

Mi cuerpo, mi territorio - Preservativo femenino y autonomía -
equiparando oportunidades entre mujeres y hombres - La educación

Concurso "Buenas prácticas y abordajes innovadores sobre género, mujeres jóvenes y VIH en América Latina"

humano - Protegerme - Mi transformación - Orientación sexual
Discriminación - Desigualdad de género y vulnerabilidad frente
Interseccionalidad - Mi cuerpo, mi territorio - Preservativo femenino y autonomía -
autonomía - Las TIC: equiparando oportunidades entre mujeres y hombres - La educación integral en sexualidad es un derecho humano - Protegerme - Mi transformación -
Mi transformación - Orientación sexual y VIH - Discriminación - Desigualdad de género y vulnerabilidad frente
Desigualdad de género y vulnerabilidad - Mi cuerpo, mi territorio - Preservativo femenino y autonomía -
Mi cuerpo, mi territorio - Preservativo femenino y autonomía - equiparando oportunidades entre mujeres y hombres - La educación integral en sexualidad es un derecho humano -
en sexualidad es un derecho humano - Protegerme - Mi transformación - Orientación sexual y VIH - Discriminación - Desigualdad de género y vulnerabilidad frente
Orientación sexual y VIH - Discriminación - Desigualdad de género y vulnerabilidad frente - Mi cuerpo, mi territorio - Preservativo femenino y autonomía -
Preservativo femenino y autonomía - equiparando oportunidades entre mujeres y hombres - La educación integral en sexualidad es un derecho humano

DEVELOPMENT CONNECTIONS (DVCN), 2014

Todos los Derechos Reservados.

Conectando recursos para el desarrollo sostenible.

Coordinadoras:

Dinys Luciano (Development Connections) y Rebekah Thomas (ONUSIDA).

Edición de texto:

Marijo Vázquez.

Diseño y diagramación:

Marcelino Guzmán Villagra.

1629 K Street NW Suite 300
Washington D.C. 20006 USA
Teléfono: (202) 466-0978

Página web: www.dvcn.org

Correo electrónico: info@dvcn.org

Comunidad de prácticas: www.dvcn.aulaweb.org

Biblioteca Virtual Género y VIH:

<http://dvcn.aulaweb.org/mod/data/view.php?d=10&mode=asearch>

Los resultados, interpretaciones y conclusiones expresadas en este documento pertenecen a las y los autoras (es) y no reflejan necesariamente los posicionamientos de ONUSIDA y Development Connections.

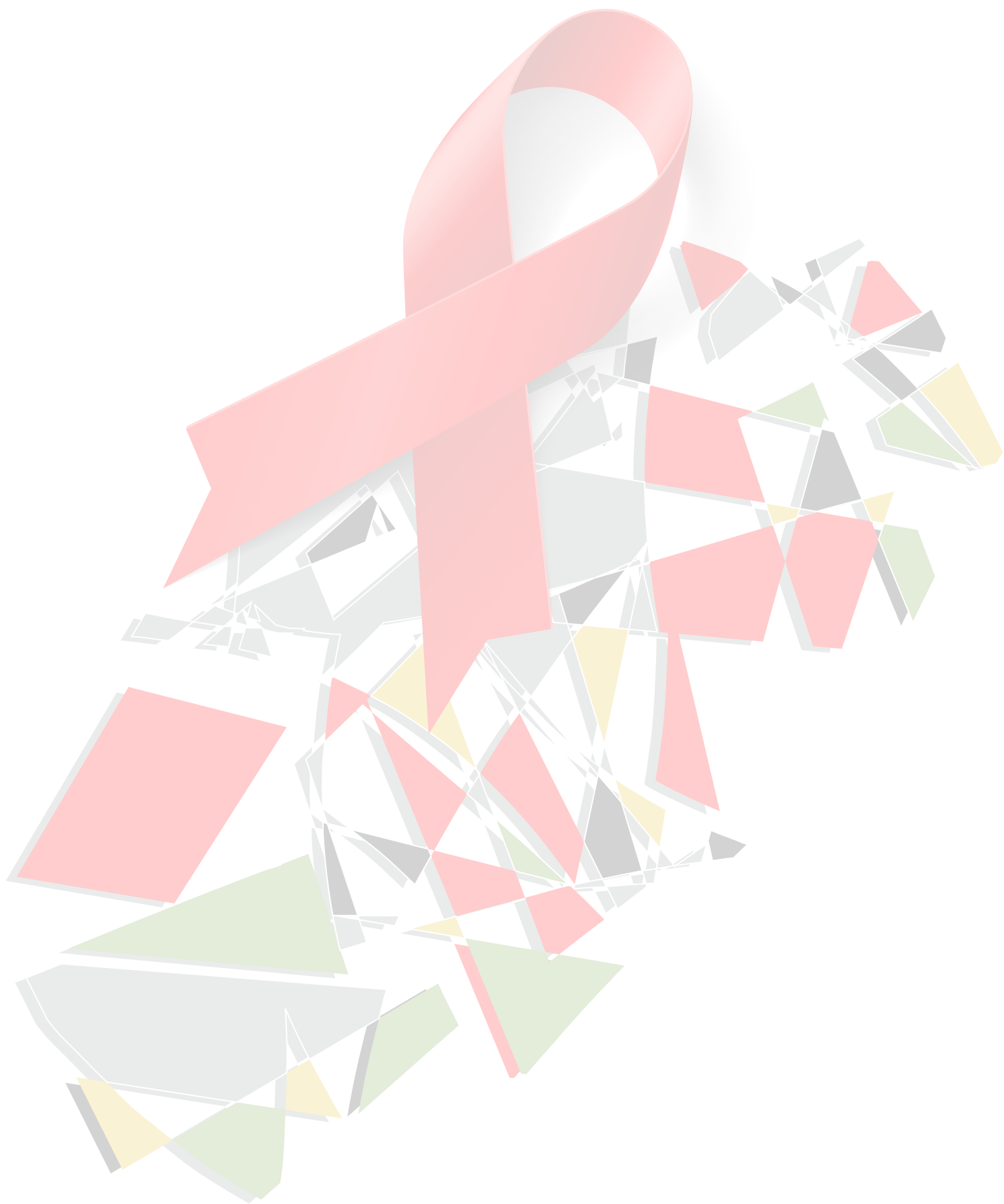
Autorización de reproducción: Los contenidos de esta publicación pueden reproducirse con la autorización de Development Connections.

Mi cuerpo mi territorio - Preservativo femenino y autonomía -

Concurso "Buenas prácticas y abordajes innovadores sobre género, mujeres jóvenes y VIH en América Latina"

entre mujeres y hombres - La educación integral en sexualidad es un
humano - Protegerme - Mi transformación - Orientación sexual
Discriminación - Desigualdad de género y vulnerabilidad frente
interseccionalidad - Mi cuerpo mi territorio - Preservativo fem
autonomía - Las TIC: equiparando oportunidades entre mujeres y h
la educación integral en sexualidad - Protegerme - Mi transform
Mi transformación - Orientación sexual y vulnerabilidad
Desigualdad de género y vulnerabilidad - Discriminación
Mi cuerpo mi territorio - Protegerme - Mi transformación y autonomía -
equiparando oportunidades entre mujeres y hombres - Educación
en sexualidad es un derecho humano - Protegerme - Mi transform
Orientación sexual y vulnerabilidad - Discriminación - Desigualdad de
vulnerabilidad frente a la discriminación - Mi cuerpo mi t
Preservativo femenino y autonomía - Las TIC: equiparando oportu
entre mujeres y hombres - La educación integral en sexualidad es un







CONTENIDO

PREÁMBULO

1

COMITÉ DE SELECCIÓN

3

SECCIÓN 1: PRÁCTICAS PROMISORIAS

7

1. Mujeres viviendo con VIH, trabajadoras sexuales y mujeres transgénero en Bolivia, mapeando las huellas de la violencia en nuestros cuerpos y nuestra identidad. Gracia Violeta Ross Quiroga – Bolivia. 9
2. Fiesta del preservativo femenino. Mabel Bianco, Pamela Martín García y Carolina Gamba - Argentina. 13
3. Proyecto Punto J - II Fase: Adolescentes, jóvenes y TIC en la respuesta a la epidemia del VIH/sida en Latinoamérica y el Caribe (2008 – 2010). Catalina Hidalgo y Lourdes Chara – Perú. 27
4. Advocacy para la Educación Sexual Integral desde un enfoque de igualdad de género y derechos humanos. Experiencia de PROFAMILIA Nicaragua 2008-2009. Urania Ruiz Condega - Nicaragua. 37

SECCIÓN 2: NARRATIVAS

49

5. La integración del arte a una intervención de prevención de VIH/ITS y sus alcances en el trabajo de prevención. Patricia Noboa-Ortega, Jesús M. Ortega Guzmán y Alana Feldman Soler – Puerto Rico. 51
6. En primera persona. Mariana Iacono - Argentina. 59
7. Lesbianas, bisexuales y VIH: Reflexiones desde mujeres jóvenes. Josefina Araceli Valencia Toledano y Ximena Elizabeth Batista Ordaz - México. 63
8. Amalgama. L'Orangelis Thomas Negrón – Puerto Rico. 73
9. Historia de una mujer marcada por su género. Iliana Fonseca Núñez – Cuba. 79

PREÁMBULO

Con el objetivo de aumentar la base de evidencia sobre las estrategias que mejor funcionan y promover enfoques teóricos y metodológicos innovadores para responder a los retos cambiantes que determinan la dinámica del VIH en mujeres y niñas, Development Connections y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) - Oficina Regional para América Latina, lanzaron en septiembre de 2013 el concurso “Buenas prácticas y abordajes innovadores sobre género, mujeres jóvenes y VIH en América Latina”.

Esta iniciativa tomó en consideración las experiencias previas de identificación de buenas prácticas en género y VIH en América Latina y el Caribe desarrolladas por la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA)⁽ⁱ⁾ y la Organización Panamericana de la Salud⁽ⁱⁱ⁾. Este concurso priorizó dos categorías temáticas:

- Buenas prácticas/prácticas promisorias que abordan los temas priorizados en la Agenda para la Acción Acelerada de los Países para Abordar la Problemática de las Mujeres, las Niñas, la Igualdad de Género y el VIH⁽ⁱⁱⁱ⁾.
- Enfoques teóricos y metodológicos innovadores centrados en la situación de las mujeres jóvenes y el VIH y sus intersecciones con la salud sexual y reproductiva y/o violencia, y dirigidos a mujeres jóvenes en toda su diversidad y desde sus múltiples identidades.

Los artículos sobre enfoques teóricos y metodológicos en torno a mujeres jóvenes, VIH, salud sexual y reproductiva y violencia podrían abordar reflexiones conceptuales, nuevos puntos de vista y/o propuestas de estrategias de intervención a partir de experiencias, casos o procesos locales, entre otros, los cuales podrían presentarse en distintos formatos, bien en forma de narrativas (testimonios, historias de vida, reflexiones grupales) o como artículos científicos.

Los manuscritos podrían referirse a cualquier país o subregión de América Latina o el Caribe español, y podrían presentarse en español o portugués.

Los criterios de selección aplicables a las dos categorías temáticas incluyeron: el uso de los principios del análisis de género, la relevancia para el desarrollo de políticas y programas sobre VIH, la adecuación al contexto, el enfoque innovador desde perspectivas de interseccionalidad y el uso de la evidencia disponible en el abordaje del tema. En el caso de investigaciones y evaluaciones, se tuvo en cuenta la solidez del diseño metodológico, incluyendo la incorporación de un marco de consideraciones éticas. Entre los criterios de selección aplicables sólo a manuscritos sobre buenas prácticas/prácticas promisorias se encontraban: el período de implementación (no menor de 2 años) según el caso, los resultados/impacto en al menos una de las Recomendaciones de la Agenda, la solidez del sistema de monitoreo y evaluación, su potencial de replicabilidad, los niveles de participación social generados, y la sostenibilidad de las iniciativas.

Los nueve manuscritos seleccionados incluidos en esta compilación reflejan la diversidad de estrategias empleadas para avanzar en áreas clave de la Agenda para la Acción así como los aspectos de género, mujeres y niñas que requieren mayor atención en las respuestas nacionales al VIH. Las cuatro prácticas promisorias muestran las estrategias utilizadas para generar mejor y mayor evidencia sobre la realidad de la violencia contra las mujeres, las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero en Bolivia; abordar los derechos y las necesidades de las mujeres en el contexto del VIH, incluyendo el acceso a condones femeninos en Argentina, y el acceso de las y los jóvenes a la educación sexual fuera y dentro de las escuelas desde un enfoque de género y de derechos humanos en Nicaragua; así como el acceso a la información sobre VIH y salud sexual y reproductiva a través de las tecnologías de la información y la comunicación en Perú y otros países de la región. Las cinco narrativas incluyen dos experiencias personales de mujeres jóvenes viviendo con VIH en Argentina y Puerto Rico y una tercera narrada por una proveedora de servicios en Cuba, y muestran cómo las desigualdades de género en las distintas etapas del ciclo vital y la violación sistemática de sus derechos tienen un efecto acumulativo en la construcción social de la vulnerabilidad de las mujeres al VIH, al tiempo que determinan su nivel de acceso a recursos de prevención y atención. Estas desigualdades matizan además las formas en que el estigma y la discriminación asociados al VIH se reflejan en la vida cotidiana de las mujeres jóvenes que viven con el virus. Por su parte, las dos narrativas sobre experiencias institucionales detallan estrategias novedosas para el abordaje del VIH, una de ellas describiendo la metodología y resultados del uso del arte para la prevención del VIH y las infecciones de transmisión sexual en mujeres de una zona geográfica de Puerto Rico y la segunda mediante la descripción del proceso de documentación de conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres jóvenes lesbianas y bisexuales en relación con el VIH en México.

Estos manuscritos constituyen un valor añadido de trascendencia para el análisis regional y nacional de las medidas necesarias para avanzar en la comprensión y respuesta a los efectos particulares y diversos de la epidemia de VIH en mujeres y niñas, así como en la traducción de los compromisos políticos en una acción ampliada que aborde sus necesidades y derechos y en la creación de un entorno propicio para el respeto de los derechos humanos de las mujeres y su capacitación. También los retos revelan que, en el contexto del VIH, aún enfrentan las mujeres a lo largo de su vida y en las distintas esferas de la misma: relaciones interpersonales, familia, comunidad y/o respuestas sectoriales en salud, justicia, educación y trabajo, entre otras, así como en las políticas públicas en general.

Los manuscritos seleccionados ponen de manifiesto la importancia de la generación y gestión de conocimiento sobre los temas de la Agenda para la Acción Acelerada de los Países para Abordar la Problemática de las Mujeres, las Niñas, la Igualdad de Género y el VIH, así como para llevar a cabo la reflexión conceptual sistemática que sustente la construcción de evidencia y el desarrollo de políticas desde enfoques que respondan a las diversas y cambiantes necesidades y realidades de las mujeres y las niñas.


Dinys Luciano
Development Connections
Directora


Rebekah Thomas
ONUSIDA - América Latina
Asesora de Derechos Humanos y Género

COMITÉ DE SELECCIÓN

Para asegurar la calidad, transparencia, imparcialidad y justicia del proceso de revisión de los manuscritos se conformó el Comité de Selección cuya tarea principal fue la evaluación y calificación de las propuestas de acuerdo con las bases del concurso. La composición social del Comité de Selección se caracterizó por la diversidad de experiencias de trabajo, perspectivas, ámbitos de acción y roles en relación con las respuestas a los temas del concurso, con lo cual se enriqueció la base de experticia para evaluar los manuscritos sometidos.

Las y los miembros del Comité de selección fueron:

Adriana Quiñones
ONU Mujeres, América Latina

Adriana Quiñones es especialista en planificación estratégica y coordinación de la oficina regional de ONU Mujeres en Panamá. Su rol consiste en apoyar la integración de los temas de género y empoderamiento de las mujeres en las actividades del Sistema de Naciones Unidas, así como velar por la gestión por resultados en las oficinas de la región. Antes de este rol, Adriana trabajó en ONU Mujeres como Gerente del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para Eliminar la Violencia contra las Mujeres, donde aumentó sus recursos durante tres años consecutivos, instituyó la cultura de gestión por resultados y lideró el proceso de selección global con más de dos millones de aspirantes. También fue asesora técnica del Fondo Fiduciario para la integración de género del Banco Interamericano de Desarrollo. El Fondo apoyó la integración de asuntos de género en préstamos de la cartera de infraestructura, energía, medio ambiente y otros sectores no sociales. Esta iniciativa tuvo como resultado una inversión sin precedentes del capital del banco de 20 millones USD para una segunda fase de este mecanismo. El Fondo recibió una evaluación externa muy positiva que resaltó la innovación al combinar el empoderamiento económico con los derechos de la mujer. Adriana es nacional de Colombia con posgrados en resolución de conflictos y desarrollo económico en la Universidad de Notre Dame (Indiana) y Johns Hopkins (Washington DC), respectivamente.

Arely Cano Meza y Sara Moraga
Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH (ICW - Capítulo América Latina)

Arely es una líder nicaragüense con 16 años de vivir con VIH y 12 años de ejercicio de liderazgo en representación de las personas con VIH a nivel nacional en Nicaragua y a nivel regional. Es presidenta de la Asociación Nicaragüense de gente positiva, ASONVIHSIDA y desempeña además como secretaria regional latinoamericana de la Comunidad Internacional de Mujeres con VIH o sida (ICW Latina), dirigiendo el trabajo con mujeres con VIH líderes que pertenecen a 18 países de la región latinoamericana. Sara es Magister en Salud Pública y consultora principal en temática de VIH. Médica, egresada de la Universidad Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua) en 1991. En 1996 egresada del Centro de Investigaciones de Estudios para la Salud (CIES) con Maestría en Salud Pública. Por 16 años ha trabajado en diferentes puestos gerenciales en instituciones del Estado, instituciones académicas en la temática de VIH para agencias de cooperación y organizaciones no gubernamentales. Actualmente trabaja como asesora técnica de ICW Latina y ASONVIHSIDA.

Hilary Anderson

Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de los Estados Americanos

Desde que terminó sus estudios en género y desarrollo en la Universidad McGill, Hillary ha trabajado con la Unidad de Género y Salud de la Organización Panamericana de la Salud y con el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (UN-INSTRAW, ahora parte de ONU Mujeres) sobre diversos temas relacionados con la igualdad de género y los derechos de las mujeres. En 2009, Hilary se unió a la Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de los Estados Americanos, donde sigue trabajando para promover la plena ciudadanía de las mujeres de las Américas.

Lícida Bautista

Fondo de Población de las Naciones Unidas, América Latina

Maestría en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel, con grado de Pediatría del Hospital de Niños Benjamín Bloom de El Salvador y grado de Médica de la Universidad Nacional de El Salvador. Con 21 años de experiencia en la prevención de VIH, comunicación para el cambio de comportamientos, vigilancia epidemiológica de VIH y otras ITS, manejo de proyectos, y monitoreo y evaluación. Experiencias de trabajo con la OPS/OMS El Salvador como asesora nacional de VIH y otras ITS durante años; representante de PASCA (USAID Proyecto Regional de prevención de VIH) en El Salvador (seis años); y Directora de Proyectos de prevención de VIH y otras ITS financiados por USAID en Honduras (ocho años). Actualmente funge como Asesora Regional en VIH y sida del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para Latinoamérica y el Caribe.

Kathy Taylor

Fondo de Población de las Naciones Unidas, América Latina

Trabaja como especialista en género para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Tiene maestría en salud pública con más de 13 años de experiencia trabajando en programas y políticas de igualdad de género, violencia de género, salud sexual y reproductiva y VIH en Asia y América Latina.

Lorena Ramírez

Es matrona, candidata Magíster en Salud Pública (UTA), diplomada en Resiliencia (Universidad de Santiago / Universidad de Lanús, Argentina), diplomada en Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes (P. Universidad Católica de Chile), diplomada en sistemas para detección de uso abusivo y dependencia de sustancias psicoactivas. SENAD UNIFESP, Brasil. Es directora del Centro de Salud Integral de Adolescentes, Rucahueche, convenio USACH – Corporación de Salud Municipal de San Bernardo y profesora asistente de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas – USACH. Dispone de amplia experiencia en la atención de adolescentes. Ha participado como miembro del grupo de expertos/as convocado por el Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud. También ha dirigido diversos proyectos de investigación y de asistencia técnica. Actualmente ejerce como directora del Postítulo en Salud Sexual Reproductiva del adolescente, con énfasis en Consejería 1° y 2° versión.

Carlos Güida Leskevicius

Doctor en Medicina (UdelaR, Uruguay). Consultor en programas de salud sexual y reproductiva, género y masculinidades en agencias de Naciones Unidas desde 1996. Ex Profesor Adjunto del Departamento de Psicología de la Salud (UdelaR). Actualmente es coordinador docente del Postítulo Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago) y académico en el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina de Universidad de Chile.

Mariana Iacono

Nació en Boca, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Trabajadora social con orientación en pedagogía. Estudiante en pausa de historia y ciencias sociales. Trabaja en el ámbito educativo con adolescentes desde hace cinco años. Fundadora de la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes positivos y de la Red de Jóvenes positivos LAC, y miembro de la Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH. Forma parte de la Plataforma del diálogo de mujeres viviendo con VIH de ONUSIDA. En 2008 formó parte del equipo de VIH/sida de la Confederación de Trabajadores de la Educación (CTERA) y del equipo de acción social de la Unión de Trabajadores de la Educación (UTE). En 2009-2010 participó en el equipo técnico de la Fundación Buenos Aires sida. En 2009-2011 fue co-coordinadora del foro de VIH de organizaciones de la sociedad civil del Instituto Nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo INADI. Es miembro del Movimiento de Mujeres positivas de Latinoamérica y del Caribe, y de la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH (ICW).

Nizarindandi Picasso Domínguez

Nacida en la Ciudad de México, empezó a trabajar en VIH y mujeres en el 2003, es miembro de la Red Mexicana de Personas que viven con VIH y sida, A.C. y de la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH (ICW). Del 2004 al 2010 trabajó como gerente y consultora en mujeres y VIH en Futures Group en la implementación de los proyectos Policy Project y Health Policy Initiative Task Order 1 México, ambos iniciativa de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/USAID. Desde entonces ha participado y colaborado en diferentes iniciativas relacionadas con el trabajo en VIH. Actualmente desarrolla sitios web.

Violeta Ross Quiroga

Movimiento Latinoamericano de Mujeres Positivas

Ross es una mujer de 35 años de La Paz, Bolivia y es la segunda hija de un pastor evangélico. Activista viviendo con VIH, oradora pública, escritora e investigadora conocida a nivel nacional e internacional. Estudió Antropología en Bolivia y una Maestría en Género y salud sexual y reproductiva en Perú. Desde el año 2000, cuando descubrió su diagnóstico positivo al VIH, decidió organizar a las personas viviendo con VIH en Bolivia, con el objetivo de presionar al Estado boliviano para proporcionar medicamentos y cuidados de forma gratuita. Ross sirvió voluntariamente como Representante Nacional de la Red Nacional de Personas viviendo con VIH y sida en Bolivia (REDBOL) por más de siete años. Representó a Bolivia y América Latina en diferentes espacios globales, tales como la Junta de Gobierno del Programa Conjunto de Naciones sobre el VIH y sida (ONUSIDA) o la Delegación de ONG del mundo en desarrollo del Fondo Mundial de lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria. Actualmente es una de las Representantes de la Comunidad en el Grupo de Trabajo TB-VIH en la Alianza para detener la Tuberculosis, y miembro del Grupo Asesor Internacional

en Género de la Universidad de Brighton-Sussex. Recientemente fue elegida para ser miembro del Comité Asesor de la Sociedad Civil para ONU Mujeres en América Latina y El Caribe y miembro del Grupo Asesor de Expertos del Consorcio para las patentes de medicamentos (Medicines Patent Pool).

SECCIÓN 1: PRÁCTICAS PROMISORIAS¹



Mi cuerpo mi territorio - Preservativo femenino y autonomía
equiparando oportunidades entre mujeres y hombres - La educación
en sexualidad es un derecho humano - Protegerme - Mi transformación
Orientación sexual y VIH - Discriminación - Desigualdad de género y vulnerabilidad frente al VIH - Interseccionalidad - Mi cuerpo mi territorio
Preservativo femenino y autonomía - Las TIC: equiparando oportunidades entre mujeres y hombres - La educación integral en sexualidad es un derecho humano - Protegerme - Mi transformación - Orientación sexual y VIH - Discriminación - Desigualdad de género y vulnerabilidad frente al VIH - Interseccionalidad - Mi cuerpo mi territorio
Preservativo femenino y autonomía - Las TIC: equiparando oportunidades entre mujeres y hombres - La educación integral en sexualidad es un derecho humano - Protegerme - Mi transformación - Orientación sexual y VIH - Discriminación - Desigualdad de género y vulnerabilidad frente al VIH - Interseccionalidad - Mi cuerpo mi territorio
Preservativo femenino y autonomía - Las TIC: equiparando oportunidades entre mujeres y hombres - La educación integral en sexualidad es un derecho humano - Protegerme - Mi transformación - Orientación sexual y VIH - Discriminación - Desigualdad de género y vulnerabilidad frente al VIH - Interseccionalidad - Mi cuerpo mi territorio



Violencia y VIH en Bolivia. Mujeres viviendo con VIH, trabajadoras sexuales y mujeres transgénero en Bolivia, mapeando las huellas de la violencia en nuestros cuerpos y nuestra identidad.

Gracia Violeta Ross Quiroga²

Introducción

La ENDSA (Encuesta Nacional de Demografía y Salud) 2008 señala que, en Bolivia, el 47% de las mujeres alguna vez casadas o en pareja, experimentó violencia psicológica, física y/o sexual en los doce meses anteriores a la encuesta.

Desde 1984, en Bolivia se han registrado 10.162 casos positivos al VIH, el 90% de los cuales se concentra en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, donde se realizó el estudio. Por cada cinco hombres viviendo con VIH se notifican tres mujeres, y una de cada dos personas viviendo con VIH tiene entre 20 y 34 años. En Bolivia no existen estudios que analicen las asociaciones entre violencia y VIH, por lo que en este estudio nos propusimos analizar las conexiones entre la violencia basada en el género y el VIH partiendo del supuesto que la violencia es tanto causa como efecto del VIH.

La violencia basada en el género se agudiza en los casos de las mujeres que vivimos con el VIH, las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero, debido a que se nos asocia con la desviación moral y social y se nos asigna el estereotipo de ser una fuente de contaminación e infección.

En el estudio propusimos que el análisis de la violencia y del VIH debía ser realizado por las mismas mujeres con el objetivo de empoderarnos.

Siendo que la violencia es un tema bien conocido en el imaginario colectivo boliviano y sobre el cual se encuentran potenciales para la realización de acciones conjuntas, pudimos abrir las puertas para posibles alianzas estratégicas con actores del Estado.

A través del uso de mapas corporales sobre la violencia, realizados en grupo por las mismas mujeres de las tres poblaciones, pudimos expresar el testimonio de nuestra experiencia de la violencia sin que ello supusiera la exposición pública a un nivel mayor de estigmatización. Líderes de las mujeres viviendo con el VIH, las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero trabajamos de forma conjunta dándonos apoyo mutuo como mujeres y elaborando un comunicado sobre nuestra demanda de tener políticas públicas que respondan a la realidad de los efectos de

² Correo electrónico de la autora: graciavioleta@gmail.com

la intersección entre violencia y VIH. Durante la realización de los mapas corporales sobre la violencia se generaron espacios de escucha colectiva entre las mujeres, los cuales tuvieron un efecto terapéutico inmediato. En las presentaciones de los primeros resultados del estudio las mujeres interpelaron respetuosamente a los actores gubernamentales ante su falta de acciones.

A la fecha, poblaciones de gays y lesbianas en el área andina de Bolivia han copiado este modelo con mucho éxito y existen planes para utilizar la misma metodología en las demás regiones del país.

Metodología

Buscamos generar información de las mismas comunidades de base sobre las experiencias de violencia, proceso que por su característica participativa y comunitaria constituyó al mismo tiempo un mecanismo de empoderamiento de las mujeres. La participación directa de las mujeres en la realización de este estudio desde el diseño, el análisis, la interpretación y la socialización de los resultados fue un proceso de empoderamiento en sí mismo.

La estrategia más importante fue la realización grupal de mapas corporales sobre la violencia. Entre diez y quince mujeres elaboramos un documento gráfico sobre la violencia en nuestra identidad, en nuestros sentimientos y en nuestros cuerpos. Los mapas permitieron devolver visibilidad a aquellas experiencias de violencia que algunas mujeres ocultaban durante muchos años.



El hecho de compartir estos mapas con los actores del Estado y otros actores clave hizo posible que realizaran una lectura y una sensibilización inmediatas. Para las mujeres participantes de las tres poblaciones, estos mapas fueron como un espejo en el cual pudimos vernos a nosotras mismas y pensar “esa mujer, esa que fue violada, aquella que fue golpeada, a la que insultaron desde niña, a la que explotaron sexual y laboralmente, ella ya no existe”.

Resultados

Gracias a nuestra participación en este proyecto, las mujeres que formamos parte tuvimos la oportunidad de mejorar nuestra capacidad de reconocer, hablar y denunciar nuestras experiencias de violencia, pedir ayuda, ser escuchadas, buscar apoyo terapéutico y, en algunos casos, realizar una denuncia formal.

Algunas mujeres señalaron que nunca habían hablado con nadie de las experiencias de violencia sexual que habían experimentado en su niñez, pero a



través de su participación en el estudio sintieron que estaban entre mujeres que habían vivido experiencias iguales o similares y se decidieron a hablar y a buscar ayuda.

Cuando los resultados se socializaron con otros actores observamos un aumento considerable de la disposición a trabajar en el tema de la violencia basada en el género, quizás más que en VIH. Actualmente, el Programa Nacional de VIH ha decidido incluir en sus actividades un pilar sobre género a partir de los resultados obtenidos en este estudio y sobre la base de las demandas y preguntas de las mujeres que participaron en él. La realización del estudio hizo posible la detección de muchas experiencias de violencia de género extrema en espacios tradicionalmente masculinos (asesinatos de mujeres en política, en medios de comunicación de masas y en la policía nacional), lo cual condujo al momento político que propició la aprobación de una ley integral de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas. Consideramos que esta ley constituye una herramienta más a disposición de las comunidades de mujeres afectadas por el VIH que experimentan violencia.



Las formas de violencia investigadas en el estudio pusieron énfasis en las experiencias de violencia psicológica, sexual, física, económica e institucional (aquella que puede ser producida por la violación de derechos humanos fundamentales por las instituciones del Estado).

Con cada nueva socialización que hacemos de los resultados del estudio confirmamos que no hacemos más que destapar la superficie de una experiencia firmemente asentada en el imaginario colectivo, en la política, en las leyes y en los servicios públicos, así como en las formas cotidianas de relación entre hombres y mujeres en casi todos los ámbitos de la vida pública y privada. La constancia de este hecho corrobora la necesidad de seguir investigando el tema en profundidad y continuar hablando de él, sacándolo a la luz, porque el silencio puede significar la muerte para muchas mujeres.

Como resultado de esta experiencia, otros grupos de la sociedad civil comenzaron a analizar la violencia dentro de sus propias comunidades de base copiando nuestro modelo.

Como consecuencia del impacto del estudio, mujeres que no pudieron formar parte del mismo debido a su carácter de investigación demandaron que sea programada en el futuro cercano la actividad de mapear la violencia y hablar "entre mujeres", en la que ellas esperan tener la oportunidad de participar.

Monitoreo y evaluación del uso del estudio

En el estudio participaron nueve Investigadoras de Campo (IC) las cuales fueron capacitadas en los aspectos básicos de la investigación y de la incidencia política. Las nueve IC estaban ligadas a grupos comunitarios dentro de los cuales hicieron la réplica correspondiente. Los resultados de este estudio se han compartido en varias oportunidades así como su metodología, que se basa en trabajar desde, con, por y para las mujeres afectadas, resultando en la mayoría de esas oportunidades en un compromiso por parte de las autoridades para tener en cuenta los vínculos entre el VIH y la violencia en la planificación e implementación de sus actividades.

La participación de las mujeres del estudio, así como la colaboración de las IC, estuvo sometida a las consideraciones éticas reconocidas por la OMS para la investigación con seres humanos y en torno a la violencia contra las mujeres. Además de eso, se garantizó la protección de su identidad considerando que forman parte de grupos comunitarios de base que ya suelen afrontar situaciones de gran estigma y discriminación.

Sostenibilidad

Parte de las recomendaciones del estudio se enmarcan en la inclusión de actividades relacionadas con el análisis de las situaciones de violencia basada en el género junto con las actividades de respuesta al VIH que ya se realizan con estos grupos de base, que están identificados como poblaciones diana para los programas de atención y prevención del VIH, como, por ejemplo, los Grupos de Ayuda Mutua y los Alcances a las Trabajadoras Sexuales y a las Mujeres Transgénero.

El estudio también recomendó incluir el tratamiento del VIH en los programas destinados a atender los casos de violencia por parte del Estado, iniciativa ésta que puede implicar una mayor complicación debido a que estos actores muestran un alto nivel de desconocimiento sobre la vulnerabilidad social que afecta a estos grupos, en función del VIH y del género.

Más del 80% de las mujeres de la encuesta señalaron que una forma de prevenir nuevas experiencias de violencia está





relacionada con la mejora de su capacitación sobre sus derechos humanos. Por ello argumentamos que una forma de prevenir la violencia contra las mujeres consiste en invertir en nosotras con actividades lideradas por otras mujeres. Ese tipo de inversión tiene un efecto multiplicador entre las mujeres y las redes sociales a las cuales pertenecemos.

Discusión

El estudio sobre la violencia contra las mujeres viviendo con VIH, las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero demostró que la experiencia de violencia basada en el género es una constante desde la niñez más temprana (y a lo largo del ciclo vital) y que fue en parte esa vulnerabilidad y deterioro de la identidad lo que nos expuso a adquirir el VIH. En otras palabras, una verdadera prevención del VIH debería comenzar en la niñez temprana y tomar siempre en consideración los determinantes de género.

Asimismo, comprobamos que tiene un gran valor terapéutico el hecho de tener una comunidad segura donde poder ser escuchada, para lo cual no se requieren grandes inversiones en la programación en VIH, sino que basta con tener la disposición de escuchar a otra mujer que, como una misma, pudo haber sido afectada por la violencia.

Aprendimos que las instituciones estatales que no son tan accesibles para trabajar en VIH, sí lo están para trabajar en violencia. En este sentido, la violencia se constituye en una oportunidad para el VIH, fenómeno al que llamamos “el potencial de la violencia”, potencial de lograr que instituciones antes enfrentadas se sienten en la misma mesa de diálogo con el objetivo de prevenir, detener y sancionar la violencia basada en el género.

Desde la realización del estudio hasta la fecha (finales de 2013), observamos que en el estudio logramos poner de manifiesto las capas más superficiales del problema. La misma prensa ha mostrado casos frecuentes de violencia basada en el género en espacios típicamente masculinos como por ejemplo la muerte de cadetes mujeres en la policía o el asesinato de alcaldesas y concejalas, todo lo cual llevó a la aprobación de una nueva ley contra todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas.

Estos hechos nos permitieron confirmar que nuestra corazonada fue buena: apuntamos a analizar un tema muy actual en Bolivia, pero desde el punto de vista de las mujeres viviendo con el VIH, las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero. Y este contexto político que se dio en Bolivia generó más oportunidades para hablar de la violencia de género asociada al VIH.

Las principales limitaciones de este proyecto fueron las financieras debido a que el proyecto solamente se concentró en el estudio en las tres ciudades con mayor notificación de casos de VIH; pero usando nuestras alianzas con grupos que trabajan en VIH alentamos a tratar el tema de la violencia regularmente, como parte de las actividades que se realizan en la prevención y atención del VIH. Esta sugerencia tuvo mucho éxito y ya está empezando a ser implementada.

Otra posible limitación que tratamos de que sea una ventaja está en relación al posible sesgo del estudio, considerando que todo el equipo de investigación así como los dos varones que realizaron la parte administrativa son miembros de las comunidades de base. Por ello, durante todo el estudio contamos con el apoyo

de tres psicólogas que de forma independiente analizaron los mapas y facilitaron apoyo psicológico a las participantes cuando era necesario; asimismo, se contó con el apoyo técnico de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el cual fue clave para fortalecer las herramientas del estudio, el análisis y la interpretación de los resultados.

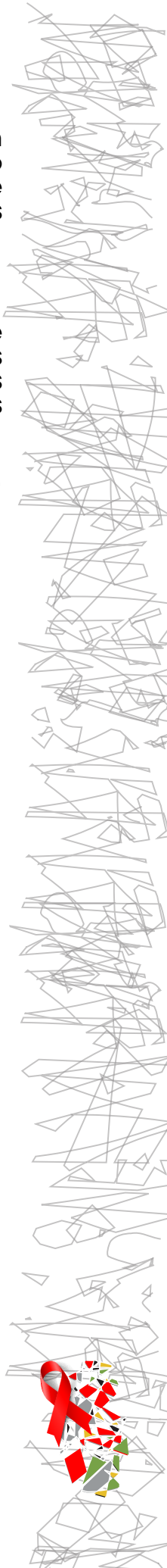
Recursos destinados al desarrollo de la experiencia

El estudio tuvo un costo aproximado de 60.000 USD y la divulgación, un costo de 1.000 USD; pero la parte más importante es la integración de la violencia en las actividades regulares que se realizan con mujeres viviendo con el VIH, trabajadoras sexuales y mujeres transgénero, lo cual es posible en Bolivia debido a los financiamientos externos en VIH.

El informe completo del estudio está disponible en el siguiente enlace: <http://www.scribd.com/doc/138328495/Estudio-Violencia-en-Tres-Poblaciones-de-Mujeres-en-Bolivia>

Referencias

- Ross, Gracia V. En nuestros zapatos, nuestras manos y nuestras vidas. 2009.
- REDBOL/ASUNCAMI/Ibis-Hivos. Guía de referencia: Liderazgo e Incidencia Política para Mujeres viviendo con VIH. La Paz, 2010.
- REDBOL/UNFPA/Ibis- Hivos/Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. "El virus que invade mi organismo pero que no me destruye". Diagnóstico por Imágenes: Signos y síntomas del VIH en las mujeres con VIH de Bolivia. La Paz, 2007.
- REDBOL/OPS/ONUSIDA. El acceso a la Atención Integral para las personas viviendo con VIH/SIDA en Bolivia. La Paz, 2010.
- REDBOL/GNP/Population Council /ONUSIDA. Diagnóstico sobre salud, dignidad y prevención positivas en personas viviendo con VIH y sida en Bolivia. La Paz, 2011.
- Vivo en Positivo. Contexto social, económico y político de las personas viviendo con VIH en siete ciudades de Bolivia. Inédito.





Fiesta del preservativo en Argentina

Mabel Bianco, Pamela Martín García y Carolina Gamba
Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer³

En el marco de la campaña internacional Paper Dolls Campaign de RutgersWPF, FEIM/RedNac desarrolla desde el año 2011 en distintas sedes del Ciclo Básico Común, equivalente al curso de ingreso de la Universidad de Buenos Aires, intervenciones urbanas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del VIH y otras ITS, conocidas como: "Fiestas del Preservativo Femenino".

El objetivo general de estas intervenciones es brindar información sobre la prevención del VIH entre la población joven (15-29 años) y los objetivos específicos son: 1) sensibilizar sobre el uso de métodos de barrera para prevenir la transmisión de VIH y otras ITS; 2) sensibilizar sobre la importancia de tener relaciones sexuales con protección y equiparar la responsabilidad del cuidado entre varones y mujeres, como condición para experimentar mayor confianza y placer en el ejercicio de la sexualidad, 3) difundir la existencia del preservativo femenino (PF) y su correcto uso, como método controlado especialmente por las mujeres de gran importancia en la prevención del VIH y otras ITS. En Argentina es fundamental la difusión del preservativo femenino ya que aún no se comercializa ni se distribuye a través de los programas estatales, nacionales y provinciales de salud sexual y reproductiva y de prevención del VIH.

La metodología de la "Fiesta del Preservativo Femenino" incluye: juegos didácticos, mini consejerías, distribución de folletos informativos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, afiches con mensajes claves, divulgación de lo que es el preservativo femenino y demostración de su correcta colocación, así como recolección de opiniones e impresiones del público acerca de su uso.

Introducción

Antecedentes. Epidemiología del VIH y contexto socioeconómico y cultural del país.

La población Argentina asciende a 39.745.613 habitantes según el último censo del año 2010, de los que un 51% (20.280.308) son mujeres y un 49% (19.465.305) son varones. Argentina cuenta con un marco legal avanzado en relación a los derechos sexuales y reproductivos. La ley 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI) fue sancionada en el año 2006 y tenía un plazo de 4 años para su efectiva implementación en todo el territorio del país, pero a pesar de que ya pasaron 6 años sólo hay entre 2.500 y 3.000 profesionales que imparten Educación Sexual en 268 escuelas secundarias de las 14.460 existentes y 700 primarias de las 23.010 existentes.⁴ La escasa implementación de la ESI tiene implicaciones en la persistencia de los estereotipos de género que sustentan la desigualdad entre mujeres y varones.

³ Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM). Correo electrónico: feim@feim.org.ar

⁴ Bianco, M.; Mariño, A.; Ré, Ml. (2008) Violencia contra las mujeres y VIH en el MERCOSUR La Situación en Argentina. FEIM. Bs. As.

El acceso de las y los jóvenes y adolescentes a información y métodos anticonceptivos gratuitos es muy bajo, y si bien la ley 25.673/2002 de Salud Sexual y Procreación Responsable no establece límite de edad para la atención de la población, se observa un alto rechazo a prestar atención en los servicios públicos de salud a los adolescentes de ambos sexos, y los servicios de salud sexual y reproductiva llegan tarde para prevenir o evitar los embarazos no planificados⁵ en la adolescencia. Según un estudio del Instituto Gino Germani⁶, entre quienes han tenido relaciones sexuales, el 53% del grupo de 13 a 16 años ha tenido relaciones antes de los 14 años y el 43% restante entre los 15 y los 16 años.

Se estima que el número de personas que viven con VIH en Argentina es de 110.000, cuatro de cada 1.000 jóvenes y adultos tienen el virus y el 40% de ellos desconoce su condición⁷. Si nos remitimos a jóvenes entre 15 y 24 años, desde el 2005, en las nuevas infecciones en este grupo etario predominan las mujeres con una relación 0,9 hombre por cada mujer⁸, y si se considera el grupo de 15 a 19 años, la relación es 0,8 hombre por cada mujer.

Datos de encuestas realizadas por la FEIM/RedNac entre 2006 y 2009, del total de 9.475 adolescentes y jóvenes entre 11 y 30 años a quienes se ha encuestado acerca de sus conocimientos y prácticas sexuales, de anticoncepción y de prevención de infecciones de transmisión sexual, un 68% del grupo etario entre 15 y 19 años ya se había iniciado sexualmente, así como el 20% del situado entre 10 y 14 años. En este último grupo etario, uno de cada cuatro varones y uno de cada cinco mujeres se inició sexualmente. El 94% del total de participantes en la encuesta conoce algún método anticonceptivo (MAC), siendo los más mencionados el preservativo y las pastillas anticonceptivas. Sólo el 65,3% del total manifestó usar algún método "siempre", el 29,3% los usa "a veces", y el 5,4%, respondió que "nunca" los usa. Cuando se protegen en sus relaciones sexuales, el 43,5% de las mujeres y el 36% de los varones respondió usar preservativos; el 18% de mujeres y el 15% de varones usa pastillas anticonceptivas orales en sus relaciones con sus parejas. El 92,4% de participantes en la encuesta conoce las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el 86,7% sabe cómo se previenen. La ITS más mencionada fue el VIH. También conocen la sífilis, la gonorrea, las hepatitis A, B o C, el VPH y el herpes. El conocimiento de la AHE (píldora del día después) ha aumentado: en 2006, el 46% de las mujeres la conocía y en 2011 la cifra subió al 84%. Entre los varones, subió del 54% en 2006 al 75% en 2011.

Según informe de FEIM⁹ en relación al 6º Objetivo de Desarrollo del Milenio para combatir el VIH y el sida, el país observó un aumento en las nuevas infecciones de VIH entre las mujeres de 15 a 24 años, único grupo en el que predominan las mujeres en relación a los varones¹⁰. En cuanto al uso de preservativos, cabe señalar que en Argentina sólo se distribuyen preservativos masculinos y no existen en el mercado preservativos femeninos.

⁵ Kornblit, Analía /Directora (2013) Cambios en las prácticas y las actitudes en relación con la sexualidad en jóvenes argentinos escolarizados. Resultados de investigación realizada por el equipo de Salud y Población – Instituto Gino Germani de la UBA.

⁶ Kornblit, Analía /Directora (2013) Cambios en las prácticas y las actitudes en relación con la sexualidad en jóvenes argentinos escolarizados. Resultados de investigación realizada por el equipo de Salud y Población – Instituto Gino Germani de la UBA.

⁷ Ministerio de Salud de la Nación (2012) Boletín sobre VIH y Sida en Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/sida/images/bn_epidemiologia/boletin-epidemiologico-2012-2.pdf

⁸ Bianco, M.; Mariño, A.; Ré, M. (2008) Violencia contra las mujeres y VIH en el MERCOSUR La Situación en Argentina. FEIM. Bs. As.

⁹ Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Argentina 2000-2010. FEIM, Año: 2010. http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/INFORME_MDGs_ARGENTINA.pdf

¹⁰ Dentro de los Objetivos del Milenio se enuncia: Reducir en 10% la prevalencia del VIH en las mujeres embarazadas entre 15-24 años, Reducir en un 12,5 % la mortalidad por vih y sida, Reducir la incidencia de vih y sida en un 20%. , Incrementar en un 25% el uso de preservativos.





En Argentina existen incluso casos¹¹ en que se niega a adolescentes y jóvenes el acceso a servicios de salud sexual y servicios relacionados con el VIH -como prevención, pruebas del VIH de carácter voluntario y confidencial, asesoramiento- en función de la edad.

Análisis del problema específico que se buscó solucionar

Se busca incidir positivamente en el conocimiento de las y los jóvenes acerca de su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, así como su acceso efectivo, en especial respecto a la transmisión de VIH y otras ITS, y cómo prevenirlas. Los datos mencionados con anterioridad alertan acerca de las limitaciones persistentes en relación al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y adolescentes, pues si bien conocen sobre VIH y otras ITS, este conocimiento no se funda necesariamente en información certera sino en mitos y creencias erróneas que dificultan el desarrollo de una sexualidad plena y saludable. Esto se debe a que adolescentes y jóvenes recurren sobre todo a sus pares para aclarar dudas sobre salud sexual y sexualidad en general. En efecto, sólo el 7% de la gente joven encuestada en un estudio reciente¹² responde que acudiría a una persona adulta, profesor o preceptor, hecho que evidencia la ausencia de espacios accesibles de intercambio de información fiable para adolescentes y jóvenes, como debería ser la escuela.

En un plano específico de esa problemática, la campaña “La fiesta del preservativo femenino” tiene por finalidad específica difundir este método de barrera entre adolescentes y jóvenes varones y mujeres, ya que se considera prioritario como alternativa que promueve la capacidad de decisión y autonomía de las mujeres en la elección del método de protección en las relaciones sexuales. Esta ventaja es primordial frente al predominio de la decisión del varón sobre el uso o no del preservativo masculino. El dominio y control de los varones en relación al uso de un método de barrera se fundamenta en dos causas principales: 1) por un lado, a que muchos varones presionan a sus parejas mujeres a tener relaciones sexuales sin preservativo mediante extorsiones, solicitud de votos de confianza y/o amenaza de reacciones violentas si la mujer no accede a una práctica sexual sin protección.

Este hecho evidencia la persistencia de normas y roles de género que cristalizan en relaciones desiguales entre varones y mujeres e inciden de manera perjudicial en el ejercicio de una sexualidad saludable y placentera¹³; 2) por otro lado, en Argentina, las mujeres se ven limitadas a la decisión del varón de colocarse o no el preservativo masculino ya que, tal como fue mencionado con anterioridad, el preservativo femenino no se comercializa ni se distribuye gratuitamente por los programas estatales, nacionales y provinciales de salud sexual y reproductiva y de prevención del VIH. De hecho, se registra que el uso del preservativo es menor en las mujeres que en los varones, por lo que están más expuestas a la transmisión de ITS y a embarazos no planificados¹⁴.

Ambos condicionantes limitan en gran medida la posibilidad de que mujeres adolescentes y jóvenes tomen decisiones de manera autónoma sobre las formas de

¹¹ CONDEERS (2010) Monitoreo social y exigibilidad sobre los derechos Sexuales y reproductivos en Argentina Informe nacional. Disponible en: <http://www.conders.org.ar/pdf/conders2010.pdf>

¹² Kornblit, Analía /Directora (2013) Cambios en las prácticas y las actitudes en relación con la sexualidad en jóvenes argentinos escolarizados. Resultados de investigación realizada por el equipo de Salud y Población – Instituto Gino Germani de la UBA.

¹³ Ministerio de Salud de la Nación (2012) Boletín sobre VIH y Sida en Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/sida/images/bn_epidemiologia/boletin-epidemiologico-2012-2.pdf

¹⁴ Kornblit, Analía /Directora (2013) Cambios en las prácticas y las actitudes en relación con la sexualidad en jóvenes argentinos escolarizados. Resultados de investigación realizada por el equipo de Salud y Población – Instituto Gino Germani de la UBA.

protección utilizadas en la relaciones sexuales, lo que contribuye a una disminución de la confianza y el placer necesarios para un disfrute saludable de su sexualidad, y las expone a una situación de mayor vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS¹⁵ y del disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos en general.

En síntesis, generar estrategias de prevención que tengan en cuenta estas desigualdades de género es cardinal entre las y los adolescentes y jóvenes para desmontar los roles y mandatos estereotipados y, en este sentido, el preservativo femenino, como método sobre cuyo uso tienen mayor control las mujeres y que funciona como “doble protección”, contribuirá también a la mejora de su autonomía y a la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

“Fiesta del Preservativo Femenino”

Desde fines del 2011 hasta la actualidad, en el marco de la campaña internacional Paper Dolls Campaign de RutgersWPF, FEIM/RedNac desarrolla en distintas sedes del Ciclo Básico Común, equivalente al curso de ingreso de la Universidad de Buenos Aires, intervenciones urbanas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del VIH y otras ITS. La denominada: “Fiesta del Preservativo Femenino”.

Durante los años 2011 y 2012, FEIM/RedNac tuvo la iniciativa de realizar esta buena práctica en las siete sedes del CBC con la autorización de los funcionarios de la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad de Buenos Aires. A partir del año 2013 en Ciclo Básico Común, a través de la Secretaría de Extensión de la UBA y en el marco del programa CBC + Vos¹⁶, se convocó a FEIM/RedNac para participar del mismo. Este programa busca poner en práctica una metodología de comunicación institucional innovadora que aliente y favorezca la participación proactiva de las y los estudiantes de la Universidad en acciones coordinadas por la Secretaría y articuladas con Organizaciones de la Sociedad Civil. La Fiesta del Preservativo Femenino se lleva a cabo desde hace dos años, en días a jornada completa (de 9.00h a 18.00h) durante la época de clases sin involucrar el período de exámenes (julio/diciembre). Se realiza de modo itinerante entre las siete sedes del CBC ubicadas en distintos barrios de la Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires.

Objetivos

Objetivo General: Contribuir a que las y los adolescentes y jóvenes (15 a 29 años) conozcan sus derechos sexuales y reproductivos y obtengan información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en especial sobre el uso de métodos de barrera para la prevención del VIH y otras ITS y también la “doble protección”.

Objetivos específicos:

- Brindar información sobre la transmisión y prevención del VIH.
- Sensibilizar sobre la importancia del uso de los preservativos masculino y femenino como métodos de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Promocionar el preservativo femenino como método de barrera de uso iniciado por las mujeres.
- Valorar el ejercicio saludable y placentero de la sexualidad con prevención.

¹⁵ Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2012) Mujeres, Sexualidad, cuidados y VIH/sida. Prácticas y significados en torno al uso del preservativo femenino.

¹⁶ Para mayor información <http://www.cbc.uba.ar/CBCVos>



Descripción

Durante la semana previa a la "Fiesta del Preservativo" se difunde la actividad en las distintas sedes del Ciclo Básico Común a través de afiches elaborados por la Secretaría de Extensión del CBC y FEIM/RedNac.

En el caso de la intervención realizada en otros espacios recreativos para adolescentes y jóvenes, como el Planetario de la Ciudad de Buenos Aires, la actividad se difundió con anticipación mediante las redes sociales Facebook y Twitter de FEIM y Red Nac.

En la "Fiesta del Preservativo Femenino" se instala un stand permanente en un área de gran afluencia de jóvenes, señalado con afiches y banderas que identifican a FEIM y a la RedNac. Además, las y los promotores circulan por el espacio invitando a acercarse a la juventud presente.

Cada una de las propuestas que se realizan en el marco de la "Fiesta del preservativo femenino" se orienta a cumplir con los objetivos proyectados. Se desarrollan las siguientes actividades:

Juegos didácticos. Están orientados a cumplir con los objetivos específicos para brindar información sobre las características principales del virus, la diferencia entre VIH y sida, las vías y fluidos de transmisión, la importancia del uso de preservativo para prevenir la transmisión, y a promover la realización de la prueba de VIH para un diagnóstico temprano. En relación al objetivo general, las actividades tienen como propósito rector que, a partir de su participación en dinámicas lúdicas, adolescentes y jóvenes reconozcan sus derechos en relación a la salud sexual y reproductiva y la atención a la misma, y los incorporen a su vida.

"Ponle el clítoris a la vulva". Se utiliza un modelo grande de vulva y juegan dos o más participantes. Se le tapan los ojos a una de las personas jugadoras y la otra debe guiarla a través de indicaciones verbales para que coloque el clítoris en el lugar correcto. A la par que se juega, se explican las partes de la vulva y la vagina de la mujer y sus funciones. Si aciertan, ganan como premio una camiseta.

"¿Qué sabes sobre VIH y sida?" Esta actividad lúdica requiere de una o más personas participantes y consiste en responder verdadero o falso a ciertas afirmaciones sobre VIH y sida que se distribuyen en tarjetas entre las y los jugadores, como, por ejemplo, vías de transmisión, fluidos, características de la prueba, formas de prevenir la transmisión. A la vez que se contesta cada pregunta, las y los promotores brindan información cierta sobre cada uno de los temas abordados.

"Rayuela del VIH" (basada en el juego infantil "Rayuela"). En cada turno cada jugador o jugadora salta y, según dónde cae, debe contestar correctamente una pregunta sobre VIH y sida para continuar su carrera hasta el final de la rayuela. Gana quien obtiene mayor número de respuestas acertadas.

Demostración del preservativo femenino y su colocación en un modelo de plástico; **Recolección de opiniones e impresiones sobre el preservativo femenino.** Ambas actividades están dirigidas de forma prioritaria al objetivo específico de promocionar el preservativo femenino como método de barrera controlado por las mujeres y valorar el ejercicio saludable y placentero de la sexualidad con prevención. Además, se propone cuestionar los roles y mandatos de género que presentan obstáculos para el ejercicio saludable de la sexualidad,

enfatisando las resistencias presentes de algunos varones para la colocación y utilización del preservativo masculino en todas las relaciones. La actividad se realiza en pequeños grupos de entre 4 y 8 personas para que puedan observar la colocación del preservativo femenino, realicen consultas y practiquen. Luego de la demostración del preservativo femenino, sus ventajas y colocación, se invita a las y los estudiantes a que escriban mensajes sobre el preservativo femenino en los modelos de las muñecas de papel del programa "Paper Dolls" y/o que elaboren un mensaje sobre los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del VIH.

Mini consejerías. Distribución de Folletos. En articulación con el objetivo general, estas actividades abordan los objetivos específicos propuestos consistentes en brindar información sobre VIH y las formas de prevenir su transmisión, así como la de otras infecciones de transmisión sexual, y concientizar sobre la importancia del uso de los preservativos masculino y femenino como únicos métodos de prevención de VIH u otras infecciones de transmisión sexual, para el ejercicio saludable, responsable y placentero de la sexualidad entre la juventud jerarquizando métodos controlables por las mujeres. Las mini consejerías se desarrollan en lugares claves de circulación (pasillo, patio, ingresos) de las sedes del CBC y en el stand permanente con un grupo pequeño de participantes. En estas mini consejerías se informa sobre los derechos sexuales y reproductivos, los métodos anticonceptivos y la presentación del preservativo femenino y su correcta colocación, a partir de las respuestas obtenidas del grupo de participantes a las preguntas realizadas para determinar cuáles son sus conocimientos. Además se distribuyen folletos específicos sobre el preservativo femenino, en donde se indican sus ventajas y modo de colocación, junto con folletos adicionales sobre derechos sexuales y reproductivos y otros. Las sesiones duran entre 20 y 30 minutos.

Actores involucrados y roles

Los grupos involucrados fueron, por un lado jóvenes del grupo de voluntariado de FEIM/RedNac; el equipo de talleristas de educación sexual integral de FEIM integrado por profesionales del campo de la salud y las ciencias sociales, y la coordinadora de la RedNac y la coordinadora de Talleres ESI como referentes de la campaña, en sus roles de promoción y coordinación de las actividades. Por otro lado, se encontraba la población de estudiantes del CBC de entre 17 y 25 años, como destinatarios y destinatarias de la misma de manera específica.

Sin embargo, cabe destacar que toda la comunidad universitaria resulta involucrada como destinataria debido al impacto y la visibilidad de las actividades desarrolladas. Se alcanza a profesores y ayudantes de cátedra, personal de maestranza y limpieza, y personas que trabajan en la facultad, la fotocopiadora o la venta ambulante, además de estudiantes que realizan trámites en las sedes del CBC o cursan materias de grado.

Como las actividades se realizan durante distintos turnos de la jornada universitaria, incluyendo los recreos, se alcanza un promedio de 250 participantes a lo largo de la jornada. Las actividades descritas se desarrollan de modo continuado y simultáneo bajo la coordinación de talleristas y promotores del equipo de FEIM/RedNac, acogiendo a grupos de entre cuatro y ocho estudiantes cada vez.





Resultados

En relación al objetivo general se advierten resultados muy satisfactorios, manifestados en el interés de las y los jóvenes por conocer y profundizar en la información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, realizar consultas y disipar dudas, utilizando un lenguaje accesible que los interpele como sujetos de derecho. Luego de cada actividad, las y los jóvenes participantes destacan la importancia de contar con estos espacios de intercambio para reconocer lo que supone ejercer plenamente los derechos sexuales y reproductivos como condición para vivir una sexualidad placentera y saludable. Asimismo, la mayoría de participantes resalta la ausencia de estas instancias de información y sensibilización en instituciones públicas, como la escuela o la universidad, planteando la necesidad de multiplicar estas experiencias para llegar así a más jóvenes que desconocen sus derechos.

Respecto a los objetivos específicos orientados a brindar información sobre la transmisión y la prevención del VIH y aumentar la sensibilización sobre la importancia del uso de los preservativos masculino y femenino como únicos métodos de prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, se destacan los siguientes resultados:

Los varones se muestran más dispuestos que las mujeres a participar en juegos orientados a brindar y compartir información sobre VIH y salud sexual y reproductiva en general. Son ellos quienes se animan a jugar a “colocarle el clítoris a la vulva” y no así las mujeres, lo que podría sugerir que las jóvenes se sienten incómodas o expuestas ante sus pares si se equivocan sobre las partes y funciones de sus propios genitales. De hecho, se observa un alto nivel de desconocimiento entre la población joven sobre los genitales, en especial los femeninos.

Asimismo, los varones se muestran más seguros en relación a la información con la que cuentan y por ello no muestran tanta disposición a realizar preguntas. Se puede inferir aquí la persistencia de roles y normas de género que posicionan al varón en un lugar de dominio sobre la mujer en lo que se refiere a las relaciones sexuales, lo que explicaría por qué los varones actúan como si supieran todo al respecto de la sexualidad y no necesitaran ninguna información ni aclaración adicional, sobre todo si hay pares mujeres participando con ellos de las acciones. En efecto, se evidencia que los varones se disponen mejor al diálogo y a la pregunta en conversaciones individuales con talleristas y promotores. Las mujeres, por el contrario, se acercan al stand a preguntar sobre VIH y consultan principalmente sobre el correcto uso de los métodos anticonceptivos.

En conclusión, varones y mujeres presentan bajos niveles de información respecto a las vías de transmisión del VIH. Por ejemplo, desconocen que se transmite por relaciones sexuales orales y no tienen información sobre la transmisión vertical. Además, si bien afirman saber que la forma de prevenir la transmisión de VIH u otras ITS consiste en el uso de un método de barrera en las relaciones sexuales, muchos de ellos y ellas confiesan no usarlo, argumentando que es incómodo o que utilizan otro método anticonceptivo porque tienen pareja estable. En este sentido, se pone de manifiesto que la juventud considera prioritaria la prevención de un embarazo no planificado sobre la prevención del VIH y otras ITS.

En relación a los objetivos específicos encaminados a promocionar el preservativo femenino como método de barrera controlado por las mujeres y valorar el ejercicio saludable y placentero de la sexualidad con prevención se observa que:

- Las mujeres se muestran entusiastas con el preservativo femenino, comparten inquietudes sobre la salud sexual y reproductiva y cuestionan el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos en relación con los modelos y roles de género. De hecho, comparten situaciones de su vida cotidiana en las que se han visto presionadas y/u obligadas a tener relaciones sexuales sin preservativo por parte de sus parejas varones. Así es que una de las ventajas que valoran las mujeres del preservativo femenino es que brinda autonomía a la hora de “negociar” con el varón el uso de un método de barrera. Además se señala como positiva la posibilidad de colocarse el preservativo femenino horas antes de la relación sexual, pues argumentan que es práctico y confiable para “salir protegida”. Paralelamente, algunas mujeres demuestran una reacción negativa al ver el preservativo y se niegan a tocarlo, pero no son la mayoría.
- Los varones, por su parte, presentan mayor resistencia a compartir sus impresiones sobre el preservativo femenino y suelen tener, en su mayoría, una reacción negativa al verlo. En efecto, cuando se les invita a tocarlo o practicar su correcta colocación prefieren no hacerlo. Así se demuestra nuevamente la subsistencia de normas y roles de género que limitan las decisiones compartidas en relación al método de protección utilizado en la relación sexual. De hecho, muchos jóvenes aceptan y reconocen que se niegan a utilizar el preservativo masculino porque les molesta y prefieren que sus parejas sexuales tomen pastillas anticonceptivas diarias u optan por cuidarse mediante el coito interrumpido, lo que abunda en la observación sobre la escasa información de las formas de transmisión del VIH y la prioridad que los jóvenes de ambos sexos dan a la prevención de embarazos no planificados por encima de la transmisión del VIH o la adquisición de otras ITS.

Por último, fueron sólo mujeres quienes se registraron para participar como voluntarias en próximas ediciones de la campaña, dato que refuerza lo señalado respecto a la persistencia de resistencias fundadas en la reproducción de estereotipos de género a la hora de hablar sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

Monitoreo y Evaluación

Medición de recepción de actividades

Se alcanzó a un promedio de 250 jóvenes en cada una de las jornadas de la “Fiesta del preservativo femenino”. Desde la organización del CBC Más Vos se valoró la eficacia de las intervenciones directas de tipo lúdico que se instauraron como una modalidad creativa de acercamiento hacia la población destinataria, así como la importancia de generar consejerías espontáneas entre jóvenes con información de calidad.

FEIM/Red Nac mide y evalúa la recepción de las actividades en función de las respuestas e impresiones recolectadas entre las y los participantes en conversaciones al final de la actividad, como en los mensajes recopilados en las muñecas de la campaña internacional Paper Dolls Campaign de RutgersWPF. Por otra parte, se mide el impacto de las actividades en las redes sociales, a través del acercamiento





virtual de adolescentes y jóvenes que quieren sumarse a las actividades realizadas y se proponen para colaborar de manera voluntaria en próximas ediciones.

FEIM/RedNac no realiza mediciones de impacto en relación al uso del preservativo femenino ya que al ser un método que no se distribuye de manera gratuita ni se comercializa en el país, no se dispone de los recursos necesarios para realizar un sondeo de este tipo.

En suma, se puede afirmar que esta campaña no sólo se constituyó como una buena práctica en términos de difusión de información y prevención con respecto al VIH sino, sobre todo, de activismo y promoción de los derechos humanos en general y de los derechos de mujeres y jóvenes en particular, así como de su empoderamiento para incidir en el efectivo cumplimiento de los mismos.

Sostenibilidad

La sostenibilidad de esta buena práctica viene garantizada por el fuerte compromiso de FEIM/RedNac desde hace 25 años en la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas, adolescentes y jóvenes, y su incesante trabajo en la difusión, realización y fortalecimiento de variadas actividades y buenas prácticas que contribuyen a mejorar la visibilidad de estas temáticas, el alcance de una mayor igualdad entre varones y mujeres y el ejercicio pleno de estos derechos. Por otra parte, la Dirección Nacional de Sida del Ministerio de Salud de la Nación han hecho donación de 2.000 preservativos femeninos con la finalidad de continuar con esta buena práctica y, durante la misma, realizar un sondeo entre jóvenes, varones y mujeres, que determine la recepción que tienen hacia este método.

También se acordó con la Secretaría de Extensión Universitaria del Ciclo Básico Común de la Universidad de Buenos Aires continuar con la Campaña de la "Fiesta del Preservativo Femenino" durante el segundo cuatrimestre del año 2013 (Agosto-Diciembre) ya que evaluaron como muy satisfactorios los resultados obtenidos.

Se propuso la articulación con otras organizaciones de la sociedad civil animadas a participar en una intervención urbana a la luz de nuestra experiencia y se proyecta realizar a fines de este año una feria itinerante de organizaciones que actúe en las sedes del CBC con la intención de aunar redes intersectoriales en lo referente a derechos de mujeres y varones jóvenes de modo transversal. Se considera vital continuar con la "Fiesta del Preservativo Femenino" en este espacio universitario ya que la recepción de esta buena práctica es masiva y efectiva en este grupo clave.

Limitaciones

Esta estrategia encuentra limitaciones en lo que atañe a la permanencia de la misma, pues es una estrategia de intervención focalizada y sería más conveniente contar con espacios permanentes dentro de las sedes del CBC que funcionen como consejerías de salud sexual y reproductiva para las y los jóvenes estudiantes que la transitan.

Asimismo, la "Fiesta del Preservativo Femenino" no cuenta con financiación externa sino que se sostiene a partir de los recursos propios de FEIM/RedNac. Esto plantea inconvenientes relacionados con la dificultad para disponer de forma continuada de promotores y promotoras que lleven adelante esta buena práctica, lo que limita la posibilidad de extenderla de modo sistemático a otros ámbitos públicos y urbanos.

Por otra parte, el programa CBC+Vos facilita la articulación con estudiantes universitarios pero no supone financiación para las actividades previstas con estos grupos, es decir, actividades de coordinación general, disposición de lugares de reunión, materiales de lectura para distribuir entre las y los participantes, seguimiento y tutoría del proceso de formación, acompañamiento de las actividades y evaluación de los resultados.

Por último, si bien se propone continuar con las intervenciones en otros espacios invitando a las y los estudiantes a participar como personal voluntario y multiplicar así la experiencia, efectivamente no se ha logrado sostener esta iniciativa en el tiempo más de un mes, ya que en ocasiones se inscriben para colaborar de manera entusiasta, pero luego no concretan su participación activa en las acciones propuestas. Esta dificultad obstaculiza la posibilidad de realizar un seguimiento de la actividad con las y los participantes, así como una multiplicación de la experiencia que redunde en el incremento de la población alcanzada.

Conclusiones

Se puede afirmar que es urgente el trabajo en el fortalecimiento y empoderamiento de jóvenes a partir de espacios de intercambio destinados a que conozcan sus derechos en general, y en particular sus derechos sexuales y reproductivos, sobre todo a través de espacios didácticos y dinámicos.

Asimismo, es muy importante incidir en una efectiva implementación de la educación sexual integral en las escuelas, ya que es allí donde adolescentes y jóvenes pueden aprender sobre promoción de la salud sexual y reproductiva así como sus derechos y la importancia del ejercicio de los mismos. De esta forma se contribuye también a la construcción de sujetos críticos y autónomos, a la igualdad entre mujeres y varones y a la eliminación de cualquier tipo de discriminación.

En efecto, se percibe una demanda creciente de espacios de intercambio de información fiable con un lenguaje accesible y respetuoso que difunda y ponga de manifiesto la importancia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en diversos espacios transitados por adolescentes y jóvenes. Así, a partir de los juegos y las instancias de consejería espontánea se crea un ambiente distendido y de confianza entre pares que habilita la concreción de preguntas y dudas que quizás no emergen con facilidad en otros ámbitos formales.

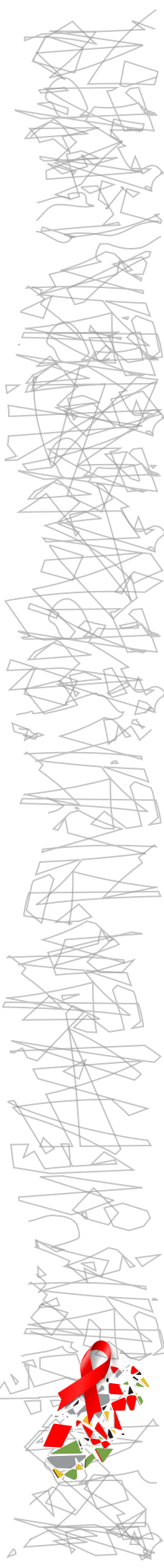
Por ello es de vital importancia la articulación entre organizaciones de la sociedad civil y otras instituciones como, en este caso, la Universidad de Buenos Aires, con el fin de fortalecer espacios intersectoriales de promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como la prevención del VIH y otras ITS.

Se destaca además la excelente recepción de la campaña "Paper Dolls Campaign de RutgersWPF", que interpela a un amplio número de adolescentes y jóvenes como parte de un proyecto global.

Recursos destinados al desarrollo de la experiencia

La campaña "Paper Dolls Campaign de RutgersWPF" brindó a FEIM/RedNac un apoyo financiero de 300 euros en junio de 2012 y donó los preservativos femeninos. El resto de la financiación para la continuidad de esta buena práctica fue aportada por fondos propios de la FEIM/RedNac.





Referencias

- Ministerio de Educación de la Nación, Sistema Educativo Argentino <http://www.mapaeducativo.edu.ar/Atlas/Sistema-Educativo-Argentino>.
- Bianco, M.; Mariño, A.; Ré, Ml. Violencia contra las mujeres y VIH en el MERCOSUR-La Situación en Argentina. FEIM. Bs. As. 2008.
- FEIM. Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Argentina 2000-2010., http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/INFORME_MDGs_ARGENTINA.pdf, 2010.
- CONDESA. Monitoreo social y exigibilidad sobre los derechos Sexuales y reproductivos en Argentina. Informe nacional. Disponible en: <http://www.conders.org.ar/pdf/conders2010.pdf>, 2010.
- Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre VIH y sida en Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/sida/images/bn_epidemioboletin-epidemiologico-2012-2.pdf, 2012.
- Kornblit, Analía /Directora. Cambios en las prácticas y las actitudes en relación con la sexualidad en jóvenes argentinos escolarizados. Resultados de investigación realizada por el equipo de Salud y Población – Instituto Gino Germani de la UBA, 2013.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Mujeres, sexualidad, cuidados y VIH/sida. Prácticas y significados en torno al uso del preservativo femenino, 2012.
- Pecheny Mario (Director). Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina. Informe Final. Instituto Gino Germani, UBA y Centro de Estudios de Población (CENEP), ONUSIDA, 2012.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2011) Guía para la atención integral de las mujeres con infección por VIH (con el apoyo de UNFPA).

Proyecto Punto J - II Fase: Adolescentes, jóvenes y TIC en la respuesta a la epidemia del VIH en Latinoamérica y el Caribe (2008 – 2010)

Catalina Hidalgo y Lourdes Chara¹⁷
Instituto de Educación y Salud

Introducción

Este documento presenta el marco conceptual en el que se basa la estrategia integral Punto J, así como también explica aspectos importantes de sus ejes y su propuesta educativo-comunicacional utilizando las TIC (Tecnologías de Información y Comunicación). Finalmente se detallan aspectos financieros que hicieron posible su implementación en nuestro país y en nuestra región.

El proyecto fue desarrollado por el IES con el apoyo técnico y financiero del IDRC y del ICA de Canadá. Se llevó a cabo en 5 ciudades de Perú y además se implementó en Argentina, Bolivia, Ecuador, México y República Dominicana.

Antecedentes

En Perú, la mayor parte de las intervenciones en educación sexual con población adolescente y joven están centradas en metodologías educativas presenciales y en el uso de TIC tradicionales (radio y TV). En este escenario se vislumbra como gran oportunidad la presencia de las nuevas TIC (redes inalámbricas, telefonía móvil, Internet) como herramientas novedosas y atractivas para llegar a adolescentes y jóvenes, y cuyo uso además puede contribuir al desarrollo social. En una investigación realizada por Quiroz (2001) se muestra que el uso de las nuevas tecnologías como el internet es cada vez más frecuente en la vida de las y los jóvenes. Por otro lado, en Perú la población de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años representa aproximadamente un tercio de la población total¹⁸. Entre los problemas que enfrenta esta población se observa un incremento de la tasa de embarazo adolescente, abortos y mortalidad materna, demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos y de prevención del VIH y otras ITS, y restricciones para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva¹⁹. Además se conoce que la mayoría de las infecciones por VIH se han producido antes de los 25 años y que hasta el 2009 más de la mitad de los casos de sida notificados en el país corresponde a personas que tenían entre 15 y 34 años²⁰, y sólo durante el año 2012 se registraron 1.273 nuevos casos de VIH y 326 casos de sida entre jóvenes de 15 a 29 años²¹.

¹⁷ Catalina Hidalgo, (Coordinadora de la Institución) y Lourdes Chara (Promotora Juvenil) Instituto de Educación y Salud – IES, Perú. Correo electrónico: chidalgo@iesperu.org Sitio web o enlace de la experiencia: www.puntoj.com.pe

¹⁸ Instituto de Estadísticas e Informática (INEI) – Censo 2007. Actualmente en el Perú vivimos cerca de 8.300.000 jóvenes entre 15 y 29 años.

¹⁹ Instituto Nacional de Demografía y Salud – ENDES Continúa 2007 – 2008.

²⁰ Dirección General de Epidemiología, MINSA (www.dge.gob.pe).

²¹ IDEM.

Si se observan de cerca las diversas condiciones que ponen en situación de vulnerabilidad a las y los adolescentes y jóvenes peruanos se evidenciará la gran importancia de trabajar con esta población que padece por ejemplo pobreza, deserción escolar, maternidad adolescente, desempleo y/o adicción a las drogas, entre otras situaciones que les afectan sobre manera. Asimismo, las mujeres jóvenes siguen expuestas a costumbres derivadas de estereotipos de género, tales como la división de labores de acuerdo al sexo, la distribución de la riqueza y la violencia. Algunos datos actuales al respecto señalan que un 13% de las mujeres entre 15 y 19 años ya han estado embarazadas, mientras que entre los hombres del mismo grupo de edad menos del 1% son padres²²; que el 63% de las mujeres entre 15 y 19 años que han estado embarazadas hubiera preferido que el embarazo fuera después²³; y que las mujeres que no están en pareja, adolescentes, pobres, migrantes, rurales o indígenas aún tienen poco acceso a información y servicios de planificación familiar. Y respecto a la situación del VIH en esta población, los reportes publicados indican que, con el paso de años, la epidemia que inicialmente guardaba una relación de aproximadamente una mujer por cada 11 hombres, hoy en día se ha acortado increíblemente, siendo ahora de una mujer por cada tres hombres²⁴, realidad que nos da mayores razones para prestar especial atención a la relación entre mujer, especialmente mujer joven, y VIH. La vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH ha sido objeto de análisis en Perú, donde se ha estudiado por ejemplo cómo la discriminación y la violencia contra la mujer influyen sobre las prácticas sexuales, principalmente en contextos de escasez de recursos económicos, información y servicios sociales²⁵.

Es en ese sentido que surgió la estrategia Punto J en IES y que fue diseñada e implementada en Perú; una estrategia educativa-comunicacional cuyo fin es promover el empoderamiento, la participación ciudadana y el liderazgo protagónico de adolescentes y jóvenes en la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos, así como la respuesta social al VIH y el sida. Los componentes de la estrategia son la participación de adolescentes y jóvenes, el uso social de las TIC y la promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR). La estrategia Punto J, que promueve la participación juvenil y el uso social de las TIC, se presenta como un espacio alternativo que permite a adolescentes y jóvenes acceder a información clara acerca de su sexualidad y discutir sus preocupaciones asociadas a estas vivencias, sin censura y en un clima de confianza.

En el año 2005, en colaboración con el Instituto para la Conectividad de las Américas y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, el IES puso en marcha el Proyecto Punto J: Un Portal para educar en sexualidad y VIH de joven a joven (Fase I), cuyo principal objetivo fue promover la participación y el liderazgo de adolescentes y jóvenes en la lucha contra el VIH a través de la creación y el mantenimiento del portal web Punto J. En esta fase se sentaron las bases del sistema de voluntariado que involucró a 50 adolescentes y jóvenes, quienes, a través de Internet, desarrollaron sus capacidades para informar a sus pares sobre sexualidad y prevención del VIH. Con su colaboración se diseñó y lanzó el portal Punto J (www.puntoj.com.pe), que se constituyó en una herramienta para llegar a adolescentes y jóvenes contando con la participación de pares. Asimismo, se estableció el vínculo con organizaciones de Bolivia, Ecuador, México y República Dominicana.

En la segunda fase, del 2009 al 2010, se consolidó el portal Punto J y su sistema de voluntariado; el portal se relanzó revitalizado con las herramientas de la web 2.0.

²² Boletín La Salud Sexual y Reproductiva en el Perú, UNFPA Perú, 2012.

²³ Boletín La Juventud en el Perú, UNFPA Perú, 2012.

²⁴ Dirección General de Epidemiología, MINSA (www.dge.gob.pe).

²⁵ VIH y vulnerabilidad de la mujer en el Perú. UCH, UNFPA, ONUSIDA, 2013.





Un componente central del proyecto consistió en transferir capacidades y brindar apoyo para que organizaciones de otros países de la región de América Latina y el Caribe pudieran adaptar e implementar la estrategia Punto J.

Metodología

Punto J se constituye como una propuesta educativa-comunicacional. Es una propuesta educativa porque es eminentemente formativa, ya que promueve el desarrollo integral de las y los adolescentes y jóvenes involucrados, generando procesos que permiten ampliar sus capacidades, conocimientos, habilidades cognitivas, sociales y de comunicación, así como asumir un sentido crítico de la realidad y del contexto sociocultural que enmarca la vivencia de su sexualidad de manera saludable y feliz. Es una propuesta comunicacional porque, primero, promueve la interrelación entre el grupo de adolescentes, jóvenes y adultos; y segundo, porque a partir de la interactividad que brindan las TIC permite que adolescentes y jóvenes que usan Internet habitualmente dialoguen e interactúen, actuando no sólo como receptores sino también productores de mensajes y nuevos conocimientos. En el caso específico del empleo de las TIC en la promoción de sexualidades saludables y prevención del VIH, cabe resaltar la oportunidad que éstas representan para adolescentes y jóvenes, esencialmente para las mujeres, a la hora de compartir sus ideales, opiniones, intereses y necesidades respecto a la vivencia de sus sexualidades, sin temor ni vergüenza, muchas veces apoyadas por el anonimato que las TIC ofrecen, pues es sabido que aún se habla de la sexualidad con temor y censura.

Desde sus inicios, el grupo de voluntariado de Punto J estuvo conformado por adolescentes y jóvenes de las zonas más afectadas económica y socialmente de Lima, en su mayoría enfrentando ambientes de violencia y drogas, y con pocas oportunidades de continuar con sus estudios superiores. Se determinó la composición del grupo tratando de incluir socialmente a este potencial, y a veces invisibilizado, grupo humano y plantear un trabajo sólido hacia la construcción de identidades (personal y grupal), de reconocimiento de sus propias capacidades y las de sus compañeros y compañeras de grupo, de respeto a las normas de convivencia y a los derechos fundamentales, como lo son el de la participación, y hacia su rol como jóvenes promotores de su propio desarrollo. Es importante señalar que Punto J cuenta con la participación de personal adulto que contribuye también voluntariamente, profesionales de distintas áreas de trabajo que se suman al equipo donando parte de su tiempo para apoyar en la capacitación de las y los voluntarios jóvenes, así como en los procesos de actualización.

El sentido que tiene el voluntariado es el de promover las capacidades personales y de compromiso social con el desarrollo de otros y otras jóvenes de su país y de la región. En cada convocatoria realizada por el Punto J se invita a adolescentes y jóvenes de diversos sectores de la población y se sugieren algunos perfiles específicos como:

- Adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años.
- Interés por participar y ayudar a sus pares.
- Disponibilidad de tiempo por lo menos una a dos tardes por semana (durante 6 meses).
- Disponibilidad de trabajar en equipo.
- Poseer una habilidad o interés específico (investigar en web, redactar y/o ilustrar).

La estrategia Punto J no sólo les brinda capacitación en temas específicos sino que plantea un sentido de pertenencia y posibilita la acción de estas y estos jóvenes brindándoles una serie de herramientas que contribuyen a su empoderamiento y a una más fácil inserción en distintos entornos donde son protagonistas, se expresan y son responsables de brindar información y orientación a quienes lo necesitan.

En ese sentido, el portal Punto J se planteó como un medio de comunicación y de información sobre sexualidad y prevención del VIH, realizado por adolescentes y jóvenes para su pares. Un espacio donde las personas usuarias participan con sus comentarios e inquietudes acerca de estos temas y en el que el público objetivo y a la vez principal actor del proyecto son las y los adolescentes y jóvenes. La estrategia Punto J tiene tres componentes que son: la participación juvenil en alianza con la de personas adultas, el componente de sexualidades saludables y prevención del VIH, y el componente de uso de las TIC. Los ejes temáticos en torno a los cuales se encuentran los contenidos producidos y transmitidos a través de las TIC son la SSR y la prevención del VIH. Asimismo, los derechos sexuales y reproductivos son el eje transversal del trabajo realizado con los países.

Durante la segunda fase del proyecto también se incluyó la participación de adolescentes y jóvenes de Ica, Piura, Huancayo y Ucayali, para lo cual el IES realizó alianzas con Casas de la Salud, en Ica; la organización Dejando Huellas y la organización Generación J, en Ucayali; la Asociación por la Vida, en Piura; y el Instituto de Cooperación y Desarrollo Integración (INDECODEI) en Huancayo. Para la participación de Ica y Ucayali se contó con el apoyo del UNFPA.

Respecto al mantenimiento y la actualización del portal Punto J en ambas fases del proyecto, desde sus inicios cada una de las actualizaciones del portal tuvo en cuenta correos, opiniones en el foro y comentarios personales, entre otras recomendaciones que el público objetivo compartía con el equipo que se encontraba detrás del portal Punto J. La actualización implica la investigación continua de nuevos temas de interés, el desarrollo de nuevos diseños/personajes y la re-distribución o re-estructuración de la información con el fin de capturar la atención permanente de las y los adolescentes y jóvenes que visitan el portal. La metodología empleada consiste en la distribución de tareas dentro del equipo de voluntariado y del equipo técnico que acompaña todo el proceso de actualización, el cual se inicia con el planteamiento del tema a tratar, que resulta de un taller participativo, hasta la ilustración de cada uno de los artículos de cada sección. Estos talleres tienen una duración de 3-4 horas y su objetivo principal es brindar al grupo de colaboración voluntaria un marco referencial del tema que se trabajará en la actualización a realizar. Adicionalmente se refuerzan conocimientos y actitudes en relación a temas que hay que fortalecer, como por ejemplo derechos, autoestima, equidad de género, etc. La preparación de la metodología a seguir en el taller está a cargo de las y los promotores juveniles con asesoramiento de la persona educadora.

Una vez que se define el tema de actualización, se realiza una lluvia de ideas que permite definir los contenidos sobre los que trabajarán, y se identifican responsables (chicas y chicos) para la producción de los mismos. Posteriormente, los grupos de trabajo organizados se encargan de la investigación, redacción y edición, ilustración, construcción de cómics y/o fotonovelas, videos y spots, entre otros materiales de comunicación. Finalmente, estos productos revisados y editados pasan al equipo de jóvenes que se encargan de su actualización con apoyo de un o una programadora para su publicación mensual en el portal web. Una parte importante de la actualización, con algo más de frecuencia, es la referida a las orientaciones en línea que realiza el equipo de adolescentes y jóvenes responsables de la misma,



con el acompañamiento del promotor o promotora juvenil y una psicóloga del IES. La dinámica de actualización consiste en dar respuesta en un periodo de 15 días a todas las inquietudes referidas a sexualidad y prevención del VIH en adolescentes y jóvenes que nos plantean chicos y chicas que escriben a través de esta sección, utilizando para ello a cuatro personajes (Alex, Andrea, Sandra y José).

Resultados

Objetivos/Resultados esperados²⁶:

Antes de la experiencia	Después de la experiencia
- Portal Punto J construido en lenguaje HTLM que permitía publicar los productos pero no interactuar directamente con las personas usuarias -Organizaciones socias de países aliados no conocen la estrategia Punto J. - Grupo de voluntariado del Punto J que cuentan con un manejo básico de las TIC . - Escaso número de adolescentes y jóvenes conocen el portal Punto J como referente para informarse sobre la sexualidad.	- Portal Punto J con imagen rediseñada, incorporando herramienta de la web 2.0 y con plataforma de software libre. - El portal como espacio donde adolescentes y jóvenes se expresan libremente. - Video elaborado con la participación voluntaria de jóvenes y promotores (as) en el que se narra la experiencia del sistema de voluntariado. - Estrategia Punto J adaptada en 5 países de Latinoamérica y El Caribe. - Grupo de voluntarios y voluntarias del Punto J con compromiso y motivación, y dominio de las TIC.

Como resultados más significativos para el caso de Perú, la evaluación mostró que:

- Un mayor porcentaje de las y los adolescentes mostraron en la evaluación final una mayor apertura frente al uso del condón (2008: 44,4% y 2010: 53,9%).
- Un mayor porcentaje de usuarios y usuarias identificaron el portal Punto J como referente para informarse acerca de la sexualidad (31%, 2008 frente a 63,9% en 2010).
- Un mayor porcentaje de usuarios y usuarias reportó contar con información acerca del VIH y haberla recibido a través del portal Punto J (30,6% en 2008 frente a 63,9% en 2010).

En el caso de los países:

- Los resultados arrojaron una mayor apertura frente al uso del condón entre las y los usuarios del portal Estás Joven (Bolivia).
- Se evidencia un mayor porcentaje de adolescentes que tienen una actitud de apertura hacia el uso del condón (23,8%, 2009 vs 69,8%, 2010) entre las y los usuarios del portal Zonajoven (República Dominicana).

²⁶

Informe final Proyecto Punto J (2008-2010) presentado a IDRC/ICA. Lima, 2010.

La experiencia ha contribuido a la respuesta al VIH en tanto favorece la prevención en la población adolescente y joven, brindando información clara y accesible. Como líneas arriba compartíamos, la particularidad de esta experiencia se basa por un lado en que incorpora la participación activa y protagónica de adolescentes y jóvenes líderes en el rol de informar y orientar a sus pares, y por otro el uso de las TIC, lo que facilita que sean recogidas las necesidades, intereses, dudas y temores de esta población. Además, las TIC permiten llegar a gran cantidad de personas. Como resultado de la experiencia, adolescentes y jóvenes cuentan con un espacio alternativo en la web que respeta sus derechos.

Nuestra realidad nos llama a responder de manera más efectiva al VIH, más aún cuando las cifras nos dicen que las transmisiones de VIH están aumentando sobre todo en la población joven, mientras vemos que el índice hombre – mujer se va acercando mucho más. Aspectos como la existencia de mitos y tabúes en torno a la sexualidad, los estereotipos existentes, las desigualdades de género, la poca o deficiente educación sexual integral que se brinda en las instituciones educativas, incluso las pocas oportunidades para acceder al sistema de educación, la violencia, las barreras legales existentes para acceder a métodos anticonceptivos, pocas posibilidades de negociación por parte de las mujeres con sus parejas, entre otros, colocan a jóvenes y adolescentes, en particular a las mujeres, en situaciones de riesgo de adquirir el VIH. Aún se requiere luchar contra los estereotipos de género y la desigualdad de género que se da en torno al VIH, así como estimular activamente la participación de los hombres en esta respuesta conjunta.

Justamente, el portal Punto J ofrece hacia adentro de su organización y hacia afuera de ella contextos confiables, seguros, de pleno respeto por los derechos de la población adolescente y joven. Asimismo, permite brindar espacios de orientación en temas vinculados a la sexualidad y al VIH sin censura ni temor, así como contribuir a promover corrientes de opinión y un posicionamiento sobre la SSR, la sexualidad y el VIH partiendo de la propia opinión de adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres, y contribuyendo de esa forma a la creación de contextos saludables con pleno respeto por los Derechos Humanos. En el trabajo con el equipo de voluntariado y, como se describe antes, en Punto J se entiende la sexualidad como una dimensión inherente a la vida de las personas, lo que permite que se aborde la temática desarrollando capacidades críticas y de reflexión que les permitan optar por aquello que implique conducir la propia vida con autonomía y responsabilidad, viviendo la sexualidad saludablemente y en un contexto de pleno respeto de sus derechos, especialmente los sexuales y reproductivos.

A su vez es importante realzar el impacto del uso de las TIC en el proyecto Punto J. Como ya se señaló, las TIC se han convertido en herramientas con gran potencial para contribuir al desarrollo humano, principalmente en el campo de la educación y la salud. Su uso facilita procesos comunicativos, informativos y de interacción entre las personas. El rol de las TIC en realidad va más allá de lo que se imagina puesto que, hoy por hoy, nos permiten enfrentar las brechas digitales de nuestra región, principalmente las que enfrentan las mujeres. Uno de los retos que los gobiernos de nuestros países se comprometieron a asumir en la XII Conferencia Regional sobre la Mujer fue el de lograr mayor capacitación de las mujeres en la sociedad de la información, en igualdad de condiciones con los varones. No hay duda de que en las TIC tenemos una oportunidad, pero es importante que sean las mujeres, especialmente de las comunidades indígenas, quienes se apropien de ellas. Una representante de la OPS decía claramente que “el uso de las TIC es para aspirar a la igualdad sustantiva, que no es otra cosa que tener la mitad que por derecho le corresponde a las mujeres.”²⁷

²⁷ XII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe - 2013.





En ese sentido se habla de la posibilidad que ofrecen las TIC para equiparar oportunidades entre hombres y mujeres, y cómo pueden contribuir a garantizar los derechos plenos de todas las personas, en particular los de las mujeres. En el caso específico de las y los adolescentes y jóvenes, el acceso y el uso de Internet y las nuevas TIC les proporcionan la posibilidad de socializar y ampliar sus redes de contacto, intercambiar ideas y formas de comunicación, y encontrar nuevas oportunidades de desarrollo; y esto les aporta un sentimiento de pertenencia e inclusión social²⁸. Punto J incluyó como uno de sus componentes el uso de las TIC, ya que éstas se han convertido en herramientas con gran potencial para contribuir al desarrollo humano y que facilitan procesos comunicativos, informativos y de interacción entre las personas. A través de su portal y de las herramientas Web 2.0, se generó un espacio de intercambio, información y socialización para el desarrollo de las y los adolescentes y jóvenes con implicación directa en la estrategia y de las personas que usan el portal.

En síntesis, las TIC pueden ser una herramienta importante para el desarrollo, más aún cuando de jóvenes se trata. Es importante que sean utilizadas como oportunidad para mejorar capacidades y promover ciudadanía en condiciones de igualdad y equidad.

Monitoreo y evaluación

La matriz de monitoreo por resultados fue elaborada de manera conjunta y participativa con el equipo técnico del proyecto e ICA/IDRC, luego fue socializada con los países socios que intervinieron en la adaptación de la estrategia (Argentina, Bolivia, Ecuador, República Dominicana, México, Perú) hasta contar con su versión final en marzo de 2009. Dicha matriz contiene la totalidad de indicadores que se recogen en todos los países. Igualmente contiene la definición de cada indicador, el medio de verificación, la técnica de recolección y la periodicidad. Asimismo se ha elaborado una matriz de registro de información de monitoreo por resultados que contiene los indicadores de monitoreo específicos a reportar por cada país. También se han diseñado una batería de instrumentos para la captura de información que permita el reporte de los indicadores. La utilidad de los indicadores respecto a la implementación del proyecto se orientó en función de poder tomar como referencia datos concretos de los avances que se iban logrando y evitar de esta forma apreciaciones subjetivas que no necesariamente respondían a lo real. Así como también contar con información concreta respecto a los avances del proyecto y el funcionamiento del mismo. Los indicadores de monitoreo se reportaron a partir del año 2009.

Respecto a la Línea de Base y otras mediciones de los indicadores:

Metodología. Para el desarrollo de la línea de base se recogió información cualitativa y cuantitativa. El estudio cuantitativo se realizó en Lima y el cualitativo, en Lima, Huancayo y Piura. El público objetivo fueron varones y mujeres de 15 a 25 años. Se realizó una encuesta en población adolescente entre 15 y 18 años en instituciones educativas y en jóvenes entre 19 y 25 años, en las universidades.

Muestra. Para el estudio cuantitativo, la muestra de adolescentes fue de 503 y la muestra de jóvenes de 379. Asimismo se realizó una encuesta por Internet dirigida a adolescentes y jóvenes (de 15 a 25 años) que usaban el portal Punto J. Esta muestra fue de 294.

²⁸

Publicación Jóvenes, sexualidad y TIC. La estrategia Punto J en América Latina y el Caribe. IES – 2010.

Técnicas. En el estudio cualitativo se utilizaron grupos focales. Para el estudio cuantitativo se utilizó la técnica de la encuesta. Se elaboraron 3 cuestionarios: uno para adolescentes, otro para jóvenes y otro para personas usuarias del portal.

Sostenibilidad

Una convicción que se extrajo de la implementación del proyecto fue que la sostenibilidad de la estrategia Punto J se sustenta en su dimensión social, es decir, en el desarrollo de las y los adolescentes y jóvenes que la lideran. Para lograr la sostenibilidad social de la estrategia es necesario seguir fortaleciendo las habilidades de esa población y todo aquello que favorezca el ejercicio de sus derechos y su participación ciudadana, así como su compromiso con el desarrollo de sus pares y de su país. Un elemento que contribuye a que adolescentes y jóvenes se empoderen y que promueve la sostenibilidad de la estrategia son las herramientas de la web 2.0 y el uso de plataformas de administración de software libre que les permiten tener el control sobre la gestión del portal.

A nivel de cada país se han desarrollado acciones que contribuyeron a la sostenibilidad de la estrategia en América Latina y el Caribe, como por ejemplo la generación de recursos a través de diversas fuentes (consultorías y alianzas interinstitucionales). Por lo tanto, la sostenibilidad regional de la estrategia está ligada a que cada país desarrolle acciones que aseguren la sostenibilidad en el nivel local.

Otra de las acciones impulsadas por el IES como propuesta de sostenibilidad fue "La Cabijota", que consistió en la implementación de un servicio que buscaba la generación de ingresos y que sirvió a su vez como medio de trabajo para las personas voluntarias que participaron de la estrategia Punto J. Esta propuesta que el IES presentó al Premio Moviliza 2006, organizado por Ashoka²⁹, fue seleccionada entre más de 190 iniciativas de todo Perú y fue parte de los cinco finalistas al premio.

Conclusiones y recomendaciones

Uno de los principales retos que constituye al mismo tiempo el pilar central del proyecto es lograr una participación real y activa de personal voluntario de adolescentes y jóvenes, la cual implica que den sus opiniones, que participen en la toma de decisiones referidas a las actividades, que sientan su vinculación con el proyecto y su compromiso con los fines del mismo, además de que puedan mantener una presencia constante, que mucha veces es difícil porque tienen otras ocupaciones como el estudio, el trabajo o ayudar en las labores del hogar.

Otro reto lo presentó el poder transmitir la esencia del proyecto a los otros países de la región, enfatizando en que no se trata de un proyecto que prioriza el uso de las TIC sino más bien un proyecto que da prioridad a la persona, al o la joven, y donde la TIC es sólo una herramienta útil.

Desde el inicio del proyecto se han logrado más de un millón de visitas al portal Punto J, resultado de un trabajo articulado que se sustentó en un sistema de voluntariado fortalecido con mecanismos claros de participación. Actualmente se cuenta con investigaciones y materiales que muestran los beneficios de la incorporación de las TIC a favor del desarrollo de la gente joven, entre los que podemos mencionar: un manual de orientación en línea, un vídeo documental acerca del sistema de

²⁹

Ashoka, emprendedores sociales (www.ashoka.org). Premio Moviliza (www.moviliza.org).





voluntariado, un estudio de casos de la implementación de la estrategia en países de Latinoamérica y el Caribe y un artículo que presenta los resultados del proyecto.

Como recomendaciones finales creemos es importante señalar que:

- Las TIC pueden aportar al desarrollo cuando se utilizan como herramientas complementarias dentro de una estrategia clara centrada en el enfoque de derechos e igualdad de género y en la promoción de la salud.
- Cuando se trabaja con proyectos o programas que incorporan el uso de las TIC, por ejemplo internet, es esencial identificar cuál es la necesidad que satisface. Internet no es un fin en sí mismo sino un medio para lograr un fin.
- Para promover ciudadanía a través de las TIC se requiere que la herramienta facilite la participación de las personas que las utilizan. En ese sentido, las herramientas de la web 2.0 son muy útiles para promover la comunicación y la interacción de los y las participantes.
- El uso de estas herramientas por parte de adolescentes y jóvenes como medios para informar a sus pares les empodera y contribuye a que ejerzan su actoría social.
- La sostenibilidad de estrategias como esta, que buscan promover la SSR a través de la participación de adolescentes y jóvenes líderes, está basada en el mantenimiento de un grupo de adolescentes y jóvenes con compromiso hacia su comunidad. Esto requiere de un equipo técnico que apoye el fortalecimiento de capacidades y que les brinde acompañamiento. Esta sostenibilidad está centrada en el valor de la estrategia, es decir, en el propósito de lo que se busca y no en la herramienta.
- En síntesis, las TIC pueden ser una herramienta importante para el desarrollo, más aún cuando de jóvenes se trata. Es importante que sean utilizadas como oportunidad para mejorar capacidades y promover ciudadanía entre la juventud tomando en consideración sus múltiples identidades.

Recursos destinados al desarrollo de la experiencia

El proyecto Punto J: Adolescentes, jóvenes y TIC en respuesta a la epidemia del VIH en Latinoamérica y el Caribe fue desarrollado por el Instituto de Educación y Salud (IES) con el apoyo técnico y financiero del International Development Research Centre (IDRC) y del Instituto para la Conectividad de las Américas (ICA) de Canadá, así como también del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA):

16.000 USD Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (2009)

24.000 USD Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (2008)

667.000 USD Fuente: International Development Research Centre (IDRC) y del Instituto para la Conectividad de las Américas (ICA) de Canadá (2008 – 2010).



Advocacy para la Educación Sexual Integral desde un enfoque de igualdad de género y derechos humanos. Experiencia de PROFAMILIA Nicaragua 2008-2009

Urania Ruiz Condega³⁰

Introducción

Durante los años 2008 y 2009, PROFAMILIA Nicaragua implementó la iniciativa "Advocacy para la educación sexual integral", como parte del proyecto multipaís denominado con este mismo nombre que impulsó la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) con el apoyo financiero del Ministerio de Relaciones Exteriores de Dinamarca. A continuación se presentan las lecciones aprendidas de esta experiencia con especial énfasis en los aspectos relativos a la igualdad de género y el VIH.

Panorama general de la epidemia de VIH

En Nicaragua se reportó el primer caso de VIH en el año 1987 y hasta el 2011 el comportamiento epidemiológico en el país se mantiene como una epidemia concentrada, con una evolución de bajos niveles. En la actualidad, la prevalencia en población general y en embarazadas no sobrepasa el 1% y se mantiene en los grupos más vulnerables.

Según el Informe nacional de 2012 de avance en la lucha contra el sida, en el 2011 se registraban un total de 6.864 personas afectadas por el VIH, de las cuales 5.177 son VIH, 695 casos y 941 fallecidos. La tasa de prevalencia fue de 1001 y la incidencia de 19,88. Según sexo el 34,5% (2.305 mujeres) y 65,5% (4.379) hombres, manteniéndose la relación hombre/mujer de 1,89 a 1 es decir por cada 1,89 hombres viviendo con VIH hay una mujer en igual circunstancia. La prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es del 7,5%, en trabajadoras sexuales es de 3,2%³¹, y la prevalencia en embarazadas es del 0,05%³². La prevalencia en jóvenes de 15-24 años es del 0,114%, en hombres es de 1,32% y en mujeres de 0,1%, siendo la prevalencia del país inferior al 1%³³.

En 2011, la tasa de prevalencia nacional es de 100 por 100.000 habitantes, mientras un total de tres departamentos, Chinandega, Managua y León, se encuentran por encima de la tasa nacional. La prevalencia más baja del país se concentra en los departamentos de Río San Juan, Nueva Segovia y Matagalpa³⁴.

³⁰ Correo electrónico de la autora: ruizu20@yahoo.com

³¹ International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2009, 35 (2): 91-96.

³² Estudio centinela prevalencia de embarazadas 2011, MINSA.

³³ Encuesta Centro americana de Vigilancia de Comportamientos Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables 2009-2010.

³⁴ Registros Componente ITS-VIH y sida.

Hay ocho departamentos clasificados de alto riesgo (Chinandega, Managua, León, RAAS, RAAN, Masaya, Granada y Rivas), la mayoría de los cuales son zonas fronterizas y presentan factores de riesgo múltiples, como sexo comercial o afluencia de poblaciones móviles que se trasladan desde Costa Rica y Honduras. Seis departamentos se identificaron de mediano riesgo y tres se encuentran clasificados como de bajo riesgo. Es importante señalar que en todo el país existe transmisión activa de VIH, sobre todo en relaciones sexuales desprotegidas³⁵.

Al 2011, el Componente VIH de los diferentes sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS) del país en conjunto con el Componente Nacional y el CNDR han realizado la identificación y confirmación diagnóstica de un total de 1.171 personas afectadas por el VIH, el 90% de los cuales (1.053) tienen VIH, un 5,4% (64) desarrollaron enfermedad avanzada del VIH y el 4,6 % (54) fallecieron, siendo la tasa de mortalidad del 2,7 por cada 100 habitantes³⁶. En relación a la positividad, los hombres son mayormente afectados con el 60% (700) de los casos y el 37% (430) en mujeres, estableciendo una relación hombre/mujer de 1,62 a 1.

Objetivos del proyecto

El objetivo principal era que jóvenes que se encuentran dentro de la educación formal (primaria y secundaria) conozcan y disfruten de una sexualidad plena y feliz, ejerciendo sus derechos sexuales y reproductivos. El objetivo de defensoría se centraba en que, a partir del año 2009, el Ministerio de Educación de Nicaragua incluyera la educación integral de la sexualidad en los contenidos académicos de primaria y secundaria.

Objetivos específicos

- Fortalecer la capacidad de incidencia política de las organizaciones que trabajan en educación sexual.
- Incrementar la oferta y la calidad de la EIS con énfasis en el sector público, ayudando a incrementar la capacidad técnica del Ministerio de Educación.
- Fortalecer la capacidad de la asociación y sus aliados para lograr iniciativas de defensoría exitosas, con énfasis en la mejora de las habilidades de la gente joven para promover y demandar el ejercicio de sus derechos.

Descripción de las etapas del proyecto

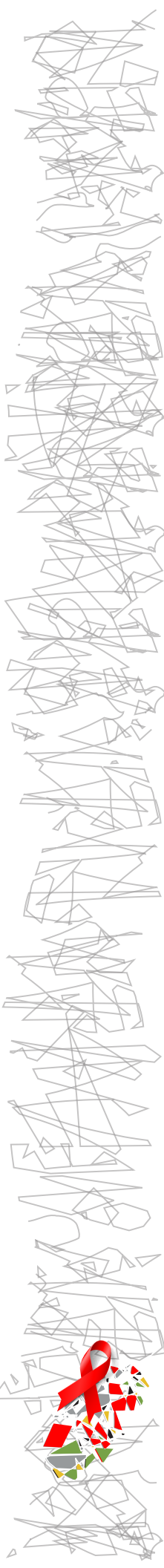
Se busca que todas las personas jóvenes disfruten de su derecho a ser informadas sobre su sexualidad y su salud sexual y reproductiva, así como a tomar sus propias decisiones al respecto, lo que contribuye a la reducción de las ITS (incluido el VIH), el embarazo, la violencia de género y otros problemas asociados a la salud³⁷. Los objetivos de la iniciativa se desarrollaron sobre la base de la estrategia de defensoría en Educación Integral en la Sexualidad (EIS) para conseguir la promoción a nivel nacional de un modelo de educación en sexualidad comprensiva, sensible a temas de género y basada en derechos, es decir que considere las diferentes dinámicas de poder relacionadas con y que influyen en las decisiones sexuales y sus consecuencias emocionales, mentales, físicas y sociales en el desarrollo personal.

³⁵ Datos Estadísticos 2011 del Componente ITS-VIH y sida.

³⁶ Información presentada en el informe nacional de avances en la lucha contra el sida 2012.

³⁷ Información presentada en el informe nacional de avances en la lucha contra el sida 2012.





El proyecto se desarrolló en distintas etapas cuyas actividades se describen a continuación.

Etapas ¡En camino!: Fortaleciendo y/o creando puentes para la acción

- **Mapeo político inicial y profundizar información sobre actores claves³⁸.**
- **Identificación de aliados actuales y potenciales aliados futuros:** Antes de organizar el taller de planificación de defensoría se identificaron los aliados básicos con los cuales se trabajaría la intervención, y los criterios para elegirlos fueron: confianza en su trabajo, que se compartieran temas comunes, que fueran relevantes en el país (reconocidas a nivel nacional), que su ideología institucional fuera coincidente y que no ocasionaran situaciones de conflicto o competencia. Algunas de las organizaciones identificadas fueron: UNFPA, Ixchen, Interact worldwide, CEPRESI, ASONVIHSIDA/ICW, ICAS, Alistar Nicaragua, Pasmo, Movimiento de jóvenes comunitarios, Plan Internacional, Inhiambia, Jóvenes en acción, entre otras. Con ellas se creó la Comisión Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
- **Organización y ejecución del taller de planificación de defensoría para la EIS:** Esta actividad contó con la participación de unas 30 personas con los siguientes perfiles: personas voluntarias y miembros de la Junta Directiva institucional (incluyendo representantes jóvenes), directores y responsables de área, equipo del proyecto y representantes de las organizaciones aliadas previamente seleccionadas. Implicación de las otras organizaciones y de las y los jóvenes como aliados, señalando claramente las actividades en las cuales se participará en conjunto.

Etapas ¡En acción!: Ejecutando el plan de defensoría en EIS

- **Mapeo político y legal permanente:** Considerando la situación de Nicaragua fue necesario mantener un monitoreo continuo para identificar oportunidades o barreras de intervención.
- **Monitoreo mensual del tema en medios de comunicación:** Tanto la comunicadora del proyecto como las y los activistas juveniles colaboraban en el monitoreo de medios de comunicación.
- **Desarrollo de un marco para la evaluación de la educación sexual en las escuelas:** Un elemento importante de esta intervención fue el contar con información basada en la evidencia de lo que ocurría en las escuelas de Nicaragua en relación a la educación sexual. En este sentido, se programó un diagnóstico al inicio y al final de la intervención que involucrara a jóvenes, personal docente, padres y madres de familia y autoridades educativas (para contar con todas las voces involucradas en este proceso).

³⁸

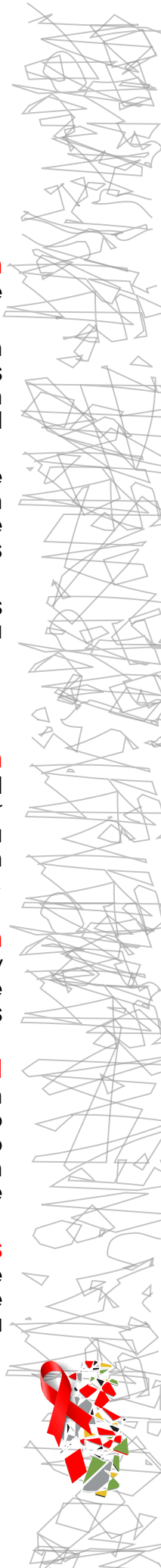
Si desea profundizar respecto a cómo hacer un mapeo político, le recomendamos : <http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Political%20Analysis%20and%20Mapping%20web%20version.pdf> <http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Manual%20Analisis%20y%20Mapeo%20político.pdf> Disponible en inglés y español.

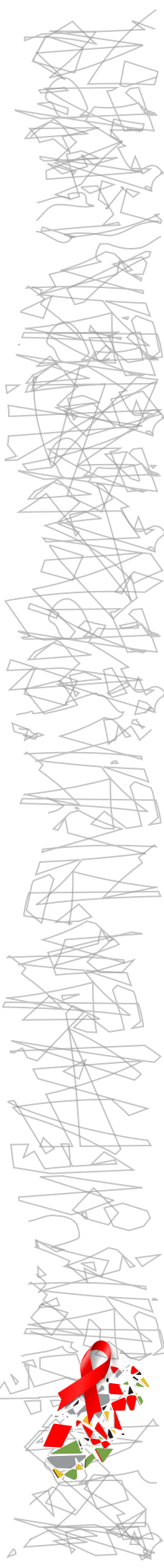
Con organizaciones aliadas

- **Identificación de necesidades y fortalezas de cada organización aliada:** El proceso de integración y capacitación de aliados fue permanente a lo largo del proyecto.
- **Capacitación continua para la organización y sus aliados:** Un elemento que le da sostenibilidad a este tipo de propuestas es que las organizaciones participantes desarrollen habilidades que les permitan enfrentar cualquier tema de defensoría en el futuro. Se mostró especial cuidado en la capacitación continua.
- **Implicación de jóvenes de otras organizaciones:** Como parte de un enfoque en la sostenibilidad, se tomó en cuenta la incorporación y el empoderamiento de las y los jóvenes, ya sea como delegados de organizaciones aliadas o como miembros de organizaciones juveniles propiamente dichas.
- **Monitoreo de la ejecución del plan de defensoría:** En las reuniones mensuales de la CNDSDR, una sección de la misma se dedicaba la monitoreo del plan de defensoría.

Con actores clave identificados

- **Identificar puntos de entrada y establecer canales de comunicación permanente:** El sistema burocrático es diferente en el sector público y en el sector privado o de ONG, por lo tanto hubo especial cuidado en organizar y poner en marcha estrategias que permitieran una comunicación fluida y permanente. Se organizaron desayunos o almuerzos de trabajo con ministros, parlamentarios, periodistas, etc., se envió material informativo, educativo, de sensibilización y/o promocional.
- **Obtener y fortalecer el espacio de comunicación directa con el principal actor político:** A través de dos canales, uno informal (las y los jóvenes) y otro formal (las cartas de presentación institucionales), se concertó una reunión entre el Ministro de Educación, sus principales asesores y representantes del proyecto y sus aliados.
- **Organizar y llevar a cabo reuniones técnicas entre aliados y el comité ejecutivo del MINED:** De todas las actividades programadas en el plan de defensoría, ésta fue muy importante para acelerar el proceso de aprobación y logro del resultado esperado de defensoría, ya que no se trata solamente de pedir un determinado cambio (mejor educación sexual), sino establecer de manera técnica y clara el contenido de ese cambio.
- **Sensibilización para la ejecución operativa del currículo en las escuelas:** Esta actividad incluyó diferentes estrategias para utilizar de manera efectiva los recursos del proyecto. Cabe resaltar que, aunque el proyecto se centró en defensoría, ofreció la oportunidad de reforzar la puesta en marcha de la aplicación curricular en las escuelas.





Con las y los jóvenes como aliados

- **Identificación, selección y capacitación de jóvenes como activistas juveniles:** El proyecto contó con un total de 13 activistas juveniles (siete en la capital y seis en otras ciudades importantes del país). El perfil de las y los jóvenes activistas fue: seis hombres, siete mujeres; el promedio de edad entre 17 y 23 años; estudiantes de educación secundaria y/o universitaria. Aquellos que estaban en la Universidad estudiaban laboratorio, enfermería, medicina, administración, contabilidad y comunicaciones. Este amplio abanico de intereses les permitió aportar al proyecto desde sus diferentes experiencias. Para las y los participantes, el proyecto constituyó un empleo remunerado; era el primer empleo para todos, motivo por el que fue una experiencia muy valorada.
- **Diseño y puesta en marcha de actividades propuestas por jóvenes:** Una vez organizado el espacio de participación juvenil, ellos y ellas propusieron una serie de actividades que fueron negociadas y acordadas con los adultos del equipo en base a la disponibilidad presupuestal, la pertinencia y la efectividad para el logro de los objetivos del proyecto.
- **Mapeo político.** El mapeo, como herramienta para conocer y entender la manera en que funciona el Estado, las instituciones que lo componen y sus diferentes niveles de acción, nos permitió conocer puntos de entrada tanto en materia legislativa como en la identificación de posibles actores clave para poner en marcha el proyecto. En esta estrategia se consultó a hombres y mujeres notables conocedores del tema a quienes se preguntó sobre la igualdad de participación de hombres y mujeres en los puestos públicos, situación de la educación en sexualidad en nuestro país y sus repercusiones en la población joven.
- **Fortalecimiento y mantenimiento de una red o una alianza interinstitucional.** Esto ha contribuido al mantenimiento del tema en la agenda pública, realización de campañas de advocacy a favor de los derechos de la gente joven, sensibilización a hombres y mujeres tomadores de decisiones para incorporar el tema de género en sus políticas institucionales, trabajo en la temática, capacitación de sus recursos, elaboración de proyectos e implementación de programas con enfoque de género así como mayor fuerza e impacto a nivel nacional en la realización de campañas. Las organizaciones que han incluido el tema de género están integradas en la Coalición Nicaragüense por los derechos sexuales y reproductivos, integrada por 17 organizaciones de sociedad civil. (Ver: <http://cndsdr.wix.com/cndsdr>, <https://www.facebook.com/CNDSDR>, <https://twitter.com/CNDSDR>)
- **Diagnóstico y monitoreo de la educación sexual en el país.** Los estudios realizados a lo largo de esta iniciativa permitieron conocer el nivel de conocimientos de hombres y mujeres sobre la salud sexual reproductiva, su interrelación y abordaje, lo que permitió hacer un involucramiento más participativo, llegar a la población diana en igual número de hombres y mujeres, así como realizar comparaciones de avances y retroceso tanto a nivel interno como con otros países de la región, sistematizar las experiencias y compartirlas.

- **Elaboración y difusión de propuesta técnicas y materiales de apoyo a la EIS.** Todos los materiales reproducidos incluían enfoque de género con información dirigida tanto a hombres como a mujeres y fueron validados por adolescentes y jóvenes de ambos sexos. Entre los temas que se abordaron se encuentran: la importancia de la educación integral en sexualidad, uso del condón para la prevención del VIH y otras ITS, acceso a métodos anticonceptivos y hojas informativas dirigidas a los tomadores de decisiones.
- **Integración y capacitación juvenil.** Han aprendido a conocer sus derechos humanos, identificar problemáticas que les afectan, establecer demandas ante tomadores de decisiones, impulsar agenda para el cambio, desarrollo de una conciencia crítica que les permite asumir un rol más activo en la defensa de sus derechos. Un tema que actualmente está en la agenda de jóvenes de ambos sexos es hacer que se cumplan los acuerdos de la Declaración Ministerial Prevenir con Educación, firmada por los ministros de salud y educación de América Latina y el Caribe con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en el contexto educativo formal y no formal, la cual incluye educación integral en sexualidad y acceso a servicios de salud para jóvenes.

Principales actores identificados

Consideramos actores clave a todos los involucrados en la implementación e intervención de las actividades desarrolladas en el proyecto de "Advocacy para la Educación Integral en la Sexualidad (EIS)", a las personas beneficiarias directa e indirectamente así como a tomadores de decisión que creen y confían en los cambios y beneficios de la EIS³⁹.

- **Ministro de Educación:** Este actor político fue nuestra audiencia objetivo. Se le sensibilizó de la problemática existente en la juventud por la falta de una adecuada EIS. En respaldo a este planteamiento, las y los jóvenes hicieron entrega de 16.000 firmas recolectadas en las principales cabeceras departamentales del país. Respondiendo a esta demanda, este actor se interesa en incluir el tema de la EIS en el nuevo Currículo Educativo, siendo efectiva en el año 2009⁴⁰.

Durante su gestión identificó la necesidad de que las Organizaciones de la Sociedad Civil reforzaran la capacitación del personal docente (maestros en activo). Mostró mucho respeto a los expertos en la temática e hizo un llamado a los Organismos Internacionales a brindar ayuda financiera de la que carece el sistema educativo de Nicaragua.

El principal desafío de este actor político es equipar de material educativo a todos los centros escolares que sean accesibles a personal docente, alumnado y padres/madres de familia, así como la mejora de las infraestructuras y el salario de docentes.

- **Personal docente:** Al conocer el personal docente los posicionamientos de la máxima autoridad del Ministerio y las peticiones de las y los jóvenes de ampliar sus conocimientos sobre su sexualidad, se mostraron flexibles en los horarios de clases para que las y los activistas juveniles brindaran charlas educativas en temas de EIS a estudiantes.

³⁹

Análisis de Mapeo Político 2008.

⁴⁰

Mayor información sobre el currículo aprobado se encuentra en: <http://www.portaleducativo.edu.ni/index.php/curriculo>.





Las y los docentes plantearon la necesidad de capacitación en temas de sexualidad ya que el currículo es nuevo y las preguntas del alumnado les exigía información de calidad. Esta situación motivó que la participación activa del personal docente en las actividades y ferias educativas de Salud Sexual y Reproductiva, en las actividades del proyecto como el diálogo con políticos, concurso de ensayo, mesas redondas, entrevistas, encuestas y estudios realizados dentro del proyecto, como el “Estudio de la situación de la EIS en Nicaragua”.

- **Parlamentarios(as):** Se realizaron reuniones de coordinación con diputadas y diputados de diferentes bancadas y comisiones de trabajo (F.S.L.N, PLC, ALN, Democrática, MRS, Partido Conservador), a quienes se les entregó material informativo sobre EIS. En su totalidad mostraron disposición a apoyar la defensa de la educación sexual basada en las leyes del país, participando algunos de ellos en las actividades programadas dentro del proyecto (ferias, foros, diálogos políticos).
- **Sectores Religiosos:** Mostraron apertura para hablar sobre algunos temas de la EIS, realizando actividades como charlas de sexualidad, ferias educativas, realización de pruebas de VIH. (Iglesia Luterana, Universidad Cristiana de Nicaragua, Catholic Relief).
- **Padres/madres de familia:** Participaron en los estudios realizados dentro del proyecto y también en el taller de fortalecimiento sobre EIS. Dichos estudios reflejan que padres y madres necesitan saber cómo abordar el tema de sexualidad con sus hijos e hijas, han sugerido capacitaciones y apoyan la decisión de sus hijos e hijas de participar en las charlas educativas promovida por jóvenes activistas.
- **Jóvenes:** El proyecto incluía a jóvenes, dándoles un espacio de participación y protagonismo muy importante lo que les permitió participar en todas las etapas de ejecución del proyecto tanto como beneficiarios como personal del equipo. Las actividades más destacadas desarrolladas por los jóvenes fueron la recolección de 16.000 firmas en los principales departamentos del país, realización de dos festivales, diálogo con políticos, elaboración de material educativo, artículos, divulgación de la temática en medios de comunicación, capacitaciones y réplicas a pares así como la implicación de más jóvenes como alianza estratégica.

Resultados

Como parte del proyecto, el estudio Diagnóstico de la Situación de la Educación de Salud Sexual y Reproductiva en colegios públicos y privados de Nicaragua aplicó una encuesta a adolescentes (de 15 a 19 años) procedentes de Managua, 42,4%; Rivas, 23,9%, RAAS, 20%, y Nueva Segovia, 13,7%, que incluía a sus progenitores y docentes⁴¹.

En el estudio se incluyó la pregunta de quién o quiénes consideran los adolescentes como personas indicadas para transmitir información sobre educación sexual y salud sexual y reproductiva a niños y niñas y adolescentes. En un 85,04% respondieron que los padres y madres, seguido por maestros y maestras (75,31%), mientras un 32,17% opinan que abuelos y abuelas, un 30,42% los amigos y amigas, y un 1,25%, otros, como educadores sexuales, expertos en el tema, organizaciones que hablen sobre salud sexual y reproductiva, y personas capacitadas. Así mismo se

⁴¹ Estudio de Línea de Base: Diagnóstico de la situación de la educación integral de la sexualidad en los colegios públicos y privados de Nicaragua.

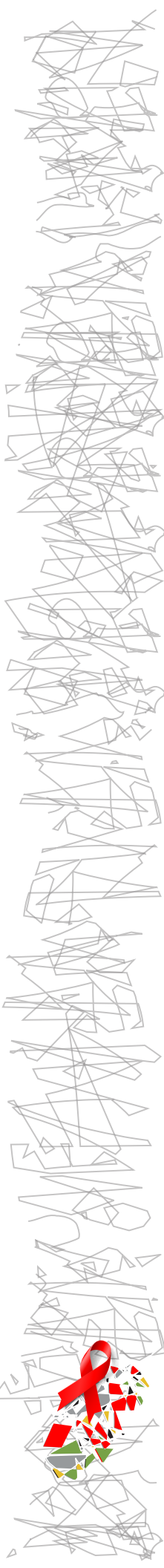
encontró que cuando en las familias se aborda el tema, se hace entre progenitores e hijos del mismo sexo o con otros familiares, y muy rara vez con el tutor del otro sexo. Consideramos que este dato es importante porque las y los jóvenes buscan información con la persona con quien se identifican, sienten mayor confianza y que puede comprender sus situaciones de cambios tanto psíquicos y físicos como sociales, logrando obtener información oportuna y tomar decisiones asertivas en su vida sexual. De igual manera podemos observar la persistencia de una práctica machista que asume que los temas de hombres son sólo de hombres y los de las mujeres sólo de mujeres. En cambio, las y los jóvenes sensibilizados consideran que todos deben participar en la educación sexual de sus hijos e hijas (expresiones de un chico de escuela primaria).

- Población alcanzada según audiencia de proyecto: profesorado, progenitores, jóvenes, tomadores de decisión, y otras.
- Los estudios realizados dentro del proyecto revelan que los temas de sexualidad no son abordados por todos los docentes. Existen a nivel nacional 49.000 docentes de los cuales 510 están ejecutando el currículo educativo, lo que representa que sólo el 1% del total utiliza el currículo de educación sexual y reproductiva. Hay brechas que superar como por ejemplo: Capacitaciones, sensibilización, disponibilidad de materiales y monitoreo de la EIS.
- 140 jóvenes capacitados en incidencia política, por sexo 67 varones y 73 mujeres en edades comprendidas entre 14 y 30 años.
- Número de jóvenes alcanzados a través de las réplicas de activistas juveniles a sus pares. 1.628 jóvenes capacitados 959 mujeres y 669 varones entre 14 y 30 años. Durante el 2009 se llegó a 34.862 personas, entre estudiantes de primaria, secundaria, universitarios y profesionales. 19.456 mujeres y 15.406 varones en el mismo rango de edad.
- 26 organizaciones capacitadas y sensibilizadas para hacer incidencia política.
- Los principales grupos de usuarios y usuarias y grupos de actores conocen la propuesta del proyecto y su vínculo con la equidad de género, y han asumido los roles que les corresponden para su aplicación.

Aumento de sensibilización en personal docente, que busca información de calidad y que está comprometido en brindar una educación más integradora al ser humano.

- Espacios de diálogo con altos funcionarios del Ministerio de Educación (ministro, delegados, técnicos y directores), apertura para permitir la realización del estudio "Evaluación final sobre la Educación Integral en la sexualidad" y las capacitaciones de refuerzo dirigidas a docentes, progenitores y alumnado en centros participantes del estudio inicial.
- Representantes parlamentarios aliados en defensa de la implementación de la EIS en el sistema de educación formal, confirmando su compromiso con la firma de la carta de concertación producto del "Diálogo con líderes políticos nacionales y jóvenes comprometidos en defender y promover la Educación Integral en la Sexualidad.
- Líderes religiosos promoviendo la EIS y uniendo esfuerzos en la prevención del VIH.
- Existencia de documentos en los cuales se fundamenta la necesidad de impulsar esta agenda para lograr la implementación de calidad de la EIS.





Los logros de la ejecución de esta iniciativa también se refuerzan en los resultados de la investigación cualitativa⁴² en la cual se señala que las y los estudiantes opinan que el componente de EIS del nuevo currículo ha empoderado a la gente joven para protegerse a sí misma en el presente y en el futuro, para tomar decisiones informadas acerca de aspectos relacionadas con la sexualidad y para establecer y mantener relaciones saludables, ya sean sexuales o no.

- Adquisición de nuevos conocimientos: Es altamente valorada como un elemento protector especialmente contra el VIH, otras ITS y embarazos no deseados. Esta información no se les brinda en los hogares de modo que recibirla en la escuela es una nueva e instructiva experiencia.
- Mayor confianza: Los conocimientos obtenidos a partir del nuevo currículo que incluye la EIS han equipado a la gente joven con la confianza y madurez para tomar decisiones informadas sobre cuándo y cómo iniciar, participar y/o abstenerse de tener relaciones sexuales. Sienten confianza en el futuro sabiendo que podrán gozar de relaciones sexuales saludables, planificar sus embarazos y evitar el VIH y otras ITS.
- Mejores relaciones entre mujeres y hombres: La población estudiante está aprendiendo sobre sexualidad con un enfoque de género y derechos sexuales. Las mujeres han aprendido a negociar y a elegir si tener o no relaciones sexuales y cuándo tenerlas, proteger y respetar sus cuerpos, respetarse mutuamente en una relación de pareja y consensuar las relaciones sexuales.
- Mejores relaciones con sus padres y madres, a quienes ahora pueden ver como figura adulta a quien recurrir en busca de consejo y apoyo. Tanto progenitores como estudiantes dan un gran valor a estas relaciones y han comenzado a hablar abiertamente sobre sexualidad y otros temas, contribuyendo a una mejor comunicación a pesar de la diferencia generacional que les separa.
- Conocimientos, actitudes y prácticas en jóvenes escolares: Inicialmente se identificó que un 92,8% de ambos sexos han recibido información sobre los temas de salud sexual y reproductiva; de los que el 54,9% opinó que la mujer sí puede quedar embarazada en su primera relación sexual, y el 45,9%, que una mujer puede quedar embarazada en un inodoro que tenga secreciones de semen. El 92,5% de adolescentes masculinos consideran que se debe iniciar vida sexual después de los 15 años, y un 6,2% antes de los 15 años. En general, cinco de cada diez consideraron apropiado el inicio de una vida sexual antes de los 19 años.

Al preguntar sobre la práctica, el 61% expresaron haber tenido ya su primera relación sexual entre los 13 y 15 años; un 32,4%, entre 16 y 19 años, y un 6,7% lo hizo antes de los 12 años. Entre quienes ya se iniciaron, el 6,7% mencionaron haberlo hecho una sola vez, siendo la relación en orden de importancia con el novio/a, amigo/a, pariente o con un recién conocido; un 1,9% ha tenido relaciones con trabajadoras sexuales. Del grupo que ya se inició, el 54% mencionaron que esperarían más tiempo para iniciar sus relaciones sexuales, un 40% lo harían en las mismas circunstancias y un interesante 5,7% empezaría antes.

En la línea de base se identificó que las principales fuentes de información utilizadas por las adolescentes son las madres, luego otros familiares y los padres son el tercer lugar. En el caso de los varones, los informantes más

42

Revisión cualitativa del proyecto de Educación Integral en Sexualidad, PROFAMILIA Nicaragua, Managua, Nicaragua, 22 al 30 de Abril 2010. IPPF.

importantes en la familia son los padres, otros familiares y la madre, lo que denota un abordaje de la temática en función del sexo⁴³.

- Conocimientos, actitudes y prácticas en docentes y autoridades escolares: Las autoridades de los centros escolares plantearon la necesidad de contar con un plan docente donde se incorporen como parte del currículo los temas relacionados con Educación Integral en Sexualidad.

Los temas son incluidos en las asignaturas afines como CCNN, Biología y Formación Cívica. Sin embargo es importante considerar el hecho de que los centros no contaran con el mismo nivel de desarrollo técnico y tecnológico. En los centros privados y religiosos algunos temas fueron abordados como parte de la formación cristiana.

El personal docente considera que aunque no se incluye en el currículo como una materia específica, las y los adolescentes deben recibir información sobre “temas dirigidos a la realidad” que les permita tomar decisiones de manera más informada.

- Conocimientos, actitudes y prácticas en progenitores: Padres y madres expresaron que se les debe hablar claramente sobre la SSR “a partir de los 13 años, en el primer año de secundaria, incluso más temprano, para que puedan prepararse ante cualquier circunstancia”.

Con relación a la información o educación sobre SSR recibida en las escuelas, expresaron que desconocen qué temas les han impartido, aunque en la mayoría de los casos expresaron estar de acuerdo en que se les brinde esta información en las escuelas.

Medición de la confianza en el futuro y las habilidades desarrolladas por las mujeres para negociar sexo protegido, respeto mutuo u otros. La utilización de la metodología de pares ha demostrado su eficacia principalmente en las etapas críticas de la vida, por lo que se recomienda formar monitores adolescentes para los grupos, lo que vendría a disminuir la necesidad de recursos externos para brindar la temática de salud sexual reproductiva, de igual manera esta metodología les permite entablar una conversación franca con mayor confianza. El tener conocimiento sobre educación integral en sexualidad les brinda confianza para tomar decisiones sobre sus vidas y apoyar a sus pares.

- Conocer sus derechos sexuales y reproductivos, les da confianza de comunicarse para decidir cuándo y con quién iniciar sus relaciones sexuales.
- Conocer sobre los métodos de planificación y el uso correcto y consistente del condón, les permite tener relaciones sexuales protegidas y placenteras.
- Conocer qué hacer y dónde acudir ante una posible ITS, VIH, o encontrarse en situaciones de violencia u otro problema de salud es una de las habilidades adquiridas que pondrán en práctica en las diferentes etapas y circunstancias de sus vidas.

⁴³ Proyecto ADVOCACY “Promoción de la Educación Integral en la Sexualidad en Nicaragua - EIS”. Sistematización de Experiencia.





Cambios en las relaciones padres/madres e hijas/hijos, y cambios en la comunicación de las y los jóvenes sobre sexualidad: Las y los progenitores han planteado que la información de salud sexual y reproductiva se debe iniciar en la primaria y en concordancia con el desarrollo que muestren. Plantean dos alternativas para la introducción de la temática: una como materia específica y la otra incluida dentro de los tiempos de cada asignatura.

Los temas que incluye la guía básica de consulta para docentes⁴⁴: Sexo y género, Desarrollo de una personalidad plena, Desarrollo de la afectividad, La familia, la primera escuela, Prevención de la violencia y del abuso sexual, Pubertad y adolescencia, El grupo en la adolescencia, Paternidad y maternidad responsable, Reproducción humana, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/sida, Prevención del cáncer y otros trastornos del aparato reproductor, y Toma de decisiones y proyecto de vida.

Diferencias y similitudes entre hombres y mujeres en los resultados de la iniciativa. En cuanto a las razones o condiciones relacionadas con el inicio de la vida sexual, el análisis conlleva que en las mujeres predomina el consentimiento mutuo y el enamoramiento como las razones más importantes para el inicio de la vida sexual. En el caso de los hombres predomina el enamoramiento, el convencimiento de parte de los varones o las relaciones espontáneas, sin embargo en ellos el enamoramiento es una razón casi tres veces menor que en las mujeres.

Un aspecto relevante en cuanto a los sentimientos que se generan después de la primera relación sexual se pueden observar importantes diferencias entre géneros. En el caso de las mujeres se observa que más de las dos terceras partes de las que han iniciado vida sexual (69%) refieren que hubiesen preferido esperar más tiempo para iniciar las relaciones sexuales, en el caso de los hombres esta proporción es cercana a la mitad (48%).

En cuanto a los MAC, las tres cuartas partes de las mujeres y el 60 por ciento los hombres utilizaron algún método de planificación familiar durante su primera relación sexual, siendo el más utilizado el condón masculino.

En cuanto al VIH, la mitad de las y los adolescentes se perciben sin riesgo para contraer el VIH, y cerca de una quinta parte se considera con bajo riesgo, sin que se observe diferencia por el sexo o el tipo de colegio.

Uno de los aspectos relevantes es que, a pesar de la alta difusión de información acerca del VIH en cuanto a su forma de transmisión, existe un amplio sector que considera que se cura o desconocen si se cura. Un 28% de mujeres y 40% de hombres refieren que tiene cura o que no saben si se cura y la mitad de las y los adolescentes en colegios públicos y un tercio en colegios privados, suponen que reconocerán características específicas en las personas que tienen el virus.

Con la implementación de esta experiencia la gente joven ha aprendido sobre sexualidad en términos de género y derechos sexuales y reproductivos.

Entre las similitudes está el haber aprendido a negociar y a elegir si tener o no relaciones sexuales y cuándo tenerlas. Ambos conocen la responsabilidad que supone tener relaciones sexuales e identifican los riesgos que éstas pueden tener en sus vidas si no se protegen, así como del respeto hacia sus propios cuerpos, respetarse mutuamente y cómo tener relaciones sexuales placenteras y libres de riesgo.

⁴⁴ Educación de la sexualidad: Guía básica de consulta para docentes.

Entre las diferencias está el que son siempre los jóvenes varones quienes deciden tener relaciones sexuales antes que las jóvenes⁴⁵, y también son ellos quienes dicen tener más de una pareja sexual. Por lo general quien asume las consecuencias del embarazo es la chica, quien a veces se ve obligada abandonar los estudios y realizar trabajo poco remunerado. Los padres muestran una mayor permisibilidad hacia sus hijos que hacia sus hijas⁴⁶.

La participación femenina fue la más representativa (58,9%) en relación a la participación de los varones (un 41,09%) en las actividades de formación sobre defensoría en salud sexual y reproductiva y actividades propias del proyecto.

⁴⁵ Resultado del estudio de Base: Diagnóstico de la situación de la educación integral de la sexualidad en los colegios públicos y privados de Nicaragua.

⁴⁶ Expresiones de una niña de 13 años durante un taller de formación.



La integración del arte a una intervención de prevención de VIH/ITS y sus alcances en el trabajo de prevención

Patricia Noboa-Ortega, Jesús M. Ortega Guzmán y Alana Feldman Soler⁴⁷

Introducción

La integración del arte a una intervención de prevención de VIH/ITS y sus alcances en el trabajo de prevención fue un trabajo de investigación y evaluación que se llevó a cabo en la organización Taller Salud en el municipio de Loíza, en Puerto Rico. Este trabajo fue financiado por AIDS United, una organización sin fines de lucro localizada en la ciudad de Washington DC, Estados Unidos, que apoya financieramente a las organizaciones sin fines de lucro y provee apoyo en evaluación de programas. Patricia Noboa-Ortega fue la evaluadora de esta intervención junto con el asistente de evaluación, Jesús Ortega Guzmán. En Puerto Rico, la tasa de infección por el VIH sigue aumentando en la población de mujeres. Hacia finales de mayo de 2011 se habían notificado un total de 42.715 casos acumulados de VIH/sida, de los cuales 11.027 correspondían a mujeres. De ese grupo, un 63% (n = 6.954) informó haberse infectado mediante relaciones heterosexuales (Oficina de Estadísticas de Salud, 2011).

En el caso de otras ITS, en 2010, de un total de 1.288 casos de herpes genital, un 72% (N=928) son mujeres, frente a un 27,9% que son varones (N=360). Para las verrugas genitales, que se desarrollan tras infección con el Virus de Papiloma Humano (VPH), de un total de 2.938 casos, un 95% son mujeres (N= 2.792) frente a un 5% (N=146) de varones. Para la gonorrea, el patrón es distinto: de 313 casos, un 54% (N=171) son varones frente al 45,3% (N=142) de mujeres. Finalmente para la clamidia, de 5.995 casos, un 81% (N=4,863) son mujeres frente a un 19% (N=1.132) de varones (OCASET, 2012). En conclusión, estas estadísticas apuntan a que cuando se da un encuentro sexual entre hombres y mujeres, las mujeres están en mayor riesgo de infectarse con alguna ITS.

Taller Salud es una organización de base feminista comunitaria que ha trabajado durante más de 30 años por el bienestar y la salud integral de las niñas, jóvenes y mujeres adultas, dirigiéndose prioritariamente a comunidades de escasos recursos económicos. Aspiramos a una sociedad inclusiva, que valore y asegure la salud integral de las mujeres, que reconozca, respete y abogue por sus derechos a tomar decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas; y que facilite los recursos, el apoyo y la educación participativa entre mujeres, por la salud y el bienestar de todas. Nuestros esfuerzos se concentran en la promoción de la salud sexual y reproductiva

⁴⁷

Correo electrónico de autoras/es: Patricia Noboa-Ortega pnoboa@ipsi.uprrp.edu, Jesús M. Ortega Guzmán jmortega@ipsi.uprrp.edu; y Alana Feldman Soler alanationland@hotmail.com

y la prevención de violencias y nuestras principales áreas de trabajo incluyen la prevención del VIH y otras ITS, embarazos en adolescentes, violencia, agresión sexual y maltrato a menores. Nuestras intervenciones educativas se llevan a cabo en el Noreste de Puerto Rico, incluyendo los municipios de Loíza, Canóvanas, Carolina, Río Grande, Fajardo, Luquillo y Vieques; utilizan una perspectiva de género e integran la experiencia de participantes a través de metodologías participativas. Estos municipios tienen una de las tasas más altas de ITS, siendo Loíza uno de los más afectados. En el 2010-2011 hubo 932 casos incluyendo clamidia, herpes, gonorrea y VPH.

Quisiéramos comenzar este trabajo con una cita de una de las participantes de la intervención que, a nuestro modo de ver, aporta pistas de por qué integramos el arte a esta intervención de VIH y otras ITS.

“...el tema de la sexualidad femenina y de las infecciones de transmisión sexual es más fácil manejarlo a través de las artes porque son asuntos bastante escabrosos y difíciles de manejar y yo creo que el hecho de intercalar información a la misma vez que trabajábamos la figura hizo el proceso como tan fácil, tan agradable... Tratar a través del arte unos temas que no son tan fáciles se hace más llevadero.” (G5)

Las preguntas que anclan este trabajo son: ¿Cómo nuestro equipo de trabajo creó una experiencia psico-educativa que posibilitó que las mujeres participantes pensaran en su propia historia, en particular, sobre cómo fueron constituyéndose como mujeres? ¿Cómo las facilitadoras de esta intervención lograron promover que las participantes conversaran sobre ese proceso de constitución? Y por último: ¿Qué producciones discursivas articularon ellas al final de la intervención que dan cuenta de los cambios que querían ejercer en su vida para evitar situaciones que afectaban su salud física, psicológica y emocional?

Descripción

Arte con Salud fue una intervención de prevención del VIH y otras ITS dirigida a mujeres heterosexuales adultas entre las edades de 18 y 40 años, que estuvo compuesta por siete sesiones de tres horas de duración. Los criterios de selección fueron: 1) ser mujer heterosexual entre edades de 18 y 40 años, 2) haber estado activa sexualmente en los últimos seis meses en el momento de llevar a cabo la entrevista y 3) tener una joven entre 15 a 20 años con la que poder hablar sobre los temas de la intervención. En total formaron parte del estudio 63 mujeres.

Los objetivos de **Arte con Salud** son aumentar: 1) el conocimiento de transmisión y prevención del VIH y otras ITS, 2) la percepción de riesgo frente al VIH y otras ITS, 3) el conocimiento y el uso del condón masculino durante las relaciones sexuales (orales, anales y vaginales), 4) el número y calidad de las conversaciones sobre temas relacionados con la sexualidad, así como la comodidad para hablar sobre estos temas con la joven, y finalmente, 5) la realización de la prueba de VIH y otras ITS.

Esta intervención fue la culminación del esfuerzo con un equipo interdisciplinario compuesto por: 1) Dhara Rivera (artista plástica), 2) Jacqueline Rodríguez (doula, partera, especialista en género), 3) Dra. Lydia Pérez (psicóloga clínica) y 4) Dra. Patricia Noboa Ortega (psicóloga con especialidad en investigación de VIH). Reconocemos la consultoría de la Dra. Cynthia A. Gómez del Health Equity Institute for Research, Practice and Policy, del estado de San Francisco, CA, EEUU.





Arte con Salud utiliza el arte como vehículo para conectar con el propio cuerpo. Cuando nos referimos al cuerpo aludimos al cuerpo físico que, como sabemos, es terreno de grandes batallas. Nos parece que sobre ese cuerpo se inscriben discursos que afectan a las mujeres cuando ese cuerpo no responde a los estándares de belleza y a las normas sociales establecidas, a juzgar por los epítetos referidos al cuerpo físico, como barrigona, gorda, fea, bembona, chumba y plana, entre otros. Si te alejas de las normas vinculadas a la heteronormatividad escuchas términos como “pata sucia” (‘pata’ en Puerto Rico es una expresión despectiva para lesbiana), “puta” o “no vales nada”, entre otros muchos, articulados por familiares, amistades, parejas o vecinos y vecinas, entre otras personas del entorno. En la intervención aludimos a un cuerpo psíquico, donde se alojan los efectos psicológicos y emocionales en forma de malestares, incomodidades y disconformidades producidos por las continuas y permanentes comparaciones entre ese cuerpo idealizado y el percibido. Ante la introyección de ese ideal de belleza y frente a esas comparaciones es cuando las mujeres sienten que no les gustan sus pies, sus piernas, sus nalgas, se piensan feas, flacas, “putas”, desconfían de sus capacidades o se sienten inseguras frente a un otro.

El arte pone de relieve las incomodidades y disconformidades que de ahí se derivan y hace conscientes esas tensiones y malestares. El arte en la intervención fue utilizado con fines psico-educativos y no terapéuticos, y cuando era necesario un trabajo de acompañamiento y de mayor profundidad, la psicóloga clínica atendía en sesiones individuales a las participantes.

Cada sesión se iniciaba con un ejercicio llamado “Ritual con la silueta”, facilitado por la psicóloga clínica que consistía en una visualización cuyo objetivo era prepararlas para el trabajo en las sesiones. Se les pedía que se sentaran frente a su silueta y trataran de concentrar su atención en conectar con la silueta mientras respiraban. Debían mirar la silueta como si fuera un espejo y observar: (1) su pelo, (2) sus ojos, (3) su nariz, (4) sus orejas, (5) su boca y dientes, (6) sus senos, (7) su barriga, (8) sus caderas y nalgas y (9) se detenían en la vulva. Se les sugería que se la imaginaran por dentro. Luego continuaban con el recorrido: (10) sus piernas (muslos, pantorrillas) y sus pies. Se hacía mención también del color de piel y altura, y a continuación compartían sus experiencias de la visualización y se iniciaba la sesión.

Sesión 1: Presentación del proyecto

En esta sesión se presentaba el proyecto AcS, se administraba la prueba previa (cuestionario que medía las variables de la intervención) y se enseñaban las técnicas de expresión visual. El objetivo de esta primera sesión era motivar a las mujeres a formar parte del proyecto AcS.

Sesiones 2 y 3: ¿Quién soy? Huellas en mi cuerpo y en mi persona

En ambos talleres se identificaban los mensajes sobre sus cuerpos que han recibido las mujeres durante su vida (infancia, juventud y edad adulta). La razón de ser del ejercicio era que, en la medida en que las mujeres se sienten incómodas, se sienten menos, se ven inseguras, avergonzadas de su cuerpo, y les será más difícil protegerse. Los mensajes eran escritos en una silueta y, con esa conciencia de los mensajes alojados en el cuerpo, se pasaba al trabajo con el arte. En la sesión tres recortaban imágenes de las revistas que representaran los discursos que habían recibido que les hacían sentir bien y de esta manera iban poblando su silueta.

Sesión 4: Conociendo mi vulva

En esta sesión ellas exploraban la anatomía de la vulva y los indicadores físicos de las ITS, y como estrategia de prevención se les enseñaba a hacerse el autoexamen

vaginal (conocer su cérvix) utilizando para ello un vídeo de siete minutos: “La Salud está en tus manos”. Con el objetivo de desarrollar respeto, admiración y protección por la vulva se proyectan pinturas inspiradas en esa parte del cuerpo y a continuación pintaban la suya propia. En ese proceso de creación se exploraba cómo se sentían trabajando con la vulva y la artista recalca la importancia de protegerla y cuidarla.

Sesión 5: Mi cuerpo protegido durante el encuentro sexual

En esta sesión se abordaba el uso del condón femenino y masculino y practicaban cómo poner el condón masculino. Mientras, se discutían las barreras que encontraban para su uso y se promovía la seguridad y el placer en el encuentro sexual. Como estrategia de negociación se practicaba poner el condón con la boca y para el arte se utilizaba la técnica de “*condom prints*”, que consiste en que las participantes mojan con pintura el condón y marcan en su silueta aquellas áreas que desean proteger. Con este juego se promueve la familiaridad en el manejo del condón.

Sesión 6: Prueba de VIH

En esta sesión las mujeres se hacían la prueba de VIH.

Sesión 7: Yo de hoy en adelante

En esta sesión se completa la figura dibujando y pintando el rostro. Se iniciaba con una presentación de las imágenes de las siluetas que las participantes habían creado en sesiones pasadas y con ese ambiente reflexivo provocado por el recuerdo de lo vivido se pasaba a completar la figura. Mientras las participantes trabajaban con el rostro, la artista plástica invitaba a pensar en el título le pondrían a su figura.

Se grabó la presentación de sus figuras y se hizo un análisis de contenido de los nombres que habían puesto a sus siluetas. Varias participantes nombraron su figura con expresiones que aluden a nuevas formas de pensarse y sentirse:

“Desintoxicar”

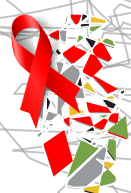
Lo que pensamos sobre...la vulva,..... Que también nuestra pareja respete ...esa parte de nuestro cuerpo, que lo vea como algo sagrado, porque es algo sagrado para nosotras. La hojita y la ola representan que nosotras, las mujeres, debemos olvidar un poquito lo que el mundo exterior dice de lo que es una mujer. (G5)

“Mi transformación”

Porque las partes que yo había puesto en anaranjado fue la parte que no me aceptaba... según fui cogiendo el taller me fui aceptando. Hubo cambio, fue una transformación completa porque fue mental y física. Porque había unas cosas que yo no las aceptaba muy así, de primera intención, pero las fui analizando y me atreví, por eso le puse “mi transformación”. (G7)

“Vida”

Aprendí a aceptar que los cambios que había tenido en mi cuerpo habían sido por haber dado vida. Aprendí que esos cambios no son una enfermedad. Yo no me representé con las cosas físicas, sino flores, mariposa. Tengo la boca grande y a mí me encanta mi boca... Así que yo la puse con lo más lindo que yo encuentro, que es una mariposa. Mis senos yo siempre había tenido complejos porque primero eran





pequeños y después de mis hijos eran flácidos, quería hasta operármelos y ahora no. Lo representé como unas hermosas flores que le dieron leche a mis hijos. (G7)

"Protegerme"

Protegerme en base a la confianza, porque como a veces una es tan tímida no nos atrevemos a hacer cosas que son buenas, como la protección. No me atrevía a ponerle un condón a mi esposo, pero ahora yo se lo pongo feliz con la boca. (G1)

Este reposicionamiento ante su esposo, el poder ella sentir confianza y seguridad consigo misma sobre sus estrategias de seducción es una ganancia. Para nosotras no hay mejor ganancia que estar confiada en el mundo.

Las mujeres articularon promesas para sí mismas y cambios que experimentaron a partir de la intervención. Algunos de éstos se dirigían a sus maneras de pensarse, tratarse y relacionarse con otros. Otras lograron vincular acciones en el presente que tienen raíces en el pasado y que pueden constituirse en impulsores de futuro:

Usar el condón a pesar de que hay veces que una está medio perdida en el mundo, ¿me entienden? Hay que acordarse, hay que tener un condoncito guardado; aunque los padres se enojen cuando vean un condón. Pero no son ellos, es una que tiene que protegerse. (G5)

Yo nunca me había sentado a plantearme qué cosas yo pensaba de mi cuerpo que estaban bien metidas en mi subconsciente y las afloramos aquí. A veces una hace cosas de manera inconsciente por un mensaje que le han enviado, algo que le han enseñado a una de pequeña y no sabe por qué lo hace. Pero después recuerda por qué fue. Ese viaje al pasado fue muy bueno para mí. Me ayudó también a liberarme, a ver realmente mi cuerpo como un tesoro. (G5)

Conclusión

Los resultados de esta intervención apuntan a que incluir el arte en la intervención fue una herramienta poderosa y efectiva para profundizar en aspectos que rebasan los objetivos de la intervención. A juzgar por los discursos de las participantes hubo unas atenciones a sus historias que les permitieron reconocer el efecto de los mensajes en sus vidas, cosa nada fácil. A su vez, darle voz a ese impacto, es decir, reconocer que eso pasó y no ser indiferente al efecto. El tener tres facilitadoras con preparaciones distintas (clínica, artista plástica y especialista en asuntos de sexualidad) fue clave para profundizar en los aspectos que son fundamentales a la hora de considerar protegerse del VIH y otras ITS. Aspectos intra-psíquicos como la incomodidad con el cuerpo, el no sentirse adecuada, son aspectos que las vulnerabiliza a la hora de enfrentar el embate de su pareja sexual cuando quieran protegerse. Utilizamos el término embate porque las respuestas de las parejas sexuales no se limitan a acoger de buena gana tal sugerencia. En sus discursos se dejó entrever un trato distinto consigo mismas, a ser más amables consigo y a sentirse más cómodas con su cuerpo. Sugiere esto que hay unos nuevos posicionamientos antes esos discursos patriarcales de menosprecio a lo femenino. La utilización de una metodología cualitativa nos permitió capturar cambios significativos en las participantes que de otro modo no hubiésemos podido identificar. Finalmente, ¿qué bondades tuvo integrar el arte a esta intervención? ¿Qué ganaron ellas dibujando y pintando

a través de esas siete sesiones? Estas reflexiones las basamos en una lectura que hicimos de un libro titulado el *Arte Infantil y Cultura Visual*.

Primero, aprendieron a explorar una estética de la línea, la forma y el color a medida que iban trabajando con su silueta y sobre todo, con los modelajes de la artista plástica. En ese quehacer, mientras hacían la silueta, iban explorando, analizando e interpretando su silueta como pieza artística y a su vez iban resignificando su historia. Utilizando una expresión que hiciera el psicoanalista argentino Luis Hornstein (1992), citado en el trabajo de García y Santos (2011), “tomaron esas miradas hacia el pasado como impulsoras de futuro”. El trabajar con la silueta, que para nosotras es trabajar consigo mismas, las llevó a unas reflexiones importantes sobre su vida, desarrollando una mejor comprensión de sí mismas y de sus formas de relacionarse consigo y con los demás. El poner de relieve sus inconformidades, manejarlas y transformarlas con el pincel y con la palabra (en tanto lo compartían con las otras mujeres) a través de las plenarias, les aportó ganancias. Nos parece que les permitió generar respuestas subjetivas y emocionales ante lo vivido; también les permitió reposicionarse ante lo narrado o plasmado en la silueta. Finalmente, la creación de la silueta instauró un espacio de “hacer y crear” que facilitó el proceso de apropiación de un nuevo discurso que les es propio y subjetivo. A partir de la intervención, las mujeres aumentaron entre un 10 y un 30% el uso del condón en sus encuentros sexuales y muchas de ellas se hicieron las pruebas de VIH, pasando de un 23,8% a un 65,9%, y las pruebas de ITS, de un 23,8% a un 35,7%. Ambos resultados apuntan a mujeres que han tomado control de su salud sexual. La integración del arte demostró ser un buen vehículo para abordar temas vinculados a la salud sexual de las mujeres.

El abordaje innovador y sostenido a través de las sesiones entre el arte, las discusiones de género y salud sexual, y el ambiente de relajación e introspección creado a partir de cada visualización de la silueta hicieron de AcS una intervención única y deferente de prevención del VIH y otras ITS. Como hemos presentado, AcS se alejó de las modalidades tradicionales de prevención, como es brindar información fuera de contexto y poco pertinente. Nosotras nos alejamos de la idea tradicional y anquilosada de abordar los aspectos biológicos del cuerpo y de las enfermedades como medio para promover el cambio en conducta, y jugamos en cambio, pintamos y reconocimos a su vez los determinantes sociales que afectan la salud sexual de las mujeres, como es la falta accesibilidad a las pruebas de VIH y la inequidad de género. Al mismo tiempo, en su travesía hacia su pasado y a los discursos que las fueron moldeando y subjetivando, abordamos los factores intrapsíquicos que intervienen a la hora de hablar de la propia protección. El arte abrió la puerta para identificar sus historias en común como mujeres, para comunicar aquello que las marcó y para seleccionar aquellos aspectos de sus vidas que desean transformar. Los resultados cualitativos y cuantitativos de la evaluación apuntaron a que esas transformaciones iban dirigidas a elegir en favor del bienestar y la protección sexual.

Los resultados de este trabajo apuntan al valor que tiene la integración del arte y la educación popular en los programas de prevención del VIH y otras ITS. Durante la implantación hubo una mirada sostenida al pasado, anclada a una historia colectiva que las mujeres fueron construyendo. Esas discusiones son vitales al abordar la prevención del VIH y otras ITS en programas dirigidos a jóvenes y mujeres. Esa mirada a su historia “escabrosa y difícil”, como la describió una participante, no viene desde posicionamientos planificados por las facilitadoras sino por el quehacer artístico con la silueta. Resulta importante que los programas de prevención le presten atención a poner de manifiesto las incomodidades y disconformidades





con el cuerpo y a abrir espacios para identificar aquello que descubre la propia fortaleza de las mujeres participantes. A nivel programático es importante identificar cómo pensamos a las mujeres. Sabemos que somos muchas y muy distintas, con diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género. Pero, ¿cómo miramos sus diversos devenires?, ¿les reconocemos sus capacidades de agencia?, ¿les aplaudimos y celebramos sus históricas estrategias de resistencia, o por el contrario, a través de programas y políticas públicas, reinstalamos discursos normativizantes que tienen el efecto de desvalorizar y reducir así sus capacidades para alcanzar metas personales? A partir de estos resultados también se ve necesario incorporar a las intervenciones las pruebas del VIH y otras ITS. Por el estigma asociado a las infecciones de transmisión sexual, una de las barreras principales para hacerse las pruebas es el miedo al resultado (Fortenberry, McFarlane, Bleakley, Bull, Fishbein, Grimley, Malotte, Stoner, 2002; Lynskey, 2007). En un ambiente de confianza, seguridad y acompañamiento por otras mujeres y por las facilitadoras, este acto de prevención resulta menos amenazador. Esta integración hace las pruebas más accesibles a la diversidad de mujeres, en especial a mujeres bisexuales, transexuales y transgénero, que históricamente han sido excluidas de los servicios de salud. La integración también garantiza que la prestación del servicio se lleve a cabo de manera adecuada por un personal sensible y adiestrado, sobre todo, al dar un resultado positivo. Por nuestra experiencia, la actividad en la que las mujeres se hicieron la prueba de VIH fue una actividad potenciadora de sus propias capacidades. Muchas de ellas invitaron a sus parejas sexuales y a jóvenes conocidas, rebasando así nuestras expectativas y, más aún, quebrantando el manto de secretividad, vergüenza y miedo que tradicionalmente ha acompañado la realización de estas pruebas.

A modo de conclusión, y reconociendo las complejidades organizativas de las diversas agencias tanto gubernamentales como no gubernamentales, ponemos a su consideración los siguientes aspectos que deben ser tenidos en cuenta ante la decisión de replicar el modelo curricular de Arte con Salud:

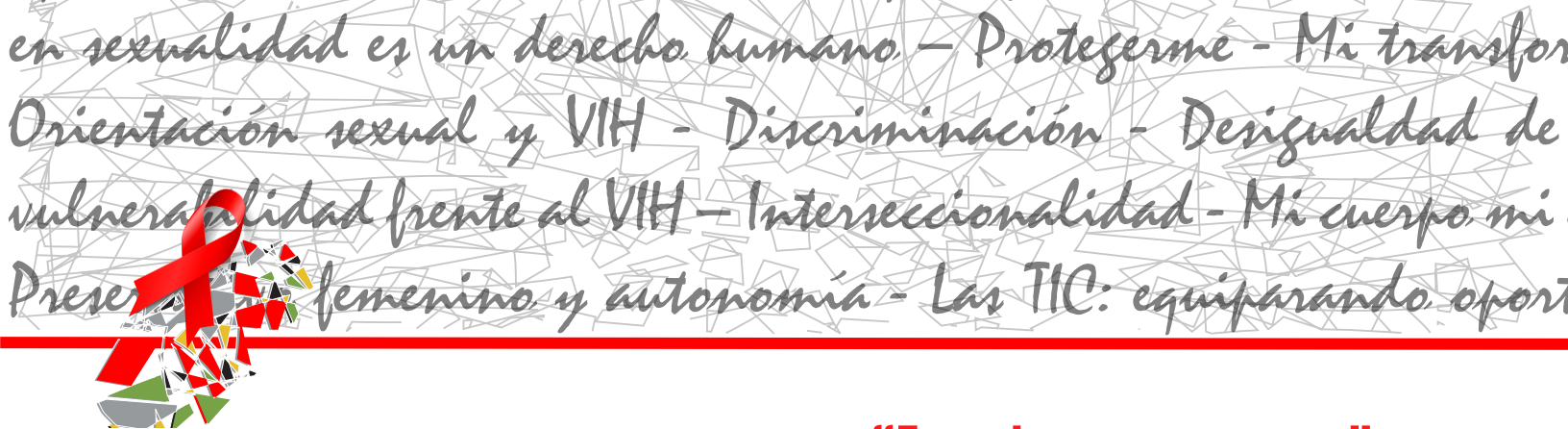
- Recursos Humanos: ¿Cuánta apertura e interés tiene el personal de la entidad para acoger esta intervención?
- Arte: ¿Qué experiencias previas tiene el personal con el manejo de las artes? ¿Con qué manifestación artística se identifican más las mujeres? (Pintura, dibujo, baile, poesía...).
- Género y Sexualidad: ¿Qué experiencia tiene el personal y cuáles han sido las intervenciones en temas de género y sexualidad, su impacto en lo psíquico, y en la prevención de VIH y otras ITS?
- Metodologías participativas: ¿Qué experiencias tiene el personal con la educación popular?
- Evaluación: ¿Qué nivel de dominio tiene el personal con la evaluación/ investigación con enfoques cualitativos y cuantitativos?
- Financiación: Dado que cada sesión de Arte con Salud requiere diversos materiales de arte y de salud sexual, así como por la propia complejidad del diseño, se requiere como mínimo una facilitadora y una asistente. ¿Qué apoyo financiero y humano tiene la entidad para implantar la intervención? Y por último,
- Compromiso organizativo: ¿Cuál es la ética de trabajo de la organización? ¿Qué políticas circunscriben su trabajo? La implantación del currículo de Arte con Salud requiere de un trabajo colaborativo y de apoyo continuo a las facilitadoras de la intervención desde el interior de la organización. Las formas solidarias de vinculación interna potencian las capacidades del

personal y activan sus recursos (creatividad, imaginación, ánimo, júbilo), lo cual facilita la experiencia de Arte con Salud. De ser convocadas, estamos en la mejor disposición de facilitar esta experiencia.

Referencias

- Ander Egg, E. Técnicas de Investigación Social. Argentina: Editorial Lumen; 2003
- Adams, E. PowerDrawing. Belver, M., Moreno, C., Nuere, S. (Eds). En Arte Infantil y Cultura Visual de España. Madrid: España: Ediciones Eneida; 2005.
- Fortenberry, D. McFarlane, M., Bleakley, A., Bull, Sh., Fishbein, F., Grimley, D., Malotte, K., Stoner, B. Relationships of Stigma and Shame to Gonorrhea and HIV Screening. Research and Practice. 2002; 92, 3, 378-381.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. [Quinta Edición]. España: Mc Graw Hill; 2010.
- García-Casasola, R., Santos-Sánchez, E. Arte Terapia y Subjetividad femenina: Construyendo un Collage [sede web]. Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. 2011. [acceso: 1 de marzo 2013]. revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/.../35891
- Gómez, C. Preventing HIV in U.S. Women and Girls: A Call for Social Action. Women Health Issues. 2011; 2, 287-294.
- Krippendorff, K. Content analysis: An introduction to its methodology. Thousand Oaks, CA: Sage; 2004.
- Lynskey, V. Risk Perception and the Stigma of HIV/AIDS: Why Routine Testing Will Change How Americans View The Disease. The Interdisciplinary Journal of Health, Ethics, and Policy. 2007; 7,1, 7-11.
- Matoso, E. El cuerpo como territorio. Tercera Edición. Buenos Aires: Argentina. Letra Viva; 2008.
- Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET). Presentación Enfermedades de Transmisión Sexual en Puerto Rico, 2000-2010 [sede web]. Departamento de Salud-Gobierno de Puerto Rico. 2010. [acceso:1 marzo 2013]. http://www.salud.gov.pr/Programas/DivisiondePrevencionETSVIH/Documents/Datos_Generales_de_las_ETSVI2000-2010.pdf
- Pérez-Jiménez, D., Seal, D., & Serrano-García, I.. Barriers and facilitators of HIV prevention. Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology. 2009. 15, 11-17.





“En primera persona”

Mariana lacono⁴⁸

De niña me enseñaron que la palabra de mi papá tenía mayor valor, que había que tenerle miedo: *“Cuando venga tu padre vas a ver”*. La última decisión la tenía siempre el hombre. Él mandaba en la casa. Cuando el hombre grita, la mujer se calla, y si el hombre se enoja puede ser peligroso. Mi padre nunca ejerció violencia física con mi madre, pero sí con mi hermana. Ninguna de las cuatro mujeres pudimos hacer algo al respecto.

Cuando niña no tenés herramientas para poder decir si alguna persona comete violencia sexual contra vos; no sabés cómo ni cuándo, y sentís que tenés la culpa.

Con siete años llevo un short corto y apretado. La culpa fue mía, por eso ese pariente me tocó mis partes íntimas, lo provoqué, ¿cómo voy a contarlo? Mi papá se enojará y me retará. Y cada noche que pasé en su casa no pude dormir, no pude decir que tenía miedo de ir; y cada situación de violencia simbólica que el ejerció sobre mí, la guardé como un secreto de estado.

Al mismo tiempo, por las tardes con mi amiga íbamos a la plaza, donde había una calesita. El señor que trabajaba en la calesita nos invitaba a entrar al motor de la misma, en el centro, y ahí nos mostraba revistas pornográficas. Ninguna de las dos decía nada, nunca lo hablamos; ninguna de las dos nunca dijo nada en su casa. El señor nos proponía que si mostrábamos nuestra ropa interior nos daba fichas para dar vueltas en la calesita. Yo no me animaba, mi amiga sí y nos quedábamos mayor tiempo jugando. ¿Cómo decir en casa esto? ¿Si se lo decimos a mamá y no nos cree? ¿Y si se lo dice a papá y él se enoja?

En la escuela no se hablaba de sexualidad, no se hablaba y no se habla de empoderamiento de las niñas y mujeres. Entonces seguía un camino de aprendizaje equivocado: no saber cómo decir qué quería cuando tenía relaciones sexuales, cómo negociar mis cuidados en la salud sexual y reproductiva; el hombre es más fuerte, el hombre manda, la mujer debe complacer y así el hombre estará más feliz. Por los siglos de los siglos nosotras complaciéndolos a ellos como sea y donde sea, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

A los 19 años conocí a un hombre que causaba daño emocional y disminución de la autoestima en mi persona. Buscaba controlar mis acciones, comportamientos, creencias y decisiones mediante hostigamiento, restricción, manipulación, aislamiento y celos excesivos.

⁴⁸

Correo electrónico de la autora: independencia008@gmail.com

Esto lo puedo decir hoy, a los 30 años. A los 19 años lo percibía pero no sabía cómo impedirlo. Este hombre cada día me pedía tener relaciones sexuales sin preservativo y un día, para complacerlo, por no saber decir que no, accedí. Por los siglos de los siglos, la mujer complaciendo al hombre, mandato familiar, mandato cultural, mandato social. Él vivía con VIH y lo sabía. Su rol histórico en la sociedad hizo que él mandara y que de esa relación desigual de poder saliera perjudicada en primera instancia adquiriendo el VIH.

Esta relación terminó porque él causó en mi cuerpo dolor, daño y agresión que afectó mi integridad física. Después vino el diagnóstico de VIH positivo.

El impacto del diagnóstico de VIH fue negativo y requirió de un año para poder ser revertido. Era una constante asociación del VIH con la muerte o la mala calidad de la salud y temores a no poder planificar el futuro.

El diagnóstico de VIH se recibió sin las condiciones recomendadas por los protocolos de atención para una óptima calidad, sin una integración de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva por el diagnóstico de HPV y sin integración y articulación con un servicio de atención psicológica.

Cuando recurrí a mi madre para pedirle ayuda luego de haber recibido violencia física, ella no me creyó y mi padre se enojó porque dijo que seguramente había hecho algo para que ese hombre cometiera agresión física contra mí.

Las mujeres que vivimos con VIH, vivimos con el miedo a ser víctimas de violencia obstétrica, que el personal de salud la ejerza en nuestro cuerpo, tan sólo por tener el virus dentro, o luego en nuestros bebés por ser hijos de madres con VIH. Violencia institucional es aquella realizada por funcionarias y funcionarios, profesionales, personal y agentes pertenecientes al sistema de salud, con el fin de retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres que viven con VIH tengan acceso a salud sexual y salud reproductiva y ejerzan los derechos previstos en las leyes.

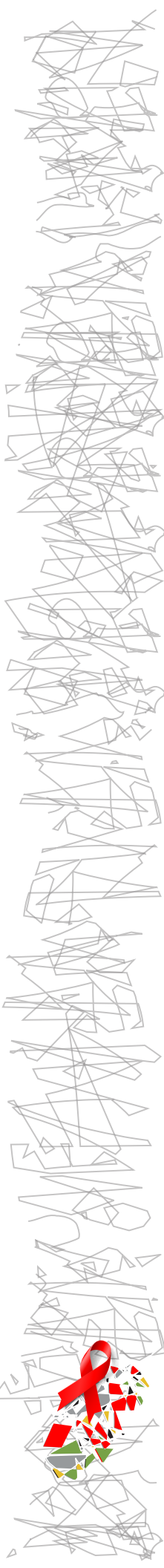
Algunos hombres eran violentos simbólicamente conmigo causando discriminación debido a mi serología VIH+, imaginando que por vivir con VIH tuve o tengo una vida indigna. En términos de discriminación dejaban de relacionarse conmigo poniendo otras excusas y así no sentir ellos mismos que estaban discriminando; era simbólico en términos de lo que no se puede percibir fácilmente y tiene que ver con relaciones desiguales de poder.

Garantizar el pleno respeto de los derechos humanos en las políticas públicas relacionadas con el VIH y el sida y establecer mecanismos concretos que aseguren la plena participación de las mujeres viviendo con VIH en el diseño de políticas públicas puede contribuir a erradicar la violencia de género con relación al VIH.

Para que no trascienda la violencia institucional en el sistema de salud, garantizar la capacitación y sensibilización del personal de salud que atiende a las mujeres en los tres niveles de atención, para lograr la identificación y atención de la violencia contra las mujeres.

A todas las mujeres que sufren algún tipo de violencia, que busquen profesionales para la intervención en situaciones y relaciones de violencia de género, y que se pongan en contacto con organizaciones que trabajen en prevención y atención de violencia de género.





Para mejorar las prácticas comunitarias es necesario abordar la agenda de violencia de género transversalmente con la agenda de VIH en mujeres y niñas, en especial en mujeres jóvenes. Y promocionar técnicas para negociar el uso del condón con énfasis en el ámbito educativo.

La ley 26.485 contra la violencia de género de la República Argentina clasifica tres tipos de violencia hacia las mujeres: física, psicológica y sexual. He experimentado cada una desde mi infancia hasta convertirme en mujer, en mi historia, en mis días.

MI CUERPO MI TERRITORIO... no lo aprendí en casa, no lo aprendí en los ámbitos educativos básicos, no lo aprendí con pares en la juventud. Lo aprendí en mi cuerpo con los sufrimientos, con las marcas y con el VIH.

Lesbianas, bisexuales y VIH: Reflexiones desde mujeres jóvenes

Josefina Araceli Valencia Toledano y Ximena Elizabeth Batista Ordaz
Clóset de Sor Juana Inés⁴⁹

Introducción

Durante más de 20 años, el Clóset de Sor Juana A.C. ha orientado sus esfuerzos a la promoción y defensa de los derechos de las mujeres lesbianas. Ha encaminado su trabajo principalmente a la visibilización y el fortalecimiento de liderazgos lésbicos en México y América Latina, desde la articulación regional a través de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales (ILGA).

Actualmente nos hemos involucrado en el estudio de la relación entre el VIH y las mujeres lesbianas y bisexuales, independientemente de su vía de transmisión, pues consideramos que el tema del VIH se debe abordar desde una mirada amplia de la sexualidad y la sociedad, atendiendo a la diversidad de factores además de la vida y práctica sexual individual, mirando los contextos y situaciones que vulneran a estos grupos poblacionales y que, consideramos, no están siendo atendidos dentro de los espacios de salud.

Desde el Clóset de Sor Juana A.C. nuestra intención al compartir la experiencia de investigación en el tema de Mujeres Lesbianas y Bisexuales frente al VIH es la de señalar la poca información existente en esta materia, apuntar a estudios que conjuguen lo cualitativo con lo cuantitativo, así como rescatar la experiencia derivada de indagar en estas problemáticas siendo mujeres jóvenes quienes realizamos este estudio, con el apoyo de la activista y académica Gloria Careaga Pérez.

Esta experiencia nos ha permitido cuestionar la situación desde las realidades observadas y vividas, y nos lleva a abordar nuevas perspectivas que coadyuven en la transformación de la realidad epidemiológica, así como en el tema de Derechos Humanos.

Posicionar el tema es al mismo tiempo una invitación a que las organizaciones de la sociedad civil se involucren en las investigaciones, haciendo estudios interdisciplinarios desde y sobre mujeres jóvenes, en colaboración con personas con diversas experiencias en el tema y con difusión de los resultados en un lenguaje y medios adecuados al contexto.

⁴⁹ Clóset de Sor Juana A.C. México. Correo electrónico: closet.sorjuana@gmail.com investigación@closetdesorjuana.org

Lesbianas y Bisexuales frente al VIH

La discriminación que viven las mujeres con orientaciones sexuales distintas a la heterosexual son nuestra razón social de existencia, desde donde hemos podido dilucidar que en temas de salud, así como en muchos otros, ante todo habría que pensar y trabajar desde su condición de mujeres. Esto nos abre un abanico que añade complejidad y amplitud al tema del VIH, una problemática que no sólo tiene que ver con la vida y las prácticas sexuales sino que combina ejes como edad, raza, pobreza, discriminación, violencia, etc.^{50,51}

En nuestra cultura, la diferencia convertida en desigualdad es el eje que conforma el estigma lésbico, el cual implica su negación, ocultación, silenciamiento e invisibilidad. Esta desigualdad y estigma de lo lésbico se concreta en la lesbofobia, entendida como el mecanismo político de opresión, dominación y subordinación de las lesbianas en nuestra sociedad⁵². El núcleo de la lesbofobia es el sexismo en el que se articulan el machismo, la misoginia y la homofobia⁵³, es decir, que implica una característica concreta por la cual las lesbianas enfrentan una doble discriminación: por ser mujeres y por ser lesbianas. La lesbofobia conlleva la expulsión, la separación de las lesbianas de determinados espacios sociales y culturales, pero principalmente del espacio de los derechos ciudadanos, y para el caso que nos ocupa hablaríamos de exclusión de los programas y políticas públicas de salud.

Las preocupaciones por este tema nos llevaron a iniciar este estudio con referentes que pueden leerse también en informes de otras organizaciones⁵⁴, como por ejemplo, las conclusiones del informe de FELGTB⁵⁵, en el que señalan que “existe un amplio desconocimiento en la sociedad, los medios de comunicación, la administración sanitaria, la profesión médica y la misma comunidad LGTB sobre las necesidades, problemáticas y desigualdades de salud sexual de las mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (MSM)”. Asimismo afirma que: “No es cierto que las mujeres lesbianas sean inmunes al VIH, que tenga un ‘riesgo cero’; su riesgo, como el de las mujeres bisexuales y otras MSM, y al igual que el resto de personas, varía en función de lo que hacen, esto es, de su comportamiento, sin excluir además el hecho de que existen factores que pueden incrementar su vulnerabilidad”.

Como hemos mencionado, estudios e informes previos han encontrado que la prevalencia de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) entre mujeres es raro. Sin embargo, como resultado de estas investigaciones, muchas lesbianas y bisexuales se perciben a sí mismas con un riesgo bajo. Es importante decir que se ha documentado en otros países que mujeres que tienen sexo con otras mujeres son más propensas que las heterosexuales a usar drogas inyectables, intercambiar agujas y a tener sexo vaginal y anal sin protección con hombres⁵⁶,

⁵⁰ investigación@closetdesorjuana.org

⁵¹ Torres MP. Editora. Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México. México: CENSIDA, INMUJERES / INSP, 2010. Serie Ángulos del SIDA Vol. 10.

⁵² Angela Alfarache. Construyendo la concordia: alternativas feministas a la lesbofobia. Tesis Maestría (Maestría en Antropología)-UNAM, Facultad de Filosofía y Letras. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Filosofía y Letras, 2009.

⁵³ Marcela Lagarde. Identidad de Género y derechos Humanos. “La construcción de las humanas”. en Guzman Stein, Laura y Gilda Pacheco (comp.): 87-125, 1996.

⁵⁴ International Lesbian and Gay Association. La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: Cuestiones locales, preocupaciones comunes. ILGA; 2007.

⁵⁵ Sancho R. Coordinador. Salud sexual, VIH y otras ITS en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM). España: FELGTB; 2012.

⁵⁶ Lemp GF, Jones M, Kellogg TA, Niegi GN, Anderson L, Withum D, Katz M. HIV Seroprevalence and Risk Behaviors among Lesbians and Bisexual Women in San Francisco and Berkeley, California. Estados Unidos: 1995 Nov;85(11):1549-52.



aunque esto no necesariamente aplicable a los diversos contextos mexicanos. Por ello, esta iniciativa se suma a los esfuerzos para explorar los riesgos que viven las mujeres no heterosexuales en América Latina, teniendo en cuenta los aspectos socio-culturales.

Según estudios de seroprevalencia en lesbianas en Estados Unidos, cuatro de seis lesbianas que resultaron positivas reportaron utilizar drogas inyectables y tener sexo anal y/o vaginal con hombres gay, bisexuales o usuarios de drogas inyectables. Las otras dos no reportaron historial de uso de drogas inyectables, pero reportaron un historial sexual anal o vaginal con hombres. Ninguna de ellas reportó tener sexo sólo con mujeres por más de diez años.

Consideramos que los factores que contribuyen a la falta de información sobre VIH en este grupo poblacional tienen que ver con que es más fuerte el mito de la seroprevalencia que las iniciativas por comprobarlo, o el mito, por ejemplo, de que las mujeres lesbianas mantienen relaciones sexuales únicamente con mujeres, además de no contemplar aspectos relacionados con la violencia sexual. Abordar el riesgo y la vulnerabilidad contemplando únicamente la genitalidad es cerrar la perspectiva de la sexualidad en su complejidad e interacción con los aspectos socio-culturales.

La labor de investigación ha sido realizada principalmente desde la interseccionalidad, un espacio que permite observar cómo se relacionan los diversos ejes de estudio desde un análisis con enfoque de género para crear una cartografía socio-cultural de las condiciones que aumentan la vulnerabilidad de mujeres lesbianas y bisexuales en relación a la salud.

Contexto internacional y nacional

Las estadísticas mundiales publicadas por ONUSIDA actualizadas a septiembre de 2013⁵⁷ nos indican que el 50% de la población total que vive con VIH son mujeres, ligando a esto aspectos de violencia, educación, pobreza y diferencias de género⁵⁸. En México, el Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH y sida (CENSIDA) tiene notificados 166.370 casos de sida, de los cuales 29.800 son mujeres, es decir el 17,9%, donde los dos grupos de edad que acumulan más casos⁵⁹ son los de 25 a 29 y de 30 a 34 años.

Específicamente, el Distrito Federal, siendo la ciudad con mayor número de casos y lugar donde es realizada esta investigación, presenta 25.750 casos, de los que un 10,7% son mujeres, lo que en cifras absolutas suponen 2.766 casos, 43 de los cuales se registraron en el último año.

Con respecto a las vías de transmisión en mujeres, las estadísticas en nuestro país, según el último registro donde sale desagregado este dato (2012), apuntan a cuatro vías principales: perinatal, 6%; UDI (personas que usan drogas inyectables), 1%; transfusión sanguínea, 6%, y por contacto sexual, 87%^{60,61}.

⁵⁷ UNAIDS. Women out loud: How women living with HIV will help the world end AIDS; 2012.

⁵⁸ UNAIDS. Core epidemiology Slides. September; 2013.(Acceso diciembre del 2013) Disponible: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309_epi_core_en.pdf

⁵⁹ Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA -Actualización al 30 de septiembre de 2013.

⁶⁰ Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización preliminar hasta la semana 52 del 2012. México: CENSIDA; 2012.

⁶¹ Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. El VIH/SIDA en México 2012. México: CENSIDA/ Secretaría de Salud; 2012.

Dentro de estas estadísticas, las mujeres lesbianas y bisexuales han quedado desdibujadas debido a que se ha reducido el estudio a la transmisión anal y vaginal, siendo el sexo entre mujeres poco estudiado^{62,63}, además de que tradicionalmente se ha considerado que la vida sexual de las lesbianas se reduce a la interacción con otras lesbianas^{62,63}.

A pesar de que en los hombres se ha llegado a establecer el criterio de HSH como una categoría que identifica una importante vía de transmisión del VIH, el criterio de MSM en México ha sido poco tenido en cuenta, lo que sitúa en riesgo a las mujeres que tienen estas prácticas, y es a penas en este año cuando CENSIDA incluyó las categorías de ML (mujeres lesbianas) y MB (mujeres bisexuales)⁶⁴ en su convocatoria pública para la implementación de estrategias de prevención combinada para el fortalecimiento de la respuesta ante el VIH en 2013.

Como hemos mencionado antes, la invisibilidad de una población es un factor que contribuye a que no se haya ahondado en las verdaderas situaciones de riesgo y vulnerabilidad, en este caso, la situación de salud de lesbianas y mujeres bisexuales, quienes no son contempladas dentro de las políticas públicas que conforman la respuesta del Estado mexicano ante el tema del VIH y el sida.

Descripción de la experiencia

Personas o grupos involucrados

La investigación está realizada desde la psicología y la antropología, correspondientes a los perfiles académicos de quienes escribimos el presente artículo. Asimismo, en diferentes momentos de la investigación, por ejemplo la aplicación de encuestas y la realización de grupos focales, se ha nutrido de la participación de compañeras psicólogas, trabajadoras sociales, sociólogas y comunicólogas sociales e incluso diseñadoras.

Respecto al grupo de población abordado, hablamos de mujeres lesbianas y bisexuales, principalmente jóvenes. Es importante mencionar que las categorías que nombran las orientaciones sexuales son útiles para identificar y delimitar características específicas, pero hay que tener en cuenta que al hablar de ello el estudio no se limita a explorar únicamente en las prácticas sexuales entre mujeres sino que intenta incluir la orientación sexual como una característica que, aunada a otros muchos factores, se combina para presentar un cuadro complejo donde es posible identificar los riesgos y vías de transmisión que atañen a esta población más allá del contacto sexual.

Desarrollo de la experiencia

El estudio comenzó en el 2011, momento en el que se emprendió la investigación documental y se elaboró un cuestionario piloto, el cual se evaluó, corrigió y complementó para obtener el instrumento que se aplicó de marzo a julio de 2013 en diversos espacios del Distrito Federal.

⁶² Greta R. Bauer, MPH, and Seth L. Welles, ScD, PhD. Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women. *American Journal of Public Health*. 2001;91 No. 8.

⁶³ Bailey, J., Farquhar, C., Owen, C. Whittaker, D. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sex Transm Infect Journal*. 2003;79:147-150.

⁶⁴ CENSIDA. Convocatoria, 2013 (Acceso Octubre del 2013) Disponible: http://www.censida.salud.gob.mx/convocatoria2013/Convocatoria_Final_e.pdf



Investigación documental

Tras una exploración documental hemos creído pertinente enmarcar nuestras referencias bibliográficas en los temas de: mujeres, salud sexual y reproductiva, y lesbianas y bisexuales frente al VIH, encontrando que la combinación de todos estos conocimientos nos brinda la oportunidad de construir una investigación que incluya los siguientes factores socio-culturales, relacionados principalmente con el género y la orientación sexual de la población a la que nos dirigimos:

- Violencia: de género y de pareja.
- Discriminación: escolar, familiar, laboral, servicios de salud⁶⁵, etc.
- Vida sexual: historial, prácticas, parejas.
- Salud sexual y reproductiva: acceso, uso de servicios de salud y percepción de riesgo.
- Maternidad.
- Salud y consumo de drogas: transfusión sanguínea, uso de perforaciones, tatuajes y consumo de alcohol, cigarros, drogas⁶⁶.

Estos factores se relacionan y funcionan asociados a la identidad sexual (lésbica, bisexual, etc.) como lo son las relaciones de pareja (monógama, poliamorosa, abierta, etc.) y la experiencia en organización social [ejercicios ciudadanos de organización social] (activismo, afiliación a partidos políticos, OSC, etc.).

Investigación cuantitativa

Visualizadas las realidades de la población y los factores que inciden en el entendimiento del tema de la salud sexual de las mujeres lesbianas y bisexuales, se elaboró un cuestionario cerrado para explorar los factores de riesgo, los cuales se dividieron en las siguientes secciones:

- Datos generales
- Discriminación
- Organización social
- Violencia
- Relaciones de pareja
- Vida y prácticas sexuales
- Salud
- Maternidad y aborto

Es importante mencionar que, a la hora de llevar a cabo esta encuesta, y dado el entendimiento de la población a la que nos dirigiríamos y los espacios en los que la llevaríamos a cabo, decidimos que la sección Vida y prácticas sexuales fuera la única a ser cumplimentada por las propias encuestadas, ya que es donde se requiere mayor confidencialidad de la información para obtener resultados más acordes con la realidad.

⁶⁵ Bonnie D. Kerker, Farzad Mostashari, and Lorna Thorpe. (2006) Health Care Access and Utilization among Women Who Have Sex with Women: Sexual Behavior and Identity. *Sex Transm Infect* 2004;80:244–246.

⁶⁶ Deborah J. Aaron, PhD, Nina Markovic, PhD, Michelle E. Danielson, PhD, Julie A. Honnold, PhD, Janine E. Janosky, PhD, and Nancy J. Schmidt, Med. Behavioral Risk Factors for Disease and Preventive Health Practices Among Lesbians. *American Journal of Public Health*. June 2001, Vol. 91, No. 6 p. 972.

Para los fines de este texto hemos querido describir la metodología de la investigación, así como compartir la reflexión grupal que tuvo lugar tras la aplicación del cuestionario que brindó los datos numéricos. Creemos que analizar el proceso metodológico posibilita la elaboración de investigaciones con enfoques innovadores que refuercen los ya existentes.

Como hemos mencionado anteriormente, al hacer un recuento de lo que ha sido este acercamiento no es fortuito que seamos mujeres jóvenes quienes estamos realizando la investigación ya que la cercanía a las realidades que planteamos nos permite combinar nuestra vivencia como personas jóvenes con las aproximaciones teóricas y metodológicas que se hacen en el tema de mujeres y VIH.

Selección del grupo de investigación

Contactamos a un grupo de mujeres jóvenes interesadas en el tema con quienes mantuvimos una conversación acerca de la investigación y la importancia de la misma; durante esta sesión de trabajo, cada una de nosotras cumplimentó el cuestionario con el fin de resolver posibles dudas y compartimos experiencias sobre el pilotaje del cuestionario.

Selección de lugares de aplicación

Junto con el grupo de investigación y tras una reflexión previa elegimos días y lugares estratégicos para realizar las encuestas, entre los que se encontraron:

- Colonias y zonas de encuentro: Zona Rosa y Zona Centro.
- Eventos lésbicos –LGBTI: marcha lésbica, festival lésbico y marcha del orgullo LGBTI.
- Contactos personales de cada una de las participantes.

Selección de participantes

La selección de las participantes fue realizada al azar ya que los espacios estaban pensados y elegidos en relación a la posibilidad de que hubiera alta confluencia de mujeres con el perfil requerido para el cuestionario.

Resultados

Reflexiones grupales sobre la realización de encuestas

Durante las encuestas pudimos observar que las participantes a las que nos dirigíamos manifestaban diversos comportamientos que no creemos sean menos dignos de nombrarse, ya que desde un análisis de la observación, las encuestas se vuelven también momentos y espacios de investigación donde se pueden evaluar las percepciones y actitudes que las mujeres lesbianas y bisexuales tienen frente al tema que abordamos.

Tras las encuestas piloto comenzadas en 2011, el grupo de investigación ha llegado a la conclusión de que la facilidad con la que las mujeres acceden a contestar un cuestionario puede ser debida a diversas razones, como hora y lugar; si van solas, en pareja o en grupo; necesidad de estar en movimiento; clima, etc. A partir de estas razones podemos ahondar en las anécdotas vividas que nos ayudaron a elaborar estrategias de acercamiento.





Podemos hablar de las actitudes de las encuestadas, compartiendo que había una disposición general a participar dentro de la investigación. Encontramos casos de resistencia, sobre todo por encontrarnos en lugares públicos y en dónde era necesario estar en movimiento, como fue el caso de la marcha lésbica y la marcha del orgullo, donde ellas querían ir con el contingente, con sus amigos y amigas y no necesariamente detenerse por unos diez minutos a contestar preguntas.

Al ser lugares de encuentro, las zonas de la ciudad que elegimos nos llevaron a realizar la encuesta en cafés y bares que se encontraban llenos de distracciones y que nos enfrentaban a una tarea más ardua. En este entorno se suscitó, con frecuencia aunque no de manera generalizada, la seducción como parte de la dinámica de la encuesta, pues constantemente las encuestadoras eran invitadas a beber y a formar parte de las reuniones que se estaban llevando a cabo.

Acerca de la percepción de riesgo, nuestra lectura es que se mantiene baja, lo que provocó que se suscitara un mayor interés en la investigación, aunque consideramos que no contribuía a generar resistencia sino, muy al contrario, las participantes se mostraron interesadas y participativas, brindándonos sus datos para la siguiente fase de la investigación que se realizará por medio de entrevistas y grupos focales.

Los métodos que usamos por ahora para referirnos a la percepción del riesgo son subjetivos, pero no por eso desdeñables, ya que la interpretación de gestos y expresiones como: *“¿las mujeres lesbianas nos podemos infectar?”*, *“no sabía que existían tantos métodos de protección”*, *“eso no pasa, ¿o sí?”*, nos dicen mucho sobre la ausencia de información, lo cual se traduce en baja percepción de riesgo y, por tanto, de prevención.

Estimamos pertinente que estas experiencias se combinen más adelante con los datos cuantitativos de la encuesta, que se mirarán en indicadores como protección en primera relación sexual con mujer, conocimiento y uso de métodos de higiene/protección, violencia física y verbal en la pareja, frecuencia de revisiones ginecológicas, etc.

Otra situación interesante fue la aplicación de encuestas a parejas, pues daba pie al imaginario de la historia sexual de su compañera, al cuestionamiento del tipo de pareja en la que se encontraban y, en numerosas ocasiones, mostraban celos, desconfianza y sensación de ser invadidas en su intimidad por la encuesta. Todas estas observaciones dan cabida a la reflexión sobre temas relacionados con la salud, los cuales no deben pensarse únicamente desde los aspectos biológicos del cuerpo sino que implican también contextos, ideologías, moral, posiciones políticas y afinidades teóricas en que están inmersos los cuerpos y los placeres.

Añadiendo a las anécdotas generadas durante las encuestas concebimos que el tema de la sexualidad es polémico pero no sólo eso sino que también nos confronta con realidades de violencia que, si bien como grupo ya habíamos considerado en el cuestionario, no deja de ser preocupante verla en los rostros de mujeres que fueron violadas en la infancia y/o adolescencia, que sufrieron maltrato físico y mental en las relaciones de pareja, o la discriminación en la familia y el barrio.

Responder a un cuestionario no es simplemente obtener datos de manera mecánica para producir estadísticas (que reconocemos como necesarias) sino que también es una situación de encuentro con las problemáticas de las mujeres, y específicamente de las mujeres lesbianas y bisexuales, por lo que es importante que quienes realizan el cuestionario sean personas con un profundo interés y

sensibilización por el tema, así como una gran preparación.

Estrategias para la realización de encuesta

Relación de los comportamientos y actitudes de disposición, resistencia e interés en el tema con respecto a la situación general de las mujeres jóvenes, el VIH, la salud sexual y reproductiva y/o la violencia de género.

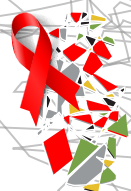
Consideramos que existe una serie de esfuerzos locales, nacionales e internacionales sobre prevención y atención al VIH que, sin embargo, no están teniendo en consideración la complejidad de situaciones, contextos e intereses de la amplia diversidad de personas que enfrentamos esta pandemia.

Dichos esfuerzos, además, están centrados en la prevención y atención de grupos que, estadísticamente, muestran una mayor prevalencia de VIH. Sin embargo, aquellas personas que no se sienten reflejadas en estas acciones van generando desinterés sobre la problemática, lo cual puede conllevar serios riesgos para su salud y bienestar en general.

Reconocemos a los grupos de prevalencia y la urgencia de atención focalizada a los mismos; sin embargo creemos que es necesario ampliar la discusión, la investigación y el abordaje general del VIH reconociendo las intersecciones de edad, violencia, sexualidad, identidades, placer, así como las formas de discriminación a las que están sujetas las personas, estableciendo un claro compromiso con las que hasta ahora no han sido tomadas en cuenta dentro de las políticas de atención al VIH, en este caso, las mujeres jóvenes lesbianas y bisexuales.

Sabemos que en procesos de investigación social como éste existe cierta complejidad que enriquece el trabajo. Como mencionamos previamente en la descripción de la metodología, la realización de las encuestas presenta ciertas características que fuimos abordando de acuerdo a nuestras posibilidades y estrategias, algunas de las cuales fueron:

- Aplicar los instrumentos de investigación en parejas. De esta manera, las participantes acceden más fácilmente ya que casi nunca van solas, y hacer esperar a sus amigos y amigas es un motivo por el que pueden rechazar la colaboración con la investigación.
- Iniciar la entrevista con una clara y breve presentación de la investigación y las intenciones de la misma. Para esto es vital mostrar claridad sobre el tema y sobre su importancia, ya que son estos argumentos los que convencerán a las mujeres para que accedan a responder el cuestionario. De esta manera también se establece un compromiso con ellas que consiste en hacerles saber que se está realizando una investigación de su interés y que los resultados estarán a su alcance para cuando los necesiten.
- Limitar la interacción con las participantes. Como se ha mencionado, en este proceso nos hemos enfrentado a la seducción de parte de las mujeres con las que interactuamos en los momentos de la aplicación del cuestionario, por lo que hay que establecer con claridad que la intención con la que nos acercamos a ellas es la de investigación.
- Hacer sesiones de reflexión tras la realización de las encuestas. Estos espacios nos han permitido elaborar este documento, así como ir tejiendo un informe completo donde se intenta reflejar la complejidad





que resulta de analizar el tema de la salud sexual de las MSM, ya que nuestros referentes son pocos, existen mitos por estigma e ignorancia, y se entretienen circunstancias diversas derivadas de la edad, el nivel socioeconómico y/o educativo, etc.

- Privacidad en espacios públicos. Conocida la dificultad de hacer preguntas íntimas y personales en un lugar abierto es indispensable que, dentro de lo posible, se realicen las encuestas a una distancia pertinente, donde otras personas no puedan estar escuchando lo que se responde; unos metros pueden establecer una gran diferencia en la información que se recaba.
- Hacer anotaciones sobre actitudes percibidas durante el cuestionario. Realizar el esfuerzo de observar los comportamientos de las participantes y registrarlos al reverso de cada cuestionario al término de la aplicación nos ha brindado la posibilidad de depurar la información de la encuesta, ya que datos que podrían parecer contradictorios cobran sentido en su análisis o, en algunos casos, se ha optado por no registrar esos datos debido a sus dudosa veracidad. Nuestra intención es la de recopilar una muestra amplia pero no llenarnos de datos poco fiables o falsos, lo cual no será de ayuda a la hora de elaborar en un futuro estrategias de prevención que realmente funcionen.

Resultados de la Encuesta

Nos parece importante poder dar cuenta de cómo la narración sobre nuestra experiencia en el proceso de la aplicación de los cuestionarios cerrados puede combinarse con el análisis de algunos de los resultados obtenidos.

Hasta ahora, la muestra es de 211 mujeres del Distrito Federal y zona metropolitana, con una edad promedio de 25 años, encuestadas entre marzo y julio de 2013. Cabe señalar que lograr una muestra significativa es complejo e incierto, ya que no se tiene la cifra de las mujeres que tienen sexo con otras mujeres y/o que se asumen como lesbianas o bisexuales.

Haciendo uso de los resultados obtenidos nos es posible volver a acentuar la importancia que tiene la desmitificación de que estas mujeres mantienen relaciones únicamente con otras mujeres. Ahondando en esto encontramos que el 66% de las mujeres entrevistadas se consideraban lesbianas, el 26% bisexuales, el 4% heterosexuales y un 4% con otra identidad. Aún así, algunas mujeres heterosexuales reportaban actividad sexual con otras mujeres, al tiempo que, otra más de estas contradicciones, el 57% de las mujeres encuestadas manifiesta haber tenido relaciones sexuales con uno o varios hombres. De toda la muestra, la media de parejas sexuales hombres a lo largo de la vida de las participantes es de cuatro, cuando sólo el 30% se identificó como bisexual o heterosexual.

En relación a otros factores explorados, como fue la salud, se nos presentó durante el proceso y las reuniones de reflexión en grupo una preocupación en relación a las infecciones vaginales, ya que percibíamos una cantidad considerable de mujeres que afirmaba no haber presentado el cuadro de síntomas. Ahora, al obtener los resultados sabemos que el 41% dice haber tenido una infección vaginal al menos una vez, lo cual nos sigue sorprendiendo y nos hace sospechar que la baja percepción de riesgo y la escasa información lleva a estas mujeres a no identificar una infección en su historial médico, pero esto es todavía una hipótesis que no hemos podido comprobar.

Conclusión

Consideramos necesario, tanto para los casos de mujeres lesbianas y bisexuales como para aquellas que no lo son, no abordar el tema de VIH de forma reduccionista y asistencialista, sino explorar los aspectos relacionados: las historias de vida, las expectativas, las percepciones y actitudes. Al mismo tiempo, es preciso examinar las formas en las que se ha abordado el tema desde las políticas públicas, desde los servicios de salud, la educación, las financiadoras y las organizaciones de la sociedad civil y cómo éstas impactan, tanto en forma de avances como de retrocesos, en las respuestas efectivas a la pandemia.

La investigación nos abre la reflexión sobre la importancia de la mirada de género y desde los Derechos Humanos de la juventud, pues dentro de las estadísticas podemos observar que, de los casos identificados, hay una alta prevalencia de sida en mujeres jóvenes, por lo que, seguir mirando desde la interseccionalidad nos puede dar elementos para la elaboración de políticas orientadas al ejercicio de sus derechos. Por ello creemos que es de vital importancia que existan:

- Programas de prevención de VIH e ITS y cuidados de salud, principalmente ginecológica, para lesbianas y mujeres bisexuales, dado que hasta ahora no existen esfuerzos por parte del gobierno mexicano por alertar a la población lésbica y bisexual acerca de los riesgos que enfrentan y las medidas que pueden tomar para evitar cualquier tipo de infección de transmisión sexual.
- Protocolos de atención ginecológica para lesbianas y bisexuales dentro de los servicios de salud, pues hasta ahora sólo desde la sociedad civil se han realizado esfuerzos por impulsar el trabajo en esta línea.
- Investigaciones sobre sexualidad, vida sexual, infecciones de transmisión sexual y otros aspectos relevantes de la vida de las mujeres lesbianas y bisexuales, pues consideramos que al no hacerlo se abona la invisibilización y, por lo tanto, la dificultad para la convivencia desde la diversidad, así como la falta de información que contribuya a la provisión de servicios especializados.
- Legislaciones que protejan los derechos de las mujeres, de manera específica los de lesbianas y bisexuales, y que, entre otros derechos, permitan la reproducción humana asistida a mujeres y parejas lesbianas y bisexuales sin discriminación, pues es el deseo de la maternidad otro de los aspectos que se relacionan con los riesgos de adquirir VIH.
- La eliminación de todas las formas de violencia y discriminación hacia las mujeres, pues dificultan el ejercicio de todos sus derechos.

Por nuestra parte, continuaremos la investigación por medio del análisis de cada una de las dimensiones exploradas, cómo se relacionan entre ellas y por medio de grupos focales que nos permitan profundizar en la comprensión del tema para poder generar estrategias informativas y preventivas desde y para las mujeres jóvenes, desde las organizaciones y para la colaboración con las instituciones de gobierno a quienes les compete dar una respuesta efectiva al VIH.



Amalgama

L'Orangelis Thomas Negrón⁶⁷

1. f. Aleación de mercurio con otro u otros metales: amalgama de plata, de oro.
2. Mezcla de cosas de naturaleza distinta: amalgama de sentimientos.
Fuente: wordreference.com

La vida es una gran amalgama, la identidad lo es, y la mía no es una excepción. Lo curioso de todo esto es que muy pocas cosas que definen nuestra identidad las podemos escoger: quién será nuestra madre y padre, familiares; en qué país nacemos y en qué clase social; qué educación primaria recibiremos, religión y/o valores; signo zodiacal. Qué idioma primario hablaremos; con qué condición de salud nacemos, o con qué raza o sexo. Sin embargo, en ocasiones, nos aferramos a ellas de manera tal que se convierten en nuestra razón de lucha. Esto es una referencia a mis memorias, condiciones, pasiones, experiencias, contemplaciones, cosas que he presenciado; a mi amalgama de mujer viviendo con VIH. Mi vida.

Amar en tiempos de discriminación, injusticias, prejuicios y estigmas. Guerras, el mundo al revés, tantos movimientos, modas, todas luchando por sus derechos. No sé por qué no me busco una pareja; no sé por qué no pienso en compartir mi vida con alguien. ¿Acaso no la comparto con todos a mi alrededor? ¿Acaso necesito más que eso? Para mí, el amor es hacia los seres, sean plantas, humanos, abstractos y algunos animales. No sé cómo entregarle mi amor a una sola persona. Tal vez por eso dicen que no soy cariñosa. ¿Por qué no se lo entrego completo a un hombre, como dicen que “debe ser”? Creo que lo divido entre muchas, por eso a cada quien le toca sólo un poco. Eso decidí. Decisión. Una decisión puede cambiar tu vida para bien o para mal. Algunas no logramos escoger, decidir. ¿Qué nos hace diferentes? O mejor, ¿somos diferentes? ¿De qué se trata todo esto? Creo que la vida no está hecha para preguntarla sino para vivirla y fluir con ella...

Nací una mañana, un 26 de mayo. Venía sentada: esa es mi excusa para la pereza. Mi madre era viuda sin saber por qué; mi padre, su segundo esposo. Hija única, ni añorada ni sobreprotegida. De barrio, por eso no me gustan las grandes ciudades. A los tres años de edad fui hospitalizada por primera vez con un fuerte catarro. Sida en aquel entonces, “tres años más de vida; 19 extras diría yo. La culpa mata. En parte mató a mi madre y me preocupa que se repita la historia. Nunca dejo de pedirme perdón, aunque yo no sabía la gravedad del asunto, nunca conecté los puntos. Todo estaba ahí: los medicamentos, algo llamado sida, la muerte, las manchas vergonzosas en mis piernas, los cubiertos en casa de mi tía con cloros, pero nunca asocié una cosa con la otra.

⁶⁷

Correo electrónico de la autora: lorangelis@gmail.com

“Esto te hará más fuerte”, me decía. Una vez, en un “field day” le di dos de mis pastillas a una amiga para que corriera más rápido, pero ni llegó a la carrera. Así me di cuenta que nadie más en mi clase tomaba pastillas. También recuerdo sueros mensuales e ir a la clínica un día, hacer un amigo o amiga nueva y ya, al próximo mes no estar más. Hubo cosas bonitas, zoológicos, viajes y besos en la frente. Cosas aterradoras para mi madre, como el que yo a corta edad la acompañara a los grupos de apoyo en lo que te ponía a dibujar cómo te gustaría que fuera tu lápida y qué cosas te gustaría que estuvieran ahí escritas. Gente endeudada porque pensaban que iban a morir; estaban preparados, pero llegaron medicamentos nuevos y no sabía qué hacer con sus vidas entonces. El miedo a morir cambiaba por el miedo a vivir, pero siempre ahí.

He pensado mucho sobre la muerte. Creo que la clave para vivir bien es aceptar que nos vamos a morir. Con o sin VIH, vamos a morir. Tal vez en etapa sida, tal vez arrollada por un auto, tal vez de vieja o tal vez por un buen orgasmo. ¿Quién rayos sabe? Los medicamentos no me hacen inmortal. Sí alargan mi vida, pero inmortal no. Obviamente quiero vivir lo más que pueda, pero vivir. Esa idea de “soy superviviente de VIH” ya no me gusta. Sobrevivir no me gusta. Toda mi vida, y la de muchos otros, ha sido una lucha constante. El problema con las luchas es que a veces cansan, o se pueden convertir en cargas que quién sabe por cuanto tiempo una esté dispuesta a cargar. La cosa es que toda lucha, de una u otra manera, acaba y de momento pasaste la vida entera luchando por algo que nadie te quería quitar. Y lo peor de todo es que lo tenías ahí.

Cuando aprendí a usar un diccionario fue cuando supe que tenía VIH. Mi madre lo tenía y yo quería ser como mi madre, así que estaba alegre. Su pelo negro, su lunar en el párpado izquierdo, sus brazos tibios escondidos siempre por las manchas, al igual que sus exuberantes piernas. Mi madre murió cuando yo tenía 11 años y ahí tomé la decisión más difícil de mi vida, la más desprendida de todas. No entubarla, aunque de eso dependiera su vida. Mi padre me dio a escoger, pero ambos sabíamos que ella no lo hubiera querido. **“Si yo llego a caer en cama, no me dejes que me entuben”**. Repetidas veces me lo decía a escondidas, como un chisme de pasillo. Después de eso no hubo más cubetas con agua y cloros para nuestros exclusivos cubiertos los domingos en casa de una tía. No más sentirme sucia y lavarme las manos con cloros hasta que se me pelaran los dedos. **“Aprende a hacer esto, que no te voy a durar toda la vida”**, creo que de ahí surge mi dificultad para pedir ayuda cuando la necesito.

La adolescencia, que ya de por sí es una aventura, se vuelve un misterio mal descifrado entre medicamentos y citas. Durante mi escuela intermedia me uní a un grupo en el cual orientábamos a nuestros/as compañeros/as de clase sobre el abuso de drogas, Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/sida, del cual hablaba como si no fuera conmigo. Mi primer beso, mi primer novio, mi primer amor, ¿cómo decirle? Hay veces que la gente que te quiere no entiende lo que te está sucediendo pero deciden quedarse a tu lado simplemente porque te aman. La cosa se puso interesante en la escuela superior: 15 años, buen cuerpo, lindo pelo y piel, poca experiencia. Por aquello de tener diversidad y que no dijeran que la escuela era sexista, a la vocacional entré fácilmente ya que era una de las pocas féminas interesada en el curso de Electrónica. Interesantes tiempos aquellos, experiencias de las cuales me río sola pero no me atrevo a escribir.

Encontrar a alguien realmente interesado en ti y que cuando le cuentas, de pronto, “no quieren dañar la amistad”. Encontrar a ese alguien que te ame pero que te ame





sin sentir que te está haciendo un favor. Lo fácil que es caer: **“Pero, con VIH, ¿quién me va a querer?”** Tantas veces que lo he escuchado, relaciones de poder. Conozco a una chica que dejó de asistir a sus servicios porque quien la infectó deambulaba por esa área. Otra que ha perdonado, sanado y hasta se casará pronto. Conozco jóvenes recién diagnosticados que dejan de tomar sus medicamentos por miedo a que en su casa los vean. Perinatales que han quedado ciegos por el mal manejo de su tratamiento de parte de sus custodios. El Departamento de Familia arrancando niños de sus hogares, separando hermanos, uno al oeste y a ella al este, porque uno tenía VIH y la otra, no. Muchos de ellos huérfanos o sobreprotegidos por sus familiares con miedo al estigma, sin tener idea de lo que hay fuera. Los profesionales de la salud que en ocasiones son quienes más discriminan y esperas que sean sensibles pero están tan quemados que se les olvida que están tratando con seres humanos. Tengo una chica catalogada por su abuela como “un arma mortal”. ¿Cómo se supone que con eso en la cabeza se atreva a amarse a sí misma?

Actualmente trabajo en prevención y últimamente he tenido que cambiar el discurso sobre “reducción de riesgo”. Puedo decirle a todas las chicas **“exige condón”**, pero la realidad es que hay algunas que simplemente no tienen la oportunidad de negociar con sus parejas. Usar condón en una relación estable parece que es sinónimo de infidelidad o desconfianza. Pienso que debemos cortar con el discurso éste que mucho se usa de que **“caras vemos, corazones no sabemos”**, porque el mensaje que se transmite es “por si tu marido te es infiel”, hazte la prueba. Si fuera así, ¿qué hacemos con las que están 100% seguras de que sus parejas son fieles? Se debe llevar como algo real, una problemática de salud que debe estar totalmente desvinculada del grado de confianza que puedas tener de tu pareja. Ahora, usar condón en sexo causal es sinónimo de que cargas con alguna ITS. **“¿Tú estás limpia?”**, preguntan. Entonces no pegamos ni una. Ese es el momento en el que hay que sacar argumentos de la manga y maniobras secretas para integrar el condón en caso de que no quiera decirlo, porque NO tengo que decirlo. El tema de la responsabilidad compartida es uno muy debatido entre los y las jóvenes cuando estoy dando alguna charla. Siempre a quienes vivimos con VIH nos echan un tanto por ciento más de responsabilidad, porque no me basta cargar con todos mis asuntos sino que además me tengo que preocupar por proteger a otros.

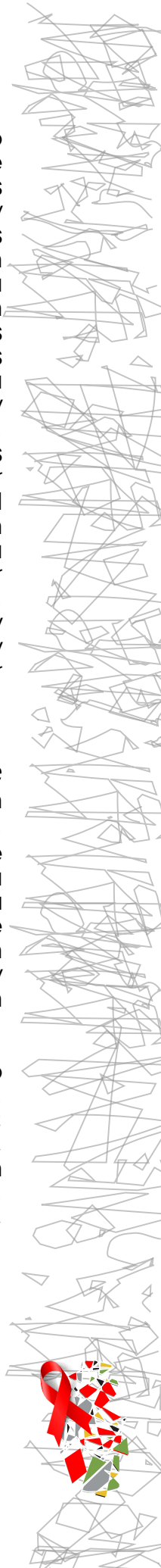
Esperanza, ¿para qué? Desde pequeña escuché que los perinatales duraban sólo 20 años. Por eso, al tiempo preciso, cuando vi que nada pasaba, traté de suicidarme. Un pote de medicamentos con vodka barata: era muy cobarde como para sentir dolor. No funcionó y así fue como llegué a un grupo de apoyo de mujeres viviendo con VIH. Mujeres de 65 años para arriba, mujeres a las que llaman “de sus casas”, infectadas por sus esposos, algunos difuntos, después de sus 50 y tantos. Mujeres que rompieron por completo el mito de que “nuestras abuelas no tienen sexo”. Mujeres grandiosas, arrugadas, elegantes, risueñas y llenas de vida. Fue con ellas que pude romper con la victimización. Toda esta idea de que “yo no me lo busqué, pero el resto sí”. Pude ver el estigma que existe aún entre nosotras: si eres perinatal eres una víctima; si fuiste contagiada por tu esposo, ¡pobre de ti!; si eres trabajadora sexual, por puta te pasó; y si eres usuaria de drogas, ¿qué haces aquí, para empezar? El primero de diciembre de 2008 di un salto cuántico. De no compartirlo con nadie pasé a una tarima a decirlo frente a más de 300 personas, entre ellas algunos miembros de la prensa. Eso me abrió las puertas a diferentes espacios hasta llegar a nivel regional con la Red de Jóvenes Positivos de Latinoamérica y el Caribe.

Adherencia. Palabra que no me gusta porque es muy larga y viene tan cargada que dentro de una conversación civilizada para mí no tendría lugar. La palabra

maldita, más literal no puede ser, porque sí es ad-herido a mi genética, ahí apilado debajo de mi piel, mis uñas y rizos, y sí es una herencia de la cual rara vez me quejo. El detalle con nosotras/os los y las perinatales está en todo lo que vivimos de pequeños, cosas de las cuales mucha gente sólo escucha en conferencias y documentales. Eran tiempo en los que veías a una persona bien hoy y ya a las dos semanas se fue; tiempos en los que los y las usuarios/as de drogas se inyectaban cloros por vena a ver si podían matar el virus. El detalle está en una decisión: una decisión que nunca pudimos tomar. El ser perinatal y adulta invisibiliza más aún porque, cuando se habla de perinatales, usualmente se piensa en niñas y niños o adolescentes. No saber lo que es vivir sin VIH. El tener en los brazos punciones de inyecciones que aún no sanan cuando ya te van a pinchar otra vez. Toda una vida tomando medicamentos: recuerdo tomar 13 pastillas diarias a los 11 años, y si vomitabas había que volver. Que nadie pueda comprender cuando te cansas. El miedo a tener hijos. No tener la experiencia de cometer todas las faltas y errores necesarios para pasar a la próxima etapa. Vivir en una burbuja de cristal. El no saber qué pasará de aquí a un tiempo, pues a 30 años de la aparición del VIH en el mundo, tú llevas 25. Así que cada año que pasa es un descubrir. La sobreprotección de las familias, el maltrato en los hogares del estado, la naturalización de la discriminación por un lado, la hostilidad ante reacciones que aún no se dan, por otro; el auto rechazo. Cómo es que no ha sucedido nada y ya me siento rechazada. Que por un lado brinden talleres de autoestima, pero cuando se miran al espejo y ven su cuerpo con lipoatrofia no se vean como debería ser, puedan decir: "estoy bien". Bueno, yo pienso que si sobreviviste a la adolescencia con VIH, ¡puedes pasar lo que sea!

Yo era una lucha interna ambulante. En un taller, hace casi un año, me preguntaron: ¿por qué mereces vivir? Si estuvieras a punto de morir, ¿por qué mereces vivir? ***"Porque he luchado por mi vida todos estos años y no es justo morir ahora"***. Contestación equivocada. Aunque era una de las más válidas para mí, claro. Pero equivocada. ***"Tu vida se ha convertido en una lucha y no la disfrutas"***, fue su respuesta. Ahí al frente tuyo está tu vida, no hay que luchar. ¿Contra quién estás luchando? Se te pasa la vida esperando que algo maravilloso suceda y lo maravilloso que se te pasó fue la vida. Entonces, ¿luchar para sobrevivir o simplemente vivir? El tiempo se va antes de lo que crees y mientras más pospones, menos tiempo te queda. Eso lo sabes y aún así tú juras que tendrás más tiempo. Y posiblemente nada de lo que tenemos hoy es necesario para vivir: una computadora, un televisor, un teléfono inteligente, un carro, dinero, una casa grande, un título universitario, tu profesión, etc.

De aquí a cinco años, ¿cómo te ves? Gastamos energías planeando nuestro futuro desde las experiencias del pasado y nos olvidamos de que es hoy cuando somos. Con más experiencias aprendidas, con un almacén de historias escuchadas; alineada con la naturaleza, aprendiendo de ella, alimentándome de ella, recargándome de ella, sanando con ella física y espiritualmente. Me veo libre, con mucho tiempo para disfrutar, sin ataduras, sin hijos, con mucho amor para dar. Con una casita y un jardín bien grande. En paz conmigo, la vida y mis amados, conociéndome cada día más...





*Porque soy una mujer. Porque soy libre y, sí, medio confusa.
Con mis altos y bajos, llevando ciertos puntos medios a los extremos.
Disfrutándome la alegría, aceptando la tristeza. Simplemente reconociendo mis emociones.
Porque me río sola y a veces bailo a escondidas. Con un cuerpo perfecto aunque la publicidad y la TV diga lo contrario.
Gozando el ocio, dormir más de la cuenta, comer más de la cuenta.
Porque no creo en la madurez, sino en la responsabilidad y la empatía.
Organizada, flexible, accesible, pero no siempre disponible. Envolviéndome con la incertidumbre, dudosa y arriesgada.
Misteriosa, clara, con pudor, sin tabúes. Reservada, indiscreta. Clara, incomprensible.
Toda una contradicción.
Porque callo mientras observo, escucho con el corazón.
Hablo simple, directo, honesto, nada a la ligera. Puedo ser cínica, antisocial, calculadora, sarcástica, víctima y perezosa.
Perfectamente humana, frágil, fuerte como un roble, valiente.
Con muchos procesos, con pasos gigantes. Con espacio para mí, sin dejarme presionar.
Sin hijos, sin pareja. Compartiendo las flores del camino con quienes llegan a él.
De amores paradójicos, incoherentes, espirituales, de energías.
Porque soy bella y siempre fresca. Apasionada, viva, intensa.
Porque soy una mujer. Porque soy libre...*

La igualdad de género no es algo en lo que usualmente piensas al vivir con VIH, cuando hay otras igualdades que, a nivel psicológico y familiar, están en juego. No es hasta que se toma conciencia real de la naturaleza propia, de ser mujer y VIH positiva, en el ambiente que te rodea, uno desigual y discriminante, que comienzas a cuestionarte el porqué de las cosas. La desigualdad no sólo es de género sino también por vivir con VIH, y lo recalco porque debo ir a una clínica especializada en mujer con VIH, la cual no a todas les queda cercana, porque otros ginecólogos no me atenderían. También por población, ya que existen más proyectos y actividades para chicos homosexuales que para mujeres. He visto cómo en ONG que brindan servicios a usuarios de drogas intravenosas dejan a las mujeres desprovistas de esos servicios porque los hombres son la prioridad. Continuamos recibiendo servicios de salud con estigma, juicio y discriminación; no se respeta la identidad de género de las mujeres transgénero, y no se maneja de manera integral la salud. He sufrido acoso sexual en un momento de vulnerabilidad emocional y por falta de herramientas: no pude hacer nada y me preocupa que otras jóvenes hayan pasado por la misma situación. Vivimos en una sociedad patriarcal en la cual la mujer es quien se encarga de la crianza de los hijos, y si es madre soltera más complicado todavía. Entonces, ¿en qué momento esa mujer irá a recibir servicios? La sobrecarga emocional es grande cuando ambas personas viven con VIH y es la mujer quien se encarga no sólo de su salud sino la de su marido también. El vivir con VIH nos hace aún más vulnerables y nos pone en un riesgo mayor a ser maltratadas, violentadas y, en casos extremos, a ser asesinadas como ya ocurrió en otras ocasiones.

Un cambio social nos sentaría perfecto, comenzando por que la salud sea una prioridad real para los gobiernos. Por otro lado, el VIH nos afecta de una manera u otra en todas las facetas de nuestra vida, sin embargo todo se reduce a una problemática de salud y en muchas ocasiones el cuidado de la salud es insuficiente para llevar una calidad de vida óptima y plena. El estigma no se disminuye exclusivamente con campañas sino con la integración de personas que vivimos con VIH en ellas y en diferentes espacios de participación ciudadana donde se pueda dar nuestra perspectiva. Si nosotras, quienes vivimos con VIH, queremos romper con el estigma debemos comenzar por y con nosotras mismas, en nuestras comunidades, trabajos, lugares de estudio, familias y en todo lugar o espacio posible. Al igual que el uso del condón, reducir el estigma es una responsabilidad compartida. Requerimos herramientas para nosotras y para transmitir a otras mujeres menos empoderadas. Herramientas llenas de esperanza, acción, respeto, empatía, autenticidad y pasión, de manera que nuestras historias no sean repetidas.

Iliana Fonseca Núñez⁶⁸

Departamento Provincial de la Prevención y Control de las ITS-VIH-sida en Granma- Cuba

Introducción

El propósito de esta narrativa es documentar desde la perspectiva de género la historia de vida de una joven con VIH a partir de los momentos más significativos y críticos en su condición de mujer en desventaja social y marginada en el contexto de la Cuba actual.

Se describe la visión de un actor social bajo la sombría marca del VIH y de su condición de género, víctima de problemas familiares, que ha sido maltratada, abusada sexualmente y rechazada por su estado serológico, y privada de las herramientas emocionales, psicológicas y materiales necesarias para adoptar prácticas seguras que no pongan en riesgo su salud.

Están involucrados sus familiares, el grupo de pares, entes de la comunidad en la que vive y sectores que intervienen positivamente. Se abordan aspectos importantes, como el desarrollo infantojuvenil y las relaciones intrafamiliares, la función de los grupos de pares, la salud sexual y reproductiva y el tema de la violencia de género, además de la valoración de buenas prácticas que eviten historias similares en otras mujeres como parte del trabajo intersectorial y sistémico que se lleva a cabo en el país.

Metodológicamente nos apoyamos en la utilización de una historia de vida contada a partir de una sola persona, siendo nuestro objetivo evidenciar el impacto psicosocial que ha tenido la condición de género en cada problemática a la que se ha visto expuesta esta mujer durante su ciclo vital.

La selección de la participante en el estudio se hizo a partir de la investigadora, ya que esta persona ha sido objeto de intervención y trabajo psicosocial durante un periodo de varios meses y con anterioridad por otras personas y entidades, como trabajadores sociales, de salud pública y en especial de la Línea de Apoyo a personas con VIH y sida en la provincia, ya que ha sido víctima de hechos lamentables que han atentado contra su bienestar, salud y calidad de vida.

Se llevó a cabo el consentimiento informado como parte de la ética de la investigación: se le dio a conocer el propósito del trabajo, la razón de su selección como participante en el estudio, los riesgos y beneficios que implicaba su participación, la libertad de rehusar y abandonar la investigación, la confidencialidad de las entrevistas y quiénes tendrían acceso a éstas, además del consentimiento anticipado para publicar o no su verdadero nombre a la hora de escribir el relato de su Historia de vida.

⁶⁸

Departamento Provincial de la Prevención y Control de las ITS-VIH-sida en Granma- Cuba Correo electrónico: ilianaaf@hegr.grm.sld.cu

Descripción

Una mujer marcada por su género

La representación de la vida de muchas personas, en especial mujeres, afectadas por el VIH y por su identidad de género se refleja en la narrativa de Maite⁶⁹, actor social de los momentos actuales, inicios del siglo XXI. Desde su posición de mujer joven, sola, con problemas psicológicos y viviendo con VIH, revela, con un matiz personal y simbólico, una problemática que puede asombrar a muchos en nuestra sociedad dado que a pesar de no ser habituales, existen ocultos detrás de la fachada de cada individuo con una historia de vida como la que nos relata esta joven mujer.

En esta síntesis de la Historia de vida de Maite sólo haremos uso de su relato personal, dejando aparte los relatos de informantes clave y cualquier uso de su documentación clínica.

Desarrollo infantojuvenil y relaciones intrafamiliares

Las entrevistas se le realizaron a Maite en su casa por decisión propia. A cada momento ella enfatizaba de manera apenada las condiciones de vida que tiene, con pocas comodidades en la vivienda, insalubre; sólo cuenta con una silla, una mesa y una pequeña cama con un colchón de saco, poco recomendable para su condición de salud, pues con frecuencia sufre de problemas respiratorios agudizados por el VIH. Unido a esto presenta problemas de adhesión a los medicamentos que se le indican para su condición.

Comenzamos el relato con la historia de su familia (relaciones intrafamiliares) y los momentos cruciales en que se ha visto afectado su desarrollo infantojuvenil:

“Toda la vida he vivido aquí, con mi mamá... Cuando nació me querían adoptar, mi papá no quería y mi mamá se volvió loca porque mi papá era un alcoholico, el salao ese... a lo mejor si me hubieran adoptado yo no estuviera así...”

“Cuando mi mamá vivía aquí, yo estaba chiquitica y de grande me crio mi papá y mi hermana.”

“Mi papá y yo nos llevábamos mal, me tiraba piedras, yo lo salía a buscar cuando se emborrachaba por ahí y él me rechazaba, no me hacia caso...”

“Tengo un hermano de ella⁷⁰, pero borracho, cada vez que voy a buscarlo me dice: “vete echando”, una gente baja de esas, y yo no estoy para eso...”

Desde la infancia, esta mujer ha sufrido maltratos físicos y emocionales, con ausencia del cuidado y el afecto maternos. Cuando buscaba el amor y el apoyo en su padre, solo recibió rechazo de la persona que, como figura paterna, debía guiarla, encaminarla en la vida y darle el cariño necesario para crecer como una persona psicológicamente sana.

“Él⁷¹ trabajaba en el ALBA⁷², era buen chapistero, pero la borrachera acabó con él...”

“Los vecinos me daban comida y me bañaban porque él me maltrataba,

⁶⁹ Nacida en noviembre de 1987, ha residido hasta el momento en Bayamo-Granma.

⁷⁰ En este caso, “ella” se refiere a su mamá.

⁷¹ Se refiere a su padre.

⁷² El ALBA es un centro de pasteurización de la leche ubicado en la ciudad de Bayamo.



una vez me tiró un ventilador...”
*“Mi hermana a los 18 años se fue de la casa, a jinetear⁷³,
y se casó con un viejo en La Habana, que la ayudó a criar a su niña,
pero se buscó a otro...”*

*“Ese descarao⁷⁴ la tiene instrumentá, dice que cuando yo era chiquita no era así, dicen
que cuando yo me muera se van a quedar con todo esto...”*

Precisamente esta situación fue causa de intervención psicosocial cuando Maite tuvo problemas con su hermana y el marido, quienes atestiguaban que ella había intentado transmitir el VIH a su niña y en base a esto querían presentar cargos judiciales y justificar así el embargo que querían hacerle de su casa. Maite acudió a la Línea de Apoyo a personas con VIH a través del cual recibió acompañamiento y asesoramiento frente a esta situación, pues en todo momento alegaba que ella quería mucho a su sobrina y que sería incapaz de hacerle ningún tipo de daño. Maite solucionó satisfactoriamente ese problema con el apoyo de esta Línea de trabajo y de los testimonios de algunos vecinos que conocían la verdadera problemática que existía entre Maite y su hermana.

*“A los 12 años a mí y a mi hermana nos llevaron al Hogar de niños hasta los 15
años...a los 20 mi papá falleció, se puso amarillo, llamé a una ambulancia”*
“Hay veces que no sé qué hacer con mi vida...”

Hubo ocasiones dentro de las entrevistas en que Maite salía del hilo del relato y hacia comentarios referentes a cómo se sentía, el desconsuelo y la soledad en que se encontraba, la falta de compañía y apoyo que tenía, y preguntaba si su situación se debía a su enfermedad. Esto demuestra el trastorno psicológico y emocional que sufre así como su falta de compañía y afecto, adentrada en la propia marginalidad a la que está expuesta por su condición mental y de salud.

Salud Sexual y Reproductiva y Violencia de género

Maite pasó la adolescencia lejos de su madre y su padre, dado que no estaban en condiciones sociales y mentales para criarlas a ella y a su hermana. Fueron derivadas a un hogar de acogida para niñas y niños en situación de orfandad y que, como ellas, estaban en desventaja social. Allí comenzó un período crítico y fundamental de desarrollo y cambio en la salud sexual y reproductiva de esta mujer que marcó su existencia hasta la actualidad: sus primeras relaciones sexuales, la identificación de definición sexual y la búsqueda de su grupo de pares, que regirían su actuar y su modo de pensar y percibir la vida.

*“La primera vez que estuve con un hombre fue cuando tenía 15 años... mira, a mí en
el hogar cuando me di cuenta, tenía a mis amigos homosexuales,
estuve con un hombre por embullo y por necesidad...”*

“A mí me gustó una mujer, pero con todos los problemas que tengo se desencantó...”
*“Estuve con uno que es santero, creo que él es paciente⁷⁵ también. Él me estaba
sonsacando, porque yo no soy verraca, me cogía pa’l trajín, pero me rechazó. Me
preguntaba si yo estuve en el Sanatorio, entonces me rechazó...”*

⁷³ Este concepto en la jerga popular, se refiere a tener sexo transaccional con extranjeros.

⁷⁴ En este caso Maite se refiere al nuevo marido que tiene su hermana en la actualidad.

⁷⁵ Cuando se refiere al término “paciente” lo hace refiriéndose a una persona que tiene VIH.

En este periodo Maite halló en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) un grupo de apoyo sentimental y de esparcimiento emocional. Se sentía identificada con la situación problemática en la que se manifestaba el ambiente y la naturaleza psicosocial de los HSH con los que se reunía por ser su grupo de pares. Con ellos encontró, ya sea por razones emocionales, materiales o instrumentales, la satisfacción de tener relaciones sexuales con un hombre pero de orientación homosexual o bisexual. No obstante, la orientación sexual de Maite no está plenamente definida, quizás por su propia inestabilidad emocional; se siente a gusto con la compañía de los HSH y también se siente atraída hacia las mujeres. Quizás pueda ser debido precisamente a que Maite interpreta como atracción física y sentimental el apoyo y acompañamiento que pueda recibir de una persona independientemente de su sexo y orientación.

La vida de Maite ha estado habitada por maltratos, abusos de todo tipo; ha sido violentada su integridad física y mental, colmada de desarraigo y desesperanza.

*“Yo fui violada, cinco hombres, hace rato...
tenía 16 años, estaba aquí en la casa,
mi papá estaba aquí y no podía decir nada
porque a él no le interesaba nada...”*

Con sólo 16 años, Maite experimentó el trauma de ser violentada sexualmente por cinco hombres, en su propia casa y bajo la mirada de su padre, quien, según informantes clave, fue partícipe de tal abuso estando bajo los efectos del alcohol, causa injustificable para tal acción. Este hecho nunca trascendió a instancias legales puesto que ella nunca dijo nada, pero sí dejó marcas importantes en su vida. Con todas estas problemáticas que presenta Maite y a pesar de saber que no tiene hijos, surgió la pregunta de si en algún momento de su vida ella había quedado embarazada.

*“Sí he quedado embarazada, me lo sacaron en el hogar.
Entonces la mujer del consultorio no quiere que yo para,
‘ni loca vayas a parir, que te lo saco’⁷⁶...”*

Dentro del desarrollo infantojuvenil que tuvo, Maite ha visto alejada la posibilidad del disfrute de una salud sexual y reproductiva, sana, plena y satisfactoria. Han sido atropellados sus derechos sexuales y reproductivos tanto por las relaciones intrafamiliares y de parejas sexuales que ha tenido, como por entidades sociales que, encargadas de velar por su seguridad y salud, la han privado de sus derechos. Por otro lado, salen nuevamente los sentimientos de soledad y desarraigo de esta mujer, privada de sentir felicidad plena debido a la manera en que se ha desarrollado su vida. En la búsqueda de un apoyo emocional y sentimental se acerca a personas con problemáticas similares ya que es donde encuentra una aceptación a su condición de salud y mental.

*“Ay, pero yo vivo ansiosa, pero un hombre no lo quiero,
porque no lo quiero ver,
me llamó la atención una mujer y me rechazó...”*

⁷⁶

En este caso hace alusión a la enfermera del consultorio del médico de la familia que la atiende por su Área de Salud. Preocupada por no tener condiciones materiales, psicológicas, ni de salud para tener un hijo en estos momentos, a pesar de que en nuestro país es derecho de las mujeres con VIH la reproducción, sólo que se hace hincapié en las condiciones de salud que deben tener para poder traer al mundo una criatura saludable, con poco riesgo de contraer el VIH en el embarazo y el parto, potenciado por una buena adherencia terapéutica, que no es el caso de Maite, ayudando esto a tener un buen nivel de CD4 y una carga viral indetectable, condiciones que tampoco cumple Maite.



*Mi amiguita está buscándome un marido y yo no quiero...”
“Me he dado cuenta que no tengo casi fundamento,
me da lo mismo una cosa que otra...”*

Hubo un momento en que un vecino bromea con ella desde la calle de forma desagradable y ella se molesta... siente el rechazo en la comunidad donde vive, de su vecindario y sufre por ello. Quiere un cambio de vida pero no sabe cómo hacerlo. Es una persona que no trabaja, pero tampoco tiene el nivel educacional necesario para encontrar un trabajo en el que se sienta cómoda; vive de la ayuda social que le da el gobierno, la que brindan las iglesias, las dietas alimenticias para personas con VIH y de una que otra ayuda que le dan personas que quieren apoyarla.

*“Ves, me dicen sidoso, me dicen loca,
yo quiero irme para La Habana a ver cómo me va,
un amiguito mío quiere llevarme...”*

*“Un hombre me pintó la casa,
pero él quería que yo le pariera y estuviera con él,
pero yo no sirvo para estar firme con un hombre...
si apareciera una mujer que quisiera estar conmigo...
yo si estuviera...”*

“Yo quiero irme para La Habana con el amiguito mío, para pasear, yo soy joven...”

*“Yo estudié hasta sexto grado,
por culpa de la yegua de la doctora que me mandó para la escuela de oficios.
Después estuve trabajando en el hospital envolviendo torundas en la central...
la del hogar fue la que no me dejó estudiar más...”*

*después del hogar comienzo a trabajar en el Policlínico “13 de Marzo”, limpiando, y
me deprimía, me daba por llorar y pasó el tiempo, yo lloraba en un rincón, me metía
para el baño y lloraba... Pero me gustó una estomatóloga, yo veía en ella un apoyo, y
la buscaba, pero ella no me dio un chance; yo iba a su casa pero al hijo no le gustaba,
me tiraba la puerta en la cara y después no la busqué más... Dejé el trabajo por ella y
más que no sentía apoyo de nadie...”*

También Maite en su vulnerabilidad ha estado expuesta a rodearse de personas que han querido aprovecharse de su necesidad de afecto y apoyo emocional. En su búsqueda de no estar sola se han agudizado sobre ella los abusos y la violencia física.

En todo este relato de vida hay un momento también importante que marcaría para siempre la existencia de Maite. Es su entramado mental, perturbada por tantos problemas y posiblemente congénito, por la historia familiar que tiene. Ella no sabe a ciencia cierta quién le transmitió el VIH, pero nos cuenta cómo fue el impacto que tuvo en ella el saber que vive con VIH. La pregunta inicial que se le hizo fue cómo se sintió cuando lo supo.



*“Por mi mente no pasó nada, no le di importancia,
me llevaron para el Sanatorio⁷⁷ y me tomaron la presión y me quede ida.
Desde ese momento le cogí miedo al equipo de tomar la presión,
yo pensaba que me había dado un paro, le cogí rechazo...”
“En el Sanatorio nos daban clases de la enfermedad
pero como yo no tenía cabeza para entender eso, yo no iba...”
“Yo tuve un noviecito, pero él murió, vivía en Guisa,
era paciente también,
pero “la enfermedad me da cansancio
y me da ganas de tomar líquido y falta de aire...”
“Cuando estaba ingresada en el hospital me tomé los medicamentos...”
“La muchacha a la que le limpio me cocinó el pescado...”
La gente en el barrio me trata mal, nadie me quiere con esta enfermedad...”*

La marginación a la que se ve sometida la hace vulnerable ante todo tipo de maltrato y prejuicio, en tanto que mujer que no es dueña de su vida y ha sido victimada por su condición de género desde pequeña.

Conclusión

De esta experiencia emerge la necesidad de abordar una problemática que, aunque no generalizable a toda la sociedad cubana en cuanto a algunas de sus características específicas, sí subyace en la relación existente entre los casos de VIH en mujeres jóvenes y la violencia de género en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, donde aún hoy existen mujeres vulnerables que se enfrentan a situaciones extremas en las que se vulneran sus derechos por su condición de mujer, como el derecho a tener una buena calidad de vida y a decidir sobre el cuidado de su cuerpo.

Al margen de las políticas sociales de nuestro país que se dirigen hacia una equidad de género, la historia de vida de ésta y muchas otras mujeres se produce bajo las condiciones de una sociedad patriarcal.

El relato de Maite es un reflejo de las relaciones de poder existentes a un nivel micro social, dentro de la institución familiar y de las relaciones de pareja, unido a las características socioculturales, lo que la sitúa en el rol de actor pasivo dentro de las relaciones sexuales. Desprovista de poder de decisión sobre el cuidado de su salud, e incluso invisibilizando y estigmatizando su derecho de alcanzar el máximo placer dentro del coito como un derecho sólo del hombre, aumenta su vulnerabilidad ante una ITS, incluido el VIH, o un embarazo no deseado. Estos son problemas que no pueden resolverse con la simple instrumentación de leyes y código.

Estos son factores que potencian la transmisión del VIH en mujeres como Maite ya que promueven condiciones desfavorables para proponer conductas preventivas sin ser agredidas o puestas en evidencia como mujeres poco confiables dentro de las relaciones estables. Y también contribuyen a su exposición a la violencia de género y al maltrato psicológico, físico y sexual.

⁷⁷ Dado el proceso de descentralización de la atención a las personas con VIH, las instituciones Sanatoriales que existían en el país se cerraron en su mayoría, dando a las personas que viven con VIH/sida la posibilidad de llevar una vida normalizada como la de otras enfermedades. En los inicios de la epidemia en el país, estos fueron los lugares propicios para acompañar a los recién diagnosticados con el virus y brindarles todas las herramientas y conocimientos para poder vivir con esta enfermedad.





Como parte de las propuestas para evitar historias como ésta se desarrollan estrategias de trabajo sistémico, basado en la intersectorialidad en los diferentes niveles de relación social en el caso específico de Maite y generalizable a otras mujeres. Iniciando los cambios a nivel macro social, desde el desarrollo infantojuvenil de mujeres y varones, se crean tácticas educativas para tratar temas de sexualidad y equidad de género.

Teniendo en cuenta los factores socioculturales, se ha pensado en llevar a cabo el perfeccionamiento del Plan Nacional de Respuesta a la epidemia del VIH constatando la importancia de seguir creando iniciativas y proyectos dirigidos de la manera más inclusiva posible de la población y en especial de las personas en condiciones de vulnerabilidad. A partir de aquí se acordó construir durante el año 2011 la Estrategia de Género en apoyo al Componente Educativo de la Respuesta Nacional al VIH y otras ITS (en adelante, Estrategia de Género)⁷⁸.

En el empeño de avanzar en la equidad de género y la eliminación de la violencia contra la mujer, se enfatiza el trabajo con agentes importantes de la comunidad, representantes de organizaciones de masa que responden a los intereses de la mujer en Cuba. Para atender el caso de Maite nos apoyamos en las Casa de Atención y Orientación a la Mujer y la Familia que forman parte de la Federación de Mujeres Cubanas⁷⁹ (FMC) que, junto a otros organismos como los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), trabajaron por la prevención y la visibilización de esta problemática social escondida de la luz pública durante mucho tiempo, y de este modo hacer cumplir sus derechos como mujer.

Contó con la intervención de los Servicios de Asistencia Social y trabajadores sociales, en la entrega de una chequera y dieta alimenticia mensual, que recoge sus gastos básicos, haciendo extensivo este servicio a personas que como ella están en desventaja social. Apoyada además por agentes no gubernamentales como el “Consejo de Iglesias de Cuba”, que de igual forma le ha brindado avituallamiento, así como a otras personas con VIH que se reúnen en grupos de apoyo dentro de las actividades humanitarias de las Iglesias.

Es importante que no se escondan situaciones como ésta. El llevarlas a la luz pública constituye un gran trabajo de sensibilización y favorecerá que la comunidad y los entes gubernamentales actúen de forma inmediata para evitar experiencias de vida similares. El fortalecimiento de acciones y estrategias de cambio ya existentes, y su total cumplimiento, servirán para enfrentar situaciones como las experimentadas por la participante en nuestro estudio, posibilitando el alcance masivo a la eliminación de las diferencias de género que atentan contra el disfrute de una vida equilibrada entre la diversidad existente entre hombres y mujeres, que permita disfrutar de una salud sexual y reproductiva plena y satisfactoria, libre de tabúes, prejuicios y discriminación basadas en el sexo, y evitar así que se produzcan hechos tan lamentables y se escriban historias tan tristes como la de Maite.

⁷⁸ No obstante su implementación recién comienza en el año 2013 extendiéndose hasta el 2017 y deberá vencer algunos desafíos para lograr los objetivos que se plantea.

⁷⁹ Cada año, el 25 de noviembre, en ocasión del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, intensificamos un grupo de acciones de transformación social que permitan identificar y visibilizar la violencia contra la mujer y que progresivamente tiendan a desmontar la cultura patriarcal.

Referencias - PREÁMBULO

- I CIM/OEA (2012). Prácticas promisorias por el manejo integrado del VIH y de la violencia contra las mujeres. Washington DC. <http://oas.org/es/CIM/docs/VIH-VAW-PracticasPromisorias-SP.pdf>
- II OPS/OMS (2011). Concurso de Buenas Prácticas que Integran la Igualdad y Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=457&Itemid=4262&lang=es
- III ONUSIDA (2010). Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Ginebra. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2010/jc1794_action_framework_gender_equality_es.pdf



WASHINGTON D.C. 2014