreras legales y políticas, reducción de la discriminación en los servicios de salud y servicios sociales, el abordaje de las necesidades específicas de las mujeres y las niñas, la reducción de la violencia, y garantía del acceso a la justicia</p> <p>- Se requiere incremento de los recursos externos para reducir la brecha de financiamiento y aumentar la inversión en los sistemas de información estratégica, el incremento de la cobertura con intervenciones de prevención combinada, la educación sexual integral, el trabajo en la reducción del estigma y la discriminación, como también, en solventar el trabajo de la sociedad civil.</p>	<p>VIH Violencia</p> <p>Sexualidad Educación sexual</p>	<p>recuperando las áreas que conforma el ser humano y sus dimensiones.</p> <p>Se evidencia que debe haber un trabajo en la educación sexual y la discriminación que se reproduce a nivel social hacia el VIH, siendo un aspecto que influye en la vida de las personas con el diagnóstico de salud.</p>
Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH, 2016-2021.	<p>“ Eje 2: Si se pretende alcanzar las metas establecidas para 2020 respecto de la prevención, las pruebas de detección y el tratamiento, es necesario contar con un sistema de salud sólido que pueda incorporar a las personas y retenerlas a lo largo de todas las etapas del proceso asistencial de prevención y atención frente al VIH”.</p>	<p>Derechos Humanos VIH</p>	<p>El acceso del derecho a la salud es elemental para que las personas con un diagnóstico de VIH se adhieran de manera positiva a sus respectivos tratamientos antirretrovirales a través del tiempo. En el caso de las mujeres que optan por su derecho de autodeterminación reproductiva, debe haber</p>

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p><u>Prevención de la infección por VIH en lactantes</u>: “Si bien es posible eliminar la transmisión de madre a hijo, las tasas de transmisión del VIH por esta vía siguen siendo inaceptablemente altas y superan el 10 % en muchos países... Esta estrategia de eliminación tiene como elementos clave el tratamiento antirretrovírico de por vida para todas las embarazadas y madres lactantes infectadas por el VIH, el diagnóstico precoz de los lactantes y la profilaxis y tratamiento para los lactantes” p.33.</p> <p><u>Prevención y gestión de la violencia sexual y de género</u>: “es un hecho ampliamente reconocido que las mujeres y las niñas son particularmente vulnerables a la violencia sexual y de género... Para prevenir la violencia es necesario poner en práctica intervenciones estructurales... El sector de la salud también desempeña una función importante en la atención de las personas que han padecido este tipo de violencia, que abarca la atención posterior a una violación y la profilaxis posterior a la exposición” p.33</p>	<p>Autodeterminación Reproductiva</p> <p>Derechos Humanos Violencia</p>	<p>información veraz y adecuada que le permita tomar decisiones en relación con la lactancia materna.</p> <p>La violencia de género afecta principalmente a las mujeres y a las niñas, sin embargo, otros factores pueden acrecentar dichas manifestaciones de la violencia, como lo es el diagnóstico de VIH.</p>
Plan de acción para la prevención y el control de la	Apartado 11: “Las poblaciones clave siguen enfrentándose con grandes estigmas y discriminación tanto a nivel de la comunidad como en los servicios de salud y corren un riesgo mayor de sufrir	Violencia: Violencia de género	Desde el inicio de la pandemia ha existido una serie de mitos y estereotipos que se han reproducido a través del tiempo sobre lo que

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	Apartado 32: “es necesario aumentar y optimizar el financiamiento público destinado a la salud , teniendo en cuenta la equidad y la eficiencia y dando prioridad al primer nivel de la atención, con objeto de mejorar su capacidad para responder a la infección por el VIH, las ITS y a otros retos para la salud”.	Derechos Humanos	Desde los derechos humanos, se denota la importancia de acciones con equidad de género y desde los diferentes niveles de atención, siendo lo más integrales posibles
Declaración Política sobre VIH/SIDA (ONU, 2016)	“61 a) La desigualdad de la situación socioeconómica de las mujeres compromete su capacidad de prevenir el VIH o mitigar los efectos del SIDA (...) y reafirmamos la promoción, la protección y el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres deben incorporarse en todas las políticas y programas encaminados a erradicar la pobreza”.	VIH	Se reconoce que las desigualdades socioeconómicas colocan a las mujeres en una posición de vulnerabilidad frente a la prevención del VIH y otras ITS.
	61 b) Se destaca la falta de protección y promoción de los derechos humanos de todas las mujeres y su salud sexual y reproductiva, de conformidad con las Conferencias Internacionales y el acceso insuficiente al más alto nivel posible de salud física y mental, agrava los efectos de la epidemia, especialmente entre las mujeres y las niñas, lo que aumenta su vulnerabilidad (...)	VIH	
	61 c) Se promete eliminar las desigualdades y los abusos y la violencia por motivos de género, aumentar la capacidad de las mujeres y adolescentes para protegerse del riesgo de infección	Violencia	

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	<p>por el VIH, principalmente mediante la prestación de asistencia sanitaria y servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva, y el pleno acceso a una información y una educación amplias, asegurar que las mujeres puedan ejercer su derecho a tener control sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva (...)</p> <p>61 e) Se compromete a abordar las normas sociales, entre otras cosas tratando los factores pertinentes que imponen a las mujeres y las niñas una carga desproporcionada de los cuidados y el trabajo domésticos no remunerados relativos al cuidado de las personas que viven con el VIH.</p> <p>61 l) Hay un compromiso por lograr el acceso universal a servicios, información y productos básicos de atención de la salud sexual y reproductiva y de lucha contra el VIH que sean de calidad, asequibles y amplios, incluidos los productos de prevención controlados por mujeres, como los preservativos femeninos, la profilaxis antes y después de la exposición, los anticonceptivos de emergencia, independientemente de la edad o el estado civil, que los servicios cumplan las normas de derechos humanos y se prohíban todas las formas de violencia, la discriminación y las prácticas coercitivas en los entornos de asistencia sanitaria</p> <p>61 m) Hay un compromiso a reducir el riesgo de infección por el</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Derechos sexuales y reproductivos</p>	

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
	VIH entre las adolescentes y las jóvenes proporcionándoles información y educación de calidad , orientación, protección social y servicios sociales, que, como se ha demostrado, reducen el riesgo de infección por el VIH (...)	Educación sexual	
Resolución 60/2 aprobada por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas (2016)	<p>“Reconociendo también que el acceso a una información y educación de calidad y la permanencia de las niñas en la escuela son elementos esenciales para prevenir la infección por el VIH entre las mujeres y niñas”.</p> <p>“ Exhorta a los Estados Miembros a que intensifiquen los esfuerzos por lograr la igualdad entre los género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas en todas las esferas de la vida, reconociendo que las desigualdades estructurales entre los género, la discriminación, la violencia contra la mujer y la niña, y los comportamientos masculinos discriminatorios socavan las respuestas eficaces frente al VIH y el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de los derechos humanos y las libertades fundamentales por la mujeres y las niñas”.</p>	<p>Derechos Humanos: Acceso a información y conocimiento</p> <p>Derechos Humanos Violencia estructural</p>	El acceso a una información adecuada y veraz es necesario para la prevención y reducción de las transmisiones del VIH.
Estrategias mundiales del	“Las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres cuyo riesgo es mayor por las desigualdades de género y la exposición a la	VIH	Se coloca a las mujeres dentro de los grupos prioritarios de atención.

Normativa internacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
sector salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el período 2022-2030 (OMS, 2022)	<p>violencia, además de por los riesgos biológicos por motivos de sexo”.</p> <p>“Medida 1: Prevención primaria. Renovar las inversiones en las intervenciones de prevención primaria y ampliar su aplicación, ofreciendo educación e información exhaustivas sobre salud sexual y reproductiva y prevención del VIH”.</p> <p>“Medida 14: Violencia de género. Prevenir y responder a la violencia de género, incluida la violencia sexual. Para ello hay que instaurar políticas para orientar la prevención y las respuestas a la violencia; prestar servicios de salud integrales a las víctimas; prevenir la violencia, y recabar pruebas y datos, especialmente mediante sistemas de información sanitaria”.</p> <p>“Medida 15: Igualdad de género. Promover la igualdad de género incorporándola en todas las medidas y prestándole atención específica”</p>	<p>VIH</p> <p>Violencia</p> <p>Derechos Humanos</p>	<p>Como medida prioritaria se coloca la educación sexual integral, brindando a las personas la información y conocimiento necesario.</p> <p>La violencia de género es uno de los factores principales dentro de la transmisión del VIH entre las mujeres, razón por la cual se colocan como grupo prioritario de atención.</p> <p>Es necesario un enfoque de género en los servicios de atención de la salud, de manera que fomenten la igualdad de género y se disminuyan las desigualdades existentes entre mujeres y hombres.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N°6 “Normativa internacional que brindan fundamento a los derechos humanos, así como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH”

Normativa nacional			
Normativa	Artículos relacionados	Categorías	Observaciones
Ley General sobre VIH/SIDA, N°7771, 1998	<p>Art.3: Respeto de los derechos fundamentales: “Las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH y el SIDA garantizarán el respeto de los derechos fundamentales de las personas infectadas...”</p> <p>Art. 4: Prohibición de discriminación o trato degradante: “Prohíbese toda discriminación contraria a la dignidad humana y cualquier acto estigmatizador o segregador en perjuicio de los portadores del VIH/Sida...”</p> <p>Art. 6: Derecho a información sobre la salud: “Todo portador del VIH-Sida tiene derecho a contar con información exacta, clara, veraz y científica acerca de su condición, por parte del personal profesional y técnico”</p> <p>Art.7: Derecho a la atención integral en salud: “Todo portador del VIH-SIDA tiene derecho a asistencia médico-quirúrgica, psicológica y de consejería; además a todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>VIH</p> <p>Discriminación</p> <p>Derecho a la salud</p>	<p>Por medio de la creación de la Ley, se marca un precedente en la formación y distribución de los recursos humanos para la salud de la población.</p> <p>La ley tiene por objetivo la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el VIH, además trata de los derechos y deberes de las personas con el diagnóstico de VIH.</p> <p>Fue primer instrumento legal creado en el país para resguardar los derechos y deberes de las personas con VIH</p> <p>Se aborda de manera general. No se especifica hacia las particularidades de las mujeres</p>

	a los sectores más vulnerables... para prevenir esta enfermedad”.	Educación sexual	
Reglamento “N° 27894-S” de la Ley N°7771 sobre VIH/SIDA (1999)	<p>“Artículo 6°--Para garantizar el derecho integral a la salud, toda persona portadora del VIH o enferma de SIDA será atendida por un equipo multidisciplinario, según la capacidad de cada centro de atención en salud, y oportunamente por la Caja Costarricense del Seguro Social, con el máximo respeto y confidencialidad, sin discriminación alguna y de manera que se garantice su atención integral”.</p> <p>Artículo 14.--El equipo multidisciplinario o el/la médico tratante deberá informar a las personas portadoras del VIH o enfermas de SIDA de manera clara y detallada, sobre los posibles efectos secundarios de los medicamentos prescritos.</p> <p>Artículo 17.--Cuando algún/a trabajador/a de la salud o médico de empresa de alguna entidad pública o privada, conozca o sospeche del estado de portador/a o enfermo/a de algún/a trabajador/a, por ningún motivo o circunstancia podrá informar al/a patrono/a, jefe/a o cualquier otra persona sobre esta condición. Además, deberá remitir a la persona portadora o enferma al centro de atención en salud correspondiente, para que reciba la atención integral necesaria.</p> <p>Artículo 29.--Ninguna institución pública o privada podrá</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Acceso a la información y conocimiento</p> <p>Confidencialidad</p>	

	<p>“El país dispone de leyes y reglamentaciones que protegen a los habitantes de la discriminación relacionada con el VIH, sin embargo no se cuenta con una ley específica contra todas las formas de discriminación y protejan específicamente a las poblaciones más expuestas y otras sub poblaciones vulnerables” (p.18)</p>	Derechos Humanos	Se reconoce sobre la necesidad de que en el país se cuente con leyes sobre las distintas formas de discriminación a las que están expuestas las personas con diagnóstico de VIH
<p>Política Nacional de Sexualidad 2010 - 2021</p>	<p>I Parte: “La ciudadanía sexual será el tener voz y voto en las políticas y programas que afectan el ejercicio autónomo de las mismas. Su ejercicio por tanto tiene relación con el concepto de ser -sujeto de derechos-, es decir, vivir en un Estado que respeta y protege los derechos humanos relacionados con la sexualidad de las y los ciudadanos y que asume la responsabilidad de hacerlos cumplir.” (p.12)</p> <p>I Parte: “La atención debe ser o hacerse desde una mirada integral e integradora entre salud sexual y salud reproductiva... porque la salud sexual se ha homologado a la reproducción, como si fueran similares, se identifica con mayor frecuencia en la atención a las mujeres” (p.14)</p> <p>I Parte: “El derecho a la salud, reconocido en condiciones de igualdad y sin discriminación que se oponga a la dignidad humana se relaciona con el derecho a la vida, la dignidad, la autonomía, la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la información, la no discriminación, la igualdad, la intimidad, la privacidad y a estar libres de tratos crueles, inhumanos o degradantes” (p.17)</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva</p> <p>Derecho a la salud</p>	<p>La Política de Sexualidad pretende contribuir desde un enfoque de derechos humanos, igualdad de género y diversidad, a que todas las personas sin discriminación tengan el derecho a una sexualidad que lleve a relaciones más justas, afectivas, placenteras, equitativas, de respeto y de crecimiento mutuo.</p> <p>En la primera parte de la política, se hace referencia al marco teórico y conceptual de la sexualidad, dando énfasis a la sexualidad como parte del desarrollo integral de las personas, la importancia de la ciudadanía sexual y el derecho que tienen todas las personas de acceder a una atención integral en los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>Además, en la primera parte se expone sobre el marco jurídico internacional y nacional</p>

	<p>I Parte: “Los derechos sexuales y los derechos reproductivos aluden a aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva, a la autodeterminación en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, a la integridad corporal, el empoderamiento y la ciudadanía” (p.18)</p> <p>II Parte: “En una sociedad igualitaria, en la que los hombres y las mujeres se relacionan sabiéndose uno y otro titulares de los mismos derechos y responsabilidades las acciones dirigidas a promover el uso de métodos anticonceptivos deben dirigirse a ambos con el fin de formar, educar y prevenir” (p.9)</p> <p>II Parte: “Una educación integral de la sexualidad debe promover que se rompan mitos relacionados con el uso del condón masculino y femenino, es necesario vincular el uso del condón no solo con la prevención de infecciones de transmisión sexual o prevención del embarazo, hay que vincularlo también con el derecho a la vida, la salud, el bienestar, el juego y el placer sexual” (p.10)</p> <p>II Parte: “No es posible centrarse sólo en las condiciones biológicas para explicar lo que facilita o no adquirir una ITS, es urgente morar el impacto que tiene la posición y situación que ocupan socialmente las mujeres y hombres y en el caso de VIH y sida el impacto del estigma y la discriminación frente a la diversidad sexual, como factores centrales en la extensión del riesgo de infección y la capacidad de protegerse a sí mismos/as eficazmente” (p.11)</p> <p>II Parte: “La vivencia de la Sexualidad desde un enfoque DDHH busca fortalecer la noción de ser sujeto de derechos y responsabilidades, reconociendo que vivir una sexualidad segura, Informada y corresponsable es un derecho</p>	<p>Autodeterminación y Sexualidad</p> <p>Derechos sexuales y reproductivos: Acceso a métodos, Acceso a información y conocimiento</p> <p>Educación sexual</p> <p>VIH</p> <p>Sexualidad Derechos Humanos</p>	<p>sobre el derecho a la salud y a una sexualidad integral.</p> <p>Para la segunda parte de la política, se expone sobre el propósito de la política, los principales enfoques y áreas de intervención.</p>
--	--	---	---

	<p>fundamental de todas las personas sin discriminación alguna y mucho menos por ser mujer u hombre o por tener una orientación sexual diferente a la heterosexual” (p.22)</p> <p>II Parte: “Pensar y sentir la sexualidad desde una perspectiva de género coloca en el centro de la reflexión y de la acción la necesidad de consolidar relaciones de justicia, equidad e igualdad entre mujeres y hombres como requisito fundamental para la vivencia de una sexualidad segura, placentera y solidaria” (p.23)</p> <p>II Parte: VIII. Área de intervención de la Política</p> <p>“Información, sensibilización, comunicación y divulgación para la promoción del derecho a una sexualidad segura, informada, y corresponsable, en el marco de los derechos humanos, género, y diversidad basada en la evidencia científica, actualizada, inclusiva, diversa y que retome todas las etapas del desarrollo evolutivo” (p.31)</p> <p>“Participación activa de las y los habitantes en la defensa y vigilancia del cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos” (p.32)</p> <p>“Garantía de acceso a una educación de la sexualidad para todas las personas que habitan el territorio en el marco de los derechos humanos y género, basada en la evidencia científica, actualizada, laica, inclusiva, diversa y que retome todas las etapas del desarrollo evolutivo” (p.33)</p> <p>“Garantía de acceso a servicios de salud sexual y a la salud reproductiva con equidad, calidad, seguridad, calidez y confidencialidad, diversidad, universalidad, solidaridad,</p>	<p>Sexualidad: Placer y prácticas sexuales</p> <p>Derechos sexuales Acceso a información y conocimiento</p> <p>Derecho a participación</p> <p>Educación sexual</p>	
--	--	--	--

	<p>accesibilidad e inclusión social que responda a información actualizada, laica y científica” (p.34)</p> <p>“Gestión y desarrollo de capacidades y competencias institucionales para la promoción y atención de una sexualidad integral” (p.37)</p>	<p>Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Sexualidad</p>	
Política Nacional de Salud (2011-2021)	<p>“Mujeres y hombres tienen iguales derechos (económicos, culturales, sociales, civiles y políticos) y oportunidades, deben participar por igual en todas las esferas de la vida pública y privada, libres para desarrollar sus capacidades y para tomar decisiones.”</p> <p>“La equidad de género es indispensable para la consecución de la igualdad, ya que esta propone un tratamiento diferenciado a mujeres y hombres según las desigualdades que enfrentan”</p>	Derechos Humanos	Como parte de los servicios con equidad de género, se debe retomar las particularidades que provocan desigualdades, para poder brindar una respuesta integral.
Ley General de Salud N° 5395, versión 8, 2014.	<p>Art. 3. “Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad”</p> <p>Art. 12: “Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el período de lactancia. ”</p>	<p>Derecho a la salud</p> <p>Autodeterminación Reproductiva</p>	Para esta versión número 8 de la Ley General de Salud, hace referencia a la salud de manera general, donde se reconoce el derecho que tiene las personas de acceder a los servicios de salud, así como los derechos de las mujeres que deciden ejercer su autonomía reproductiva.

<p>Plan Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier” 2015.</p>	<p>“Enfoque de género: Es un proceso mediante el cual se reconocen las diferencias entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades y problemas de salud, a fin de planificar acciones integrales adecuadas a sus particularidades biológicas y sociales, garantizando la participación igualitaria de ambos géneros en la toma de decisiones a nivel político, económico y social”.</p>	<p>Derechos Humanos Acceso a la salud</p>	<p>Se estipula como eje transversal el enfoque de género, en el cual, se pueda atender las situaciones de salud considerando las necesidades y particularidades existentes en la sociedad.</p>
<p>Directriz Ministerial, No. 037S, de Atención Integral por enfermedades de transmisión sexual (2015)</p>	<p>“I. Que la salud de la población es tanto un derecho humano universal, como un bien de interés público tutelado por el Estado”</p> <p>“Una de las terribles características de este problema de salud es, que no sólo afecta biológicamente a la persona que lo contrae, sino que trastorna y deteriora progresivamente su entorno social, familiar, económico y político”.</p>	<p>Derechos Humanos: Derecho a la salud</p>	<p>Se reconoce que las infecciones de transmisión sexual no sólo tienen un impacto a nivel biológico, sino también a nivel social.</p>
<p>Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA (2016-2021)</p>	<p>“es importante reconocer la vulnerabilidad, tanto para adquirir el virus como para su posterior tratamiento, que enfrentan ciertas poblaciones como las mujeres (...) quienes son particularmente afectadas por las condiciones estructurales de desigualdad y discriminación histórica por razones de género (...) condiciones que a la vez intersectan con otras categorías de opresión como la etnia, la condición migratoria, la orientación sexual, la identidad de género, entre otras. La respuesta integral al VIH debe necesariamente contemplar a estas poblaciones y sus necesidades específicas” (p. 19).</p> <p>“aunque existe insuficiente información en el país, en el mundo se ha documentado un aumento de la epidemia y del</p>	<p>Género VIH</p> <p>Feminización del VIH</p>	

	estigma y la discriminación, que afecta de manera particular a las mujeres” (p. 19).		
Encuesta de mujeres, niñez y adolescencia, 2018	<p>Anticoncepción: “El uso apropiado de anticonceptivos es importante para la salud de las mujeres y los niños/as, al: 1) prevenir los embarazos que son demasiado tempranos o demasiado tardíos; 2) extender el período entre nacimientos; y 3) limitando el número total de niños/as.” (p.45)</p> <p>Cuidado prenatal: “El período prenatal presenta importantes oportunidades para llegar a las mujeres embarazadas con una serie de intervenciones que pueden ser vitales para la salud y bienestar de ellas y sus bebés. La atención prenatal es un indicador marcador de la dimensión de Salud Reproductiva y Materna de la cobertura de salud universal” (p.50)</p> <p>Comportamiento sexual: “Promover un comportamiento sexual más seguro es fundamental para reducir el riesgo de transmisión del VIH. El uso constante de condones durante las relaciones sexuales, especialmente cuando se trata de parejas no regulares o múltiples, es particularmente importante para reducir la propagación del VIH” (p.71)</p> <p>VIH: “Algunos de los prerrequisitos más importantes para reducir la tasa de infección por VIH son el conocimiento preciso de cómo se transmite el VIH y las estrategias para prevenir la transmisión. Los conceptos erróneos sobre el VIH son comunes y pueden confundir a los adolescentes y jóvenes y dificultar los esfuerzos de prevención”. “La discriminación en el contexto del VIH se refiere a un</p>	<p>Autodeterminación Reproductiva</p> <p>Sexualidad</p> <p>Autodeterminación Reproductiva</p> <p>Sexualidad</p> <p>VIH</p>	<p>Por medio de la encuesta realizada, se hace referencia a puntos esenciales sobre salud sexual y reproductiva</p>

	<p>tratamiento no equitativo o injusto (un acto u omisión) de un individuo basado en su estado real o percibido de VIH. La discriminación exagera los riesgos y priva a las personas de sus derechos y garantías, alimentando la epidemia de VIH” (p.84)</p> <p>Violencia Obstétrica: “La Organización Mundial de Salud les ha pedido a los países la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (OMS, 2014), donde es de interés el monitoreo de la adecuada atención de las mujeres en esta etapa. También esto se enmarca en el quinto objetivo de los ODS, sobre igualdad de género contemplando la eliminación de cualquier tipo de violencia contra las mujeres” (p.91)</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>VIH</p> <p>Violencia</p> <p>Autodeterminación Reproductiva</p>	
<p>Plan Nacional de Educación para la sexualidad, MEP, 2019</p>	<p>“Derechos Humanos: este enfoque reconoce que todas las personas, poseemos una dignidad humana a partir de la cual todas las personas somos iguales en derechos. La vivencia de la sexualidad desde un enfoque de Derechos Humanos busca fortalecer la noción de sujetos de derechos y responsabilidades, reconociendo que es un derecho de todas las personas vivir una sexualidad segura, informada, corresponsable, placentera y saludable” (p.6)</p> <p>“La Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral, la cual debe contemplar de manera comprehensiva todos los elementos de la sexualidad y debe orientarse al desarrollo de habilidades que le permita a niñas, niños y adolescentes conocer y ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, así como tomar decisiones orientadas a la vivencia plena, placentera, segura y corresponsable de la</p>	<p>Derechos Humanos</p> <p>Sexualidad</p> <p>Derechos Humanos</p>	<p>El Plan Nacional de Educación, reconoce que la educación es una herramienta que permite la transformación y potencia el desarrollo integral, equitativo. Además, por medio de este plan el sistema educativo promueve el derecho sobre la educación sexual, integral que permita desarrollar habilidades para vivir de manera plena y responsable la sexualidad.</p>

	<p>afectividad y la sexualidad” (p.8)</p> <p>Para garantizar el disfrute pleno de la sexualidad se deben satisfacer tres factores básicos:</p> <p>Información: Acceso oportuno a la información, que esta información sea veraz, comprensible y libre de prejuicios, además información sobre los derechos vinculados a la afectividad y sexualidad.</p> <p>Acceso: Apertura, disponibilidad y acceso a servicios de educación, salud, consejería, orientación, acceso a estrategias y métodos de protección frente a situaciones que vulneran derechos</p> <p>Empoderamiento: Oportunidad para la exploración de los propios valores y actitudes, hay una visión de sujetos de derechos y responsabilidades. Además, facilidades y herramientas para tomar decisiones y acciones orientadas al bienestar y el desarrollo, aumentado así, la autonomía, autoestima y la visión de derechos. (p.11)</p>	<p>Derechos Humanos: Acceso a información y conocimiento</p>	
<p>Proyecto de Ley “Adición de un nuevo capítulo III referente a los derechos en salud sexual y salud reproductiva, al título I del libro de la ley general de salud n° 5395 de</p>	<p>Capítulo III: Derechos en Salud Sexual y Reproductiva Sección II: Derechos de Todas las Personas.</p> <p>Art. 42: “Todas las personas tienen derecho al disfrute pleno de su salud sexual y su salud reproductiva y al ejercicio de estos derechos son discriminación ni coerción alguna de acuerdo con cada etapa del desarrollo humano”</p> <p>Art. 43: “Todas las mujeres y los hombres tienen derecho a información actualizada, a la obtención ágil y oportuna de</p>	<p>Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Autodeterminación Reproductiva</p>	<p>Se hace un reconocimiento sobre los derechos en salud sexual y su salud reproductiva, haciendo referencia a los principales aspectos como acceso a la información sobre derechos de las mujeres, autodeterminación reproductiva, educación sexual, métodos anticonceptivos, atención</p>

<p>30 de octubre de 1973 y sus reformas”, 2019</p>	<p>métodos anticonceptivos autorizados e insumos seguros, eficaces, incluida la anticoncepción de emergencia, con el fin de prevenir embarazos no deseados o peligrosos para su salud”</p> <p>Art. 44: “Todas las personas tienen derecho a la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus del papiloma humano, el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, especialmente a:</p> <p>a) Recibir y disponer información científica, actualizada diversa, libre de prejuicios y términos que pueda ser comprendida.</p> <p>b) Recibir métodos de prevención moderna, eficaz y de óptima calidad, incluyendo el condón femenino y masculino.</p> <p>c) Diagnóstico y tratamiento oportuno con medicamentos de probada calidad en caso de ser requerido.</p> <p>d) Acceder a servicios de atención integral de la salud física y emocional.</p> <p>Sección III: Derechos de poblaciones en particular</p> <p>Art.48: “Todas las mujeres tienen derecho a la información, a la prevención, al diagnóstico temprano, al tratamiento de los procesos patológicos relacionados con sus órganos sexuales y reproductivos en particular el cáncer cérvico - uterino y de mama (...) El Estado deberá proveer las condiciones que faciliten el acceso a estos”</p>	<p>Educación sexual</p> <p>Derecho a la salud</p> <p>Acceso a información y conocimiento</p> <p>Acceso a métodos</p> <p>Derecho a la salud</p> <p>Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva</p> <p>Acceso a información y conocimiento Educación sexual</p>	<p>integral en</p> <p>Es necesario destacar lo planteado, donde se reconoce que en el país se han hecho grandes logros en materia de salud, aún persisten graves problemas en el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva y no existe un marco legal adecuado para enfrentarlos.</p>
--	--	---	---

	<p>Art. 49 “Todas las mujeres sin discriminación alguna tienen derecho a una maternidad segura y en corresponsabilidad que incluya las mejores condiciones sociales, físicas y emocionales disponibles para un embarazo, un parto y período postnatal, libre de enfermedad y muerte. El Estado garantizará las condiciones y acciones afirmativas necesarias (...)”</p> <p>Art. 50: “Todas las mujeres tienen derecho a una atención integral, humanizada y libre de violencia y riesgo antes y durante el embarazo, el parto y el período postnatal, en el que se garantice su participación activa (...)”</p> <p>Art. 53: “Todas las personas, sin discriminación por razones de edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad tienen derecho a recibir información y educación integral actualizada, diversa y libre de prejuicios sobre salud sexual y salud reproductiva y acceso a los servicios de atención integral, de calidad, confidenciales, respetuosos de sus derechos y diferenciados en razón de su edad y etapa de desarrollo”.</p>	<p>Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Derecho a la salud: Acceso a servicios</p> <p>Derechos humanos: Acceso a información y conocimiento Educación sexual Derecho a la salud</p>	
<p>Modelo de evaluación de servicios de salud y educación en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva, para jóvenes, con énfasis en la prevención del VIH/SIDA, Defensoría de los</p>	<p>IV. Conceptos y Puntos de Partida</p> <p>Salud Sexual:</p> <p>“La salud sexual se puede definir como proceso continuo e integral de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad (...) Para que se logre una salud sexual, es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen y que exista la posibilidad de gozar de relaciones sexuales placenteras y</p>	<p>Derechos Sexuales y Reproductivos</p>	<p>Tal y como se expone, el modelo se centra en evaluar los servicios y educación en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva, haciendo énfasis en la prevención del VIH</p>

<p>Habitantes</p>	<p>seguras libres de coerción, discriminación y violencia” (p.25)</p> <p>Salud Reproductiva:</p> <p>“El término de salud reproductiva puede definirse como un estado general de bienestar físico, social y mental y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Consecuentemente, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (...)” (p.25)</p> <p>Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos</p> <p>“Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos se inscriben dentro de la esfera más general de los Derechos Humanos. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas y todos a decidir libre y responsablemente el número de hijas/os, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” (p.26)</p>	<p>Autodeterminación Reproductiva</p>	
-------------------	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.