

# DIARIOS DEL TERRUÑO

REFLEXIONES SOBRE MIGRACIÓN Y MOVILIDAD



División de Ciencias Sociales y Humanidades | Posgrado en Ciencias Sociales y Humanidades  
Número 15 | enero- junio 2023 | Segunda época | Publicación semestral | ISSN: 2448-6876



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
METROPOLITANA  
Unidad Cuajimalpa



DIARIOS DEL TERRUÑO. Segunda época, número 15, enero-junio de 2023, es una publicación semestral de la Universidad Autónoma Metropolitana a través de la Unidad Cuajimalpa, Coordinación de Extensión Universitaria. Prolongación Canal de Miramontes 3855, Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14387, México, Ciudad de México y Av. Vasco de Quiroga 4871, 8° piso, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, México, Ciudad de México. Teléfono 55-58-14-65-60. Página electrónica de la revista: [www.revistadiariosdelterrano.com](http://www.revistadiariosdelterrano.com). Dirección electrónica: [contacto@revistadiariosdelterrano.com](mailto:contacto@revistadiariosdelterrano.com). Editor responsable: Mtro. Carlos Alberto González Zepeda. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo de Título No. 04-2016-022216361900-203. ISSN 2448-6876, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Mtro. Carlos Alberto González Zepeda. Fecha de última modificación: 25 de octubre de 2023. Tamaño del archivo 13 MB.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad Autónoma Metropolitana.

Diarios del Terruño aparece referenciada en los siguientes índices nacionales e internacionales:

Catálogo 2.0 del Sistema de Información LATINDEX; base de Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades CLASE; y en la Red Latinoamericana de Revistas Académicas en Ciencias Sociales y Humanidades LatinREV.

## **DIRECTORIO**

---

**Dr. José Antonio De los Reyes Heredia**  
Rector General

**Dra. Norma Rendo López**  
Secretaria General

**Mtro. Octavio Mercado González**  
Rector de la Unidad Cuajimalpa

**Dr. Gerardo Francisco Kloss Fernández del Castillo**  
Secretario de la Unidad

**Dr. Gabriel Pérez Pérez**  
Director de la División de Ciencias Sociales y Humanidades

**Dra. Esther Morales Franco**  
Secretaria Académica de la DCSH

**Dr. Leonardo Díaz Abraham**  
Coordinador del Posgrado en Ciencias Sociales y Humanidades

**Mtro. Luis Eduardo Hernández Huerta**  
Jefe de Publicaciones y Difusión DCSH

## DIARIOS DEL TERRUÑO

---

Mtro. Carlos Alberto González Zepeda  
Director | Editor

Laura Sofía García Cortés  
Asistente editorial

Mtro. Carlos Abraham Villaseñor Ramírez  
Diseño editorial

Arte en portada:

Raúl Alonso G.  
Sin título  
Técnica mixta  
2023.

## **COMITÉ EDITORIAL**

---

**Mtro. Carlos Alberto González Zepeda**  
Universidad Autónoma Metropolitana, Cuajimalpa

**Dr. Jorge E. Culebro Moreno**  
Universidad Autónoma Metropolitana, Cuajimalpa

**Dr. Leonardo Díaz Abraham**  
Universidad Autónoma Metropolitana, Cuajimalpa

**Mtro. Adan Joseph Lagunes Hernández**  
Universidad Autónoma Metropolitana, Cuajimalpa

**Dra. Frida Calderón Bony**  
Universidad Nacional Autónoma de México

**Dr. Rodrigo Rafael Gómez Garza**  
Universidad Nacional Autónoma de México

**Dr. Bruno Felipe de Souza e Miranda**  
Universidad Nacional Autónoma de México

**Dra. Cristina Gómez Johnson**  
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

**Dra. Alejandra Díaz de León**  
El Colegio de México

**Dra. Angélica Alvites Baiadera**  
Universidad Nacional de Villa María, Argentina

**Dra. María Luz Espiro**  
Universidad Nacional de La Plata, Argentina

**Dra. Isolda Perelló**  
Universidad de Valencia, España

## COMITÉ CIENTÍFICO

---

Dra. Janeth Hernández  
Universidad Autónoma Metropolitana, Cuajimalpa

Dra. Itzel Eguiluz  
Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. Mónica Patricia Toledo González  
Universidad Autónoma de Tlaxcala

Dra. Chantal Lucero Vargas  
Universidad Autónoma de Baja California

Dr. Joel Pedraza Mandujano  
Universidad Intercultural del Estado de México

Dr. Yerko Castro Neira  
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Dra. Andrea Bautista León  
Universidad La Salle, México

Dr. Oscar Misael Hernández  
El Colegio de la Frontera Norte

Dr. Abbdel Camargo  
El Colegio de la Frontera Sur

Dr. Sergio Prieto Díaz  
El Colegio de la Frontera Sur

Dr. Abel Astorga Morales  
El Colegio de Michoacán

Dr. Guillermo Antonio Navarro Alvarado  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Dra. Lourdes Basualdo  
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Andrés Pereira  
Universidad Nacional de entre Ríos, Argentina

Dra. Fernanda Stang  
Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, Chile

Dr. Handerson Joseph  
Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Brasil

Dr. Thales Speroni Pereira da Cruz  
Universidade de Brasilia, Brasil

Dra. Ángela Yesenia Olaya  
Harvard University, Estados Unidos

Dra. Ester Serra Mingot  
Bielfeld University, Alemania

Dra. Elif Tugba Dogan  
Ankara University, Turquía

# MUJERES HONDUREÑAS VIVIENDO CON VIH EN MÉXICO: MOVILIDAD, ADHERENCIA Y EL CONTINUUM DE VIOLENCIAS

*Mónica Carrasco Gómez\**

## Resumen

En el artículo se presenta una investigación que tuvo como objetivo analizar los casos de dos mujeres hondureñas migrantes que viven con VIH y se encuentran en situación irregular durante su tránsito por México, a partir de sus relatos, en los que hablan sobre el diagnóstico, la búsqueda de atención y el acceso a medicamentos en sus lugares de origen y en México. Se utilizó una metodología cualitativa e inductiva, a través de un enfoque etnográfico que privilegió el acompañamiento a las mujeres a diversos sitios de atención y la realización de entrevistas semiestructuradas. El análisis incluyó las nociones de violencia estructural y de género, continuum de violencias e interseccionalidad. Se brindan recomendaciones a partir de los hallazgos en los contextos de partida y de tránsito, para brindar atención con un enfoque de género y derechos humanos.

**Palabras clave:** continuum de violencias, violencia de género, mujeres migrantes, experiencia de padecer VIH, acceso a antirretrovirales.

## HONDURAN WOMEN LIVING WITH HIV IN MEXICO: MOBILITY, ADHERENCE AND THE CONTINUUM OF VIOLENCE

### Abstract

This article presents an investigation that aimed to analyze the case of two Honduran migrant women living with HIV and in an irregular situation during their transit through Mexico, based on their stories, which include their diagnosis, search for care and access to medications in their places of origin and in Mexico. By means of a qualitative and inductive methodology, through an ethnographic approach that favored accompanying the women to various care sites and conducting semi-structured interviews. The analysis included the notions of structural and gender violence, continuum of violence and intersectionality. Recommendations are provided based on the findings in the contexts of departure and transit, in order to provide care with a gender and human rights approach.

**Keywords:** continuum of violence, gender violence, migrant women, experience of HIV, access to antiretrovirals.

---

\* Mexicana. Doctora en Ciencias de la Salud Pública en el área de Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, México. Actualmente es Catedrática CONAHCYT adscrita al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-Sureste), México. Líneas de investigación: antropología jurídica y derechos humanos, antropología médica, respuesta social organizada a los problemas de salud, violencia de género. Contacto: monica.carrasco@ciesas.edu.mx.

*Fecha de recepción: 15 de enero de 2023. Fecha de aceptación: 24 de abril de 2023.*

## INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente artículo es analizar la experiencia de vivir con VIH de dos mujeres migrantes hondureñas en situación irregular en su tránsito por México a partir de las nociones de violencia estructural y continuum de violencias. Sus vivencias permiten identificar las situaciones por las cuales salieron de su país, entre las que se incluyen su diagnóstico de VIH,<sup>1</sup> la atención recibida y el acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) en su país de origen y en su paso por México. De igual manera, se da cuenta de la violencia que experimentaron en sus trayectorias de vida desde antes de saber que padecían la enfermedad, al realizarse la prueba y tras conocer los resultados.

El fenómeno migratorio en México se ha transformado no solamente en composición (más mujeres e infantes), número, lugar de origen y nacionalidad de quienes migran y solicitan asilo en el país, sino en el aumento progresivo de personas que solicitan ser reconocidas como refugiadas, incluso en la forma en que entran y recorren México desde sus países de origen a través de “caravanas migrantes” (Vázquez-Quesada et al., 2021).

En las últimas décadas, el fenómeno migratorio irregular de personas originarias de Centroamérica y el Caribe que transitan por territorio mexicano se ha feminizado (Vázquez-Quesada et al., 2021). Al respecto, se ha documentado un incremento en la proporción de mujeres, adolescentes y niñas que ingresan y transitan de manera irregular, que creció de 10, 14 y 20 mujeres por cada 100 hombres procedentes de Guatemala, Honduras y El Salvador respectivamente, a 26, 25 y 33 por cada 100 hombres en 2015 (González et al., 2017). La estimación es que aproximadamente cada año 45 000 mujeres migrantes centroamericanas transitan por el territorio mexicano (Nájera Aguirre, 2016), aunque se ha discutido que este fenómeno aún se encuentra invisibilizado (Peraza Noriega y Lizárraga Salas, 2021).

Asakura y Torres-Falcón consideran la migración de estas mujeres como “una experiencia entre dos fuegos” (2019, p. 17-22). Identifican que un primer fuego son las razones que las impelen a salir de sus casas, siendo la expulsión de sus lugares de origen para buscar mejores condiciones de vida el detonador de partida, mientras la base de su decisión se encuentra en la desigualdad, la exclusión social y la violencia. En este sentido, para las autoras, la violencia de género perpetrada por el compañero íntimo, la violencia sexual y las amenazas de muerte son algunas de las razones que las obligan a dejar sus lares con la finalidad de salvar la vida. Asimismo, enfatizan que la impronta de género en las diversas violencias que experimentan, tanto en el interior de sus hogares como a nivel comunitario, es lo que las conmina a huir. El segundo fuego es el tránsito, pues aun sabiendo que la travesía para llegar al lugar deseado donde encontrarán mayores oportunidades está llena de riesgos, los enfrentan porque no tienen otras opciones y con la esperanza de extinguir el primer fuego, el de la exclusión social y las violencias (Asakura y Torres-Falcón, 2019).

Estudios sobre mujeres migrantes han visibilizado la vulnerabilidad en su trayecto migratorio, tanto en términos biológicos como sociales y culturales, debido a los aspectos estructurales vinculados a las asimetrías de poder en las relaciones de género (Herrera y Campero, 2002a), de tal modo que pueden ser víctimas de violencia sexual, lo que conlleva

<sup>1</sup> Desde 1985 a junio de 2018 en Honduras se han registrado 36 252 casos de VIH; de estos, 46% en personas del sexo femenino (Sauceda et al., 2019). En México, de las 340 000 personas que viven con VIH en 2019, 61 055 son mujeres, lo que representa 18.6% (Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología, 2021).

varía para ellas el riesgo de adquirir infecciones y enfermedades de transmisión sexual (Herrera y Campero, 2002a; Amnistía Internacional, 2010; CNDH, 2011; Willers, 2016a). Incluso aunque no existen cifras oficiales, tanto desde la academia como desde las organizaciones de la sociedad civil se estima que 60% de las mujeres sufren violencia de este tipo mientras transitan por México (Bronfman et al., 2004; Amnistía Internacional, 2010). En otros estudios se han visibilizado las estrategias de supervivencia de las mujeres en su tránsito por el país (Willers, 2016a, 2019) o la experiencia de la violencia como un continuum (Barja Coria, 2019).

Por otro lado, la vulnerabilidad está presente en la falta de acceso a los servicios de salud de las personas migrantes, pues existe evidencia de que tienen menos probabilidades de recibir atención sanitaria en comparación con la población local (Lucas et al., 2003). Un ejemplo es el caso específico de mujeres migrantes venezolanas en su búsqueda de atención a la salud sexual y reproductiva en Quito, donde fueron los propios prestadores de atención quienes reconocieron cierto nivel de discriminación hacia ellas, aunque dicho fenómeno, según mencionaron, puede estar subrepresentado (Guijarro et al., 2023).

En este contexto, comenzaron a estudiarse los fenómenos de migración asociados con el VIH/SIDA a partir de la década de 1990 para entender mejor el tema como los aspectos epidemiológicos del virus (Fairchild y Tynan, 1994) o la vinculación entre movilidad y transmisión del VIH (Kishamawe et al., 2006; Deane et al., 2010; Leyva-Flores et al., 2014).

Al respecto, Goldenberg et al., (2012) identificaron que en México la movilidad se asocia no sólo con un aumento de las conductas de riesgo de contraer VIH, sino también de las medidas preventivas. Asimismo, estos autores visibilizaron que en los grupos móviles de América Central y México el aislamiento social, las consecuencias económicas del desplazamiento, las desigualdades de género, el estigma y la discriminación determinan el riesgo de contraer VIH, incluso más recientemente se han identificado los impulsores sociales, culturales y políticos que se encuentran detrás de las prácticas sexuales de riesgo entre personas migrantes y desplazadas que ejercen trabajo sexual, bajo influencia de drogas (Muñoz Martínez et al., 2020).

Indudablemente, estos hallazgos han permeado la percepción de la población que habita en la frontera entre México y Guatemala, pues se han documentado el estigma y el rechazo hacia los migrantes indocumentados por considerarlos portadores de VIH (Infante et al., 2004, 2009).

En este sentido, según Cassels (2020), la movilidad de la población asociada con la propagación del VIH ha sido identificada como un elemento de análisis no sólo para predecir la eficacia o no de las intervenciones contra el VIH, sino también para analizar a las poblaciones más vulnerables como las minorías étnicas y sexuales o las poblaciones pauperizadas. Esto porque justamente dichas poblaciones presentan mayor movilidad y se enfrentan a diversos problemas legales, y por tanto a situaciones de estigmatización y discriminación en el acceso a servicios como los relacionados con el VIH y la vivienda (Cassels, 2020). Los hallazgos sobre la mala calidad de la atención de los prestadores de servicios de salud a las personas que viven con VIH también se han documentado en México (Infante et al., 2006), a la vez que se ha evidenciado la necesidad de fortalecer acciones contra el estigma y la discriminación en los servicios de salud (Orozco-Núñez et al., 2015).

Por tal motivo, urgen nuevas intervenciones, políticas y mejoras de los sistemas sanitarios con perspectiva de género en las que se implique plenamente en la atención y prevención de la transmisión del VIH a las personas que viven con VIH y se encuentran en movilidad (Camlin y Charlebois, 2019; Nakamanya et al., 2022). Más específicamente, en cuanto a la movilidad de mujeres que viven con VIH, dichas intervenciones deben tomar en cuenta los motivos de la movilidad, las barreras para la atención, los aspectos biológicos, el ciclo de vida y las identidades sociales diferenciadas en las mujeres, aspectos que las ponen a ellas y a sus descendientes en riesgo de no recibir atención a su salud.

Al respecto, en diferentes contextos africanos se encontró que la movilidad es frecuente tras la disolución del matrimonio (Anglewicz, 2012) y que existen una serie de desafíos para brindar la atención del VIH a mujeres migrantes en situación de embarazo o posparto (Phillips et al., 2018). En el caso específico de su paso por México, las mujeres se enfrentan a contextos de vulnerabilidad al VIH/SIDA (Caballero et al., 2007), pues una de las principales barreras para la atención es el estigma, el cual se manifiesta de manera desigual entre hombres y mujeres (Wyrod, 2013). En otros contextos, destaca Estados Unidos, donde existe discriminación racial contra mujeres negras que viven con VIH (Dale et al., 2019).

Por otro lado, en cuanto a las barreras dominantes para la atención sanitaria al VIH en poblaciones móviles, en el caso de comunidades de República Dominicana y Nueva York se identificaron dos: en primer término, el miedo al estigma relacionado con el VIH en el lugar de destino provocó retrasos en la búsqueda de atención y una escasa adherencia y, en segundo término, en el caso de los viajes largos hubo interrupciones del tratamiento debido al suministro limitado de medicación (Taylor et al., 2014).

En virtud de las situaciones descritas previamente, la respuesta del sistema sanitario para las mujeres en movilidad está vinculada con resultados negativos en la atención continuada del VIH (Camlin y Charlebois, 2019; Bahemuka et al., 2022).

Por tal motivo, se han explorado intervenciones más adecuadas para ellas, como el grupo de apoyo, considerado como uno de los mejores recursos para reducir el estigma y la discriminación (Paudel y Baral, 2015), o intervenciones que se basen en un marco ecológico que aborde los factores individuales, relacionales y socioestructurales que afectan los comportamientos sexuales de riesgo (Teti et al., 2010). Todo lo anteriormente expuesto permite señalar los desafíos para atender las necesidades de la población femenina en situación de movilidad cuando viven con una enfermedad crónica como el VIH.

En cuanto al tema que nos ocupa, la experiencia de las mujeres hondureñas que viven con VIH y se encuentran en movilidad en su tránsito por México, ha sido poco estudiado, por lo que conocer sus motivaciones para salir de Honduras rumbo a Estados Unidos, así como sus experiencias en su paso por México para continuar con su TAR es el propósito de este artículo.

## MARCO ANALÍTICO

El marco analítico se eligió con base en la recurrencia de la violencia de género contra las migrantes en tránsito, por lo que consideramos que las nociones de violencia estructural, continuum de violencias e interseccionalidad brindan un andamiaje conceptual para entender el fenómeno de las violencias de género, pues estas crean una grave situación de exclu-

sión social. La noción de continuum de violencias (Kelly, 1988; Scheper-Hughes y Bourgois, 2004) hace referencia a que las violencias no sólo son un acto, sino también constituyen un proceso o un continuo, es decir, ningún acto de violencia se encuentra aislado de otros de diversos tipos e intensidades. De esta manera, según da cuenta la literatura reiteradamente, las mujeres migrantes no sufren un sólo tipo de violencia en un tiempo acotado, sino que ésta se manifiesta en distintas modalidades de manera continuada, provocada por un hombre, un conjunto de hombres o como producto de las desigualdades sociales (Asakura y Torres-Falcón, 2013; De Alencar-Rodrigues et al., 2013; Cortés, 2018).

Entonces, la noción de violencia estructural (Galtung, 1996; Farmer, 2006, 2010) es pertinente para reflexionar sobre la violencia que entraña el orden social, político y económico contemporáneo al distribuir desigualmente los recursos y las oportunidades entre hombres y mujeres, y entre las mujeres según la clase social, los procesos de racialización, la nacionalidad, la condición de migrante, la generación, etcétera, factores que las conducen al empobrecimiento y a la vulneración de su salud. Explorar las experiencias de las mujeres migrantes que viven con VIH y buscan mejores condiciones de vida nos permitirá desnaturalizar y hacer visible la desigualdad impuesta por este orden social, históricamente construido, instituido e instituyente, que normaliza los daños, el sufrimiento, la expulsión de sus hogares y la precarización de sus vidas.

Asimismo, se analizará la posición de las mujeres migrantes en relación con las categorías de desigualdad como son: el género, la clase social, la etnicidad y las múltiples dimensiones de opresión experimentadas (Crenshaw, 1991), lo cual dará cuenta de la interrelación entre diversas identidades sociales y los sistemas de opresión, dominación o discriminación, los cuales, en el caso de las migrantes indocumentadas, empobrecidas, solicitantes de refugio y viviendo con VIH, eternizan la vulneración.

## ESTRATEGIA METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN

Este artículo forma parte del proyecto “Región transfronteriza México-Guatemala: dimensión regional y bases para su desarrollo integral”. El trabajo de campo se realizó entre 2018 y 2019 en Tapachula con migrantes centroamericanas que vivían con VIH; en esta ciudad logré contactar y acompañar a varias personas que enfrentaban diversos obstáculos institucionales para acceder al tratamiento antirretroviral, pero en este artículo presento concretamente los resultados del acompañamiento a dos mujeres hondureñas.

Con una metodología cualitativa e inductiva, mediante un acercamiento etnográfico colaborativo con miembros de las ONG para acompañar a personas que buscaban acceder al sistema de salud pública en México a fin de recibir su tratamiento antirretroviral de VIH, realicé el trabajo de campo a través de técnicas de observación participante y entrevistas semiestructuradas con un enfoque relacional, lo que me permitió entender los procesos de sujeto/estructura no como aspectos opuestos, sino vinculados a través de los puntos de vista de las personas a partir de sus experiencias. En este sentido, Veena Das plantea que “en el relato sobre la experiencia subjetiva se hace posible encontrar alguna convergencia entre los aspectos político, cultural y subjetivo, entre emociones y las cogniciones que impregnan y le dan sentido a la experiencia (Das, 2008, p. 218)”.

En el marco del proyecto acudí para ofrecer apoyo a la asociación civil Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA (UMALCS), donde me permitieron colaborar por un periodo de tres meses (diciembre de 2018 a febrero de 2019). Logré coordinarme con un enfermero-activista, quien constantemente me invitaba para acompañar a personas que vivían con VIH y que pertenecían a la población lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti e intersexual (LGTBTITI). Esta era la población a la que estaban destinados sus esfuerzos y por la cual la ONG recibía financiamiento —aunque el enfermero acompañaba a quien lo requería—. Bajo su dirección, me dirigí a algunas personas que solicitaban orientación; les indicaba quién era yo y cuál era mi función, y les preguntaba si deseaban que las acompañara. Tras dar su consentimiento, iba con ellas a las instancias a las que necesitaban acudir para acceder a los servicios de salud, y en el acompañamiento pude escuchar sus relatos y experiencias, en los que me refirieron diversas formas de violencia previas y posteriores al contagio de VIH.

Después solicité su consentimiento informado por escrito para realizarles entrevistas, en las que pude conocer sus apreciaciones sobre cómo pensaban que se habían contagiado, de qué manera se enteraron de que eran seropositivas al VIH, la estigmatización familiar, comunitaria e institucional (laboral y de atención médica) ante el diagnóstico positivo, la decisión de migrar de Honduras, y la búsqueda del tratamiento y de mejores condiciones de vida en territorio mexicano. De esta manera pude identificar el vínculo existente entre los eventos de vida de cada mujer y el contexto sociocultural en el que éstos se encuentran insertos tanto del lugar de salida (Honduras) como del de tránsito (Tapachula, Chiapas, México).

Cabe mencionar que el apoyo que las personas recibían de la ONG consistía en conseguir cita inmediatamente en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), recibir acompañamiento en el recorrido por las diferentes instancias para solicitar su Seguro Popular (SP), conseguir una cita para realizar exámenes médicos en el Hospital General (HG) y obtener su TAR en CAPASITS.

De las personas que aceptaron participar, me pareció importante mostrar los casos de dos mujeres hondureñas que narraron sus experiencias, que dan cuenta de sus vivencias en su lugar de origen y en su tránsito por México, así como de su búsqueda en los servicios de salud de este país.

Realicé las entrevistas basándome en un guion abierto que me permitiera explorar sus experiencias de vida antes de saber el diagnóstico de VIH, cómo consideraban que se habían contagiado, de qué manera se enteraron de su seropositividad al VIH, cómo reaccionó su familia a este diagnóstico, cómo fue la atención de salud que recibieron en su país de origen, qué motivos las orillaron a salir de su país, y cómo fue la atención que recibieron en México, esto último a través de observación participante, pues las acompañé en el proceso de búsqueda de atención a partir de que se acercaron a solicitar ayuda en la asociación civil UMALCS.

Grabé las entrevistas previo consentimiento informado, y en acuerdo con las participantes utilizamos un pseudónimo durante las mismas. Las entrevistas fueron transcritas por miembros del equipo de trabajo para preservar la confidencialidad. Posteriormente, para proceder al análisis y entender los relatos realicé un examen pormenorizado a fin de

identificar los principales componentes, de tal manera que no sólo se pudiera situar a las migrantes geográfica y temporalmente, sino también conocer su forma de dar significado a su experiencia. Llegado este punto, me interesaba construir narrativas que pudieran dar cuenta del universo interno de sus pensamientos y sentimientos, pero también del mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones (Iser, 1978). Estas narrativas las realicé utilizando fragmentos de sus narraciones, pero dándoles una secuencia temporal organizada que permitiera entender su experiencia.

## RESULTADOS

En primer lugar, es importante contextualizar los hallazgos explicando brevemente el funcionamiento del sistema de salud en México y de los programas que en ese momento funcionaban para la atención a la salud de las personas en situación de movilidad. En un segundo momento brindo resultados respecto al funcionamiento del sistema durante la observación en campo, lo que permitirá entender mejor la experiencia de las mujeres. De igual manera, presento algunos datos de indagación documental sobre la atención al VIH en Honduras. Posteriormente, brindo datos sociodemográficos de ambos países, continúo presentando las narrativas de las dos mujeres cuyos casos expongo y finalmente analizo la violencia en sus vidas.

En cuanto al sistema de salud mexicano, este se encuentra fragmentado y segmentado, conformado por un sector público y otro privado (con fines y sin fines de lucro). Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social (con financiamiento tripartito) y las que atienden a la población que no cuenta con seguridad social, estas últimas financiadas por el Estado. La población que no dispone de seguridad social puede acceder a otros servicios, como los Servicios Estatales de Salud (SESA), que funcionan a través de tres niveles de atención. En lo concerniente al período de pesquisa, es importante mencionar que a partir de 2003 se creó, para financiar a la población sin seguridad social, el Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular, cuyo funcionamiento consistía en que la gente se afiliara a través del pago de una cuota para tener acceso a la atención por ciertos padecimientos, entre ellos el VIH. No obstante, en 2014 se abrió el Seguro Popular a la población migrante indocumentada a través del Seguro Popular para Migrantes cuya cobertura era de tres meses (Secretaría de Salud, 2014).

También hay que considerar que, durante el tiempo en que realicé trabajo de campo,<sup>2</sup> a nivel estatal la atención pública de salud para la población sin seguridad social estaba coordinada por el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), que contaba con unidades en los tres niveles de atención. Específicamente en Tapachula existían: unidades de primer nivel de atención, Unidades de Especialidades Médicas (UNEME), el Hospital General de Tapachula (HGT de segundo nivel de atención) y el Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud” (de tercer nivel de atención). Concretamente, para la atención del VIH de la población sin seguridad social e indocumentada existía una UNEME llamada Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASIT).

<sup>2</sup> Es necesario aclarar la temporalidad del estudio, pues en noviembre de 2019, como se mencionó anteriormente, desapareció el Seguro Popular.

Durante los acompañamientos a las diversas instituciones pude identificar la ruta que siguieron las mujeres hondureñas migrantes que requerían TAR. Tras una primera visita en el CAPASIT, debían afiliarse al Seguro Popular para de esta manera poder realizarse los estudios médicos que brindaban en el HGT de manera gratuita, y con estos estudios les proporcionaban el TAR adecuado a su estado de salud nuevamente en el CAPASIT.

Además de realizar trabajo de campo también se hizo revisión documental en México para conocer cómo operaba el sistema de salud público para la atención a migrantes que viven con VIH en Tapachula, y para el caso de Honduras se revisó literatura sobre su sistema de salud. Al respecto, fue posible identificar características similares, como que ambos son sistemas fragmentados y segmentados públicos y privados, pero cuentan con ciertas particularidades en relación con la atención y la garantía de acceso universal al TAR.

En primer lugar, en México hasta finales de 2018 e inicios de 2019, período en el que realicé las entrevistas, pude observar que el Seguro Popular para Migrantes generó una saturación del sistema y desabasto en los hospitales, como ocurrió en el caso del HGT. Sin embargo, esta situación no se presentó, por ejemplo, en el caso de los medicamentos ARV, que cabe mencionar eran manejados por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). En este sentido, las personas que podrían acceder a los tres meses de atención bajo el esquema del Seguro Popular con una enfermedad crónica como el VIH, no podrían tener el medicamento garantizado para el resto de su vida, lo que implica una falsa garantía de acceso al medicamento. En un caso no expuesto aquí, otra persona entrevistada<sup>3</sup> reveló que, al concluir los tres meses, en las oficinas del Seguro Popular no querían reafiliarla porque, aun contando con la residencia, le solicitaban la carta de naturalización. Posteriormente, revisé la normativa y comprobé que no era válido solicitar ese requisito, pero la institución así operaba y de esa manera impedía el incremento de solicitudes que la figura de refugiado brindaba.

La experiencia entre el personal del CAPASITS fue particular, pues en su equipo de salud y administrativo observé diferentes formas de interceder ante la violencia de las instituciones oficiales de salud; su capacidad de acción fue evidente con quienes tenían que efectuar una serie de acciones complejas para recibir el tratamiento porque ya no tenían derecho al medicamento debido a que no podían afiliarse al Seguro Popular. El CAPASIT en ese momento estaba a cargo de profesionales que se mostraron sensibles a las necesidades de las personas en situación de migración irregular, lo cual afirmó uno de los miembros de esa asociación, quien también mencionó que algunos operadores del CAPASIT habían sido objeto de señalamientos por parte de la misma asociación, pues interponían barreras para atender a las personas migrantes.

En cuanto a las instancias dedicadas a la atención del VIH en México, se encuentra el CENSIDA y su precursor, el Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), que se fundó en 1988. Sin embargo, no fue sino hasta 2002 cuando, gracias a la movilización social de pacientes, se logró el acceso gratuito y universal para las personas que viven con VIH.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Fue una persona del sexo masculino, que nos compartió su situación mientras hacíamos la fila para la afiliación al Seguro Popular.

<sup>4</sup> Al respecto véase: [https://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=117-iii-plan-estrategico-nacional-de-respuesta-al-vih-sida-en-honduras-pen-](https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&alias=117-iii-plan-estrategico-nacional-de-respuesta-al-vih-sida-en-honduras-pen-)

Honduras también tiene un sistema de salud fragmentado, público y privado, pero, a diferencia del sistema mexicano, la Secretaría de Salud de Honduras, además de con los impuestos del Estado, se financia con cuotas y donaciones provenientes de la asistencia internacional para el desarrollo, y en la parte privada cuenta con organizaciones con y sin fines de lucro, como Fundación Teletón y la Iglesia.

Respecto a la atención al VIH, desde 1999 se creó una ley especial sobre VIH/SIDA y un plan estratégico de respuesta al VIH que tenía integrada una perspectiva de equidad de género.<sup>5</sup> Posteriormente se estableció la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA) a finales de 2016, y se reglamentó la provisión de terapia antirretroviral en 2002, aunque aún en 2007 se reportaba que no existía una política que garantizara el acceso universal.<sup>6</sup> Cabe mencionar que la Iglesia episcopal recibe fondos y donaciones para la detección y el tratamiento del VIH, que desde 2003 ha hecho alianzas con la Secretaría de Salud del país.

Respecto a los datos sociodemográficos de los dos casos que presento a continuación, es preciso mencionar que María y Montse son mujeres de origen hondureño de 39 y 42 años respectivamente, ambas con escolaridad básica (primaria). María es separada, madre de tres hijas, y Montse no tiene hijos. La primera migró durante la segunda caravana de octubre de 2018 y la segunda lo hizo con su pareja vía transporte terrestre en diciembre de 2018, para llegar con un familiar a México. Acompañarlas en su tránsito por el sistema de salud me permitió conocer parte de su historia, que resumo a continuación.

#### MARÍA

Tengo 39 años y soy hondureña. Salí de mi país porque mi vida era un desastre. Me incorporé a la caravana migrante a finales de 2018 porque no tengo casa ni trabajo, y por más que lavaba sólo me alcanzaba para comer, y yo quiero y sueño con hacer una casa para mi hija. Además, siento que mi familia y la sociedad me juzgan por tener VIH.

He vivido con parejas que me han maltratado. Me enteré de que tenía VIH hace nueve años cuando mi pareja, después de regresar de Estados Unidos y acudir a la iglesia, me pidió matrimonio. Al hacer los exámenes prenupciales nos dimos cuenta de que los dos estábamos infectados, sin embargo, el servicio de salud le brindó tratamiento sólo a él, y a mí me dijeron que yo no lo necesitaba, que él tenía más avanzado el virus. Fue ahí donde pensé que él fue quien me infectó. Lo apoyé, pero yo iba por su tratamiento y él no se lo tomaba; su mundo era tomar, no le significaba nada la vida.

Después de tres años de sufrir golpes, maltratos y hambre decidí dejarlo porque mi vida corría peligro. Pedí apoyo a mi hija mayor y ella me ayudó con la condición de que no volviera con él. Al dejarlo le dije: me voy, yo tengo que cambiar mi vida y la

sida-iii-2008-2012&category\_slug=enfermedades-transmisibles&Itemid=211.[Consultado el 24 de enero de 2020].

<sup>5</sup> Al respecto véase: [https://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=117-iii-plan-estrategico-nacional-de-respuesta-al-vih-sida-en-honduras-pen-sida-iii-2008-2012&category\\_slug=enfermedades-transmisibles&Itemid=211](https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&alias=117-iii-plan-estrategico-nacional-de-respuesta-al-vih-sida-en-honduras-pen-sida-iii-2008-2012&category_slug=enfermedades-transmisibles&Itemid=211). [Consultado el 24 de enero de 2020].

<sup>6</sup> Al respecto véase: [https://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=117-iii-plan-estrategico-nacional-de-respuesta-al-vih-sida-en-honduras-pen-sida-iii-2008-2012&category\\_slug=enfermedades-transmisibles&Itemid=211](https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&alias=117-iii-plan-estrategico-nacional-de-respuesta-al-vih-sida-en-honduras-pen-sida-iii-2008-2012&category_slug=enfermedades-transmisibles&Itemid=211). [Consultado el 24 de enero de 2020].

de mis hijos [...] Él me dijo que, si yo me marchaba, lo iban a hallar muerto [...] Me fui, y un día después de haberme ido él se quitó la vida por una sobredosis de droga. Mi suegra, en el velorio, al cual no me dejó asistir, gritó a toda la gente que había sido yo la que lo había contagiado de VIH. Cuando me enteré, yo sentí que el mundo me había caído encima. Desde ese momento yo tuve que vivir así, luchando con gente que me miraba. Varias personas me gritaban mi enfermedad, entonces, mi única opción era vivir en un lugar donde nadie me conociera para sentirme un poco libre.

Inicié el tratamiento cuando me embaracé del papá de mi hija menor, incluso mi parto estaba programado para cesárea, pero al presenciar que mi pareja golpeaba a su otra hija, me levanté y sentí que la panza me caía, se me reventó la fuente. Entonces, con siete meses de embarazo acudí al hospital, donde me dijeron que no me podían hacer cesárea porque no tenían incubadora, por lo que me mandaron a Tegucigalpa, como a una hora de ahí. Pero fue más el tiempo que estuve esperando la ambulancia que el que tardó en nacer, y gracias a Dios la niña no salió positiva al VIH.

Dejé el tratamiento porque en el servicio de salud la doctora me trataba mal, me decía que ella sabía más porque era la médica y yo la paciente, que el VIH me iba a matar.

La caravana de migrantes me brindó emoción para salir adelante, sentí que mi vida cambió desde el momento en que tomé la decisión de irme. Tuve la esperanza de dejar de ser señalada, pues no se puede vivir así. Por eso, cuando dejé Honduras guardé mis pastillas antirretrovirales en una bolsa para que nadie pudiera leer el nombre del medicamento y saber el diagnóstico, pero se me mojaron cuando crucé el río. Durante mi paso por las instituciones de migración me preguntaron: ¿qué es esto?, refiriéndose al medicamento húmedo embolsado, y yo respondí: es mi tratamiento del VIH. Lo hice porque quería que me brindaran ayuda, pero no fue así. En ACNUR [Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados] me anoté para acceder a “salud”. Nos llamaron, éramos tres, y pensé: no voy a poder tocar mi tema [...] porque una lo que busca es privacidad. Sólo pude hablar el día que fui a hacer una entrevista en el ACNUR. Yo quería llorar y me dice la licenciada: ¿hay algo más que usted quiera decirme? Y le dije: sí, soy una persona con VIH, he luchado porque quiero tener mi tratamiento, hace tres meses que no lo tengo. Entonces ella me dijo: yo le voy a ayudar con una organización civil, va a tomar su tratamiento. Y sentí en ese momento que mi vida cambió. La ONG sacó mi cita en el CAPASITS, también me pidieron que tramitara mi Seguro Popular para que los exámenes de laboratorio fueran gratuitos.

Para finalizar esta primera narrativa es importante mencionar que a María la acompañé al Seguro Popular y al hospital HGT, donde la atendieron y le indicaron que el único examen que ella tenía que costear era la detección de tuberculosis. Al acudir al Seguro Popular y hablar con la encargada del programa de VIH, tras comentarle la necesidad de realizar esta prueba, dijo que fuéramos al laboratorio estatal de Salud Pública, donde se hacía gratis. Acudimos y así fue. Ella finalmente tuvo sus medicamentos y mencionó que se sentía “bien atendida”, haciendo referencia claramente al acompañamiento que tuvo, pues sin él no hubiera podido realizar la prueba de detección de tuberculosis de manera gratuita.

## MONTSE

Soy una mujer hondureña de 42 años. Decidí salir del país a finales de diciembre de 2018 por la coerción y extorsión de bandas criminales que cobraban desde 2016 a todas las personas de la colonia una cuota llamada “impuesto de guerra”. Este pago, que mi pareja y yo dimos durante dos años, fue impagable cuando lo subieron, eran alrededor de 200 lempiras semanales cada uno. Vine a México porque, si no pagábamos, nos iban a matar.

Yo tenía una hermana que llevaba tiempo viviendo en México, así que llegamos mi pareja y yo a vivir con ella. Ella trabajaba en un bar. Un día me comentó que en su trabajo había varias personas con VIH, pero que no los atendían en Tapachula, sino hasta Tuxtla, lo que representaba un viaje de diez horas con probabilidad de que en el viaje los deportaran.

Al enterarme de eso me sentí mal, tuve dolor de cabeza y vasca. Pensé: si se termina mi medicamento, se termina mi vida. Mi compañero fue a Derechos Humanos y le dijeron que yo tenía que ir. Acudí para que me orientaran en dónde podía obtener mi medicamento, escuché que no había discriminación y así me animé a mencionar que tenía VIH. Pregunté dónde me podían atender, me dieron un papel y fui al CAPA-SITS. En Derechos Humanos me dijeron que, si no me atendían, regresara con ellos y me mandarían a otra institución.

¿Cómo me enteré de mi enfermedad?, fue antes de llegar a México. Me diagnosticaron tuberculosis, tomé el tratamiento y me recuperé, pero en 2007 tuve un embarazo ectópico y, aunque me hicieron las pruebas de VIH, nunca supe los resultados. Me enteré de ser VIH positiva porque una organización que hace pruebas las realizó en el lugar donde trabajaba, *Pizza Hot*. Nos las hicieron a todos, pero me llamaron después para decirme que había salido positiva y que requerían hacer otra prueba para verificar. Acudí con la doctora y todos en mi trabajo se dieron cuenta de que mi prueba era positiva porque en una charla previa, donde no estuve, dijeron que a quien llamaran para ir con la doctora era porque tenía VIH. Al salir del consultorio todos me miraron fijamente y empezaron a comentar. La doctora me dijo que, si salía positivo, Dios me iba a dar una oportunidad de vida ya que me indicarían dónde acudir para mi tratamiento. Salió positivo y yo quería salir corriendo y arrojarme a un carro [...] dije: aquí se terminó mi vida, aquí me voy a morir.

Me mandaron al Ministerio Episcopal, que es una clínica que atiende a personas con VIH, con una aportación de 150 lempiras cada vez que uno va a consulta. Primero, después de hacerme exámenes de carga viral me dieron el tratamiento, pero intenté suicidarme, no lo hablé con mi pareja y busqué mil maneras de no tener contacto sexual con él. Recibí terapia psicológica en el Ministerio Episcopal y agradezco a Dios que me haya dado otra oportunidad de vida, que me permita valorarme, cuidarme y no querer morir.

Cuando le comenté a mi pareja, no dijo nada, pero cuando tomaba, me insultaba y me golpeaba. Trabajé duro para no pensar en mi enfermedad. Me separé de mi pareja un tiempo, pero después regresamos.

En México busqué atención en la Comisión Estatal de Derechos Humanos y me canalizaron al CAPASITS. Me preguntaron si tenía mi Seguro Popular y si había metido mis papeles a la COMAR [Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados]. Después me pidieron que sacara mi Seguro Popular y me dieron cita para el 21 de enero.

El día de la cita no fui porque acudí a Ciudad Hidalgo ya que corría el rumor de que era más rápida la realización del trámite de la visa humanitaria, aunque dudaba entre ir por mi visa sabiendo que me podrían deportar en cualquier momento, o acudir a mi cita para conseguir el tratamiento.

Tramité rápido mi visa humanitaria porque me ayudó haber acudido a diversas instancias y comunicarlo en migración. Así que fui al CAPASITS al día siguiente, pero la licenciada me regañó por dejar pasar mi cita. Aunque le expliqué mis razones, me dijo que esperara a ver si la doctora me quería atender. Las personas que estaban en la sala me dijeron: espérese, la doctora tiene un gran corazón y le va a atender. Y así fue, sólo que para continuar con la atención tenía que sacar el Seguro Popular. Me recomendaron ir con una activista, ella me acompañó y obtuve fácilmente mi Seguro Popular, necesario para poder hacer los estudios gratuitos en el Hospital General que servirían para indicar el tipo de antirretroviral que requeriría. Hice todas las gestiones, no sin el temor de que en cualquier momento fuera deportada al trasladarme al hospital, que está a las afueras de la ciudad. Todos me atendieron bien, excepto la persona que me regañó por perder mi cita, aunque le expliqué que fue por solicitar la visa humanitaria.

He cambiado la visión que tenía al inicio de mi enfermedad. Hace once años yo creía que iba a morir, pero gracias a la medicina y a Dios ya existen los antirretrovirales, por lo que hay una segunda oportunidad, nos alargan la vida. No pido nada más del sistema de salud en México, sólo me gustaría que hubiese apoyo para trabajar y apoyo psicológico, también respeto, porque si venimos pidiendo refugio es porque lo necesitamos. Yo dejé todo, mi familia está allá y siento que dejé un pedacito de mí, los extraño y me hacen falta.

## ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA ESTRUCTURAL Y EL CONTINUUM DE VIOLENCIAS<sup>7</sup>

Las trayectorias de María y de Montse pueden enmarcarse en lo que aquí llamamos violencia estructural, tal y como Galtung (1996) y Farmer (2006, 2010) la definen, es decir, la interacción de procesos estructurales de largo, mediano y corto plazo, propiciados por políticas colonialistas y económicas que conducen al empobrecimiento y a la vulneración de la salud de grupos e individuos. Sin embargo, como los relatos de ambas mujeres muestran, la violencia estructural también se entrelaza con procesos socioculturales que de igual modo dan cuenta de cómo los aspectos emocionales influyen en la vulneración de la salud.

Dentro de este marco analítico se puede apreciar que la infección por VIH en el caso de las dos mujeres se produjo en un contexto de pobreza y de violencia social, así como de violencia de género, en un continuum de violencias no solamente perpetradas por las parejas, sino también en el segundo caso por un grupo de hombres que extorsionan a las personas,

<sup>7</sup> El Dr. Enrique Eroza leyó una primera versión del escrito y aportó algunas ideas analíticas para el desarrollo del texto.

y en general por la falta de oportunidades para acceder a una vida libre de violencias. En el primer caso, se sugiere la posibilidad de que la infección fuera transmitida por el cónyuge, quien había migrado a Estados Unidos.

Es evidente la interconexión de diversas violencias tanto directas como indirectas que cruzan de manera transversal las trayectorias de ambas mujeres, de manera que el continuum de violencias resalta y se conecta con las inequidades relacionadas con el acceso a una adecuada atención a su salud —que va desde las nulas acciones de prevención, hasta la falta de apego a las regulaciones éticas para efectuar pruebas, dar el diagnóstico de manera confidencial y brindarles el tratamiento—, lo que les genera estigma y discriminación al ser positivas al VIH. Esta situación de exclusión social influyó en su decisión y las empujó, de manera contundente, a migrar hacia Estados Unidos.

Si bien ellas tenían claridad sobre la importancia de continuar con su tratamiento anti-retroviral y de buscar atención en los servicios públicos de México, se puede observar en sus testimonios el temor de mencionar abiertamente su condición de seropositividad, pues volver a ser estigmatizadas —situación de la que venían huyendo— era algo que querían evitar, pero a la vez sabían que tenían que decirlo para acceder al tratamiento. Sin embargo, los espacios de solicitud de asilo, para el caso de atención a la salud, dan cuenta de la poca confidencialidad que existe para hablar de esta y otras condiciones de salud.

Las mujeres entrevistadas buscaron asegurar su estancia en México a través de los dispositivos ofertados para este fin, como tratar de obtener la condición de refugiadas, lo que les permitiría, por un lado, transitar libremente en el país sin temor a ser deportadas y, por otro lado, lograr un trabajo y acceder a los servicios de salud.

Sus narraciones articulan sus experiencias personales con situaciones estructurales y permiten ver cómo se intersecan distintos escenarios de violencias, tanto en su país de origen como en su tránsito por México. También es posible identificar los diversos actores institucionales con los que interactúan, de quienes sólo en contados casos se aprecia su solidaridad, aunque en la mayor parte de las ocasiones únicamente dejan ver las limitaciones que tienen las instituciones para comprender las problemáticas de las mujeres migrantes en situación irregular que viven con VIH. Es importante resaltar que estas limitaciones son transnacionales, pues en ambos contextos resalta la incapacidad de los Estados para atender las necesidades de salud de su propia población y de la que se encuentra en tránsito, lo que devela una dimensión de la violencia estructural y otra modalidad del continuum de violencias hacia ellas.

En Honduras, Montse mencionó que fueron la Iglesia episcopal y una organización vinculada a ésta las instancias que le realizaron la prueba en su trabajo. El Ministerio Episcopal le brindó atención médica, farmacológica y psicológica a cambio de un pago de su bolsillo. Según su experiencia, el acceso gratuito a los antirretrovirales y al diagnóstico de VIH lo obtuvo en el trabajo sin haber sido informada del procedimiento, lo cual refleja una violación a su derecho de privacidad, y como resultado se sintió estigmatizada.

Es distinto el caso de María, quien se enteró de su diagnóstico y el de su pareja a través de una política de salud mediante la cual se exigían pruebas de VIH para acceder al matrimonio. En esta situación la violencia institucional operó de manera diferente, y en ella es evidente la agenda de género oculta, pues le indicaron que ella no necesitaba el tratamiento

tanto como su marido y se lo negaron. Esto en 2010, cuando ya existía evidencia de la necesidad de brindar antirretrovirales para evitar el avance del virus, y cuando desde 1999 en Honduras existían una ley especial y un plan estratégico de respuesta al VIH con perspectiva de género. Sin embargo, María logró tener su medicamento sólo cuando estuvo embarazada, para no contagiar a la bebé; y aún con todas las medidas del sistema de salud para evitarlo, la violencia doméstica provocó el nacimiento prematuro. En este caso las medidas previas para evitar la transmisión vertical no funcionaron por otra vulneración más, no vivir cerca del hospital donde tenían incubadoras. Asimismo, ella nuevamente abandonó el tratamiento por el maltrato médico y por la falta de oportunidades para vivir bien. De nuevo en su caso se intersectan las vulneraciones por violencia de género, violencia económica, estigma y discriminación por ser una mujer que vive con VIH.

Montse no se aleja de las vivencias de estos procesos de vulneración hacia las mujeres con VIH: violencia de pareja, estigma y discriminación por parte de la gente que sospecha de su condición de salud. En su caso, la respuesta a su necesidad de tratamiento fue brindada no por el Estado —aunque tuvo un acercamiento previo en el que pudo haber sido diagnosticada y no lo fue—, sino por una organización eclesíastica. Esto contribuyó a que mejorara su salud física y emocional, sin embargo, la violencia delincinencial hizo que ella y su pareja salieran del país para mantenerse con vida.

En ambas experiencias es posible ver los desaciertos tanto de las instituciones de salud, como del Ministerio Episcopal, para brindar atención con respeto a los derechos sexuales y reproductivos, es decir, con consentimiento informado, con privacidad, gratuidad y laicidad.

En México la situación es compleja porque, si bien desde la perspectiva de María y Montse la atención fue adecuada, sin embargo, se dejaron de lado otros factores como los siguientes: la angustia que le provocó a María saber que la atención al VIH sólo sería proveída en Tuxtla, con la posibilidad de ser deportada durante el trayecto desde la frontera; la nula orientación de las autoridades migratorias ante la bolsa de antirretrovirales irrecuperables en el caso de María; las continuas barreras para solicitar en privacidad atención al VIH, y la necesidad que tuvieron tanto la Comisión Estatal de los Derechos Humanos (CEDH) como el ACNUR de derivar a ambas mujeres a organizaciones civiles para que las acompañaran en la ruta para acceder a la atención en el CAPASITS —contando con la ventaja de no haber llegado al límite de los tres meses que duraba la afiliación al Seguro Popular—. Lo anterior refleja todo un entramado de múltiples barreras burocráticas y de acceso para transitar por el sistema de salud mexicano, recorrido que en la experiencia de María y de Montse resultó fácil porque llegaron a los lugares indicados o contactaron con las personas adecuadas que las acompañaron y atendieron.

## DISCUSIÓN

En México, según el artículo 8° de la *Ley de Migración* las personas migrantes indocumentadas tienen derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, pública o privada (DOF, 2011). Sin embargo, durante 2019, antes de la reforma a la *Ley General de Salud*, estas personas podían afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud y a su brazo operativo, el Seguro Popular, para de esta manera acceder a un plan de beneficios en salud subsidiados por el gobierno, lo que provocó, según algunos funcionarios del HGT, una saturación del

sistema y desabasto de insumos y medicamentos (Carrasco-Gómez, en prensa). Es en este contexto en el que se realizó el estudio. Sin embargo, un hallazgo en la investigación fue que, aunque existía desabasto de medicamentos para las personas migrantes, no se negó el TAR porque eran insumos enviados y controlados por CENSIDA y no por la Secretaría de Salud de Chiapas, institución esta última cuya transparencia y eficiencia en el manejo de los recursos condujo a huelgas en diferentes ocasiones por desabasto de insumos y medicamentos (Carrasco-Gómez y López-Gómez, 2018).

Asimismo, es importante mencionar que en noviembre de 2019 se realizó una reforma para establecer la gratuidad de los servicios, medicamentos e insumos para toda la población sin seguridad social, y por tal motivo desapareció el Seguro Popular y se fundó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (DOF, 2019; Reich, 2020).

El aporte de este trabajo es dar cuenta de la violencia estructural que padecen las mujeres que viven con VIH, quienes, en busca de mejores condiciones de vida y de salud, transitan por el sistema de salud mexicano, que durante el periodo de 2014-2019 tenía un mecanismo de atención específico para la población migrante en su tránsito por México (Secretaría de Salud, 2014). Se presentaron para ello dos casos, cuyas narrativas permiten dimensionar la necesidad de realizar adecuaciones a los mecanismos transfronterizos para que las mujeres que viven con VIH y migran puedan acceder al TAR. En este sentido, brindar atención con perspectiva de género ante la movilidad de mujeres con VIH ha sido señalado en otros contextos (Caballero et al., 2007; Camlin y Charlebois, 2019; Nakamanya et al., 2022; Bahemuka et al., 2022).

Los resultados muestran la experiencia de vivir con VIH a partir de los relatos en tres momentos: 1) diagnóstico, 2) acceso a los servicios de salud y al TAR en Honduras, y 3) acceso a TAR en México. Estos tres momentos están atravesados por diversas situaciones de violencia que orillaron a las mujeres a salir de su país de origen, incluyendo el estigma y la discriminación familiar y laboral, todo lo anterior en un contexto de violencia por parte de la delincuencia organizada (Asakura y Torres-Falcón, 2013; Willers, 2016a; Varela-Huerta, 2017).

En relación con la literatura sobre movilidad de mujeres que viven con VIH y el acceso al TAR, los resultados coinciden con lo reportado por Taylor et al., (2014) acerca de las barreras dominantes para la atención al VIH en poblaciones móviles. En ambos casos, ellas manifestaron miedo a ser estigmatizadas en el lugar de llegada, lo que provocó retrasos en la búsqueda de atención y una escasa adherencia. Además, fue evidente la tensión entre querer manifestar su condición de salud para poder tener acceso a su TAR y el temor a hacerlo en espacios institucionales sin privacidad, lo que muestra la necesidad de crear espacios seguros para que las mujeres hablen de su condición de salud ante padecimientos tan estigmatizados como el VIH. Asimismo, hay coincidencias respecto a la interrupción en el suministro del TAR en viajes largos (Taylor et al., 2014). Sólo agregaría que esto sucedió en los casos presentados por los imprevistos en los traslados, que contrar restaron los esfuerzos de llevar el tratamiento necesario para el trayecto.

Considero que las experiencias de vida de María y Montse, dos mujeres hondureñas migrantes indocumentadas, solicitantes de refugio y viviendo con VIH, dan cuenta del continuum de violencias y de la manera en que la interrelación de diversas identidades sociales,

con sus respectivos sistemas de opresión y discriminación, eternizan la vulneración, lo que en concreto se observa en sus relatos presentados. En ambos casos, las mujeres pasaron por experiencias subjetivas de temor a mencionar abiertamente su condición de salud, principalmente debido a la discriminación que sufrieron en sus lugares de origen y durante su tránsito migratorio. Sin embargo, una vez canalizadas y acompañadas, con el trabajo coordinado de integrantes de organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y las unidades médicas especializadas como el CAPASITS, lograron obtener el TAR. Esto coincide con lo que se ha reportado sobre estas unidades especializadas, pues son las que más prestan atención a mujeres migrantes (Vázquez-Quesada et al., 2021). En general, los cambios en la cultura organizacional se han logrado debido al trabajo de incidencia que llevan a cabo las asociaciones civiles, la academia y profesionales sensibles (Chong-Villarreal et al., 2014)

Respecto al trabajo de las asociaciones civiles, en este caso UMALCS, el acompañamiento a las mujeres fue indispensable para que ellas pudieran transitar por el sistema de salud mexicano en búsqueda de su TAR y lograr una atención humanizada, pues de otra manera podrían haberse enfrentado a mala calidad en la atención, al estigma y a discriminación, tal como ha sido documentado en estudios previos (Infante et al., 2006; Orozco-Núñez et al., 2015). Esto devela que las personas migrantes e incluso las mexicanas siguen necesitando ser acompañadas para recibir una adecuada atención. Por lo anterior, es evidente que, aún con las mejoras en la cultura organizacional, se presentan tensiones entre instituciones de salud e instancias gubernamentales de Tapachula con los miembros de organizaciones civiles (Chong-Villarreal et al., 2014).

## CONCLUSIONES

Uno de los aportes del artículo es el acercamiento a las experiencias de dos mujeres hondureñas que viven con VIH al movilizarse en el sistema de salud y buscar su tratamiento ARV, lo que me ha permitido dar cuenta de la violencia estructural y del continuum de violencias que han enfrentado tanto en su país de origen, como en su tránsito por México.

Una de las limitaciones del trabajo es que los dos casos presentados no permiten realizar un análisis interseccional que haga posible distinguir cómo la violencia de género se expresa de distinta manera entre ellas según sus diferentes dimensiones de desigualdad, pero sí permite ver cómo, al compartir similares sistemas de opresión, viven la violencia, en sus diferentes dimensiones, de manera continuada en distintos contextos transnacionales.

No menos importante es el acompañamiento que brindé a ambas mujeres en su búsqueda de acceso a su TAR en el Sistema de Salud de México, lo que me permitió conocer el funcionamiento de éste, en interacción con el trabajo que realiza la asociación civil UMALCS, en un momento en el que aún operaba el Sistema de Protección Social en Salud, política pública que cambió a finales de 2019.

Asimismo, en cuanto al acceso a la atención el análisis muestra cómo las acciones de los actores de los sistemas de salud, tanto institucionales como privados con fines no lucrativos, más los grupos criminales que operan en la región, así como la violencia intrafamiliar y comunitaria, permiten visibilizar la violencia estructural y el continuum de violencias de las cuales vienen huyendo las mujeres que tratan de encontrar bienestar y atención a su con-

dición de seropositividad. Es imprescindible, por tanto, dar a conocer estas vulneraciones para entender y atender a las migrantes en tránsito por México, de tal manera que la implementación de programas de salud sexual dirigidos a esta población se acompañe de cambios en las políticas migratorias y de solicitud de asilo. Asimismo, se requieren campañas para difundir cómo las múltiples violencias se intersectan y provocan que las mujeres migren en busca de mejores condiciones de vida, aun sabiendo lo difícil y riesgoso de su tránsito por este país, pero con la esperanza de lograr escapar al estigma y la discriminación por su condición de seropositividad.

Las organizaciones no gubernamentales, como UMALCS, son el puente para que la población migrante en situación irregular pueda acceder a los servicios de salud a fin de recibir atención para el VIH, por lo que se vuelve imprescindible consolidar políticas de salud y programas de formación dirigidos a los prestadores de los servicios con el objetivo de que retomen la experiencia de estas organizaciones que están trabajando desde abajo con la gente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amnistía Internacional. (2010). *Víctimas invisibles. Migrantes en movimiento en México*.
- Anglewicz, P. (2012). "Migration, marital change, and HIV infection in Malawi". *Demography*. Vol. 49. No. 1. pp. 239-265. <https://doi.org/10.1007/s13524-011-0072-x>.
- Asakura, H., y Torres-Falcón, M. (2013). "Migración femenina centroamericana y violencia de género: pesadilla sin límites". *Zona Franca. Revista Del Centro de Estudios Interdisciplinario Sobre Mujeres*. Vol. XXI. Núm. 22. pp.75-86.
- Asakura, H., y Torres-Falcón, M. W. (2019). *Entre dos fuegos. Naturalización e invisibilidad de la violencia de género contra migrantes en territorio mexicano*. CIESAS, UAM.
- Bahemuka, U. M., Okimat, P., Webb, E. L., Seeley, J., Ssetaala, A., Okech, B., Oketch, B., Kibengo, F. M., Okello, E., Kwena, Z., Kuteesa, M. O., Price, M. A., Kaleebu, P., Grosskurth, H., yFast, P. (2022). "Factors associated with short and long term mobility and HIV risk of women living in fishing communities around Lake Victoria in Kenya, Tanzania, and Uganda: A cross sectional survey". *AIDS and Behavior*. Vol. 23. No. 2. pp. 880-890. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03824-0>.
- Barja Coria, J. (2019). "¿Por qué si hay tanta violencia en el camino ellas siguen migrando? Antropología, violencia y migración". *Alteridades*. Vol. 29. Núm. 58. pp. 17-30. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2019v29n58/Barja>.
- Bronfman, M., Leyva, R., y Negrori M. (2004). *Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. INSP.
- Caballero, M., Leyva-Flores, R., y Bronfman, M. (2007). "Mujer, migración y violencia en la frontera sur de México". En Instituto Nacional de las Mujeres (Ed.). *Memoria Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género*. Instituto Nacional de las Mujeres. pp. 100-107.
- Camlin, C. S., y Charlebois, E. D. (2019). "Mobility and its Effects on HIV acquisition and treatment engagement: Recent theoretical and empirical advances". *Current HIV/AIDS Reports*. Vol. 16. No. 4. pp. 314-323. <https://doi.org/10.1007/s11904-019-00457-2>.
- Carrasco-Gómez, M. (en prensa). El Seguro Popular para migrantes: análisis del caso Tapachula. *En Migración, trabajo y salud. Reflexiones en torno a temas persistentes y emergentes*.

- Carrasco-Gómez, M., y López-Gómez, K. A. (2018). "La oposición a la universalización de los servicios de salud: caso Chiapas 2016". *Universalud*. Vol. 14. Núm. 27. 49-58. <https://www.uv.mx/msp/files/2019/03/revista27.pdf>.
- Cassels, S. (2020). "Time, population mobility, and HIV transmisión". *The Lancet HIV*. Vol. 7. No. 3. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30413-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30413-8).
- Chong-Villarreal, F., Fernández-Casanueva, C., Álvarez-Gordillo, G., y Leyva-Flores, R. (2014). "Estrategias familiares de hombres y mujeres con VIH que buscan atender necesidades materiales en la región del Soconusco, Chiapas". *Limina R Estudios Sociales y Humanísticos*. Vol. XII. Núm. 1. pp. 177-192. <https://liminar.cesmecha.mx/index.php/r1/article/view/335/315>.
- CNDH (Comisión Nacional de los Derechos Humanos). (2011). *Informe especial sobre secuestro de migrantes en México*. Ciudad de México.
- Cortés, A. (2018). "Violencia de género y frontera: migrantes centroamericanas en México hacia los EEUU". *European Review of Latin American and Caribbean Studies* Núm. 39. <https://doi.org/10.18352/erlacs.10321>.
- Crenshaw, K. (1991). "Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color". *Stanford Law Review*. Vol. 43. No.6. pp. 1241. <https://doi.org/10.2307/1229039>.
- Dale, S. K., Dean, T., Sharma, R., Reid, R., Saunders, S., y Safren, S. A. (2019). "Micro aggressions and discrimination relate to barriers to care among black women living with HIV". *AIDS Patient Care and STDs*. Vol. 33. No. 4. pp. 175-183. <https://doi.org/10.1089/apc.2018.0258>.
- Das, V. (2008). "El acto de presenciar. Violencia, conocimiento envenenado y subjetividad". En Ortega, F. (Ed.). *Sujetos de dolor, agentes de dignidad*. Pontificia Universidad Javeriana/Universidad Nacional de Colombia. pp. 217-249.
- De Alencar-Rodrigues, R., Cantera, L. M., y Strey, M. N. (2013). "Violencia de género en la pareja contra mujeres inmigrantes: un estado del arte". *La Ventana*. Vol. 4. Núm. 37. pp. 41-69. <https://doi.org/10.32870/lv.v4i37.538>.
- Deane, K. D., Parkhurst, J. O., y Johnston, D. (2010). "Linking migration, mobility and HIV". *Tropical Medicine & International Health*. Vol. 15. No. 12. pp. 1458-1463.
- DOF (Diario Oficial de la Federación). (2011). Ley de Migración. Recuperado de: [<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo83139.html>].
- DOF (Diario Oficial de la Federación). (2019). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud*. México (Ley General de Salud). Recuperado de: [<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo11037.html>].
- Fairchild, A. L., y Tynan, E. A. (1994). "Policies of containment: Immigration in the era of AIDS". *Journal of Public Health*. Vol. 84. No. 12. pp. 20011-20022. <https://doi.org/10.2105%2Fajph.84.12.2011>.
- Farmer, P. (2006). *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. University of California Press.
- Farmer, P. (2010). "On suffering and structural violence: Social and economic rights in the global era". En Farmer, P., y Saussy, H. (Eds.). *Partner to the poor*. University of California Press. pp. 328-349.
- Galtung, J. (1996). *Peace by peaceful means. Peace and conflict, development and civilization*. Sage.
- Goldenberg, S. M., Strathdee, S. A., Perez-Rosales, M. D., y Sued, O. (2012). "Mobility and HIV in Central America and Mexico: A critical review". *Journal of Immigrant and Minority Health*. Vol. 14. No. 1. pp. 48-64. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9505-2>.

- González, J. E., Zapata, R., y Anguiano, M. E. (2017). *Migración centroamericana en tránsito por México. La situación demográfica de México 2016*. Recuperado de:[[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232085/10\\_Fagoaga\\_Zapata\\_Anguiano.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232085/10_Fagoaga_Zapata_Anguiano.pdf)].
- Guijarro, S., Torres, A. L., Montero, G., García, M., Sabay, H., Iribarren, S., Ocaña, J. A., Yáñez, P., y Murgueytio, P. (2023). "Perspectives of health practitioners on the challenges to accessing sexual and reproductive health care services for Venezuelan migrant women during the COVID-19 pandemic in Quito, Ecuador". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 47. Núm. 58. pp. 1-10. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.58>.
- Herrera, C., y Campero, L. (2002a). "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema". *Salud Pública de México*. Vol. 44. Núm. 6. pp. 554-564. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17060>.
- Infante, C., Leyva-Flores, R., Caballero, M., Guerrero, C., Cuadra, S. M., y Bronfman, M. (2004). "VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos". *Migración y Desarrollo*. Núm. 3. pp. 45-53. <https://doi.org/10.35533/myd.0203.ci.rl.mc.cg.sc.mb>.
- Infante, C., Zarco, Á., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., y Magis, C. (2006). "El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México". *Salud Pública de México*. Vol. 48. Núm. 2. pp. 141-150. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6680>.
- Infante, C., Aggleton, P., y Pridmore, P. (2009). "Forms and determinants of migration and HIV/AIDS-related stigma on the Mexican-Guatemalan Border". *Qualitative Health Research*. Vol. 19. No. 12. pp. 1656-1668. <https://doi.org/10.1177/1049732309353909>.
- Iser, W. (1978). *The act of reading: A theory of aesthetic response*. Johns Hopkins University.
- Kelly, L. (1988). *Surviving sexual violence*. Polity Press.
- Kishamawe, C., Vissers, D., Urassa, M., Isingo, R., Mwaluko, G., Borsboom, G., Voeten, H., Zaba, B., Habbema, D., y De Vlas, S. (2006). "Mobility and HIV in Tanzanian couples: Both mobile persons and their partners show increased risk". *AIDS*. Vol. 20. No. 4. pp. 601-608. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000210615.83330.b2>.
- Leyva-Flores, R., Aracena-Genao, B., y Serván-Mori, E. (2014). "Movilidad poblacional y VIH/sida en Centroamérica y México". *Revista Panamericana Salud Publica*. Vol. 36. Núm. 3. pp. 143-149. <http://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.ZS>.
- Lucas, J. W., Barr-Anderson, D. J., y Kington, R. S. (2003). "Health status, health insurance, and health care utilization patterns of immigrant black men". *American Journal of Public Health*. Vol. 93. No. 10. pp. 1740-1747. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.10.1740>.
- Muñoz Martínez, R., Fernández Casanueva, C., González, O., Morales-Miranda, S., y Brouwer, K. C. (2020). "Struggling bodies at the border: Migration, violence and HIV vulnerability in the Mexico/Guatemala border región". *Anthropology and Medicine*. Vol. 27. No. 4. pp. 363-379. <https://doi.org/10.1080/13648470.2019.1676638>.
- Nájera Aguirre, J. N. (2016). "El complejo estudio de la actual migración en tránsito por México: actores, temáticas y circunstancias". *Migraciones Internacionales*. Vol. 8. Núm. 30. pp. 255-266. <https://doi.org/10.17428/rmi.v8i3.622>.
- Nakamanya, S., Okello, E. S., Kwena, Z. A., Nanyonjo, G., Bahemuka, U. M., Kibengo, F. M., Ssetaala, A., Bukusi, E. A., Kapiga, S., Fast, P. E., y Seeley, J. (2022). "Social networks, mobility, and HIV risk among women in the fishing communities of Lake Victoria". *BMC Women's Health*. Vol. 22. No. 1. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02144-8>.

- Orozco-Núñez, E., En, M., Soc, A., Alcalde-Rabanal, J. E., Arturo Ruiz-Larios, J., En Soc, L., Sucilla-Pérez, H., En Gerencia, M., En Salud, L., García-Cerde, R., y En, L. (2015). "Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México". *Salud Pública de México*. Vol. 57. Núm. 2.
- Paudel, V., y Baral, K. P. (2015). "Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: A review of literatura". *Reproductive Health*. Vol. 12. No. 1. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0032-9>.
- Peraza Noriega, B. E., y Lizárraga Salas, F. (2021). La invisibilidad de las mujeres migrantes en tránsito por la Ruta del Pacífico Mexicano. *Diarios del Terruño*. Núm. 11. pp. 53-75.
- Phillips, T. K., Clouse, K., Zerbe, A., Orrell, C., Abrams, E. J., y Myer, L. (2018). "Linkage to care, mobility and retention of HIV-positive postpartum women in antiretroviral therapy services in South Africa". *Journal of the International AIDS Society*. Vol. 21- Suppl 4. <https://doi.org/10.1002%2Fjia2.25114>.
- Reich, M. R. (2020). "Restructuring health reform, Mexican style". *Health Systems and Reform*. Vol. 6. No. 1. pp. 1-11. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1763114>.
- Sauceda, D. E., Varela, D. M., García, J. A., Hernández, E., Vega, K., Soto, R. J., Mejía, M. R., y Rivera, M. F. (2019). "Factores asociados a infección por VIH en mujeres embarazadas, municipio del distrito central, Honduras, 2016". *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. Vol. 16. Núm. 2. pp. 17-22. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1140243>.
- Scheper-Hughes, N., y Bourgois, P. (2004). "Introduction: Making sense of violence". En Scheper-Hughes, N., y Bourgois, P. (Eds.). *Violence in war and peace: An anthology*. Blackwell. pp. 1-32.
- Secretaría de Salud. (2014). *Otorgan seguro popular a migrantes*. Recuperado de: [<https://www.gob.mx/salud/prensa/otorgan-seguro-popular-a-migrantes-7519>].
- Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología. (2021). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Informe histórico de VIH3er trimestre 2021*. Recuperado de: [[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/685221/VIH-Sida\\_3erTrim\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/685221/VIH-Sida_3erTrim_2021.pdf)].
- Taylor, B. S., Reyes, E., Levine, E. A., Khan, S. Z., Garduño, L. S., Donastorg, Y., Hammer, S. M., Brudney, K., y Hirsch, J. S. (2014). "Patterns of geographic mobility predict barriers to engagement in HIV care and antiretroviral treatment adherence". *AIDS Patient Care and STDs*. Vol. 28. No. 6. pp. 284-295. <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0028>.
- Teti, M., Bowleg, L., y Lloyd, L. (2010). "Pain on top of pain, hurtness on top of hurtness: Social discrimination, psychological well-being, and sexual risk among women living with HIV/AIDS". *International Journal of Sexual Health*. Vol. 22. No. 4. pp. 205-218. <https://doi.org/10.1080/19317611.2010.482412>.
- Varela-Huerta, A. (2017). "La trinidad perversa de la que huyen las fugitivas centroamericanas: violencia feminicida, violencia de estado y violencia de mercado". *Debate Feminista*. Vol. 53. pp. 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2017.02.002>.
- Vázquez-Quesada, L., Larrea-Schiavon, S., Marin, T. T., Muñoz-García, G. B., Basurto-Alcalde, E., Ochoa, B., Cortés-Maruris, B., Sosa, V., Martínez, E., Lombardini, N., Santoro, C., Guillermo, M., Berdichevsky, K., y Vieitez-Martínez, I. (2021). *Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020*. Informe de la investigación. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, Population Council. Recuperado de: [https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments\\_sbsr-pgy/1533/](https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy/1533/).
- Willers, S. (2016a). "Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México". *Sociológica*. Vol. 31. Núm. 89. pp. 163-195.

- Willers, S. (2019). "Confrontar la violencia. Proyectos migratorios y estrategias de supervivencia de mujeres migrantes en tránsito por México". En Asakura, H., y Torres-Falcón, M. W. (Eds.). *Entre dos fuegos. Naturalización e invisibilidad de la violencia de género contra migrantes en territorio mexicano*. CIESAS, UAM. pp. 41-71.
- Wyrod, R. (2013). "Gender and AIDS stigma". En Liamputtong, P. (Ed.). *Stigma, discrimination and living with HIV/AIDS*. Springer. pp. 39-52. <https://doi.org/DOI 10.1007/978-94-007-6324-1>.



DIARIOS DEL TERRUÑO. Segunda época, número 15, enero-junio de 2023, es una publicación semestral de la Universidad Autónoma Metropolitana a través de la Unidad Cuajimalpa, Coordinación de Extensión Universitaria. Prolongación Canal de Miramontes 3855, Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14387, México, Ciudad de México y Av. Vasco de Quiroga 4871, 8° piso, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, México, Ciudad de México. Teléfono 55-58-14-65-60. Página electrónica de la revista: [www.revistadiariosdelterruno.com](http://www.revistadiariosdelterruno.com). Dirección electrónica: [contacto@revistadiariosdelterruno.com](mailto:contacto@revistadiariosdelterruno.com). Editor responsable: Mtro. Carlos Alberto González Zepeda. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo de Título No. 04-2016-022216361900-203. ISSN 2448-6876, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad Autónoma Metropolitana.

Diarios del Terruño aparece referenciada en los siguientes índices nacionales e internacionales:

Catálogo 2.0 del Sistema de Información LATINDEX; base de Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades CLASE; y en la Red Latinoamericana de Revistas Académicas en Ciencias Sociales y Humanidades LatinREV.

