

## MUJERES CON VIH EN SITUACIÓN DE DESIGUALDAD

WOMEN LIVING WITH HIV IN SITUATIONS OF INEQUALITY

María Fernanda Hernández Martínez,<sup>1</sup> María Amanda Julieta Tello Bello<sup>2</sup> y María José García Oramas<sup>3</sup>

**SUMARIO:** Introducción, 1. La experiencia de vivir con VIH en condiciones de desigualdad, 2. Género y vulnerabilidad social, 2.1 Estigma y doble discriminación, 2.2 Maternidad y autonomía reproductiva, 3. Los derechos humanos de las mujeres con VIH, Conclusiones, Fuentes de información

### RESUMEN

Las mujeres que viven con VIH atraviesan esta enfermedad en un mundo lleno de prejuicios, estereotipos y roles de género socialmente establecidos que las posiciona en un estado de alta vulnerabilidad. Para las mujeres, vivir con VIH implica enfrentar una condición médica que no solo afecta su salud y vida cotidiana, sino que también vulnera su autonomía reproductiva, a través de diversas formas de violencia de género, discriminación institucional y prejuicios culturales que operan como barreras que limitan y niegan sus derechos humanos elementales. El artículo analiza cómo las desigualdades estructurales y de género configuran, ordenan y estructuran la experiencia de las mujeres con VIH, proponiendo la necesidad de un enfoque basado en derechos humanos y perspectiva de género.

### ABSTRACT

Women living with HIV experience this illness in a world shaped by prejudice, stereotypes, and socially constructed gender roles that place them in a situation of heightened vulnerability. For women, living with HIV involves facing a medical condition that not only affects their health and daily lives, but also undermines their reproductive autonomy through various forms of gender-based violence, institutional discrimination, and cultural prejudices that operate as barriers limiting and denying their fundamental human rights. This article analyzes how structural and gender inequalities shape and organize the experiences of women living with HIV, highlighting the need for an approach grounded in human rights and a gender perspective.

1 Estudiante de séptimo semestre de la licenciatura en Psicología en la Universidad Veracruzana. Con interés particular en los temas psicosociales y de género.

2 Licenciada en Psicología, maestra en Medicina Social, doctora en Psicología. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores en México. Con experiencia en investigación y publicaciones en revistas científicas en el ámbito de la psicología. Con más de 10 años de experiencia docente a nivel licenciatura y posgrado en diversas Universidades.

3 Investigadora de tiempo completo en la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana en Xalapa, Veracruz, México. Es licenciada en Psicología Social de la Universidad Iberoamericana en la Ciudad de México, Maestra en Estudios de Género de la New School University en Nueva York, USA y doctora en Ciencias de la Educación de la Universidad de Paris 10, Nanterre, Francia. Miembro del PRODEP desde 2007 y del SIN desde 2019.

**PALABRAS CLAVE:** Mujeres con VIH, desigualdad, estigma, derechos humanos

**KEYWORDS:** Women with HIV, inequality, stigma, human rights

## Introducción

Desde sus orígenes, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha estado vinculado a distintas formas de estigmatización, discriminación y segregación hacia quienes viven con él (Kalichman et al., 2020; Ortiz-Hernández et al., 2021; Scofield & Moseholm, 2021). El gran peso social que conlleva pone en juego la moralidad de las personas, castigándolas y cargándolas de estereotipos de promiscuidad, impureza e inmoralidad, logrando impactar no solo en la salud de la persona seropositiva, sino también, en todos los contextos y vínculos afectivos en los que se relaciona (Herrera et al., 2009; Ortiz-Hernández et al., 2021; Paiz Malespín & Pastorino 2021).

La vulnerabilidad existente frente al VIH no tiene únicamente un factor causal, sino que responde a diversas condiciones estructurales como la pobreza, la cultura, el nivel educativo y el género (Juárez-Moreno et al., 2021; Velloza et al., 2020). El diagnóstico genera una vulnerabilidad multidimensional donde interactúan diversos factores biológicos, sociales y simbólicos, los cuales colocan a las mujeres en una situación de riesgo y desprotección. Dentro de este tipo de condiciones, el género adquiere un papel central al determinar el modo en el que se vive y se interpreta la enfermedad, el simple hecho de ser mujer representa una posición

desigual ante el sexo opuesto, vivir con VIH siendo mujer significa enfrentarse a un sistema patriarcal que humilla, violenta y minimiza (Amuchástegui & Evangelista García, 2022; Juárez-Moreno et al., 2021; Muñoz Hornero et al., 2020).

A las mujeres se les imponen roles y expectativas como ser madres, sumisas, protectoras y responsables de mantener la moral familiar; sin embargo, cuando una mujer vive con VIH, estos roles se vuelven fuentes de estigma y denigración, cuestionando su capacidad para maternar, además de que su moral sexual es señalada como promiscua y transmisora de la enfermedad (Amuchástegui & Evangelista García, 2022; Herrera et al., 2009; Oliva Venereo et al., 2009; Paiz Malespín & Pastorino, 2021). Así, en este artículo se discutirán las formas de violencia de género, discriminación institucional y prejuicios culturales que actúan como barreras que limitan la autonomía reproductiva las mujeres con VIH, al igual que algunas propuestas de políticas públicas más humanizadas y adaptadas al contexto específico de estas mujeres.

## 1. La experiencia de vivir con VIH en condiciones de desigualdad

Desde sus inicios el VIH se vinculó a ciertos grupos sociales considerados de riesgo. Aún sin la enfermedad, el simple hecho de pertenecer a estas agrupaciones ya ponía

a las personas en desventaja y en estado de vulnerabilidad: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que consumen drogas inyectables, trabajadoras sexuales, personas privadas de libertad y personas transgénero. Lo anterior refuerza los estereotipos y genera una estigmatización colectiva que etiqueta, señala y discrimina a las personas que pertenecen a estas categorías (Maas-Góngora et al., 2020; ONUSIDA, 2017).

El estigma no se limita únicamente al juicio social, sino que se manifiesta también en los espacios de atención sanitaria, lo que puede intensificar sentimientos de vulnerabilidad, ansiedad y temor (Munévar-Torres et al., 2016). La forma en que se reciben los pacientes refleja la internalización del estigma social y la moralización del VIH, la percepción de esta discriminación dentro de las instituciones de salud puede reforzar la desconfianza, así como generar barreras para la prevención, diagnóstico y tratamiento efectivo (Ortiz-Hernández et al., 2021; Kalichman et al., 2020).

El contexto de vulnerabilidad no se limita a factores individuales, sino que está mediado por desigualdades estructurales, aspectos socioeconómicos, educativos y culturales que determinan la capacidad de las personas seropositivas a ejercer control sobre su salud (Juárez-Moreno et al., 2021; Yang et al., 2021). La interacción de estos factores configuran un escenario donde la infección no es solo un fenómeno médico, sino un reflejo de las inequidades históricas, culturales y estructurales que determinan tanto la experiencia como la manera de vivir la enfermedad. La interrelación entre los factores biológicos,

psicológicos y sociales crea un escenario donde el tratamiento del VIH no puede limitarse a la terapia antirretroviral, sino que debe contemplar intervenciones que reduzcan la discriminación, promuevan el apoyo emocional, conozcan el contexto del paciente y reconozcan la importancia de la maternidad, la sexualidad y la identidad de género (Scofield & Moseholm, 2021; Paiz Malespín & Pastorino, 2021; Herrera et al., 2009).

Esta intersección entre discursos biomédicos y juicios morales configuran un espacio de exclusión donde la atención sanitaria fomenta la desigualdad en lugar de reducirla. La sensibilización ante el VIH debe comenzar en el sector salud, con el personal encargado de atender a la población seropositiva desde el primer contacto. En este marco de desigualdad estructural, el género se erige como una dimensión fundamental para comprender la experiencia del estigma y la violencia en mujeres con VIH.

## 2. Género y vulnerabilidad social

El género constituye una categoría central que configura cómo se distribuyen los riesgos, responsabilidades y vulnerabilidades en la sociedad, una construcción social distinta al sexo biológico que estructura los roles, expectativas, normas y jerarquías. Gutiérrez y Lemus (2017) definen el género como el conjunto de atributos sociales que incluyen formas de comportarse, valores, normas, actividades a realizar, recompensas y el lugar en el mundo que una persona ocupa. Estas construcciones, lejos de ser naturales, son socialmente fabricadas y varían

de acuerdo con la cultura, el contexto histórico y el grupo social. Por otro lado, Álvarez-Díaz (2020) complementa esta perspectiva enfatizando que la división entre lo masculino y lo femenino ha sido históricamente un ejercicio de poder: a lo masculino le corresponde la dominación, mientras que a lo femenino la subordinación, limitando así la autonomía de las mujeres y condicionando sus oportunidades de decisión sobre su propio cuerpo y su salud.

Las construcciones en torno al género generan un impacto directo sobre la salud y la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, pues esta infección no puede ser comprendida únicamente desde la dimensión biológica. Por tanto, se requiere analizar dentro de un marco de desigualdades y factores que revelan la vulnerabilidad, no como un atributo individual, sino de la suma de condiciones estructurales, culturales y sociales que atraviesan la vida cotidiana de las mujeres.

A este respecto, Amuchástegui y Evangelista García (2022) muestran que las condiciones de pobreza e inseguridad alimentaria pueden intensificarse frente a la infección. Así, la violencia de género, tanto en la pareja como en la familia, se entrelaza con formas de violencia comunitaria e institucional, especialmente cuando se vulnera el derecho fundamental de la confidencialidad, ya que genera un ambiente de incertidumbre y miedo que limita la posibilidad de buscar atención o denunciar abusos. Esta compleja red de vulnerabilidades muestra que el riesgo de infección no es solo biológico, sino profundamente social, además de que muchas mujeres se enfrentan a escenarios

en los que la desigualdad y la discriminación estructural condicionan sus decisiones y su bienestar.

Por otro lado, Moral y Segovia (2011) indican que la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable al contagio de VIH, en comparación con el hombre, durante las relaciones heterosexuales, esto debido a factores fisiológicos como la mayor superficie de exposición de la vagina, la carga viral del semen y la presencia de infecciones de transmisión sexual no tratadas. Este riesgo se ve exacerbado por la imposibilidad de negociar medidas de protección, la falta de asertividad y situaciones de desigualdad social, especialmente en madres solteras, separadas o divorciadas.

A su vez, Muñoz Hornero et al. (2020) señalan que la investigación biomédica ha invisibilizado históricamente a las mujeres, ignorando sus necesidades específicas y limitando la generación de evidencia que contemple la interacción entre sexo, género y vulnerabilidad estructural. Esto se traduce en que la atención, la prevención y el desarrollo de nuevos medicamentos pueden no responder de manera adecuada a las problemáticas particulares de las mujeres, perpetuando su vulnerabilidad frente al VIH. Así, la desigualdad de género también se manifiesta en la discriminación y estigmatización, pues ser mujer que vive con VIH genera un doble estigma: por un lado, su condición seropositiva, y por otro, el incumplimiento de las normas sociales sobre la sexualidad femenina.

## 2.1 Estigma y doble discriminación

La manera de vivir con VIH afecta de manera diferenciada a mujeres y hombres debido a

que vivimos e interactuamos en un sistema diseñado para beneficiar la comodidad y el privilegio de los hombres. Kalichman et al. (2020) explican que las opiniones negativas y estigmatizantes hacia las personas que viven con VIH refuerzan la desigualdad de género, contribuyendo a que las mujeres enfrenten mayores barreras para realizarse pruebas, adherirse al tratamiento y buscar apoyo social. Asimismo, la desigualdad de género intensifica el estigma social. Yang et al. (2021) destacan que, en diversos contextos culturales y socioeconómicos, las mujeres son responsabilizadas de la transmisión del virus, mientras que los hombres no enfrentan el mismo nivel de juicio moral.

La construcción social de la responsabilidad y la culpa sobre las mujeres, refuerza estructuras patriarcales que condicionan sus vidas y su bienestar, un ejemplo claro de ello es la negación a maternar. De tal suerte que, los prejuicios sociales, los roles de género tradicionales y los estigmas que esto genera, se han convertido en una herramienta de control en donde no se trata únicamente de la etiqueta que acompaña al diagnóstico, sino de una forma de violencia estructural que afecta la manera en que las mujeres se ven a sí mismas y cómo son vistas por la sociedad. Las violaciones a sus derechos no se limitan al ámbito clínico, sino que atraviesan la vida familiar, laboral y comunitaria, configurando una exclusión y discriminación sostenida por creencias patriarcales, religiosas y moralizantes (Rodríguez Otero & Lara Rodríguez, 2021; Salinas Garza et al., 2023).

## 2.2 Maternidad y autonomía reproductiva

La maternidad constituye un fenómeno

profundamente relacionado con las estructuras sociales, culturales y psicológicas del heteropatriarcado. No se trata de un hecho puramente biológico, sino de un proceso socialmente construido e históricamente situado, cargado de expectativas y estereotipos de género, construcciones que prescriben cómo deben comportarse las mujeres, cómo deben cuidar, educar y relacionarse con sus hijos para establecer un ideal de “buena madre” que se ha convertido en imperativo social.

Los roles de género tradicionales han establecido que las mujeres son las principales responsables de la crianza y educación de los hijos, mientras que los hombres se sitúan principalmente en la esfera de la provisión económica (Silima, et al., 2024). Esta división del trabajo organiza la vida familiar y refuerza la idea de que la maternidad es un atributo intrínseco de la feminidad, lo que representa un instrumento moralizador que no solo legitima la figura de la mujer-madre, sino que funciona como un mecanismo de control sobre su cuerpo y sus decisiones reproductivas.

González Estepa et al. (2020) plantean que la maternidad no puede entenderse como un hecho natural, universal o atemporal, sino como una práctica dinámica y socialmente situada. Esta perspectiva permite reconocer la diversidad de maternidades y los distintos significados que adquieren en función del contexto histórico, cultural y espacial. Las mujeres que se apartan de los patrones establecidos de maternidad son con frecuencia calificadas como “madres desnaturalizadas” o “monstruos”, mientras que quienes deciden no maternar son vistas

como egoístas, inmorales, irresponsables o carentes de feminidad (González Estepa, et al., 2020).

En el contexto del VIH, el rol de la maternidad se ve atravesado por tensiones múltiples, desde la discriminación social y la estigmatización hasta la imposición de normas médicas restrictivas, lo que genera un escenario complejo de renuncias, resistencias y redefiniciones de la identidad materna. Silima et al. (2024) documentan que las madres afectadas por la confluencia de epidemias de VIH, salud mental y violencia de pareja, frecuentemente enfrentan la separación de sus hijos, quienes en la mayoría de los casos terminan viviendo con familiares como las abuelas o las tías. Este alejamiento no solo refleja las consecuencias estructurales de la enfermedad, sino también los juicios sociales que atraviesan a las mujeres en la intersección de múltiples estigmas. La percepción de incapacidad de estas madres por parte de familiares y la sociedad, reproduce un proceso de sanción que despoja a las mujeres de la posibilidad de ejercer plenamente su rol materno, además de profundizar su vulnerabilidad y la internalización de la discriminación.

En esta línea, Munévar-Torres et al. (2016) documentan que aquellas diagnosticadas durante la gestación experimentan estigmatización y rechazo en instituciones de salud, lo que evidencia la aceptación cultural de ciertos prejuicios incluso por parte de profesionales sanitarios. La interacción con el personal de salud puede crear un ambiente hostil que exacerba sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre, o bien, un entorno humano

y empático que facilita la experiencia de la maternidad bajo la condición de VIH. No obstante, la persistencia de actitudes discriminatorias y el estigma en servicios clínicos sigue siendo un problema constante, generando barreras para el acceso a la información y asesoramiento adecuado (Munévar-Torres, et al., 2016; Weber, et al., 2024).

La negación de la autonomía reproductiva constituye otra dimensión de la tensión enfrentada por las mujeres. Van Dijk et al. (2014) señalan que la mayoría de las mujeres con VIH reciben información limitada sobre sus opciones durante el embarazo y que, con frecuencia, los profesionales de salud les aconsejan someterse a ligaduras de trompas o abortos, en lugar de ofrecer métodos anticonceptivos reversibles o permitir decisiones informadas sobre la maternidad. Este tipo de intervención médica refleja una forma de coerción y control sobre los cuerpos de las mujeres, reforzada por la estigmatización del VIH. Además, las mujeres a menudo ocultan sus deseos reproductivos por temor a reacciones negativas o a la negación de atención, mostrando cómo las normas sociales y médicas se intersectan para limitar el derecho de decidir sobre la maternidad (Van Dijk, et al., 2014; Huertas-Zurriaga, et al., 2021). Aun así, esta sigue siendo un factor central de resiliencia y sentido de vida para muchas mujeres con VIH, pues para ellas, la maternidad constituye un elemento motivacional que contribuye a mantener la salud y el optimismo; la posibilidad de tener hijos y cuidar de ellos proporciona un sentido de propósito y pertenencia social, reforzando la identidad de la mujer más allá de la enfermedad. Sin embargo,

esta fuerza se enfrenta constantemente a barreras estructurales, sociales y médicas que obligan a las mujeres a negociar entre sus derechos, deseos personales y la presión normativa tanto de la sociedad como de la familia (Huertas-Zurriaga, et al., 2021).

Así, según Herrera et al. (2009), el cuerpo femenino aparece como un objeto ambivalente: por un lado, santificado como sede de la maternidad, por otro, demonizado como fuente de desorden e impureza. Esta doble moral cultural amplifica las dificultades de las mujeres para ejercer su rol materno y para tomar decisiones sobre su vida reproductiva, reforzando la exclusión social y la vulnerabilidad psicológica. Pese a estas dificultades, las mujeres con VIH muestran diversas formas de resistencia y redefinición de la maternidad. Van Dijk et al. (2014) y Huertas-Zurriaga et al. (2021) evidencian que, a pesar del estigma y las restricciones médicas, muchas mujeres deciden continuar con embarazos planificados, negociar con el sistema de salud y buscar información por su cuenta para tomar decisiones informadas. Este acto de agencia muestra cómo las mujeres construyen estrategias para equilibrar la presión social, las normas médicas y sus deseos personales, redefiniendo la maternidad bajo condiciones adversas.

En este sentido, la maternidad emerge como un espacio de tensión constante entre expectativas sociales, estigmatización, coerción médica y derechos reproductivos. Mientras que algunos actores sociales y profesionales de la salud ejercen control y discriminación, las mujeres negocian su

autonomía, buscan información, además de tomar decisiones estratégicas para mantener su rol materno. La maternidad se convierte en un eje de identidad y resiliencia, pero también en un terreno donde se evidencian las desigualdades de género, la violencia estructural, así como los conflictos morales impuestos por la sociedad.

La literatura revisada enfatiza la necesidad de servicios de atención integral, sin prejuicios y basados en evidencia, que respeten los derechos humanos y la autonomía de las mujeres con VIH. Weber et al. (2024) y Nabirye et al. (2020) destacan la importancia de definir la atención materna respetuosa, garantizar el acceso a la información tanto en términos de planificación familiar como de salud reproductiva, así como generar entornos seguros y empáticos que permitan a las mujeres ejercer sus derechos sin temor a discriminación.

Las construcciones culturales sobre el cuerpo de las mujeres operan en la tensión entre la idealización maternal y la condena moral. Cuando una mujer vive con VIH, su cuerpo deja de ser percibido como fuente de vida y se convierte, bajo la mirada social, en un posible vehículo de transmisión o amenaza. Finalmente, las condiciones aquí descritas muestran que las mujeres con VIH viven una vulnerabilidad interseccional que exige ser abordada desde el marco de los derechos humanos, tema que se desarrollará en la siguiente sección.

### 3. Los derechos humanos de las mujeres con VIH

Hablar de derechos humanos en el contexto del VIH es hablar de cuerpos atravesados por el estigma y el control institucional, donde las mujeres seropositivas enfrentan la negación sistemática de su autonomía mientras intentan ejercer derechos que deberían ser universales, pero que tristemente se les niegan, condicionan o violan. La historia de estas mujeres no puede contarse únicamente desde un enfoque biomédico, sino desde la experiencia humana de haber sido silenciadas y violentadas bajo la apariencia de cuidado (Arrivillaga et al., 2006; UNOSIDA, 2024).

Apesar de los avances legales y las políticas internacionales de salud, el respeto pleno a los derechos humanos de las mujeres con VIH sigue siendo una deuda pendiente. Según informes recientes, estas mujeres continúan enfrentando coerción, maltrato y negligencia generalizados en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (UNOSIDA, 2024). Sus decisiones reproductivas son frecuentemente controladas por personal médico o familiar, quienes, amparados en prejuicios morales y estigmas, limitan su autonomía y vulneran su capacidad de decidir sobre su propio cuerpo. Por esta razón, se documentan casos donde las mujeres han sido sometidas a abortos o esterilizaciones forzadas, a cesáreas innecesarias o incluso a la negación de atención médica bajo el argumento de “proteger” a otros (UNOSIDA, 2024). Estos actos no solo violan derechos fundamentales como la autonomía y la dignidad, sino que también perpetúan un orden social patriarcal donde la autoridad médica sustituye la voluntad de la mujer (Arrivillaga et al., 2006; Krimberg von Muhlen et al., 2015).

Desde una perspectiva jurídica los marcos legales, por sí solos, no garantizan transformaciones reales si no se acompañan de una implementación cultural y educativa (Dunaway et al., 2022; Salinas Garza et al., 2023). La falta de políticas públicas con enfoque de género y derechos humanos perpetúan la invisibilización, mientras la ausencia de sanciones legitima las prácticas discriminatorias dentro de las instituciones (Rodríguez Otero & Lara Rodríguez, 2021). En el plano sociocultural de países como México, la moral católica y el patriarcado siguen moldeando las representaciones sobre la sexualidad, el cuerpo femenino y la maternidad, esta última entendida como un dispositivo de control social (Molina, 2006; Salinas Garza et al., 2023). En este marco, la mujer que vive con VIH es percibida como doblemente transgresora: por portar un virus y por desafiar los mandatos de feminidad tradicional. Esta doble sanción simbólica produce un profundo sentimiento de culpa y vergüenza, factores que dificultan la denuncia de abusos y perpetúan el silencio (González Estepa et al., 2020; Rodríguez Otero & Lara Rodríguez, 2021).

El reconocimiento de los derechos humanos implica entonces algo más que la ausencia de violencia; supone la creación de condiciones que permitan a las mujeres vivir con dignidad, decidir libremente sobre sus cuerpos y acceder a servicios de salud sin temor ni juicio (Dunaway et al., 2022; UNOSIDA, 2024). Garantizar la justicia y la equidad parte de reconocer la experiencia de cada mujer seropositiva, comprender su historia y deconstruir las estructuras simbólicas que la oprimen. Tal como señalan Rodríguez Otero y Lara Rodríguez (2021), el estigma socialmente adscrito al virus

refuerza los mecanismos de sometimiento que las culturas patriarcales reproducen, negando reconocimiento y generando formas sutiles de menosprecio.

La verdadera justicia comienza cuando se escucha a las mujeres, cuando se valida su dolor y se reconocen sus derechos. Defender los derechos humanos de las mujeres con VIH también es defender su derecho a existir con dignidad, a ser escuchadas y a decidir sobre su propia vida sin miedo, sin culpa ni vergüenza. En síntesis, el respeto a los derechos humanos de las mujeres con VIH requiere una transformación estructural que articule marcos legales, políticas de salud con perspectiva de género y cambios culturales que desmantelen la moralización del cuerpo femenino.

## Conclusiones

Vivir con VIH no es solo enfrentar un diagnóstico médico, sino sobrevivir a una sociedad que aún no ha aprendido a mirar sin moralizar, juzgar y castigar. Han pasado décadas desde que se descubrió el virus, sin embargo, mientras la ciencia ha logrado prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas, la sociedad parece haberse quedado estancada en el miedo, el prejuicio y la ignorancia. Todo esto conforma una especie de virus paralelo a la enfermedad, pues el estigma convierte al VIH en una especie de marca moral o herida social. De modo que sitúa a las personas en una posición de desventaja ante los demás, donde no importa el nivel educativo, el género o la clase social, ya que el diagnóstico llega acompañado de la sospecha, la duda y el señalamiento.

El peso de ser mujer con VIH no recae por igual sobre los cuerpos masculinos, ya que la desigualdad se perpetúa desde el orden androcéntrico. En el caso de las mujeres, esto inicia desde el momento en que su existencia se materializa; el simple hecho de nacer con vulva las despoja de privilegios, marcándolas simbólicamente como cuerpos culpables, responsables y con vergüenza de portar este virus. Para las mujeres, ser diagnosticadas con VIH es algo más que recibir un resultado médico: es un proceso de ruptura con lo que creíamos ser, con lo que el mundo esperaba de nosotras, es renunciar a nosotras mismas en una sociedad que nos enseña que la enfermedad, la sexualidad y la maternidad deben vivirse desde la culpa o el arrepentimiento. El diagnóstico es, entonces, experimentado como una especie de sentencia de culpabilidad, no por el virus en sí, sino por la violencia simbólica misógina y patriarcal con la que se asocia, como si ser mujer y tener VIH fuera una condición humana negativa que va contra el mandato biológico de reproducción de la especie humana, carácter establecido socialmente como un mandato a cumplir para las mujeres, lo que convierte a la maternidad y al cuerpo femenino en un territorio que atraviesa el dolor, la culpa y la angustia.

Portar el virus de VIH significa, para las mujeres, un castigo y una renuncia forzada: renunciar al deseo de gestar y al derecho a decidir sobre su cuerpo. La renuncia no proviene del virus, sino del sistema que nos dice qué cuerpos merecen maternar y cuáles no. Así, lejos de perpetuar el estereotipo de que la mujer por naturaleza debe asegurar la reproducción de la especie humana y

procrear, más bien se trata de reivindicar el derecho a decidir si queremos o no ser madres sin que un diagnóstico, un médico o un prejuicio moral nos arrebatase esa posibilidad. Ser madre en condiciones de igualdad debería ser siempre una elección libre, nunca una imposición ni una renuncia forzada, devolviéndole a las mujeres la soberanía sobre su cuerpo, su deseo y su proyecto de vida.

Las mujeres que viven con VIH se encuentran en el punto más crudo de la intersección entre la biología, el género y la moral. Son ellas quienes encarnan la doble violencia: la del virus que afecta su salud y la del sistema que las excluye simbólicamente del derecho a existir sin culpa. Es ahí donde se revela la raíz del problema: no en el cuerpo que enferma, sino en el sistema que discrimina. Entonces, el desafío no es únicamente médico, sino profundamente social y político. No basta con garantizar acceso a tratamientos o campañas de prevención, se requiere transformar la manera en que la sociedad entiende la salud, la sexualidad y la dignidad de las mujeres. Esto para permitirles transitar de una situación estigmatizante sobre su vida personal y reproductiva, a otra que les permita decidir, tanto sobre sus cuerpos como sus vidas, con libertad y autonomía.

Mientras la sociedad siga moralizando los cuerpos, ninguna de nosotras podrá hablar de verdadera salud integral, entendida desde un enfoque de género y derechos humanos como la capacidad de vivir sin miedo, sin culpa y con dignidad. No es el virus el que discrimina, es la sociedad la que coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad por el simple hecho de

ser mujeres y, mientras eso no cambie, no estaremos en condiciones de igualdad social para decidir libremente sobre nuestra vida y nuestros cuerpos.

## Fuentes de información

- Álvarez-Díaz, J. A. (2020). La necesaria perspectiva de género para el análisis de problemas de salud. *Cirugía y Cirujanos*, 88(3), 383–388. <https://doi.org/10.24875/CIRU.19000865>
- Amuchástegui, A., & Evangelista García, A. A. (2022). Interseccionalidad y condicionantes sociales de la salud: una aproximación teórico-metodológica sobre el efecto del estigma en la vida de mujeres con VIH/SIDA en Chiapas. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 8(1), 1–42. <https://doi.org/10.24201/reg.v8i1.929>
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M. T., Holguín, L., & Tovar, Y. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. *Universitas Psychologica*, 5(3), 659–668. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000300018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000300018&script=sci_arttext)
- Capdevila, R., Dann, C., Lazard, L., Roper, S., & Locke, A. (2022). #Mothersday: Constructions of motherhood and femininity in social media posts. *Feminism & Psychology*, 32(3), 336–356. <https://doi.org/10.1177/09593535221107832>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2020, octubre 18). Estigma y discriminación. *Gob.mx*. <https://www.gob.mx/censida/articulos/estigma-y-discriminacion?idiom=es>
- Dunaway, K., Brion, S., Hale, F., Alesi, J., Assan, H., Chung, C., Moroz, S., Namiba, A., Ouma, J., Owomugisha, I. B., Ross, V., Strachan, S., Tholanah, M., Yuvaraj, A., & Welbourn, A. (2022). What will it take to achieve the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV? *Women's Health*, 18, 17455057221080361. <https://doi.org/10.1177/17455057221080361>
- El lenguaje de ONUSIDA. (2020, octubre 18). Frequently asked questions about HIV and AIDS. UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
- González Estepa, L., Royo Prieto, R., & Cabrera, M. S. (2020). Voces de mujeres jóvenes feministas ante la maternidad: deconstruyendo el imaginario social. *Investigaciones Feministas*, 11(1). <https://doi.org/10.5209/infe.64001>
- Gutiérrez, M. R. B., & Lemus, M. D. (2017). Integración de la perspectiva de género en la prevención de las ITS/VIH/sida en atención primaria de salud. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 31(4), 1–8. <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2017/cem174q.pdf>
- Harding, S. (1983). Why has the sex/gender system become visible only now? D. Reidel Publishing Co.
- Hernández González, J. (2020). La construcción social de la maternidad en México y las mujeres que deciden no procrear. *Femeris*, 5(1), 33. <https://doi.org/10.20318/femeris.2020.5153>

- Herrera, C., Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., & Quiroz, A. E. (2009). Cuerpoysexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencias de género en México. *Estudios Sociológicos*, 27(69), 147–170. <https://www.jstor.org/stable/25614136>
- Huertas-Zurriaga, A., Palmieri, P. A., Edwards, J. E., et al. (2021). Motherhood and decision-making among women living with HIV in developed countries: a systematic review with qualitative research synthesis. *Reproductive Health*, 18, 148. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01197-6>
- Juárez-Moreno, M., López-Pérez, O., Raesfeld, L. J., & Durán-González, R. E. (2021). Sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH en mujeres indígenas de México. *Saúde e Sociedade*, 30(2), 1–13. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200399>
- Kalichman, S. C., Shkempi, B., Wanyenze, R. K., Naigino, R., Bateganya, M. H., Menzies, N. A., Lin, C.-D., Lule, H., & Kiene, S. M. (2020). Perceived HIV stigma and HIV testing among men and women in rural Uganda: a population-based study. *The Lancet HIV*, 7(12), e817–e824. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30198-3)
- Karver, T. S., Atkins, K., Fonner, V. A., Rodriguez-Diaz, C. E., Sweat, M. D., Taggart, T., Yeh, P. T., Kennedy, C. E., & Kerrigan, D. (2022). HIV-related intersectional stigma and discrimination measurement: state of the science. *American Journal of Public Health*, 112(S4), S420–S432. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306639>
- Kendall, T. (2009). Reproductive rights violations reported by Mexican women with HIV. *Health and Human Rights*, 11(2), 77–87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20845843/>
- Krimberg von Muhlen, B., Saldanha, M., & Neves Strey, M. (2015). Mulheres e o HIV/AIDS: interseções entre gênero, feminismo, psicologia e saúde pública. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 319–334. <https://doi.org/10.15446/rcp.v23n2.29790>
- Maas-Góngora, L., Castillo-Arcos, L. del C., Cerón-Salazar, A., Telumbre-Terrero, M. A., & López-Cisneros, J. Y. (2020). Estigma y discriminación en una persona que vive con VIH/SIDA: un abordaje fenomenológico. *Ra Ximhai*, 16(3), 19–38. <https://doi.org/10.35197/rx.16.03.2020.01.lg>
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones histórico-culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psyche*, 15(2). <https://doi.org/10.4067/s0718-22282006000200009>
- Moral, J., & Segovia, M. P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 185–206. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245118507004>
- Muñoz Hornero, C., Muriel, A., Montero, M., Iribarren, J. A., Masía, M., Muñoz, L., Sampérez, G., Navarro, G., Moreno, S., & Pérez-Elías, M. J. (2020). Diferencias epidemiológicas y de mortalidad entre hombres y

- mujeres con infección por VIH en la cohorte CoRIS entre los años 2004 y 2014. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (English Edition)*, 39(8), 372–382. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.05.021>
- Munévar-Torres, Y., Rubiano-Mesa, Y. L., & Ortega-Páez, R. (2016). El ambiente hospitalario: generador de estigma y rechazo de la gestante con VIH/SIDA. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 603–609. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55018>
- Nabirye, J., Matovu, J. K. B., Bwanika, J. B., Makumbi, F., & Wanyenze, R. K. (2020). Missed opportunities for family planning counselling among HIV-positive women receiving HIV care in Uganda. *BMC Women's Health*, 20(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00942-6>
- Oliva Venereo, D. de la C., Saavedra Ramírez, C., & Viñas Martínez, A. L. (2009). Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿por qué un problema? *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(5). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000500016&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000500016&script=sci_arttext&tlng=en)
- ONUSIDA. (2017). *Confronting discrimination: Overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/confronting-discrimination\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.pdf)
- Open Society Foundations. (2019). HIV and the law: women living with HIV. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/hiv-and-law-women-living-hiv>
- Ortiz-Hernández, L., Pérez-Salgado, D., Staines-Orozco, G., & Compeán-Dardón, S. (2021). Estigma percibido por VIH y adherencia al tratamiento retroviral en personas con VIH en la Ciudad de México. *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(1), 15–27. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.65188>
- Paiz Malespín, G., & Pastorino, M. (2021). Representaciones sociales sobre VIH/SIDA en mujeres indígenas miskitas en Puerto Cabezas, Costa Caribe Norte de Nicaragua. *Ciencia e Interculturalidad*, 28(1), 56–75. <https://doi.org/10.5377/rci.v28i01.11459>
- Pedrosa, L. A. (2004). Saberse infectadas: repercusiones de la detección de VIH en mujeres diagnosticadas durante el embarazo. *Desacatos*, (15–16), 148–170. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2004000200009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2004000200009)
- Quiroz, L. (2020). “Madre solo hay una”: la invención de los modelos de la buena/mala madre en el Perú de los siglos XIX y XX. *Investigaciones Feministas*, 11(1), 57–66. <https://doi.org/10.5209/infe.63989>
- Rodríguez Otero, L. M., & Lara Rodríguez, M. G. (2021). El VIH como vía de materialización de la violencia de género e intragénero. *Enfermería Global*, 20(2), 176–215. <https://doi.org/10.6018/eglobal.435891>
- Salinas Garza, J., Rodríguez Lozano, L., & García Monroy, M. (2023).

- Perspectiva de género. *Revista Jurídica Mario Alario D'Filippo*, 15(30), 326–339. <https://doi.org/10.32997/10.32997/2256-2796>
- Scofield, D., & Moseholm, E. (2021). HIV-related stigma and health-related quality of life in women living with HIV in developed countries: a systematic review. *AIDS Care*, 34(1), 7–15. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1891193>
- Silima, M., Christofides, N. J., Franchino-Olsen, H., Woollett, N., & Meinck, F. (2024). Qualitative study exploring parenting among mothers and female caregivers living with the IPV, mental health and HIV syndemic in South Africa. *BMJ Open*, 14(10), e086478. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086478>
- UNAIDS. (2024, julio 24). Women living with HIV continue to face violations of their sexual and reproductive rights – including coercion into sterilization. [https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2024/july/20240724\\_confronting-coercion](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2024/july/20240724_confronting-coercion)
- Van Dijk, M. G., Wilson, K. S., Silva, M., Contreras, X., Fukuda, H. D., & García, S. G. (2014). Health care experiences of HIV-infected women with fertility desires in Mexico: a qualitative study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(3), 224–232. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2013.04.006>
- Velloza, J., Khoza, N., Scorgie, F., Chitukuta, M., Mutero, P., Mutiti, K., Mangxilana, N., Nobula, L., Bulterys, M. A., Atujuna, M., Hosek, S., Heffron, R., Bekker, L.-G., Mgodi, N., Chirenje, M., Celum, C., Delany-Moretlwe, S., & HPTN 082 Study Group. (2020). The influence of HIV-related stigma on PrEP disclosure and adherence among adolescent girls and young women in HPTN 082: a qualitative study. *Journal of the International AIDS Society*, 23(3), e25463. <https://doi.org/10.1002/jia2.25463>
- Verma, M., & Kaur, D. (2025). Stigma and discrimination faced by women living with HIV/AIDS (WLHA). *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, 9(5), 884–894. <https://doi.org/10.47772/ijriss.2025.90500073>
- Weber, A. Z., Jensen, D., DiClemente-Bosco, K., Tsawe, N., Knight, L., Myer, L., & Pellowski, J. A. (2024). “I managed to stand on my own. I saved my baby’s life”: qualitative analysis of birth experiences from women living with HIV in Cape Town, South Africa. *Reproductive Health*, 21(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01881-3>
- Yang, L. H., Poku, O. B., Misra, S., Mehta, H. T., Rampa, S., Eisenberg, M. M., Yang, L. S., Dai Cao, T. X., Blank, L. I., Becker, T. D., Link, B. G., Entaile, P., Opondo, P. R., Arscott-Mills, T., Ho-Foster, A. R., & Blank, M. B. (2021). Stigma, structural vulnerability, and “what matters most” among women living with HIV in Botswana, 2017. *American Journal of Public Health*, 111(7), 1309–1317. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306274>