



Mujeres cisgénero y transgénero afrodescendientes viviendo con VIH: una mirada narrativa desde sus imaginarios siendo VIH positivo en Tumaco, Colombia.

Autora

Angela Marcela Chamorro Garzón

Tesis para obtener el título de

Magister en Género, Sociedad y Políticas, del Programa Regional en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP)

Directora de Tesis

Doris Elena Muñoz Zapata, PhD

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Argentina

Colombia

Agosto 2022

Contenido

| | Pág. |
|--|-------------|
| Agradecimientos | 5 |
| Presentación | 7 |
| 1 Capítulo I. Problema de investigación | 15 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 15 |
| 1.2 Marco Conceptual | 22 |
| 1.2.1 Imaginarios al vivir con VIH | 23 |
| 1.2.2 Asimetrías de poder | 25 |
| 1.2.3 Relaciones de Pareja | 27 |
| 1.2.4 Interseccionalidad | 28 |
| 1.2.5 Feminismos negros | 30 |
| 1.2.6 Salud Social (Determinantes sociales)..... | 32 |
| 1.3 Objetivo general | 37 |
| 1.3.1 Objetivos específicos | 37 |
| 1.4 Diseño metodológico..... | 37 |
| 1.4.1 Caracterización del grupo de estudio | 41 |
| 1.4.2 Descripción personal de cada participante | 43 |
| 2 Capitulo II. Asimetrías de poder en pareja y familia | 48 |
| 2.1 La Familia y su historia | 48 |
| 2.2 Estigmas de las mujeres trans | 52 |
| 2.3 Nosotras las mujeres negras... .. | 55 |
| 2.4 Las amigas te salvan..... | 57 |
| 3 Capitulo III. Factores económicos y socioculturales en las asimetrías de poder..... | 59 |
| 3.1 Femenidad vs Sexualidad | 59 |
| 3.2 Sexualidad Trans | 62 |
| 3.3 Varones: “Proveedores viviendo con las mujeres sumisas del hogar” “Consumidores pagando frente al trabajo sexual de mujeres trans” | 64 |
| 4 Capitulo IV. Discriminaciones y barreras en la atención a las mujeres cis y transgénero en Tumaco, Colombia..... | 67 |
| 4.1 La salud: como vivir con VIH..... | 67 |
| 4.2 El personal de salud no tiene respeto | 71 |
| 5 Conclusiones | 77 |
| 6 Referencias bibliográficas..... | 84 |

| | |
|--|----|
| Anexos | 92 |
| Anexo 1. Entrevista a profundidad | 92 |
| Anexo 2. Talleres individuales como técnica de recolección de datos desde el sentir y la autorreflexión de cada participante | 93 |
| Anexo 3. Guías de observación | 94 |
| Anexo 4. Consentimiento informado | 95 |

Lista de figuras

| | Pág. |
|--|-------------|
| Figura 1. Cambio en el porcentaje de nuevas infecciones por VIH, por país, América Latina, 2010-2018 | 19 |
| Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud..... | 34 |

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero y profundo agradecimiento a las siguientes personas que hicieron parte de este proceso y me alentaron a seguir cada día construyendo este hermoso proyecto:

En primer lugar, agradezco a las mujeres que participaron en esta investigación, por su confianza y empatía al compartir su sentir y abrirme su corazón contando sus historias que permitieron un menaje de tejidos y conceptos que se plasman en este trabajo para visibilizar las situaciones que cada una vive como experiencia de vida.

A los colectivos que apoyaron esta investigación en la búsqueda de estrategias que permitan seguir trabajando desde el apoyo emocional a las mujeres en lo regional y comunitario, pero en especial a Tina, por organizar de forma comprometida a cada chica para que sin miedo contara su historia.

A mi querida Doris, mi Directora de Tesis, por su paciencia, asertividad, calidez y compromiso para asumir este reto, brindándome las orientaciones pertinentes y necesarias para culminar este proceso.

A FLACSO; pero especialmente a PRIGEPP y sus docentes, que durante 2 años nos permitieron como estudiantes crecer personal y profesionalmente aportándonos sus conocimientos tan valiosos en este camino de reconstrucción social del género.

A mi hijo por ser mi compañero de vida, por permitirme maternar con él sin dejar de lograr mis metas y sueños profesionales, alentándome a terminar este camino académico.

A mis padres por ser mi apoyo incondicional y estar siempre para mí, mostrándome cada día su amor y orgullo.

A mis hermanas y sobrina, por confiar en mí siempre y ser mi norte y mi sur.

A mi novio, que, al ser el amor en la vida, ha sido quien más me alentó a continuar con esta investigación y me acompañó en mis angustias y alegrías en cada momento de esta etapa para poder culminar mi trabajo de tesis.

A mi familia por estar cada uno, desde su lugar brindándome su amor y respeto.

Y por último agradezco a la vida que me puso en este lugar de lucha colectiva e individual, y me permitió elegir esta maestría, entendiendo a través del feminismo y el activismo como mi mejor camino, que lo personal es político, que las mujeres debemos

unirnos frente a las desigualdades estructurales que hemos vivido históricamente y espero que relatos como los de mi investigación permitan mejorar las condiciones de vida de estas mujeres, que como ellas hay muchas; ojala dejemos de pensar en nuestro privilegios para visibilizar la opresión social hacia ellas.

Presentación

El presente trabajo de investigación describe las condiciones actuales en las que viven mujeres afrodescendientes cis y transgénero habitantes del municipio de Tumaco - Colombia, que fueron diagnosticadas con VIH/SIDA, teniendo en cuenta las desigualdades de género que enfrentan en el ámbito público y privado debido al estigma social en su diario vivir, el cual inicia en sus propias familias hasta su atención en salud, pues las vulnerabilidades que existen frente al VIH/SIDA, a partir de ejes diferenciadores y jerarquizantes de sexo, sexualidad, género, clase y raza impone a las mujeres exclusiones en las instituciones del Estado, la iglesia, la escuela y la familia, sobre todo en mujeres transgénero; algo parecido sucede con las mujeres cisgénero que viven en estructuras patriarcales con hombres machistas donde son ellos quienes las contagian.

Por tanto son muchas las barreras estructurales que afrontan las mujeres, pero aún más aquellas que deben vivir con VIH positivo, donde las asimetrías de poder entre mujeres y hombres están dadas por la socialización de género en la que se han educado desde lo que significa ser mujer u hombre, así como las prácticas, actitudes y posición relacional de poder que de ello devienen, esto se evidencia en la epidemia del VIH/SIDA en términos tanto de cómo ocurre la infección; como de la experiencia de vivir con la enfermedad, en este sentido, se trabajó con 6 mujeres transgénero, entendiendo esta categoría como personas cuya identidad de género difiere del sexo que se les asignó al nacer, teniendo en cuenta que pueden o no alterar sus cuerpos mediante hormonas o procedimientos quirúrgicos. (Programa Adolescentes y Jóvenes Saludables de Chicago, s.f) y 4 mujeres cisgénero, cuya identidad de género es consistente con el sexo que se le asignó al nacer. (Programa Adolescentes y Jóvenes Saludables de Chicago, s.f), todas estas mujeres son afrodescendientes de la Costa Pacífica Colombiana, las cuales tienen edades entre 20 y 60 años, diagnosticadas con VIH/SIDA en un tiempo de uno a cuatro años y que residen en el municipio de Tumaco, zona afectada por el conflicto armado.

Los espacios que quedan involucrados en el problema de investigación son el ámbito familiar, social y político pues sobre la población negra, se cree que ignoran los factores de transmisión sexual, esto se puede relacionar con diversas situaciones, entre ellas, menores niveles de educación y acceso a información para reducir el riesgo de transmisión del VIH/SIDA, pues aunque existe poca información y muy dispersa, sobre las brechas en la prevalencia e incidencia de VIH en la población afrodescendiente en la región (Russel y otros, 2019; Taylor y otros, 2012); según el Banco Mundial “las poblaciones

afrodescendientes tienen un mayor riesgo de contraer esta enfermedad, sobre todo en algunos países de la región, por su escaso acceso a recursos de educación sexual” (CEPAL & UNFPA, 2020, p. 14).

También se observa según la CEPAL & UNFPA (2020, p. 146):

Que la prevalencia más elevada de infecciones asociadas al VIH, como la tuberculosis es en la población afrodescendiente (García Pinto, 2014; Paixão y otros, 2010), así como el estigma y la discriminación que han dado impulso a la transmisión del VIH y han aumentado en gran medida el impacto asociado a la epidemia. El racismo estructural y el racismo institucionalizado encubierto son causa de especial desconfianza y alienación de los sistemas de salud de la población afrodescendiente (Urioste, 2008). Por último, la vulnerabilidad de las mujeres afrodescendientes ante el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) puede estar relacionada con dinámicas marcadas tanto por las desigualdades de género como por estereotipos y prejuicios hacia las mujeres afrodescendientes, que dificultan el uso del condón en las relaciones sexuales (OEA/ONUSIDA/CIM, 2014).

Este proceso de estigmatización inicia desde su familia hasta la atención médica por el juzgamiento y rechazo, generando culpa en estas mujeres; además de una falta de acceso a servicios sociales y de salud física y mental, pues es importante notar que estos dos últimos son un pilar fundamental para así lograr adherencia al tratamiento y aprender a vivir frente a un diagnóstico positivo, y si no tienen este acceso además de amenazar, en su forma extrema, la vida y la integridad física y psicológica de las personas que la experimentan, limita su libertad y sus capacidades, restringiendo sus posibilidades de desarrollar su potencial y participar plenamente en las esferas económica, social, comunitaria, política y cultural, de su entorno.

A su vez, las mujeres afrodescendientes presentan patrones específicos de victimización, que se materializan en actos asociados simultáneamente al racismo y a la misoginia, con manifestaciones particulares y más agudas en determinados territorios (CEPAL, 2018). Por tanto contar con un acompañamiento psicológico desde el inicio del diagnóstico “es esencial para desmitificar las creencias negativas frente al VIH, eliminar estigmas y prejuicios, generando así un espacio seguro para las personas seropositivas” (Araque, 2021); pero si este acceso de servicio de salud es escaso no se puede promover en mujeres cis y transgénero el afrontamiento y aceptación de la situación, ni controlar los altibajos de los estados anímicos dado que se pueden desencadenar episodios de depresión o confusión, generando poca adherencia al tratamiento antirretroviral; y más aún para las

mujeres transgénero con VIH/SIDA, desde la construcción social de las normas y relaciones de género que padecen estas mujeres sufriendo una triple discriminación, por ser trans, trabajadoras sexuales y VIH positivo, pues aunque a las mujeres cis también se las discrimina con patrones de rechazo y juzgamiento frente a su vida sexual, para las mujeres transgénero es más complejo por no adecuarse a los referentes cis-hetero-normativos que la sociedad impone.

Por lo anterior, es claro que vivimos en una época convulsa en la que cohabitan comunidades cada vez más heterogéneas, en cuyo seno se gestan discriminaciones hacia algunos grupos de población y se incrementan las desigualdades (Biglia & Vergés-Bosch, 2016, p. 14), por eso esta investigación partió de las narraciones de las Historias de Vida (De Garay, 1997) que afrontan estas mujeres para poder comprender cuáles son sus imaginarios al vivir con VIH/SIDA desde las asimetrías de poder y procesos de atención al tratamiento; se trabajó con una metodología cualitativa que parte de la realidad de las participantes de la investigación, indagando su situación, la visión que tienen de su propia historia y de los condicionamientos estructurales frente a sus imaginarios al vivir con VIH/SIDA, esto fue posible utilizando la técnica de recolección de información relacionada con narración de historias de vida (De Garay, 1997).

La principal técnica de recogida de datos fue la entrevista, ya que a través de los testimonios orales y de las narraciones autobiográficas se pudo obtener el amplio grueso de información y de conocimientos de cada mujer, desarrollando diez encuentros presenciales y cinco virtuales en los cuales se construyó cada historia desde ejercicios de afrontamiento emocional consigo mismas, plasmando su historia personal a través de entrenamientos prácticos como cartografías corporales para reconocer características físicas de sí mismas y de su cuerpo en relación a su diagnóstico, así mismo se recrearon de manera simbólica los ríos de su vida relatando su experiencia en relación a vivir con VIH/SIDA, desde sus sentires personales descubriendo el papel que tiene en su vida su diagnóstico para reconstruir aquello que ha marcado el antes y después de su enfermedad.

Todo este conglomerado de situaciones de vida estuvo ligada a preguntas orientadoras en entrevistas semiestructuradas de los encuentros presenciales, además de realizar con cada participante un encuentro de acompañamiento de campo, como instrumento de observación en un día de su vida para conocer desde la cotidianidad sus mismas historias plasmadas en el papel. El diálogo se confiere, por lo tanto, como lo principal para trabajar en las Historias de Vida (De Garay, 1997), teniendo en cuenta además que “[...] en países como Colombia

donde persisten condiciones de salud que se relacionan en gran medida con los contextos sociales y culturales como es el caso de la infección por VIH/SIDA y de la violencia sexual, la investigación cualitativa se presenta como una alternativa vital para comprender y explicar estas realidades desde el enfoque de género” (Lafaurie & Zúñiga, 2011).

Por tanto, los aportes que se narran en este estudio desde sus imaginarios, permitieron indagar su experiencia, tratamiento y acceso a la salud para poner sobre la mesa el abordaje del Plan Decenal de Salud en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) frente a cómo se maneja la promoción, prevención y acceso a salud en el tratamiento de pacientes VIH en esta región y sensibilizar frente a las creencias y normas sociales y culturales que fomentan la desigualdad de género en lo relacionado con la epidemia del VIH y que se agudiza mucho más en mujeres que viven en condiciones de vulnerabilidad como las regiones de la Costa Pacífica Colombiana, la cual es una región caracterizada por la presencia de grupos étnicos que han mantenido un arraigo importante con las tradiciones y cosmovisiones ancestrales de su pasado (Defensoría del Pueblo, 2016).

Así, se trata de una región pluriétnica en donde habitan diferentes comunidades afrodescendientes e indígenas como los Emberá, Awa Unipa, Tule (Kuna), entre otros (Martínez, 2013). La región Pacífica está compuesta por los departamentos de Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Chocó, representando el corredor occidental del país, limitando con Panamá en el noroccidente y Ecuador en el suroccidente. Además, el Andén Pacífico es un corredor natural de características únicas a nivel mundial, dado que hace parte del Chocó biogeográfico, considerada la región más biodiversa del mundo, en donde más del 70% está cubierta por el bosque húmedo tropical (Defensoría del Pueblo, 2016).

Según el Informe del Observatorio Regional ODS - Región Pacífica de Gutiérrez *et al.*, (2020):

Las características sociales y biofísicas del Pacífico la presentan como una región heterogénea, con diversidad de comunidades étnicas, climas y especies. Sin embargo, en ella también existe una alta desigualdad social, en donde los índices de pobreza suelen ser más altos que el promedio nacional, además de tener dificultades para la provisión de servicios y cobertura educacional para la totalidad de sus habitantes. Gran parte de la región está sumergida en un contexto de violencia a causa del conflicto armado, que desde la década de los ochenta ha generado constantes despojos y olas de desplazamiento forzado, ocasionando ciclos de violencia y pobreza en su población (p. 14)

El conflicto armado en la historia de esta región a partir de los años ochenta creció debido a la llegada del narcotráfico y la presencia de grupos armados. Luego fue pionera del intercambio de droga por el torrencial marítimo desatando una ola de violencia aún más marcada. (Gutiérrez *et al*, 2020, p.18).

Sin embargo, pese a estas problemáticas sociales, la región Pacífica goza de una gran diversidad étnica y cultural, “siendo geográficamente la zona más grande de cultura negra en el país, ya que los habitantes afrocolombianos del territorio constituyen el 90% de la población de la región” (Gutiérrez *et al*, 2020, p.15). Específicamente en la zona sur del Pacífico, se ubica el puerto de Tumaco, “el segundo más importante de toda la región después del de Buenaventura. El cual está localizado a 300 km de Pasto (Capital del departamento de Nariño), en la Ensenada de Tumaco que se encuentra muy cerca de la frontera ecuatoriana” (Wikipedia, 2022); por lo que la pesca ha sido una de las actividades más importantes del territorio.

Además, esta región colombiana ha sido el escenario en el que distintos actores han intervenido y disputado el territorio de acuerdo a las visiones y a los intereses que tienen del mismo, creando dinámicas desiguales, conflictivas y de riesgo, pero también de resistencia (Ramírez, 2018, p. 142) como los son los actores estatales, los grupos armados ilegales, las multinacionales y las empresas nacionales y extranjeras que van en contravía de los intereses de las comunidades que han habitado el territorio de manera ancestral, y que, a pesar de las múltiples carencias y precariedades, violencias, desplazamientos forzados, ocupaciones y despojos, siguen habitando dicho territorio (Defensoría del Pueblo, 2016).

De acuerdo a lo anteriormente mencionado la construcción del objeto de estudio de la investigación fue una tarea diversa que refleja las perspectivas heterogéneas que conviven las mujeres cis y transgénero diagnosticadas con VIH/SIDA en las múltiples afectaciones que enmarcan su territorio; sin embargo, existen similitudes que son claras en esta diversidad y que se configuran en guía y orientan el trabajo de investigación. Las aproximaciones teóricas y metodológicas constituyen una de esas guías que orientan la manera de comprender los imaginarios y la realidad compleja y dinámica que se intenta conocer e indagar. En este caso particular, se construye el objeto de estudio desde un análisis cualitativo mediante el método biográfico (Rodríguez, Gil & García, 1996) a través de historias de vida, entendiendo que el objeto se construye desde la realidad de las sujetas a estudiar, indagar su situación y la visión que tienen de su propia historia.

La revisión analítica conceptual de la teoría es otra tarea importante, porque presenta el campo problemático existente. Se trata de un proceso complejo donde como investigadora se decide que se va a investigar y se incluye el planteamiento del problema, donde la realidad es el horizonte de análisis y la definición de las líneas de trabajo.

De esta manera, se presenta a continuación la construcción del objeto de estudio a través del planteamiento del problema donde se encuentran explícitos algunos hechos que problematizan el cuerpo de conocimientos y los antecedentes en relación al tema. Se brinda, además, un análisis del contexto en el que se dan los hechos en el marco de la realidad de las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de la costa Pacífica Colombiana.

Luego, se presenta el estado actual del tema y el marco conceptual, donde se brinda un análisis más profundo de las teorías de género desde la construcción de las categorías: imaginarios al vivir con VIH como eje central, asimetrías de poder, violencia de pareja, interseccionalidad, feminismos negros y salud social (determinantes sociales de la salud), para conocer cómo en Colombia persisten condiciones de vulnerabilidad en salud, que se relacionan en gran medida con los contextos sociales y culturales como es el caso de la infección por VIH/SIDA.

Las mujeres sujeto de estudio viven en la cabecera municipal de Tumaco, son afrodescendientes, se entrevistaron a 10 mujeres cis y transgénero consideradas clave del tema, se seleccionaron personas de diferentes edades, oficios, con bajos recursos económicos, seis de ellas mujeres transgénero que ejercen el trabajo sexual y cuatro mujeres cisgénero que desempeñan labores del hogar, con parejas estables y nivel de escolaridad medio, la mayoría sin terminar el bachillerato, a excepción de dos de ellas, pero ninguna tiene estudios técnicos o universitarios.

Se trata de un grupo abierto donde se buscó que pudieran relatar sus historias sin miedo y sintiendo un lugar seguro donde compartir sus experiencias y vivencias que durante años han mantenido ocultas.

Este análisis se llevó a cabo en primera instancia desde la contextualización personal de cada mujer, quién es, cuáles son sus gustos, sus talentos, su vida personal, para caracterizar el grupo de estudio desde el significado propio de cada mujer, según Martin, (1995), el objeto principal es “el análisis y transcripción que el investigador realiza a raíz de los relatos de una persona sobre su vida o momentos concretos de la misma” (Cotan, s. f., p. 3).

Por tanto, siendo su vida quien se plasma en esta investigación se realiza un consentimiento informado donde cada mujer acepta de forma voluntaria hacer parte de esta investigación.

El análisis de los datos, el cual se llevó a cabo desde la triangulación de los relatos obtenidos en las entrevistas con la información que se obtuvo en las narraciones de historias de vida y la observación participante; dio pie a todo un proceso de indagación de recogida de datos de forma cualitativa, donde en los relatos de las autoras se exponen sus sentimientos, pensamientos e imaginarios descriptivos de su relación con el virus del VIH/SIDA “para que el investigador pueda contextualizar el relato lo más veraz posible a esa persona y sin interferir la subjetividad a la hora de transcribir la Historia por parte del mismo” (Cotan, s. f. p. 3).

Asimismo, se describe el objetivo general y los específicos para continuar con el diseño metodológico. Al finalizar el apartado, se hace una caracterización del grupo en estudio. En los capítulos siguientes II, III y IV se describen los resultados, triangulando la información a través de su discusión, pues en los tres capítulos se relacionan los objetivos específicos de la investigación.

El capítulo II, está relacionado entonces, con los imaginarios de las mujeres cis y transgénero de la investigación desde las relaciones familiares, de pareja en el caso de las mujeres cisgénero; prejuicios frente a la identidad de género de las mujeres trans en sus familias, donde se aportaron narraciones que mostraron condiciones de opresión racial; el capítulo III muestra las condiciones socio culturales relacionadas con sus imaginarios de feminidad y sexualidad, frente a las asimetrías de poder que generan discriminación y estigma relacionado con el diagnóstico de VIH/SIDA, los factores económicos frente a la división sexual del trabajo, prostitución y tipos de violencia física, sexual y económica; por último en el capítulo IV se enmarcan las condiciones de atención en salud que viven las mujeres cis y transgénero frente a las desigualdades interseccionales no solo por su enfermedad, si no el acceso limitado en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente se encontrarán las conclusiones, reuniendo cada apartado y delimitando el ejercicio de esta investigación frente a la promoción y prevención de los derechos de las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de Tumaco, Colombia, dándole voz a las mujeres a través de sus imaginarios frente a la resignificación de su diagnóstico.

Con este estudio se pretende aportar en el conocimiento y visibilización de la región frente al tema, para poder generar estrategias de apoyo en las políticas regionales y nacionales dirigidas a la prevención del VIH/SIDA.

1 Capítulo I. Problema de investigación

A continuación, se presenta el planteamiento del problema de investigación.

1.1 Planteamiento del problema

El género en tanto construcción histórica y social establece expectativas referidas a lo que se espera de un hombre y una mujer desde su nacimiento, a partir de fundamentos arcaicos presentes en cada cultura. El patriarcado es universal de las culturas donde el poder se expresa como un modo de dominación por parte del varón que asegura su supremacía sobre la subordinación de las mujeres o personas que por su identidad u orientación son asociadas a lo femenino (Lagarde 1997). Cabe destacar a su vez que, en las estructuras patriarcales, las normas vigentes y las relaciones de poder entre las personas en función de sus asignaciones genéricas, varían de una cultura a otra, teniendo en cuenta los diferentes momentos históricos.

En ese contexto a los hombres se les enseña que deben ser los proveedores del hogar y se espera que ejerzan autoridad y poder frente a sus parejas, mientras que a las mujeres se les prepara para cuidar el ámbito privado y las actividades domésticas del hogar, exigiéndoles que deben mostrarse sexualmente por un lado, seductoras, bellas y por otro lado deben mostrarse sumisas, dependientes y tener una sola pareja, “sobrevaloradas de lo que significa ser una “buena esposa y madre” –presunta aspiración de cualquier mujer “decente” y “de buen corazón” (Faur, 2019, p. 16), que se relaciona con los roles de género asignados por nacer mujer y que se perpetúan en los cuerpos de las mujeres, “hablando de una concepción sexualmente diferenciada de hombres y mujeres, que reconocería a las mujeres solo por sus cuerpos y todo lo que ello simboliza como un contrato sexual” (Mouffe, 2001, p. 6).

En cambio los hombres deben tomar la iniciativa, mostrarse fuertes y “se considera socialmente aceptable que tengan varias parejas de forma simultánea, donde las mujeres han sido catalogadas como inferiores porque se les ha hecho creer que esa es su naturaleza, desde lo doméstico, la familia, el hogar y su cuerpo biológicamente materno” (Mouffe, 2001, p. 11), los hombres son seres sociables, adaptados a salir en público, hacer parte de la cultura, por ende, su masculinidad hegemónica los vuelve superiores a las mujeres puesto que se considera superior lo que se aprende fuera de la esfera privada.

Ese sentido de dominación de hombres sobre las mujeres ha generado que sus creencias machistas celebren una vida de promiscuidad.

Como lo refiere Bourdieu (1998):

Poseer sexualmente, como en francés *baiser* o en inglés *to fuck*, es dominar en el sentido de someter a su poder, pero también engañar, abusar o, como decimos, «tener» (mientras que resistir a la seducción es no dejarse engañar, no «dejarse poseer»). Las manifestaciones (legítimas o ilegítimas) de la virilidad se sitúan en la lógica de la proeza, de la hazaña, que glorifica, que enaltece. Y aunque la gravedad extrema de la menor transgresión sexual prohíba expresarla abiertamente, el desafío indirecto para la integridad masculina de los demás hombres que encierra toda afirmación viril contiene el principio de la visión agonística de la sexualidad masculina que se manifiesta más cómodamente sino porque el mismo acto sexual el cual es concebido por el hombre como una forma de dominación, de apropiación, de «posesión» (p. 18)

La hombría reside entonces, en tener más de una mujer a su alcance, sin pensar en el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, vemos aquí que “la falta de equidad de género se refleja en el proceso de transmisión de la infección. En este contexto, la mayor vulnerabilidad de las mujeres está determinada por una cultura que limita su acceso a bienes y servicios y les impide tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas e informadas” (Milosavljevic, 2007, p. 171), donde sus parejas hombres no hacen uso del preservativo en sus relaciones sexuales y tampoco permiten que la mujer decida no tener relaciones sexuales sin el uso del mismo, esta decisión solo prevalece en la jerarquía de poder que ejercen los hombres, poniéndolas en riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, pues “la mentalidad de que las mujeres deben someterse al hombre presenta un peligro para su capacidad al ejercer la autoeficacia, en especial en los procesos de negociación de protección contra el VIH/SIDA con sus parejas” (Noboa-Ortega y Serrano-García, 2006) en (Rivera-Díaz *et al.*, 2015, p. 86).

Por otro lado, esta estructura que define lo humano en dos categorías genéricas hombre y mujer, no solo produce desigualdad y jerarquías entre ambos, si no que estigmatiza y discrimina a aquellas personas que no hacen parte de esta heteronormatividad, por lo que “el estigma se posiciona en los cuerpos trans, leídos desde los códigos binarios como cuerpos ilegítimos, engañosos o como cuerpos que no importan” (Ministerio de Protección Social & UNFPA, 2011, p. 39).

En este sentido las personas trans específicamente cargan con el estigma relacionado al VIH/SIDA, ya que en el contexto de su aparición se relacionó con la transmisión sexual, y

“en la mayoría de las sociedades tuvo su impacto inicial en poblaciones con prácticas y/o identidades sexuales diferentes de los patrones hegemónicos” (Bruno, 2008, p. 6).

En suma, la discriminación por la identidad y el estigma que acompaña, por ejemplo, el ejercicio de la prostitución las coloca en una posición aún más vulnerable frente a cualquier tipo de violencia como “la dificultad para incorporar prácticas preventivas de cuidado de la salud y la alta incidencia de contagio de VIH/SIDA” (Berkins & Fernández, 2003, p.77).

Estas dos realidades de las personas cisgénero y transgénero dan cuenta de una problemática social que se sufre en torno a la socialización de género impuesta por la sociedad patriarcal y machista, que pone a las mujeres cis y transgénero en condiciones de vulnerabilidad frente a su salud sexual y reproductiva, donde el riesgo a contraer el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), es más propenso en este tipo de poblaciones, y cuando una mujer cis o trans género es infectada y contagiada, el estigma que sufre es más fuerte, sin embargo, “aunque sufren más por el estigma, los casos de los que se tiene conocimiento demuestran que, en las comunidades en las que las relaciones sexuales entre hombres y mujeres son la forma primaria de transmisión del VIH” y continúan “...las mujeres con el virus tienen redes de apoyo más fuertes y tienden a sobrevivir el diagnóstico por más tiempo que los hombres” (Foreman *et al*, 2003, p 15).

Aunque por el contrario no hay muchos estudios que determinen que los hombres con VIH/SIDA sufran algún tipo de estigma; sin embargo, algunos autores nos dicen que “el estigma y la discriminación relacionados con las relaciones sexuales entre hombres afectan a estos, de dos maneras, por la falta de servicios y renuencia a acudir a los servicios por vergüenza” (Foreman *et al*, 2003, p 15).

De igual manera en un estudio realizado en Guatemala para evidenciar la vulnerabilidad de las personas afectadas directa o indirectamente con el virus en el año 2017 se observó que en mayor proporción los hombres se sienten culpables y se culpan a sí mismos (33.1% y 33.3%, respectivamente) comparados con las mujeres (21.4% y 22.2%, respectivamente); aunque las mujeres se sienten más avergonzadas (29.0%) comparadas con los hombres (23.0%). (Morales-Miranda, 2017, p.65); sin embargo, en este estudio no se determina la orientación sexual ni identidad de género de hombres y mujeres.

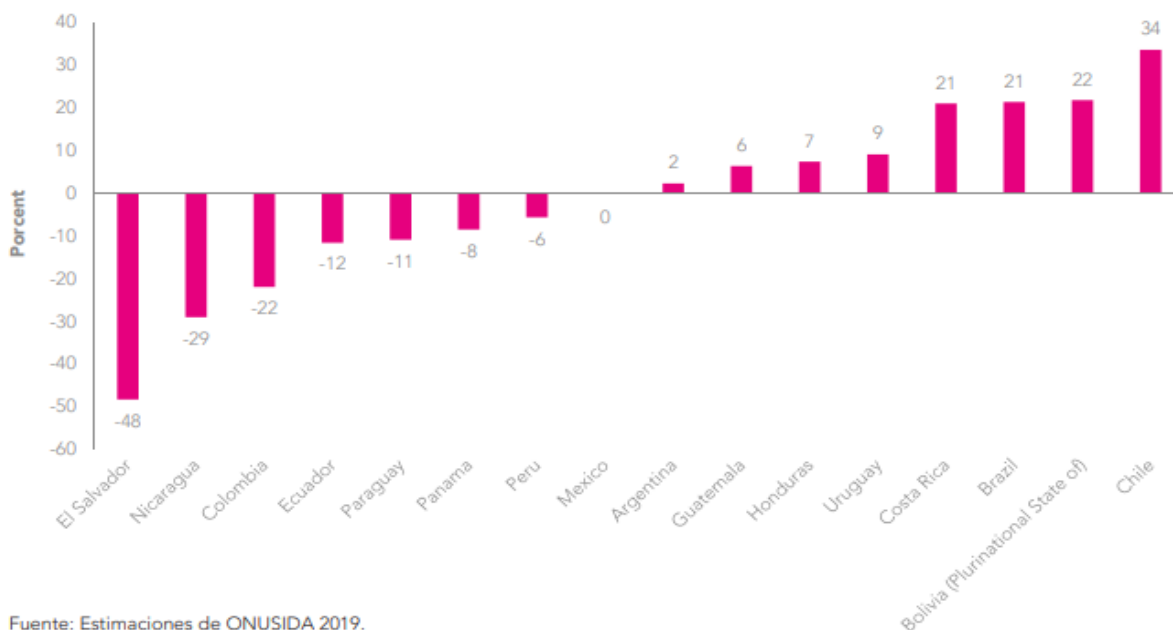
Pero las mujeres llevan a cuentas mayores sentimientos de juicio y poco valor; ya que al vivir con “el VIH/SIDA no solo cargan con el estigma de tener esta condición, sino que

también se les castiga poniéndoles un sello de promiscuidad por el hecho de tener una infección vinculada al acto sexual” (Rivera-Díaz *et al*, 2015, p. 87); y en los casos de las mujeres cis donde el contagio directo es de su pareja “según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2001); es más probable que los hombres sean aceptados por la familia y la comunidad. Las mujeres ... tienen más probabilidades de ser culpadas, aun cuando hayan sido aceptadas por sus esposos en lo que para ellas han sido relaciones monógamas” (Foreman *et al*, 2003, p 15) y en el caso de las mujeres trans las necesidades básicas de subsistencia y condiciones de pobreza las lleva al trabajo sexual, donde son propensas al contagio directo de VIH/SIDA.

Lo anterior ha hecho que en los últimos años el VIH/SIDA sea un tema de gran preocupación, y más aún en torno a las condiciones de vida de mujeres cis y transgénero con esta enfermedad; un estudio realizado en Puerto Rico sobre el discurso patriarcal y las experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA observó que “este discurso está presente en la psiquis de las mujeres y con ello las nociones estigmatizadoras sobre su condición; se convierten en entes opresivos de ellas mismas y de las «otras», al culpabilizarse y culpabilizarlas por la infección”(Rivera-Díaz *et al*, 2015, p. 88).

Siguiendo esta misma línea, otro estudio sobre la Respuesta del VIH en América Latina de la ONU (2019, p. 5) nos dice:

Se estima que 100.000 [79.000–130.000] personas contrajeron el VIH/SIDA en América Latina en 2018, un aumento del 7% en comparación con 2010. Aproximadamente la mitad de los países de la región experimentó un aumento en la incidencia entre 2010 y 2018. Los mayores aumentos se produjeron en Brasil (21%), Costa Rica (21%), el Estado Plurinacional de Bolivia (22%) y Chile (34%). Al mismo tiempo, se observaron grandes descensos en El Salvador (-48%), Nicaragua (-29%) y Colombia (-22%) (Figura 13.5).



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA 2019.

Figura 1. Cambio en el porcentaje de nuevas infecciones por VIH, por país, América Latina, 2010-2018

Fuente: América Latina. Comunidades en el Centro. La respuesta al VIH en América Latina. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 2019

Entre los 13 países que proporcionaron información, la prevalencia del VIH fue más alta entre las personas transgénero, con un 30% o más en tres países y más del 20% en otros cinco (ONU, 2019, p.5)

En contextos latinoamericanos se han reportado altos índices de prevalencia en esta población, como es el caso de Argentina con 34,4%, Perú con 32% a 44% en el 2007 y El Salvador en un 25% en el 2005 (Ministerio de Protección Social & UNFPA, 2011, p. 65); en Colombia existen pocos datos estadísticos acerca de la prevalencia del VIH en población transfemenina (transgenerista, transexual o travesti).

Sin embargo, los hallazgos de un estudio realizado en 2010, con una muestra de 136 mujeres trans, del Proyecto VIH Fondo Mundial (2016), informa que:

El 47% de las participantes reportó su ocupación como trabajo sexual, la mayor parte de las entrevistadas vivían en áreas clasificadas como de estrato económico relativamente bajo 1 y 2 (88% en Bogotá y 54% en Cali). Así mismo el 67% reportó pertenecer al régimen subsidiado de SGSSS, el 75%, tenía un nivel educativo menor a secundaria y el 10% no habían oído hablar de VIH. En cuanto a la posibilidad de acceder al tratamiento antirretroviral y mantener

la adherencia al mismo, se ha visto que en el país esta situación está condicionada a la presencia de barreras del sistema de seguridad social, a la oportunidad en los servicios de atención en salud y a la incipiente instauración de programas nacionales destinados para tal fin y focalizados en los grupos vulnerables tales como las mujeres que viven con VIH, dada la latente desigualdad de género (p. 27)

Ello evidencia la compleja situación de vulnerabilidad que experimenta esta población y la necesidad de generar acciones y estadísticas con la población trans en Colombia.

De igual forma una nota de la página web Consultor Salud, publicó la Cuenta de Alto Costo de Colombia donde relata el informe sobre la situación del VIH y SIDA en Colombia, conforme a los datos reportados en 2021, “las cifras muestran que entre el 1 de febrero de 2020 y el 31 de enero de 2021 se diagnosticaron 9.210 casos de VIH en el país, sin embargo, representa una disminución del 26% en comparación con el periodo anterior” (Vivas, 2022)

Por otro lado, en algunos países, las mujeres cis “también continúan enfrentando altos niveles de violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima: casi el 40% en el Estado Plurinacional de Bolivia, el 33% en Colombia, aproximadamente el 11% en Perú y alrededor del 8% en Guatemala y México.” (ONUSIDA, 2019, p. 13).

El informe Situación del VIH y SIDA en Colombia, elaborado por la Cuenta de Alto Costo (2022):

Muestra que la mayor concentración de casos nuevos se dió en la región Central, con 27,39 por ciento, seguido por Bogotá, con 24,69 por ciento. Así mismo, el mayor porcentaje de casos prevalentes (27,74 por ciento) se encuentra en la región Central, Bogotá y Antioquia, que son las que reportan la mayor frecuencia de casos. El informe detalló que la mayor frecuencia de casos nuevos se registró entre los 25 y los 29 años, seguido del grupo de 20 a 24 años, tanto para los hombres como para las mujeres. El 83,42 por ciento (7.683) de los casos nuevos se registró en hombres, el 16,48 por ciento (1.518) en mujeres y el 0,1 por ciento (9) en intersexuales. En el total de casos desde que se lleva registro, el grupo de edad de 30 a 34 años es el que presenta el mayor número de diagnósticos de VIH (21.563). Por género, el 77,41 por ciento son hombres (104.228), el 22,54 por ciento mujeres (30.346) y 0,05 por ciento intersexuales.

Específicamente en la costa Pacífica Colombiana donde hay un numero de 196.316 habitantes; 54.4% urbano y 45.6 rural; 50% hombres, 50% mujeres, 7.461 indígenas y 139.496 afrocolombianos, la prevalencia de VIH/SIDA en la población de 15 a 49 años tiene una tasa de 0.184 (Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2015, p. 16). Estas situaciones relacionadas con la baja cobertura en educación, las barreras geográficas de acceso a los

servicios de salud y las condiciones socioculturales de la región, determinan un alto riesgo para todos los eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Por tanto la Costa Pacífica no es ajena a esta situación, la feminización de los reclutamientos y desplazamiento forzado que se vive en el territorio de la Costa Pacífica Colombiana se manifiesta en escenarios de opresión de las mujeres afrodescendientes desencadenando desigualdades étnico raciales, asociadas con la falta de educación, oportunidades y precarios niveles de salud, llevando a las mujeres a ejercer la prostitución o a ser blanco fácil de hombres que pertenecen a grupos al margen de la ley donde la violencia contra las mujeres tiende a agudizarse en territorios militarizados y con presencia constante de actores armados, legales e ilegales, quienes les ofrecen unas condiciones económicas diferentes a su vida de pobreza; pues en relación con la proporción de personas en miseria, Nariño (departamento de Colombia) cuenta con un 17,18%, y Tumaco (Municipio del departamento de Nariño) con 48,70%; es decir, casi la mitad de la población tumaqueña se encuentra en condición de miseria” (Benjumea & Loaiza, 2018, p. 31) y “esto enmarcada en la promiscuidad como símbolo de virilidad de estos hombres, pues los cuerpos de las mujeres se convierten en territorios de disputa” (Benjumea & Loaiza, 2018, p. 33), que según la Encuesta de prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015: “el 96% de las mujeres que viven en contextos de conflicto armado, han experimentado violencia domestica frente a antecedentes de promiscuidad en el ámbito privado” (Benjumea & Loaiza, 2018, p. 34).

Desde esta perspectiva “el propio hogar de las mujeres se convierte en el espacio más hostil para ellas, porque se usa la violencia como una tecnología del género¹” (Benjumea & Loaiza, 2018, p. 35), donde no se reconocen las diferencias basadas en la cultura, la clase, la raza y la ubicación geográfica; por otra parte “Gomes dos Santos, afirma la existencia de una triple explotación de las mujeres de color por su condición de mujeres; por su condición de trabajadoras y por su condición de negras”. (Hipertexto PRIGEPP Globalización 2020, 3. 2. 1); allí también se sostiene y persiste el modelo tradicional, del discurso hegemónico y sumado a la feminización de la pobreza, generan contextos y realidades vulnerables frente al estigma del VIH/SIDA, relacionados con las asimetrías de poder, factores socioeconómicos y culturales donde las barreras al acceso en la salud agudizan esta problemática social frente a

¹ Según Teresa de Lauretis, las tecnologías de Género son aquellas que pretenden disciplinar a los seres humanos, con el fin de que estos se adecuen a los roles de género tradicionales impuestos y construidos por la sociedad (De Lauretis, s. f)

los procesos de acceso y atención al tratamiento de salud, pues aunque existe el Plan Decenal de Salud en Colombia (MS y PS, 2012) en los temas relacionados con la promoción, prevención y acceso a salud en el tratamiento de pacientes VIH/SIDA, no se evidencia un tratamiento con enfoque de género y diferencial para mujeres afrodescendientes y menos población transgénero.

Estas primeras aproximaciones a la realidad que viven las mujeres cis y transgénero visibilizan la importancia del tema, a partir del cual se presenta este trabajo; donde el problema de investigación refiere a los procesos de discriminación (externa e interna) que padecen las mujeres cis y transgénero que viven con VIH/SIDA, cuya pregunta de investigación será comprender ¿ Cuáles son los imaginarios que, al vivir con VIH/SIDA y ante las asimetrías de poder y la discriminación construyen las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de Tumaco, Colombia?

El mismo se aborda desde una perspectiva feminista que posibilita entender y visibilizar la problemática social en la que viven estas mujeres. Dicho análisis se enmarca dentro de las ciencias sociales, cuya reflexión es punto de referencia para posteriores investigaciones que puedan surgir en este tema.

1.2 Marco Conceptual

Los ejes de referencia teórica con los que se trabaja hacen referencia a los constructos sociales que enmarca la epidemia de VIH/SIDA, pues esta ha afectado a todos los niveles estructurales de las sociedades, esto ha hecho evidente la necesidad de comprender la infección como un fenómeno social, donde se trascienda la mirada clínica de la enfermedad y se reconozca los factores sociales, políticos, económicos, educativos, así como las relaciones entre ellos, que pueden estar configurando distintas formas de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y las personas que padecen la enfermedad desde los imaginarios que se construyen al vivir con VIH, como eje fundamental de esta investigación.

Se brinda un análisis más profundo de las teorías de género desde la construcción de las categorías imaginarios al vivir con VIH, asimetrías de poder, violencia de pareja, interseccionalidad, feminismos negros, salud social (determinantes sociales); para conocer cómo en Colombia persisten condiciones de vulnerabilidad en salud, que se relacionan en gran medida con los contextos sociales y culturales como es el caso de la infección por VIH/SIDA.

1.2.1 Imaginarios al vivir con VIH

La sociedad patriarcal y machista latinoamericana impone a las mujeres creencias arraigadas frente a su deber ser como mujer, formando a lo largo de su vida estereotipos de lo que significa comportarse como una buena mujer en el caso de las mujeres cis género; caso contrario de las mujeres trans que todo el tiempo las tacha de no ser mujeres.

Desde ese punto, se gestan en las mujeres cis y transgénero imaginarios que convergen su realidad, pues el patriarcado como una organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de los hombres sobre las mujeres, (Varela, 2005, p. 145) y el machismo entendido como un discurso de la desigualdad, basado en la discriminación frente a la creencia de que los hombres son superiores a las mujeres. (Varela, 2005 p.148), genera en ellas una construcción simbólica de su experiencia, desde sus creencias arraigadas a través de la crianza ejercida por esos modelos de opresión en la sociedad, así pues, sus “imaginarios dan cauce a interpretaciones de la vida colectiva, donde percepciones particulares, pudieran tener un peso específico a la hora de explicar un fenómeno social” (Arroyave, 2018 p. 49). Es decir, estos imaginarios viven en las experiencias personales de cada persona como un constructo social alrededor de una realidad como el VIH/SIDA.

Pues éste virus, como lo menciona Cossío (2004):

...como cualquier otra pandemia, tiene antecedentes que se sitúan en los espacios de lo individual y lo social: el desempeño de la sexualidad, los vínculos afectivos, los embarazos, el trabajo, el uso de drogas inyectables, la pobreza, el analfabetismo, la movilidad de las poblaciones; los procesos de identidad que se construyen a partir de la sociedad, las diferencias corporales, las tareas y roles asignados con base en las costumbres y legados culturales, la perspectiva de género, entre otros (p. 46).

Entender los imaginarios alrededor de una realidad como el VIH, desde la discriminación, estigma, marginación y exclusión social de algunas poblaciones vulnerables creados socialmente es parte fundamental de esta investigación, pues el estigma y la discriminación continúan impidiendo la respuesta al VIH en muchos países de la región. Pues estos imaginarios sociales están relacionados a los contextos culturales tanto los instaurados por sus familias como por la sociedad y que permiten evidenciar como el temor social está ligado a la relación que hacen del virus del VIH al contagio y desconocen que el virus solo se transmite de manera directa, generando una gran brecha, siendo esto una de las causas que no les permite formar niveles de resiliencia y aceptación (Jaramillo et al 2021) y que por el

contrario tienden a desarrollar problemas en su salud mental, depresión y ansiedad debido a creencias erróneas frente a su enfermedad, constituyendo una representación particular de la vivencia del VIH. Esta representación puede estar relacionada con el miedo al estigma, al pensarse como una patología exclusiva de algunos grupos o minorías sociales cuestionados por la moral conservadora.

Así, para Arroyave, (2018):

La estigmatización y prejuicios vinculados al VIH incitan a una metaforización de la enfermedad como muerte y castigo; lo que produce un estado de alejamiento de todos los círculos sociales, donde uno de los imaginarios sociales tiene que ver con el castigo que debe recibir quien vive con VIH, construyendo simbólicamente imaginarios irracionales de culpa. (p. 23).

Además, el estigma y la discriminación asociado al VIH/SIDA, restringen la búsqueda de información sobre la enfermedad por parte de las mujeres y distorsiona sus imaginarios.

Como lo dice el Ministerio de Protección Social & UNFPA (2011):

Los patrones tradicionales de género pueden impedir que cualquier mujer, sea o no sexualmente activa, busque información sobre asuntos relacionados con el ejercicio de la sexualidad, por temor a la censura social o a que se la señale como “inmoral” o “promiscua”. Esto afecta además a la vivencia de las mujeres en los servicios de salud, la cual está determinada —en buena parte— por la relación establecida con el personal médico y asistencial. Los juicios morales negativos sobre la sexualidad y las actitudes descalificadoras acerca de las Mujeres que Viven con VIH/Sida (MVVS) o de las mujeres en general, expresadas por el personal, se reflejan al momento de la atención y constituyen una barrera en el acceso a estos servicios (p. 36).

Esto lleva a la vulneración de acceder a derechos sexuales y reproductivos, a una maternidad en el caso que deseen tenerla, pues sus imaginarios conllevan a percibir temor frente a un sano desarrollo personal aún con el VIH y a las barreras que hasta su propia familia pueda tener por juicios de valor, llevando a que este estigma no permita su propio autocuidado frente a la enfermedad, generando una vulneración de las mujeres.

Los imaginarios que están ligados a ésta vulneración; según Quesada & Villegas, (2009), se refuerzan cuando, se suman otras desigualdades como la pobreza o la discriminación por razones étnicas o de preferencias sexuales, es decir, el VIH/SIDA afecta a las mujeres en tanto mujeres, pero no las afecta a todas por igual, evidenciándose así, una

desigualdad interseccional por las condiciones sociales, biológicas y físicas de las mujeres en relación con la enfermedad.

1.2.2 Asimetrías de poder

Cuando se habla de relaciones verticales donde una de las partes se sitúa abajo y quien ejerce el poder se sitúa arriba, empieza un orden patriarcal de desigualdad frente a las condiciones de vida y de relacionamiento social, donde históricamente prevalece las jerarquías de poder que ponen en riesgo la salud y la prevención de la misma; así lo referencia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005) de Profamilia, donde se establece que la transmisión del VIH/SIDA en mujeres colombianas está relacionada con “la desigualdad, con la deficiente educación sexual, con el estilo de comportamiento de la población, con los valores, creencias, tabúes y prácticas” (Lafaurie, M. & Zúñiga, M, 2011) donde prevalecen los patrones de cultura patriarcal y machista, especialmente en lo referente a las dimensiones culturales y roles de género en las relaciones de pareja concernientes a las asimetrías de poder.

Para Villamil, Rozo & Jiménez (2011) “En los denominados grupos “trans”, inmersos en la prostitución, se presenta especial vulnerabilidad frente al VIH/SIDA”. El colectivo transexual en América Latina suele tener un riesgo alto de contraer la infección del VIH. Se ha establecido, en estudios llevados a cabo en Argentina, Colombia y los Estados Unidos, que la estigmatización social que recae sobre estos colectivos, además de la pobreza y su frecuente inmersión en la prostitución, los hacen propensos a una mayor vulnerabilidad a la infección, pues están expuestas a asimetrías de poder de sus proxenetas.

Estas asimetrías de poder, que hacen parte de las relaciones de mujeres cis y transgénero vienen enmarcadas en la construcción social machista y patriarcal en la que han crecido, de modo que “los géneros se encuentran jerarquizados, el masculino es el dominante y el femenino el subordinado. Es el masculino el que debe diferenciarse del femenino para que se mantenga la relación de poder” (Varela, 2005, p.183).

Esto muestra una desigualdad en las formas de relacionamiento de hombres y mujeres donde el poder está inmerso en esta estructura ligada a la opresión de las mujeres y el dominio de los hombres, quienes priorizan sus intereses y los plasman en las relaciones sociales, determinando así las diferentes concepciones de las normas tanto en el ámbito público como privado, que tiene como base el poder masculino y la inferioridad y discriminación de lo femenino en todas sus formas e identidades, La sujeción que viven las

mujeres por parte de los varones es sistemática y no individual; responde a una determinada relación de dominación social y política por lo que no es ni biológica ni natural (Mestre, 2008).

Así, la heteronormatividad obligatoria que impone el patriarcado conduce a la discriminación e “inferiorización” tanto de las orientaciones sexuales disidentes, como de cualquier identidad genérica que no respete la dicotomía varón-mujer, como es el caso de las personas trans (Guerra, 2009) y más aún si este tipo de población sufre de enfermedades como el VIH/SIDA. Esto lo menciona ONUSIDA (2019) al afirmar que en Colombia se observa una progresiva feminización de esta epidemia asociada, de manera directa, a la violencia de género debido a la violencia sexual, y de manera indirecta, a la incapacidad de las mujeres para negociar por ejemplo, el uso de preservativos o a las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren (Lafaurie, & Zúñiga, 2011), desde las relaciones de poder de los hombres sobre los cuerpos de las mujeres cis referente a las dimensiones culturales y roles de género en las relaciones de pareja y en mujeres transgénero desde la explotación del trabajo sexual.

Formando de esta manera un entorno fundamentalmente de prácticas masculinas basadas en el dominio del más fuerte sobre el más débil; experiencias de riesgo por el no uso de protección y la falta de información sobre cuerpo, sexualidad y medidas de protección, dada por las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres cis y transgénero en comunidades como Tumaco donde se reproducen tradicionales relaciones asimétricas desde formas patriarcales de poder, y como la dominación de los cuerpos conlleva a la pérdida total de decisión frente a los derechos sexuales y reproductivos, asociado a técnicas históricas donde “la colonialidad del poder (Quijano) es entendida como un modelo hegemónico global de poder instaurado desde la conquista que articula la raza” (Escobar, 2005, p.35), en el cual las mujeres de este territorio sufren el impacto de la desigualdad interseccional: ser mujer, ser negra, ser pobre, y en otras todo lo anterior más ser trans y trabajadora sexual; tendiendo a generar mayor vulnerabilidad para adquirir infecciones incurables como el VIH/SIDA, el cual viene acompañado de estigma social, rechazos familiares, culpas de las mismas mujeres, además de la ausencia del Estado, la falta de tratamientos de manera oportuna, el acompañamiento eficaz y eficiente y el no cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos para la población, que genera vacíos en la sociedad construida por hombres; y que en esta investigación y desde la mirada de las protagonistas se puede remover las bases a partir de lo que conviven diariamente, pues las mujeres cis y transgénero con VIH que viven

en lugares como Tumaco padecen la historia de desigualdad estructural a través del conjunto de relaciones de dominación de esta sociedad. Conocer su historia y sus imaginarios son la clave para empezar a deshacer la cadena de opresión de lo femenino. Pues como lo afirma, Lafaurie & Zúñiga (2011), la infección por VIH/SIDA puede estar asociada, de manera directa, a la violencia de género debido a la violencia sexual, de igual forma se requieren "profundos cambios socioculturales en los que se construyan nuevos imaginarios, conceptos, arreglos, normas, y creencias".

1.2.3 Relaciones de Pareja

Desde una perspectiva feminista con enfoque de género, las condiciones estructurales de la violencia en las relaciones de pareja están enmarcadas en la dominación masculina hegemónica, contrarrestada con la subordinación de la mujer, donde se entrelaza el concepto de violencia de género como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.(Estrada Montoya & Sánchez Alfaro, 2011, p. 38).

Por tanto, en esta investigación es necesario abordar cómo se experimentan las relaciones de pareja pues en regiones como el pacífico colombiano la violencia ha sido un acontecimiento normalizado, pues la guerra la ha convertido en hechos cotidianos, esto se manifiesta en las expresiones contra las mujeres, donde se fortalece el patriarcado negro-colonial equiparando hombre a violencia y mujer a subordinación (Lozano, 2019); y en países como Colombia donde su historia en los últimos sesenta años ha estado marcado por el conflicto armado; la desigual repartición de la tierra, la falta de participación política, la distribución desigual del poder en las clases sociales dio cabida al uso de la violencia y a la lucha armada; además de la aparición del narcotráfico y grupos armados al margen de la ley en un contexto de lucha revolucionaria suscitando cambios en las relaciones, discursos, normas, prácticas sociales, convenciones de género y distribución de poder, afectando principalmente a las mujeres en hechos de violencia y subordinación.

Éste conflicto genera para las mujeres riesgos específicos basados en las normas y convenciones de género, pues hay violencia, explotación o abuso sexual o esclavización para ejercer labores domésticas; reclutamiento forzado de hijos e hijas y obstáculos en el acceso a la propiedad de la tierra pues teniendo en cuenta que hemos vivido en una sociedad

tradicionalmente machista, las mujeres tienen más dificultades para probar su propiedad o posesión de tierras. Desde esta perspectiva “se trata a las mujeres como una categoría homogénea, sin reconocer sus diferencias basadas en la cultura, la clase, la raza y la ubicación geográfica” (Hipertexto PRIGEPP Globalización 2020, 3. 2. 1); gobernadas por los hombres en donde su rol de género se basa en la sumisión, pues la figura masculina es la que se encuentra facultada para tomar las decisiones, las mujeres pierden su identidad étnica y cultural, son obligadas incluso a tener una relación de pareja con hombres que hacen parte de grupos al margen de la ley, interviniendo en el control de su vida y cuerpos, incluso llevándolas a prácticas sexuales sin protección y con riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual, en el marco de una desigualdad interseccional.

1.2.4 Interseccionalidad

Con los feminismos entramos en un mundo de descubrimiento y de empoderamiento social, donde se empezó a cuestionar aquello que parecía incuestionable, como los roles y estereotipos de lo que se espera que sea una mujer, estos fueron relegados a nuevas concepciones poniendo en tela de juicio los espacios públicos de donde habían sido excluidas y los espacios privados donde fueron relegadas, saliendo a flote las situaciones de desigualdad de las mujeres, pero además aquellas desigualdades que tienen que ver con la raza, la etnia, la posición social y que indudablemente las mujeres la viven de forma diferente.

Es así, como dentro de este trabajo de investigación es indispensable abordar el tema de la interseccionalidad, pues desde el marco que conlleva a investigar los imaginarios de las mujeres negras cis y transgénero con VIH/SIDA se debe analizar las desigualdades sociales que conciernen problemas como el sexismo y el racismo.

La perspectiva que se popularizó con la categoría de interseccionalidad, “tiene sus antecedentes en el siglo XIX en la historia de los derechos de las mujeres y de las personas negras en los Estados Unidos, en dos movimientos sociales asociados: el sufragista y el abolicionista, y en una tradición intelectual y política que hoy identificamos como *black feminism*² (Hernández & Pérez-Bustos, 2018, p. 223).

² Existen desarrollos de feminismos negros y de color en otros contextos, como el feminismo negro británico, los feminismos chicanos y los feminismos negros latinoamericanos y caribeños. Existen también diversas experiencias políticas y epistemológicas que hacen una lectura relacional del poder tanto en el contexto latinoamericano como en el francés. Para diversos detalles sobre esta nota ver los trabajos de Curiel (2008) y Viveros (2015)

A pesar de que la democracia para las mujeres se ha hecho más visible gracias a esfuerzos de los grupos feministas, por ejemplo en Colombia aún existe desigualdad interseccional, donde las mujeres indígenas, afro, estudiantes, lesbianas, mujeres de estratos socioeconómicos 1 y 2 siguen siendo relegadas y olvidadas; además que sus derechos como ciudadanas aun no son visibilizados y siguen siendo discriminadas, pues los estándares de la sociedad muestran sesgos frente a mujeres que no cumplan con los cánones estipulados; igualmente los servicios de salud y educación son precarios en cuanto a raza, etnia y clase social. Frente a lo anterior Vásquez (2016) nos cuenta esta situación en su nota en el Cartel Urbano sobre dos colectivos feministas que luchan frente a esta interseccionalidad: “la Liga de Mujeres³ y el colectivo *Matamba* Acción Afrodiasporica”⁴.

Desde la misma línea, según un artículo de Mara Viveros Vigoya (2016 p. 8)

El concepto de interseccionalidad ha sido muy útil para superar la conceptualización aritmética de las desigualdades socio raciales como fruto de la convergencia, fusión o adición de distintos criterios de discriminación de las mujeres (Dorlin, 2008). A la par, ha servido para desafiar el modelo hegemónico de “La Mujer” universal, y para comprender las experiencias de las mujeres pobres y racializadas como producto de la intersección dinámica entre el sexo/género, la clase y la raza en contextos de dominación construidos históricamente. Según Danièle Kergoat (2009), el término “intersección” supone la existencia de grupos que estarían en la intersección del sexismo, el racismo y el clasismo, y no permite pensar una relación de dominación cambiante e histórica.

Aunque las mujeres de alguna u otra manera sufren discriminación de género, “existen otros factores como la raza y el color de la piel, la casta, la edad, la etnicidad, el idioma, la ascendencia, la orientación sexual, la religión, la clase socioeconómica, la capacidad, la cultura, la localización geográfica y el estatus como persona que vive con VIH/SIDA, en una zona de conflicto que se combinan para determinar la posición social de una persona” (Jurisdicción Especial para la Paz - JEP 2013, p. 7); la interseccionalidad entonces es una herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión y privilegio.

³ Colectivo de acción política de izquierda conformado por universitarias y mujeres trabajadoras construyendo propuestas en torno a la política que beneficien a las mujeres.

⁴ Buscan visibilizar las luchas históricas de los territorios, las costumbres ancestrales y el papel de la comunidad afrocolombiana. Su lucha es contra el racismo, el sexismo, el capitalismo y el colonialismo, que representan para ellas sistemas de opresión articulados que afectan la vida de las mujeres negras.

El uso de la interseccionalidad como herramienta conceptual y metodológica, a su vez acude a la noción de transversalidad: La transversalidad es una teoría feminista, “una metodología para la investigación y un trampolín para una agenda de acciones en el ámbito de la justicia social. Comienza con la premisa de que la gente vive identidades múltiples, formadas por varias capas, que se derivan de las relaciones sociales, la historia y la operación de las estructuras del poder” (JEP, 2013, p. 7)

Este análisis interseccional revela las variadas identidades y expone los diferentes tipos de discriminación abordando las formas en las que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación crean desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres, además de reconocer las experiencias individuales que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidad. Más aún cuando no se sigue con los patrones sociales establecidos en el caso de la comunidad LGBTI, donde “la interseccionalidad es mucho más que el entrelazamiento de múltiples ejes de poder al moldear lo social (“[...]...pobre... [...] No tienen acceso a educación [,][...]... a la salud...[...]”), significa dirigirse a diferentes tipos de lucha”(Di Pietro, 2015, p. 143).

Desde este sentido, nos dice AWID (2004):

En mención de Sisonke Msimang, en el Foro AWID “Reinventando la globalización” de 2002 vivir con VIH desde un análisis interseccional demuestra que eres vulnerable a una infección de VIH, y al tratamiento. Pues la posición que ocupas con respecto al Estado —como mujer, como mujer pobre, como mujer negra, como lesbiana, como una mujer discapacitada, quien, por lo mismo, se supone que no tiene relaciones sexuales, como una inmigrante que no tiene derecho a muchos servicios que sí tienen los ciudadanos del país, como mujer transgénero, como trabajadora social —inciden en tu vulnerabilidad al VIH/SIDA. (p. 6)

1.2.5 Feminismos negros

La dominación de género y de raza muestra las dificultades de mujeres negras para acceder a los sistemas sociales como lo hacen las mujeres blancas y atribuye a este tipo de mujer a vivir en un estatus de doble opresión. Por tanto, es importante desde este capítulo abordar cómo las epistemologías antirracistas, transnacionales, y decoloniales han redoblado la apuesta acerca de la propiedad de lo que le corresponde debatir y transformar a los feminismos contemporáneos.

Para ilustrar esta dinámica se pueden mencionar conflictos puntuales al interior de luchas feministas determinadas. En 1982 la filósofa Africana-Americana Angela Davis

debió los derechos sexuales y reproductivos en Norteamérica desde una epistemología coalicional e interseccional del siguiente modo: “Lo que se requiere urgentemente es una campaña más amplia que se ocupe de defender los derechos reproductivos de todas las mujeres, y especialmente los de aquellas mujeres cuyas circunstancias económicas las obligan con frecuencia a renunciar al derecho mismo a la reproducción y el ejercicio autónomo de la sexualidad.” (Hipertexto PRIGEPP Globalización, 2020, 2.3.1)

Para Betty Ruth Lozano Lerma (2019, p. 58):

El enfoque decolonial cuestiona el colonialismo para analizar la construcción diferencial del género en términos raciales. Reconoce una articulación entre trabajo, sexo y colonialidad del poder. Una tarea crucial del feminismo decolonial constituye, según Lugones (2008.), “[l]a investigación histórica del por qué y del cómo de la alteración de la relación comunal con la introducción de la subordinación de la mujer colonizada en relación al hombre colonizado y el por qué y cómo de la respuesta del hombre a esa introducción forman una parte imprescindible de la base del feminismo decolonial”. No supone creer que hubo una existencia humana entre iguales antes del colonialismo, sino reconocer y visibilizar el papel del colonialismo en la alteración de las relaciones comunales que profundizan la subordinación de las mujeres colonizadas.

El feminismo negro cuestiona al sujeto universal del feminismo blanco y hegemónico que a partir de la categoría femenina excluyó a las mujeres que no son blancas y cuya orientación sexual no es heterosexual, visibilizando las presiones de género, raza clase y sexualidad.

En palabras de Lugones (2008):

El lado visible/claro construye, hegemónicamente, al género y a las relaciones de género; hombres y mujeres, blancos y burgueses, en el sentido moderno/colonial. La pureza y la pasividad sexual son características cruciales de las hembras burguesas blancas quienes cumplen una función reproductora de la clase, excluyéndolas de la esfera pública, dada la construcción histórica de la debilidad de sus cuerpos, por tanto, el sistema de género es heterosexualista, y permea el control patriarcal y racializado.

Esta situación pone a las mujeres afrodescendientes en una posición de subyugación donde “las sociedades negras afrocolombianas son mundos otros, u otros mundos, contruidos en la necesidad de las y los secuestrados de África y sus descendientes de construir y reconstruir los mundos de los que fueron arrebatados” (Lozano, 2019, p. 108).

Históricamente hemos conocido la desigualdad que ha existido hacia las mujeres por razón de género siendo victimizadas y discriminadas por su condición de mujer ya que el tratamiento histórico, cultural y socioeconómico que recibe ha estado determinado por la estructura patriarcal, el cual es más injusto frente al hombre, pues, “las relaciones de poder entre los géneros, en la mayoría de los contextos, los hombres gozan de un mayor acceso a los alimentos y a la tierra” (Hipertexto PRIGEPP Globalización 2020, 3. 2). A esto se suma el rol tradicional patriarcal y una desigualdad interseccional en las condiciones de vida de las mujeres frente a su raza.

Como el colonialismo se manejó mediante relaciones asimétricas y hegemónicas; esto ha traído una desigualdad en razón de raza y género pues naturaliza el hecho que poblaciones negras tengan que ser sometidas y que históricamente se ha perpetuado y patriarcalizado a estas poblaciones como dependientes y excluidas territorialmente, quedando por fuera del modelo económico y social del país (Quijano, 2014) y es ahí donde poblaciones de la Costa Pacífica han sido blanco de la dominación de grupos guerrilleros; padeciendo en mayor medida las mujeres en torno a tres categorías lo étnico, lo económico y lo social; “en el Pacífico todo hogar tiene como cabeza a una mujer, aunque muchas estén sexualmente acompañadas por un hombre, sin acceso a planificación, preservativos y educación sexual como derecho fundamental” (Lozano, 2019, p. 198).

Dentro de esta misma medida al vivir en una sociedad profundamente racista, sexista, clasista, lesbofóbica y transfóbica, donde no existe acceso y atención en salud, se sigue perpetuando a las mujeres negras dentro de los espacios de opresión (Vergara & Arboleda, 2014).

En el marco del primer seminario internacional "Conspiración Afro femenina: Repesando los feminismos desde la diversidad de 2011 en Colombia, Vergara & Arboleda, (2014) ponen sobre la mesa en su artículo la importancia que las mujeres que trabajan en el gobierno deberán asegurarse de promover políticas públicas que garanticen el acceso y la atención en salud, por ejemplo, la protección a las mujeres desarraigadas y a las que conviven con VIH, en tanto que son experiencias complejas que agravan y acrecientan las condiciones desfavorables o marginales en la vida de las mujeres afrodescendientes.

1.2.6 Salud Social (Determinantes sociales)

Por lo anterior es importante entender que dentro de las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres cis y transgénero con VIH/SIDA y el modo como sus imaginarios se

desarrollan desde los estigmas y discriminación es crucial después de conocer las desigualdades interseccionales y su relación con la raza como opera el sistema de salud y su acceso dentro de su enfermedad junto con sus determinantes sociales.

En un artículo de la página web de la OMS & OPS (s.f) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".

Según la Editorial Etecé (2021):

...La salud social está determinada por el tipo de vínculos sociales que podemos establecer en nuestra comunidad, en la influencia positiva o negativa que ejercen, y en las condiciones de armonía o de estrés en que nuestra vida social se desarrolla. En ello intervienen factores como: Exclusión y marginación social, condiciones de empleo, programas de salud pública y acceso a servicios educativos, equidad y discriminaciones culturales, condiciones de vida urbana, naturaleza de los vínculos afectivos y vida emotiva.

Para actuar con respecto a los determinantes sociales de la salud, es necesario reconocer las causas complejas y a menudo duraderas de la mala salud y la inequidad en ésta materia, donde el enfoque de los determinantes sociales de la salud puede eliminar algunos de los principales obstáculos que repercuten en ella y resolver algunos de los problemas de salud de más difícil solución (OMS & OPS, s.f) que están estrechamente vinculados con las dimensiones de la inequidad, y apoyar así la transición progresiva hacia la salud universal.

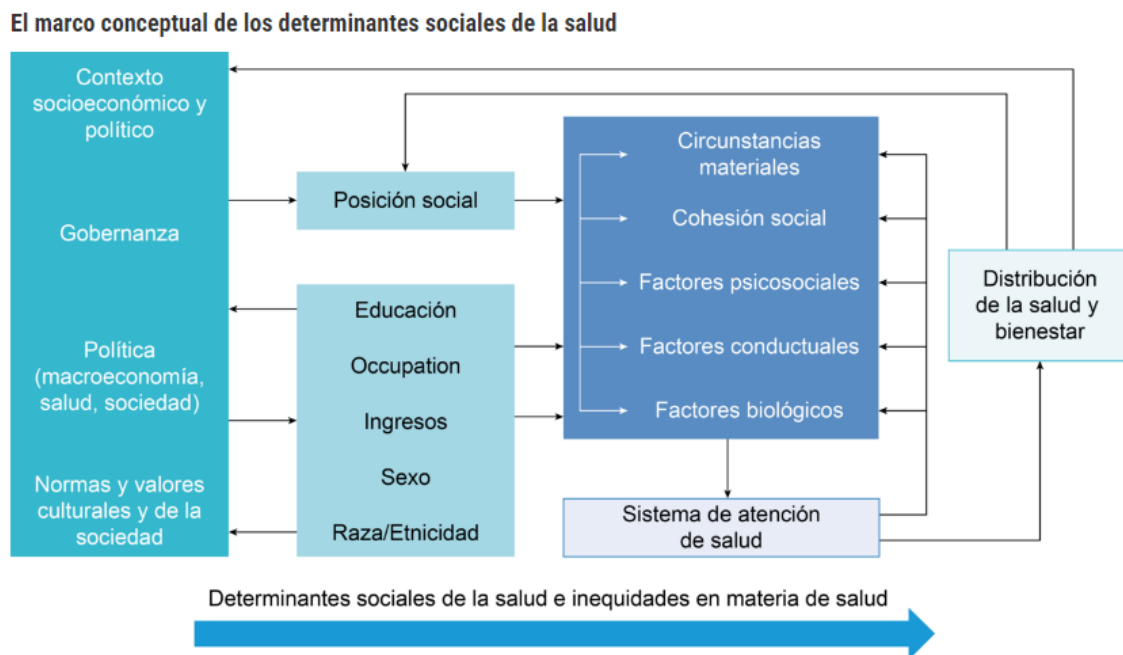


Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.

Fuente: Determinantes sociales de la salud. OMS & OPS, s.f. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009, p. 1)

...Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país, desde la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios, que rodean la vida de las personas.

En Colombia las investigaciones que relacionan determinantes sociales estructurales con el VIH/SIDA son relativamente pocas.

Arrivillaga & Tovar (2011) analizaron:

...la asociación existente entre la adherencia al tratamiento de VIH/SIDA y la posición social de 269 mujeres colombianas. Sus hallazgos revelan que la probabilidad de tener una baja adhesión al tratamiento se incrementa cuando las mujeres están en una baja posición social y son miembros del régimen subsidiado de salud o no tienen seguro de salud” (p. 11).

Estas condiciones son diferentes y afectan en mayor medida a unas mujeres más que a otras. Las desigualdades en salud generadas por las limitaciones y las diferencias en las oportunidades que tienen los distintos grupos poblacionales para acceder a los beneficios que el desarrollo ofrece, se convierten en inequidades, las poblaciones más pobres,

principalmente las de zona rural, enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud que incluso pueden afectar la adherencia a los tratamientos.

1.2.6.1 Acceso a la salud: procesos de acceso y atención al tratamiento de VIH

En este sentido estas asimetrías de poder traen consecuencias en la salud y en la enfermedad del VIH/SIDA de manera diferenciada por tanto la atención en salud es clave para la aceptación y manejo que hace la persona de su enfermedad, la OMS (2015) reconoce que la salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos, por ende deben mejorar los hospitales públicos, el fomento a la iniciativa privada que contemple la salud como un derecho de todos/as las personas; desde el Plan Decenal de Salud Pública (MS y PS, 2012) en Colombia, se realizó una intervención en infecciones de transmisión sexual ITS-VIH/SIDA, con énfasis en poblaciones vulnerables. Todo en el marco de los enfoques de derechos, de género y diferencial, pero es necesario que los profesionales que trabajan con el VIH aborden una intervención sin prejuicios frente al estigma y discriminación de las personas viviendo con VIH/SIDA, tomando en cuenta las necesidades particulares de atención en salud a las mujeres cis y transgénero.

Este Plan Decenal de Salud Pública en Colombia (MS y PS, 2012), presentó una dimensión de sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos como conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades, donde se orientan a la garantía de la salud sexual y reproductiva con atención integral, humanizada y de calidad y la atención oportuna en la intervención en infecciones de transmisión sexual ITS-VIH/SIDA, con énfasis en poblaciones vulnerables, desde el fortalecimiento de capacidades de atención y acceso universal a la prevención y atención integral en ITS-VIH/ SIDA, con enfoque de vulnerabilidad y coordinación sectorial, transectorial y comunitaria, que involucrara a los sectores educativo, cultural, laboral, eclesial y militar, entre otros.

Pero las barreras de acceso a servicios de salud siguen afectando a las mujeres rurales, negras, especialmente a la población transgénero; uno de los aspectos más complejos de la problemática de estos grupos con respecto al VIH/SIDA ha sido la tradicional invisibilización de estas identidades en la investigación científica en el contexto de la salud.

Como este Plan venció en el año 2021, el Ex Presidente de la Republica Iván Duque anunció en el mes de junio de 2022 el decreto que lanza el Plan Decenal de Salud Pública, que estará vigente desde este año hasta 2031, donde se define cuatro grandes propósitos: avanzar hacia el cumplimiento del derecho fundamental a la salud, de manera integral, mejorar las condiciones de vida de todos los habitantes del país, reducir la mortalidad evitable y garantizar un ambiente sano. Cabe destacar que este Plan en su versión digital aún no ha sido publicado oficialmente.

Según el estudio de la Respuesta del VIH en América Latina de ONUSIDA (2019):

...Solo dos países tenían tales políticas para trabajadoras sexuales. Tres cuartos (76%) de los países tenían políticas públicas para la entrega de cinco a ocho de los servicios a las tres poblaciones. Además, existen disparidades en la cobertura de los servicios de prevención. Por ejemplo, entre el 55,3% y el 97% de las personas transgénero informaron haber recibido, como mínimo 2 servicios de prevención en los últimos 3 meses, excepto en Guatemala, donde solo el 16% de las personas transgénero informan dichos servicios. Entre otras poblaciones clave, solo el 29,4% de las trabajadoras sexuales en Perú y el 26,3% de los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y el 42,9% de personas transgénero en Colombia informaron la misma cobertura de servicio (p. 5).

De acuerdo a lo anterior, es urgente mejorar la prevención combinada del VIH en la región, particularmente para poblaciones clave con mayor riesgo de infección por VIH. Pues ningún país tenía políticas públicas que incluyeran la prestación de los nueve servicios de prevención recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o mujeres transgénero.

Tomando como referencia la información bibliográfica y documental, descrita con anterioridad como insumo para sustentar la presente tesis, este trabajo de investigación buscó conocer de cerca las historias de vida de las mujeres participantes, donde a través de sus narraciones se pudo visibilizar las desigualdades interseccionales que viven con relación a su enfermedad, pero también a su orientación sexual, su condición de mujeres afrodescendientes en un territorio marcado por la violencia sistémica y colonial; en ese contexto se plantearon los siguientes objetivos de investigación, los cuales dieron paso a comprender estas situaciones de desigualdad en cada ámbito de su vida personal – familiar y condiciones de salud frente a su enfermedad.

1.3 Objetivo general

Comprender los imaginarios que, al vivir con VIH/SIDA y ante las asimetrías de poder en las relaciones interpersonales y la discriminación construyen las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de Tumaco, Colombia.

1.3.1 Objetivos específicos

Describir las asimetrías de poder (pareja y familia) que enfrentan las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de Tumaco con relación a su diagnóstico.

Comprender las influencias de los factores económicos y socioculturales en las asimetrías de poder que viven las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de Tumaco.

Indagar e identificar las discriminaciones y barreras en los procesos de acceso y atención del tratamiento de las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de Tumaco.

1.4 Diseño metodológico

En el presente estudio se propone un abordaje cualitativo del problema basado en la indagación no estructurada sobre las narraciones de las historias de vida de las mujeres participantes tal como son relatadas. Dirigidas a captar información personal y contextual de cada caso en un marco de respeto y privacidad, consensuando el propósito y los fines de la investigación.

Por ello en este proceso, la técnica más adecuada es el trabajo mediante el método biográfico (Rodríguez, Gil & García, 1996) a través de las historias de vida (De Garay, 1997) y poder revelar la trama de significados impresos en los imaginarios e intersubjetividades compartidas por las protagonistas involucradas en esta investigación.

En este sentido, se inició el proceso de construcción del objeto mediante técnicas de relevamiento como la observación con participantes, donde la investigadora tuvo una postura fuera de las sujetas a investigar, realizando encuentros que permitían contextualizar la situación de vida diaria de cada mujer. Teniendo en cuenta las condiciones de emergencia por el COVID 19 se hizo necesario que la investigación fuera dirigida desde el trabajo de campo pero también desde las entrevistas de forma virtual y telefónica, pues cuando comenzó el confinamiento de la pandemia de COVID 19 en marzo de 2020, esta situación dio paso a cambiar las condiciones de vida y de contacto con las personas; esto continuó hasta inicios del 2021 donde comenzó esta investigación, impidiendo el contacto directo con la población participante quienes se encontraban en el municipio de Tumaco, Nariño y dadas sus

condiciones de salud, hacían parte del grupo de población en riesgo a contraer el virus del COVID 19, situación que impidió a estas mujeres salir de su casa pero también que recibieran personas en su hogar.

Por tanto, el proceso de construcción del objeto de estudio se desarrolló a través de los siguientes momentos:

Se realizaron entrevistas virtuales que permitieron de alguna manera iniciar los primeros encuentros de investigación para poder entablar confianza con cada participante, con estos encuentros virtuales y telefónicos se logró recopilar en primera instancia datos personales, posteriormente reconocimiento de cada mujer desde sus sentires de vida y conocimiento de su enfermedad, para comprender los primeros aspectos de este fenómeno coyuntural como es el VIH/SIDA y la vulnerabilidad de estas mujeres cis y transgénero afrodescendientes que viven con este virus, a través de cinco entrevistas a profundidad, una por mes; basando la misma en el seguimiento de un guión, en el que se plasmaron todos los tópicos que se deseaban abordar a lo largo de los encuentros, que por la misma situación de confinamiento frente a encontrarse dentro de su ámbito privado todo el día, las entrevistas se convirtieron en espacios de desahogo emocional, operando con una pauta guía que incluye los ejes temáticos importantes de abordar pero no restringiendo la posibilidad de que otros temas surjan en el encuentro, por la misma necesidad de contar sus historias de forma abierta en relación a su sentir, asociando entonces las técnicas de entrevistas a profundidad con entrevistas semiestructuradas.

Luego, al levantarse el confinamiento por orden del gobierno, se realizaron los encuentros presenciales, en primera instancia con el proceso de tres entrevistas que permitieron conocer su experiencia personal a través del conglomerado de narraciones que dieron paso a cada una de sus historias de vida, desde acercamientos personales en los contextos de vivienda de cada participante en el municipio de Tumaco, siguiendo el guion de la entrevista a profundidad desde los ítems de percepciones del diagnóstico, para conocer sus imaginarios frente al VIH, posteriormente se realizaron dos encuentros para el desarrollo de los talleres de observación “Ríos de la vida” (UNESCO); relatando en éste ejercicio su experiencia en relación a vivir con VIH, desde sus sentires personales descubriendo el papel que tiene en su vida su diagnóstico para reconstruir aquello que ha marcado el antes y después de su enfermedad, para esto debían tomar un papel en blanco y trazar en él la figura de un río. El río va a simbolizar su vida desde el inicio, hasta el momento actual.

Así, mismo se trabajaron las “cartografías corporales”, para reconocer características físicas de sí mismas y de su cuerpo en relación a su diagnóstico, dibujando el contorno de su cuerpo pues, “la cartografía corporal es una metodología cualitativa que permite a quien la desarrolla encontrar otra manera de narrar historias y experiencias a partir de la corporalidad” (Promoviendo la inclusión educativa, 2015).

Lo anterior marcó la investigación de forma significativa al conocer su construcción social e individual como mujeres cis y transgénero con VIH, pues estas mujeres son afrodescendientes, algunas madres, esposas, trabajadoras sexuales, con situaciones de vida complicadas, agudizada por su situación de pobreza; fueron reunidas en el contexto de atención humanitaria, a través de una práctica de intervención psicológica; pues las mujeres hacen parte de organizaciones sin ánimo de lucro, donde realizan procesos articulados de apoyo entre mujeres tanto cis como transgénero, para visibilizar las diferentes situaciones de violencia y discriminación que sufren las mujeres y niñas y aún más las mujeres afrodescendientes y aquellas que hacen parte de la población LGBTI, siendo atendidas para fortalecer su proyecto de vida y apoyo psicosocial desde diferentes organizaciones no Gubernamentales; es así, como éstas historias de vida describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas” (Rodríguez Gómez, Gil Flores & García Jiménez, 1996, p.1); siendo esto posible principalmente desde las narraciones de la población participante a investigar.

Se decidió trabajar con 10 mujeres pues siendo una muestra pequeña pero significativa las observaciones directas en sus hogares, permitieron un acercamiento de confianza, entrando en su mundo más privado para realizar observaciones directas en cada uno de sus hogares, donde se pudo conocer que hacen, cuáles son sus rutinas como son sus labores de cuidado personal y hacia otros y otras, como son sus relaciones interpersonales, si tienen redes de apoyo; todo esto se realizó desde una elección propositiva como principio de saturación donde “las técnicas de muestreo en ciencias sociales y del comportamiento, según Teddlie y Yu organizan las alternativas de acuerdo con los propósitos a los que apuntan. Intentando encontrar situaciones o casos que representen a otros similares y comparando situaciones distintas”. (Martín Salgado, s.f), convirtiéndose en un registro minucioso de sus historias y procesos.

Para esto la investigadora dedicó de tres a cuatro días acompañando a las mujeres durante las horas del día, teniendo en cuenta rutinas diarias y se hizo énfasis en el cronograma de citas médicas que cada una tenía mensualmente y poder realizar las últimas

observaciones en el acompañamiento a citas médicas de control de su enfermedad en su entidad de Salud, realizando un acompañamiento real y asistencial para conocer de cerca el trato de los y las funcionarias de salud responsables de su atención en la entidad Promotora de salud (EPS); con el fin de registrar los distintos momentos y narrativas de las mujeres que hacen parte de la investigación, resaltando la forma de interacción que se tuvo con ellas, donde el rol de la investigadora fue como acompañante, el cual se caracterizó por recoger los datos en el medio natural que ellas vivían y hubo ese contacto con las propias sujetas observadas, pues al acompañarlas en sus rutinas diarias se dió la interacción social entre la investigadora y las participantes fluyendo de manera sistemática y no intrusiva la observación, teniendo en cuenta que en las historias de vida “la voz del informante tiene un papel fundamental no sólo como informante, sino como punto de contraste de los diferentes momentos y formas de decir” (Goodson, 2004, p. 23).

Asimismo, para conocer sus imaginarios se realizaron entrevistas en profundidad en la que los 15 encuentros ya mencionados en la presentación de este trabajo, se llevaron a cabo desde mayo de 2021 hasta marzo de 2022 con cada participante. Las unidades de observación y entrevistas que relataron las narraciones y discursos de estas mujeres desde su contexto, en sus relaciones de pareja (mujeres cisgénero) y constructos de vida al ejercer el trabajo sexual (mujeres transgénero), fueron de vital importancia al vivir en un contexto de pobreza, atravesado por el machismo y las experiencias de discriminación. Codificando los datos recopilados con las categorías trabajadas de forma manual, a través la transcripción de sus relatos y audios para registrar de forma textual sus narraciones en la triangulación de los resultados de la investigación.

En palabras de Korblint (2004) y de Leite (2011):

Las Historias de Vida se basan en experiencias concretas de la persona en cuestión, a través de las cuales se pretenden recuperar el sentido de la misma vinculándola a experiencias vividas de las personas (dentro de la subjetividad de la misma) y que nos permiten poner de manifiesto y revelar las técnicas de investigación cualitativa, por lo que, como investigadores, deberemos tener una posición de “escucha activa y metodológica (p. 9)

Frente a las características de los procesos de acceso y atención al tratamiento de salud se indagó las experiencias de estas mujeres sujeto a estudiar desde el trato de los y las funcionarias del área de salud hasta la construcción de sus imaginarios en la atención a su tratamiento, tomando como base el Plan Decenal de salud en Colombia (MS y PS, 2012) en los temas relacionados con la promoción, prevención y acceso a salud en el tratamiento de

pacientes VIH/SIDA. Este proceso solo fue de observación y acompañamiento, no hubo contacto directo con funcionarios o funcionarias y se desarrolló a través de una guía de observación.

Otro aspecto importante son las consideraciones éticas en el proceso de investigación, donde se mantiene siempre la flexibilidad a fin de facilitar el intercambio discursivo, registrando de la manera más adecuada su lenguaje y el cumplimiento de los compromisos asumidos y acordados en el consentimiento informado. Por otra parte, el material recogido es procesado desde un análisis cualitativo y finalmente, se comparten los resultados obtenidos con estas grandes mujeres.

Frente a la devolución de los resultados a las participantes, se realiza el 8 marzo de 2023 en la Conmemoración del Día Internacional de la Mujer, a través de un encuentro con 8 de las 10 mujeres participantes de la investigación, quienes asistieron a la marcha del 8M en la ciudad de Pasto y desde ahí se les socializó los resultados de la investigación a través de un encuentro de círculo de palabra.

1.4.1 Caracterización del grupo de estudio

San Andrés de Tumaco es una isla localizada en el Océano Pacífico colombiano y se cree que fue fundada antes de 1794 por los indígenas Tuma, que habitaban en las orillas del río Mira; por eso recibe el nombre de San Andrés de Tumaco.

La cabecera municipal está localizada aproximadamente a los 01°48'29" de latitud norte y 78°46'52" de longitud oeste, a una altura sobre el nivel del mar de 3 m.

El área municipal es de 3.778 km², limita al Norte con el océano Pacífico, Francisco Pizarro (Salahonda) y Roberto Payán (San José), al Este con Roberto Payán (San José) y Barbacoas, al Sur con Barbacoas y la República de Ecuador y al Oeste con el océano Pacífico y la otra área que limita al Norte con el Océano Pacífico, al Este con Mosquera, al Sur con Francisco Pizarro (Salahonda) y al Oeste con el Océano Pacífico. Según el IGAC 2021 cuenta con una población de 257 052 habitantes.

Debido a su puerto en el océano pacífico, su frontera con el Ecuador y sus llanuras fértiles, Tumaco ha sido considerado como un lugar estratégico para el desarrollo de diferentes actividades económicas relacionadas con la agroindustria, el embarque de petróleo, la pesca, y el turismo (FIP; USAID & OIM, 2014).

Según la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, para el 2012 el Índice de Riesgo de Victimización (IRV) fue de 0,94, una cifra considerablemente alta respecto al departamental, que es de 0,47.

San Andrés de Tumaco ha sido un municipio del departamento de Nariño, caracterizado históricamente por el Conflicto Armado Colombiano desde finales de la década de los noventa, donde confluían grupos al margen de la Ley como las FARC, el ingreso de las FARC al municipio fue el resultado del traslado de esta agrupación guerrillera y de los cultivos ilícitos hacia Tumaco (FIP; USAID & OIM, 2014), las cuales después del proceso de paz llevado a cabo en el año 2016, actualmente continúan las disidencias de las FARC que son integrantes del grupo armado desmovilizado pero que no accedieron a los acuerdos de paz en Colombia.

Como el colonialismo siempre se manejó mediante relaciones asimétricas y hegemónicas; la globalización imperial ha traído una desigualdad en razón de raza y género pues naturaliza el hecho que poblaciones como las de la Costa Pacífica Colombiana tengan que ser sometidas y que sus territorios, diversidad cultural y modelo económico extractivista sea regulado y controlado por grupos como las disidencias de las FARC, ya que históricamente se ha perpetuado y patriarcalizado a estas poblaciones como dependientes y excluidas territorialmente, quedando por fuera del modelo económico y social del país y es ahí donde han sido blanco de la dominación de estos grupos guerrilleros; padeciendo en mayor medida las mujeres en torno a tres categorías lo étnico, lo económico, lo social y el ámbito de salud, perpetuando una desigualdad en las condiciones de vida de las mujeres de la Costa Pacífica perdiendo desde sus mismos cuerpos la identidad autóctona de sus recursos y territorios, pues son sometidas a merced de sus parejas quienes ejercen poder en su vida y sus cuerpos, gobernadas por estos hombres en donde su rol de género se basa en la sumisión, pues la figura masculina es la que se encuentra facultada para tomar las decisiones, las mujeres pierden su identidad étnica y cultural, son obligadas a tener una relación de pareja donde prevalece el poder masculino en todas sus formas.

El otro lado de la moneda son las mujeres transgénero que se caracterizan por la búsqueda de reconocimiento y cero discriminación social, pues en municipios como Tumaco se continua discriminando y excluyendo a estas mujeres en espacios como la escuela, familia y sociedad en general, además de las limitadas y precarias posibilidades de acceso a trabajos formales, que las lleva a ejercer el trabajo sexual, avalado por los grupos al margen de la ley,

donde el estigma del VIH está marcado y no existe un acceso real a la atención médica sin discriminación

Otros de los motivos apuntan a hacer de la experiencia personal, un hecho político ya que actualmente en las relaciones sociales que tienen no pueden compartir sentimientos, preocupaciones, miedos, dudas, desafíos e inclusive trabajo. La relación de confianza que se estableció entre las entrevistadas y la entrevistadora permitió conocer en profundidad las historias de vida de cada una, develando hasta situaciones recónditas e íntimas de sus vidas.

1.4.2 Descripción personal de cada participante

Se trata de un grupo abierto que relató sus experiencias sin recelo, según ellas, por la necesidad de compartir sus vivencias que durante algunos años han mantenido ocultas, haciendo de la experiencia personal un hecho político, como lo han mencionado mujeres y autoras feministas como Carol Hanisch, (1969), integrante del grupo New York Radical Women y una figura prominente del Movimiento de Liberación de las Mujeres de Estados Unidos, Germaine Greer, (1970) una de las feministas más leídas en todo el mundo y la más reconocida con el lema “Lo personal es político” Katte Millet (1960), donde empezó el surgimiento del feminismo radical, pues este lema nos dice el artículo de la página web Colombia Informa (2018) se concentró en definir a las mujeres como sujetos políticos con derecho a decidir sobre sus cuerpos, sobre su sexualidad, al aborto y a la libertad de información anticonceptiva y a sus formas de relacionarse con el mundo.

De acuerdo con lo anterior se develó en las participantes situaciones de su vida que suceden en su ámbito privado siendo relegadas y estigmatizadas por su enfermedad.

La relación de confianza que se estableció entre las entrevistadas y la entrevistadora permitió conocer a profundidad las historias de vida de cada una, compartiendo sus sentimientos, preocupaciones, miedos, desafíos y sueños, develando algunas situaciones íntimas de su vida, en esta investigación.

En esta oportunidad se muestra una descripción personalizada de cada una de las entrevistadas que representa parte de su identidad y sirven para ilustrar al lector o lectora algunas particularidades que quizás quedan desconfiguradas en los relatos citados de manera combinada.

Cabe señalar que por motivos de confidencialidad, se cambiaron los nombres de las participantes, dentro del tratamiento ético de la investigación y se realiza un consentimiento informado, donde se aclara a cada participante sobre los objetivos de las entrevistas y

ejercicios prácticos únicamente con fines investigativos, respetando su intimidad, entablando compromisos de confidencialidad: hacer parte de la investigación de forma voluntaria, prescindir de su colaboración si así lo desean en cualquier momento de las fases de la investigación y posterior devolución de los resultados. De igual manera el comité que avala el estudio fue dado por la aprobación interna de las Organización de la Sociedad Civil que integran las participantes, a través de un oficio firmado por la representante de las organizaciones.

1.4.2.1 Descripción entrevistada No. 1 – Tina (Mujer Transgénero)

Es una mujer trans, mulata, con una edad de 58 años, diagnosticada hace 3 años y medio, a quien le gusta empoderarse de los derechos sexuales y reproductivos en beneficio de la población LGBTI por esta razón es activista en la ciudad de Tumaco y Pasto, replicadora de estos derechos sobre todo con mujeres trabajadoras sexuales, como ejercicio de trabajo remunerado y digno.

Se describe como alegre y optimista frente a la vida, capaz de brindar esto a las demás personas, le encanta vestir bien, con ropa ajustada, en ocasiones tacones pues se considera bella y con un buen cuerpo. Es trabajadora sexual, pero le gusta también la peluquería, esta última es su pasión.

1.4.2.2 Descripción entrevistada No. 2 - María (Mujer Cisgénero)

Mujer afrodescendiente, tiene 28 años, es delgada y alta. Se dedica a las labores domésticas, pero también es modista y realiza varios trabajos de costura para tener un dinero extra. Actualmente vive con su pareja hace 6 años, cuando quedo embarazada de su segundo hijo hace 3 años, realizando exámenes de chequeo por su estado de gestación descubrió que tenía VIH.

Tiene un hijo mayor de 5 años, es una mujer muy ordenada, dedicada al hogar y a su familia, aunque en los últimos dos años participó activamente en su colectivo de mujeres, pues ha sido víctima de violencia física y psicológica por parte de su pareja y desea visibilizar la importancia de ser independiente para que muchas mujeres conozcan que hacer en casos de agresión por parte de las parejas.

1.4.2.3 Descripción entrevistada No. 3 - Pamela (Mujer transgénero)

Es una mujer trans, mulata, de 46 años, vive sola desde hace 33 años, cuando salió huyendo de su casa siendo en ese momento un niño de 13 años, debido a los maltratos

ejercidos por su padre al comportarse como una niña, ya que refiere que desde los 9 años empezó su gusto por los vestidos, maquillaje, se dejó crecer el cabello, huyó de su casa y conoció a Paola (participante de la investigación), quien ayudó a Pamela en la calle, donde empezó a ejercer el trabajo sexual y comenzó con su transición como mujer desde entonces. Diagnosticada ejerciendo la prostitución, hace 4 años.

Pertenece a una organización de mujeres y ha contado su historia de vida a sus compañeras, deseando aportar un granito de arena en la mejora de aquellas mujeres que apenas ingresan al mundo de la prostitución; le encanta vestir ropa suelta, holgada y lo que más ama de sí misma es su cabello.

1.4.2.4 Descripción entrevistada No. 4 - Cecilia (Mujer cisgénero)

Es una joven de 25 años, afrodescendiente, de cabello largo y ondulado, tiene personalidad fuerte y una actitud positiva frente a su vida, quiere terminar su bachillerato, pues culminó grado 6to de bachillerato y no volvió al colegio, pues conoció a su pareja actual y refiere que él tenía otros intereses para ella, como jefe de un grupo ilegal de su sector. Refiere que su pareja fue diagnosticada con VIH hace 2 años y medio y cuando ella se hizo la prueba también tenía la enfermedad. Tiene una niña de 7 años, es su motor y lucha, quisiera cambiar para su hija la historia de su vida.

1.4.2.5 Descripción entrevistada No. 5 - Paola (Mujer transgénero)

Es una mujer de 56 años de edad, afrodescendiente, quien se dedica actualmente a la peluquería, tiene su propio negocio, dejó la prostitución hace 5 años, trabajo que ejerció como dice ella “toda su vida”, apoyo a muchas mujeres entre ellas Pamela en su proceso de transición, es activista, transfeminista y luchadora incansable por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, habla de forma tranquila de su diagnóstico y cuenta su historia dentro y fuera de su colectivo. Diagnosticada hace 4 años.

1.4.2.6 Descripción entrevistada No. 6 - Teresa (Mujer cisgénero)

Es una mujer de 45 años de edad, afrodescendiente, tiene 3 hijos, diagnosticada hace un año y diez meses, la mayoría de las veces viste de ropa deportiva, dice que así se siente libre, es ama de casa, se ha dedicado toda su vida a sus hijos y esposo, terminó el bachillerato pero le hubiera gustado entrar a la universidad, sin embargo no pudo hacerlo, quedó embarazada a temprana edad y sus padres la sacaron de la casa, desde entonces se fue a vivir con su esposo, donde ha tenido que sacrificar y mantener su relación a pesar de los problemas e infidelidades de él. Desde que está en su colectivo de mujeres ha podido conocer otras

perspectivas de lo que es ser mujer y empezar a descubrir su amor propio, del cual nunca había pensado antes.

1.4.2.7 Descripción entrevistada No. 7 - Dany (Mujer transgénero)

Es una mujer alta, de 33 años de edad, mulata, tiene una cola prominente construida con silicona industrial y cirugía de mamas. Es trabajadora sexual, vive con su madre quien la apoya siempre y aún, más desde que fue diagnosticada hace 2 años. Le encantan las plantas, es una persona encantadora con espíritu de salir adelante, perseverante y positiva. Hace un año ingresó a una organización de mujeres y desde entonces tiene fuerza y ganas de trabajar activamente por sus derechos y empoderar a mujeres que apenas inician su transición.

1.4.2.8 Descripción entrevistada No. 8 - Ana (Mujer transgénero)

Es una joven de 20 años, afrodescendiente, delgada, con un cuerpo femenino bien definido, tiene un rostro bello, con pestañas largas y arqueadas, no se ha realizado cirugías e intervenciones en su cuerpo, solo se “hormonizó” con pastillas, es trabajadora sexual, vive con una compañera arrendando una habitación en una residencia del barrio los Ángeles; extraña a su hermano menor a quien no puede ver pues su madre la sacó de su casa cuando ella descubrió que tenía VIH hace 3 años, dice que su familia no entiende su enfermedad y la discrimina hasta el punto de pensar que si se acerca a su hermano lo va a contagiar, agradece estar en un colectivo de mujeres donde la apoyan y ahora son su familia.

1.4.2.9 Descripción entrevistada No. 9 - Sandra (Mujer cisgénero)

Joven de 30 años, afrodescendiente, ama de casa, vive con su pareja hace 10 años, tiene un niño de un año y medio, tiempo mismo que esta diagnosticada, se considera una mujer soñadora, echada para adelante, no culminó su bachillerato, se dedica a las labores del hogar y cuidado de su hijo, en su tiempo libre hace trenzas a sus amigas y tiene algunas clientes que les gusta su trabajo y recibe un dinero extra por ese trabajo, sin embargo a su pareja no le gusta que trabaje, ni mucho menos que reciba dinero de gente ajena.

1.4.2.10 Descripción entrevistada No. 10 - Rocio (Mujer transgénero)

Es una mujer de 32 años, afrodescendiente, ejerce el trabajo sexual, diagnosticada hace 3 años, vive sola desde su adolescencia, pues recibía maltratos por parte de sus padres y cuando un tío abuso de ella en ese entonces siendo niño, decidió irse de su casa.

Le gusta ir a la playa, disfruta del mar, es su espacio de libertad, tiene capacidad de liderazgo, utiliza su vos para hacerse escuchar. Expresa lo que siente, lucha por los derechos de las mujeres y varones trans.

2 Capítulo II. Asimetrías de poder en pareja y familia

A continuación, se presenta el procesamiento de datos y análisis de la información.

2.1 La Familia y su historia

Las historias de vida de las mujeres participantes en esta investigación y que se presentan en este capítulo, tanto de mujeres cis y transgénero, dan cuenta de los pesares sufridos dentro de la familia, a causa de su diagnóstico y en la mujeres trans a causa también de su identidad de género, haciendo evidente la marcada imposición de los roles de género asignados por nacer mujer u hombre, por parte de su familia; como consecuencia, cuando estos roles no son cumplidos, empiezan los castigos, desde correctivos cotidianos, agresiones físicas y exclusión del hogar para las mujeres transgénero; y en el caso de mujeres cisgénero, maltratos por parte de sus parejas y juzgamiento de su familia frente a su diagnóstico

Visto de esta manera la familia “Es una institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológicas: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana” (Jelin, 2011, p. 108). Todas varían en su composición, organización, estilo y según el contexto socio cultural, político y económico en el que estén insertas. Las familias son también una construcción social, cultural, política e histórica, por lo tanto, es cambiante y dinámica. Sin embargo, cuando se presenta el concepto parece que se habla de algo inmutable, estático y dado naturalmente. O al menos esto circula en el imaginario colectivo y así lo transmiten desde hace muchos años las distintas instituciones sociales como la iglesia, la escuela y la misma familia (Morgade, 2011). Además, el concepto de familia se remonta a la Roma Imperial cuando en medio de un patriarcado absoluto, se definió el grupo familiar como compuesto por un padre, adulto mayor, dueño de las mujeres, los hijos, los siervos y los animales”. (Puyana, 2011), en esta sociedad, la organización familiar, por tanto, se encuentra condicionada por el sistema sexo/género, según Morgade “desde lo económico, la organización familiar se define como una unidad de producción y reproducción social basada en la división sexual del trabajo” (2011, p. 171).

En el caso de Colombia podemos destacar también la persistencia de múltiples formas familiares, en las que la familia nuclear ya referida, solo ha existido como una más, desde la colonia, por ejemplo, los historiadores han destacado el mestizaje como parte de nuestra configuración y que, en últimas, somos hijos e hijas del pecado y de la ilegalidad. (Puyana, 2011)

Esto se evidenció en las personas que forman parte de esta investigación; pues provienen de familias de escasos recursos, que están organizadas de forma tradicional, con jefe de familia masculino, en donde los varones adultos son los que trabajan mientras que las mujeres cuidan a los niños y niñas y se encargan de los quehaceres domésticos, sosteniendo la idea de la familia patriarcal y heterosexual. Ese patrón se debe seguir de generación en generación, y se infunde en las creencias con las que se crece y se educa. “Dentro de esta modalidad la mujer llega a tener varios hijos del mismo hombre, guardándole una verdadera fidelidad, y buscando con cada oportunidad de gestación, y con el crecer de los hijos a que éste la honre” (Gutiérrez de Pineda, s.f., p. 65).

Como lo cuenta la participante Teresa (2021):

A mí; mi madre me decía que debía aprender a cocinar para poder conseguir marido y saber cómo cuidar a mis hermanos me enseñaría a criar después a los hijos, eso es lo que nos toca, para lo que nacimos, por eso cuando conocí a mi esposo debía darle rápido un hijo para que no me dejara, él es machista y sé que anda con otras mujeres, así me contagió, pero es mi culpa porque a veces no me arreglo ni le dedico más tiempo.

En este contexto, se les impone una serie de atributos y conductas prescriptivas que la sociedad construye para cada género, se los presenta como natural y responden a la jerarquización social según factores biológicos, socioculturales, históricos y políticos (Gamba, 2007). El mandato del deber ser de las mujeres y de los varones va construyendo los deseos y los proyectos de vida.

Este discurso se hace evidente en los relatos de las mujeres entrevistadas, pues como manifiesta una de las participantes:

...A veces siento que tuve mala suerte en nacer mujer, pero es lo que me toca, y pues así... Como te enseñan en la casa toca perdonar al marido si no sola, que hago; por lo menos el con lo que hace comemos y pues me respetan; ... porque soy mujer de uno de ellos... y acá eso se respeta... (Cecilia, 2021).

Estos imaginarios se vuelven comunes en la investigación, frente a las creencias con las que se crece dentro de los roles de género de ser mujer que se impregnan desde la infancia, y justifican acciones de conductas de infidelidad de la pareja, como también lo afirma una de las participantes en su relato:

... si pues toca darles a los maridos lo que quieren, que más se hace, pues yo me enojé con él cuando me enteré que tenía VIH, pero ya embarazada, toca seguir con él, mi mamá me dijo

que como los dos estamos contagiados no pasa nada y que debo seguir cumpliendo con mis deberes como esposa, ella me dijo que, por no cumplir con eso, fue que él se buscó otras y se contagió, así me enseñaron, aunque ya no me molesto cuando él tiene otras mujeres, no me amargo más... (Sandra, 2021)

Con la anterior narración se evidencia como la familia dentro de sus procesos de crianza ejerce las primeras asimetrías de poder en estas mujeres y como se manifiestan las relaciones de poder de los hombres sobre los cuerpos de las mujeres cis referente a las dimensiones culturales y roles de género, las cuales son reafirmadas en las creencias de la misma familia de las mujeres.

Como lo dice Bourdieu (1998, p 13):

...La virilidad, incluso en su aspecto ético, es decir, en cuanto que esencia del vir, virtud, pundonor (nif), principio de la conservación y del aumento del honor, sigue siendo indisociable, por lo menos tácitamente, de la virilidad física, a través especialmente de las demostraciones de fuerza sexual —desfloración de la novia, abundante progenie masculina, etc.- que se esperan del hombre que es verdaderamente hombre.

De ese modo, la virilidad de la masculinidad resalta en la fuerza y poder sexual de los hombres hacia las mujeres y sus cuerpos y de la cantidad de mujeres que “posee” sexualmente.

Así lo menciona María (2021) en su relato:

...yo no sé mucho de relaciones sexuales, pues ahí toca cumplir con el marido, en mi casa no me enseñaron como se debe uno cuidar ni nada, a ese hombre no le gusta ponerse condón, pues desde la organización me han enseñado ya de anticonceptivos y esas cosas... sin embargo ya tengo la infección- refiriéndose a al VIH- mi marido por andar de aquí para allá, ese fue el que me contagió.....yo pensaba que teniendo marido no se contagiaba de nada de eso, yo confiaba en él y vea...

En las narraciones se observa que las negociaciones están ancladas en la idea de aquello que le resulte al hombre, sino más placentero, por lo menos más cómodo; lo que nuevamente relega los deseos propios a un segundo plano, sin entrar a considerar que el placer sexual también es un derecho de las mujeres. Como lo dice Varela, (2005), autor descrito en el marco conceptual de esta investigación, al mencionar como los géneros están jerarquizados, el masculino es el dominante y el femenino el subordinado y de esta manera las relaciones de poder del hombre sobre la mujer no permiten que ella pueda sentir más allá de servir los deseos masculinos.

El sexo biológico es la base sobre la cual se construye la división jerárquica entre varones y mujeres. Categorías conformadas como distintas y a la vez complementarias, expresadas principalmente en los roles de cada género que se traducen en una serie de inequidades sociales que margina a los no heterosexuales. La institución política del sistema sexo/género que produce y reproduce el dominio de los varones sobre las mujeres es la heterosexualidad obligatoria⁵

La orientación sexual significa el deseo erótico y/o amoroso de una persona como parte de la sexualidad, se caracteriza por ser fluido, cambiante y dinámico. “El término hace referencia a los sentimientos de una persona y al objeto hacia el que están enfocados sus deseos” (Bimbi, 2008, p. 223). En el grupo que forma parte del estudio, el poder que la familia posee, representan en algunos casos un apresamiento exterior que condiciona y coacciona el deseo sexual hasta que logran liberarse, las mujeres transgénero de este grupo de investigación se fueron de sus casas a muy temprana edad precisamente por esa imposición del sexo biológico que les fue asignado y con el cual no se sentían a gusto, empezando los primeros indicios de discriminación porque les gustaban los hombres:

...Siempre me han gustado los hombres desde que tengo uso de razón, será desde los 6 años... me gustaban los chicos, a los 9 se lo he dicho a una compañera de la primaria, que me gustaba un chico. Ya sentía yo eso... (Tina, 2021)

A mí siempre me han gustado los varones, pero como uno era un niño, uno no sabía decir me gusta esto o aquello. Cuando yo he comenzado a hacerme esa pregunta de qué me gusta he dicho bueno, a mí me gustan los varones, digamos a los 14, 13, y era una atracción... Pero en mi casa no podían oír eso, así que me fui, porque ya me juzgaban y me intimidaban, mi padre murió hace unos años, pero no me perdonó por ser lo que soy, con mi madre no me hablo y sería peor si sabe que tengo VIH, menos en la edad que tiene, se muere. (Pamela, 2021).

Con estos relatos que dan oportunidad de vivenciar los imaginarios de las mujeres que participan en la investigación y como el peso de lo social recae con todas sus fuerzas en la familia y en las vivencias de estas mujeres y el establecimiento de sus relaciones sociales desiguales que implicaron la encarnación de categorías dominantes y de poder que terminaron en situaciones de afectaciones adversas como es el contagio de VIH, en el caso de las mujeres cis género por sus parejas estables y las mujeres trans género, por situaciones de

⁵ La primera en implementar el término fue Adrienne Rich en 1980 “la heterosexualidad obligatoria como institución política”

feminización de pobreza que las llevo a las practicas irresponsables de su cuerpo al ejercer la prostitución.

2.2 Estigmas de las mujeres trans

El VIH/SIDA representa muchas veces un estigma que recae sobre las mujeres trans y que tiene que ver directamente con una serie de prejuicios que se tienen sobre esta población: trabajo sexual, exclusión social, promiscuidad, penetraciones anales, marginalidad.

Según el Ministerio de Protección Social & UNFPA (2011, p.39):

...Las personas transgénero (travestis, transexuales), afrontan una serie de estigmas y discriminaciones relacionadas con su identidad de género, que se sale de los parámetros sociales que definen los cuerpos, las estéticas, los roles y las sexualidades normativas de los hombres y las mujeres. Nuestro sistema sexo-género impone un binarismo sexual basado en la existencia de dos categorías exclusivas: hombre-mujer; en las cuales deben insertarse todas las personas. Quienes se salen de este esquema binario, experimentan violencias, estigmas y discriminaciones.

En estos casos, los gustos no significan una elección o preferencia sexual y generan confusiones al verse confrontados con las normas impuestas, en consecuencia, las personas trans declaran que todo eso genera en ellas dificultades en su identidad y en lo que son, aún más cuando se dejan llevar por lo que sienten, como Paola (2021) que dice:

...me empieza a crecer el pelo, me cambio el color del pelo, y mi vestimenta también. Y a partir de ahí comienzo a tener problemas en mi casa, porque yo a mi mamá le confieso que era homosexual y, que me gustaban los hombres, pero todavía ella no sabía que yo me vestía de mujer y no volvió hacer la misma conmigo.

Estos hechos cuentan las participantes, hicieron que huyeran de su casa a temprana edad y se dedicaran al trabajo sexual como única opción para sobrevivir, pues existen múltiples estigmas sociales que representan a las personas trans, siempre, “como personas excluidas de los vínculos familiares, amistosos, amorosos, de apoyo e incluso de las instituciones —tanto públicas como privadas—donde las personas trans carecen de lazos sociales” (Ministerio de Protección Social & UNFPA 2011, p.40)

En los ambientes en los cuales se ejerce el trabajo sexual: “La puta y la prostitución son terrenos políticos donde podemos aprender, encontrar y ubicar mecanismos de dominación que son claves para deshacer, desde lo más profundo, las cadenas de opresión de las mujeres y, a partir de nosotras, del conjunto de las relaciones de dominación en nuestras

sociedades” (Galindo & Sánchez, 2007, p. 34). Esto se logra evidenciar en los contextos de observación que se realizaron en la investigación; pues las mujeres transgénero desde su posición de trabajadoras sexuales narran situaciones de vulnerabilidad y dominación sociales marcada por hombres machistas, misóginos dentro de una cultura negra patriarcal.

Dando paso a contraer con mayor riesgo de vulnerabilidad enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, pues la falta de apoyo familiar llevó a las mujeres transgénero a ejercer el trabajo sexual y estar inmersas en ese mundo de violencia social frente a su exclusión del hogar por no cumplir con los parámetros de género establecidos de lo que significa ser hombre o mujer:

...yo pienso que si mi familia me hubiera apoyado cuando decidí ser mujer, mi historia sería diferente, pero carecí de afecto y apoyo familiar, sé que me odian y eso que mi tío me violó, no me creyeron...todo eso me llevo a sobrevivir en las calles como prostituta, muchos de los hombres no les gusta utilizar condón, en ocasiones me pagaban más dinero si accedía a no utilizarlo y lo hice muchas veces para ganar más porque necesitaba el dinero, aún hay veces que lo hago y así fue como me contagié” (Rocío, 2021).

En el relato además, se evidencia factores de riesgo sexual dependientes de los factores económicos frente a la sobrevivencia y la generación de ingresos a través del trabajo sexual, como lo afirma el Centro para el control y prevención de enfermedades, (2021); en uno de sus artículos haciendo alusión a que las personas que intercambian relaciones sexuales están en mayor riesgo de contagio del VIH porque tienen conductas sexuales riesgosas como por ejemplo, intercambiar relaciones sexuales donde podrían recibir más dinero si no usan condón, evidenciando las desigualdades de poder en la relación entre las personas que intercambian relaciones sexuales y sus clientes dificultando la negociación del uso de condones.

Otro relato donde se evidencia la falta de apoyo familiar como factor de riesgo en la vulnerabilidad del contagio de la enfermedad, llevando a conductas de riesgo en las relaciones sexuales sin protección, es el de Tina, (2021);

...yo lloraba el día que me decidí irme de la casa y yo ya estaba acomodando mi ropa para irme, y mi mamá me ha dicho que nunca me iba a perdonar, yo estaba muy dolida, muy mal, yo me fui y no volví, ahora asumo mi situación, tal vez ella no tenía la culpa, no entendía quién era yo, pero al estar en la calle conocí muchas aberraciones y odios, los hombres que nos buscan no le importa los cuidados ni las enfermedades... así son.

En este caso, podemos decir que, al cruzar la puerta del hogar para ir en búsqueda de soluciones o liberaciones, se toparon con la calle, como otro laberinto sin salida; abandonan el lugar de origen para buscar un nuevo sitio de mayor libertad y respeto para expresar y vivir la sexualidad y la identidad de género de forma diferente, buscando modificar su cuerpo para sentirse más femeninas y bellas, y lo logran, pero los riesgos se volcán hacia las formas de ejercer su sexualidad y los riesgos de contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Estas situaciones se repiten en todas las personas trans que forman parte de la investigación, con algunos matices, pero al fin todas huyeron de su hogar, excepto Dany, que no tuvo necesidad de hacerlo porque la familia la acompaña y comprende su proceso identitario.

... a mi mamá la vio un psicólogo que trabaja en esas organizaciones humanitarias, ella le dijo que tenía un hijo homosexual y el psicólogo le dijo que lo tenía que asumir porque yo no estaba enfermo de nada. Y después con el tiempo ella no se quería resignar, y bueno en su tiempo pasaban los casos de las chicas trans que eran discriminadas y ella ha comenzado a entender. (Dany, 2021).

Esta red de apoyo dio paso a que la participante de la investigación pudiera contar de forma abierta su diagnóstico a su madre:

... mira yo ejerzo el trabajo sexual porque debo ayudar a mi mamá en la casa, ella sabía los riesgos, pues los hombres no les gustan usar condón, cuando me enteré de que estaba contagiada, se lo dije de primera a mi mamá, ella me ayuda con la droga y siempre está pendiente de mí. (Dany, 2021).

Sin embargo, en el anterior relato se evidencia como el factor económico de alguna manera influye en la aceptación del diagnóstico por parte de la madre, pues al ser Dany proveedora del hogar, la responsabilidad de apoyo por parte de su progenitora se muestra necesaria y correcta.

Situaciones que no son satisfactorias en todos los casos, ni siquiera en las mujeres cisgénero donde se logran detectar dentro de las asimetrías de poder relaciones de pareja marcadas desde la construcción de género, donde como lo menciona Bourdieu (1998), que los principios comunes en las relaciones de pareja, exigen de manera tácita e indiscutible que el hombre ocupe, la posición dominante entre los dos, es por él, por la dignidad que ellas le reconocen a priori y que quieren ver universalmente reconocida, por su propia dignidad, el querer y desear a un solo hombre cuya dignidad está claramente afirmada y demostrada

socialmente por la aceptación del orden femenino al cumplir de forma sumisa los deseos de su pareja masculina.

Esta condición enmarca la categoría de violencia de pareja que se manifiesta en el marco conceptual cuando Lozano, (2019) nos refiere la dicotomía hombre-mujer, en la cual se equipara hombre a violencia y mujer a subordinación.

El relato de Teresa, (2020), lo afirma:

... ¡Si pues, las mujeres calladas nos vemos más bonitas, desde mis padres me crie así, los hombres mandan y no hay nada que hacer y si no tome su cocacho (expresión tumaqueña de golpe en la cabeza por no obedecer) ...!!

Como lo define Rivera-Díaz *et al* (2015):

...En ese intento de control del cuerpo, la mente y la sexualidad de la mujer, dada una supuesta «inferioridad biológica», se manifiesta una estructura de poder compleja a través de diversas instancias (biológicas, sociales, políticas, económicas y culturales) y cuyos efectos hacen vulnerable su salud. El estigma hacia las mujeres que viven con VIH/SIDA de igual manera se encuentra relacionado con la desigualdad de género y con ello el rol que socialmente se espera de las mujeres. Ello se debe a las nociones que prevalecen sobre la condición y a la creencia de que las «malas» mujeres son las que pudieran o merecieran contagiarse de VIH/SIDA. En este grupo se clasifican: aquellas mujeres trabajadoras del sexo y aquellas con múltiples parejas sexuales, entre otras, cuyos comportamientos sexuales no son los socialmente establecidos por la cultura patriarcal. (p. 86).

Lo anterior manifiesta una urgencia de cambios en los paradigmas socialmente aprendidos que siguen relegando a las mujeres a construir relaciones basadas en la sumisión, que dan paso a esa entrega incondicional hacia la pareja sin importar sus sentires y deseos, como se evidencia en los relatos de las participantes, llevando a situaciones normalizadas de promiscuidad como referente de virilidad de los hombres y aceptación de las mujeres, poniendo en riesgo su salud sexual y reproductiva.

2.3 Nosotras las mujeres negras...

Este trabajo ha hecho visible como las opresiones sociales convierten los territorios en marcadas situaciones de desigualdad interseccional, donde la raza es una categoría importante que destacar, pues se convierte en punto de partida en la discriminación de las mujeres, y se vive de forma diferente para unas mujeres que para otras; pues “el sistema colonial de género ha legitimado la subordinación de unas mujeres por otras y de unos colonizados sobre otros,

ha otorgado privilegios que ocasionan que todas las mujeres no seamos iguales” (Lozano, 2019, p.92)

Las mujeres negras hacen parte de un contingente de mujeres que trabajaron durante siglos como esclavas, como empleadas domésticas, subordinadas a los placeres de los hombres, relegadas aún más a los ámbitos privados que las mujeres blancas, por ser explotadas; “las mujeres negras hacen parte de un contingente de mujeres que no son reinas de nada, que son pintadas como [antimusas] de la sociedad porque el modelo estético de la mujer es la mujer blanca” (Lozano, 2019, p.94).

De este modo las asimetrías de poder se evidencian más hacia las mujeres afrodescendientes, donde las relaciones de pareja son abusivas y normalizadas, desde las prohibiciones, castigos, violencias, estigmas, silencios, miedos, temores y abusos, en sus relatos nos cuentan:

...Nosotras las mujeres negras somos de malas en la vida, vinimos a sufrir, en mi casa mi papá me pegaba porque prefería a mi hermano y vivía malgeniado por lo duro que le tocaba trabajar, ahora con mi marido también hay golpes y palabras y celos y de todo, más encima me toca aguantar sus engaños, ¡ya que!, somos esclavas de la vida diría yo, porque hasta la enfermedad del VIH nos tocó. (Teresa 2021)

En el relato anterior aparece una categoría que es narrada en varios de los testimonios de las participantes, y es la violencia de pareja donde las mujeres “sufren la violencia masculina producto de este habitus colonial esclavista todavía no superado ni suficientemente cuestionado” (Lozano, 2019, p. 41).

...Mi marido pues no es una perita en dulce, además tiene sus negocios y cosas raras, así le ha tocado, como negros no tenemos opciones, no me gusta que toma mucho y llega de malas- refiriéndose a que le pega-, yo varias veces no quiero estar con él, pero me toca y más si llega con trago encima y me dice cuando esta borracho que yo por andar con quien sabe quién me contagié me echa la culpa a mí, cuando él es el promiscuo.... En fin, no puedo hacer nada frente a eso, a uno desde el marido lo discrimina por la enfermedad, cuando él tuvo la culpa. (Sandra, 2021)

Estas violencias de pareja, contada desde sus historias de vida se normalizan; “es el caso, especialmente, de todas las formas de violencia suave, casi invisible a veces, que las mujeres oponen a la violencia física o simbólica ejercida sobre ellas por los hombres, desde la magia, la astucia, la mentira o la pasividad (en el acto sexual, sobre todo)” (Bourdieu,1998, p 27)

Cada relato plasmado en esta investigación muestra, la infinidad de experiencias que sufren las mujeres por su condición de ser mujeres, donde en sus imaginarios habita un constructo socialmente marcado de violencia basada en género irreconocible, donde lo único que pueden hacer es llegar a la aceptación de su vida así como les tocó vivir, sufriendo en silencio cada opresión racial, de género, de clase asociada con una enfermedad de transmisión sexual que las culpabiliza y aumenta las violencias ejercidas hacia ellas.

Así, pues, en estas mujeres, la discriminación por VIH/SIDA se une a las diversas discriminaciones por género, en donde la violencia hacia ellas constituye una de sus manifestaciones más perversas. (Ministerio de Protección Social & UNFPA, 2011, p.35).

Estas violencias están enmarcadas en los imaginarios de las mujeres de la investigación dentro de sus relatos y su discurso, donde las violencias basadas en género se sitúan dentro de las desigualdades de clase, raza y etnia de las participantes, las cuales están conectados con las relaciones de poder y la cultura patriarcal y machista en la que crecieron, perpetuando la desigualdad interseccional, llevada a los múltiples niveles de opresión como mujeres negras.

Rodríguez – Shadow (2000), refiere la integración en el análisis de género a la comprensión de las cuestiones de raza, etnicidad, nación, colonialismo y clase que ha ocurrido durante los últimos 20 años, y han tenido un poderoso impacto al mostrar como las líneas de nación, clases y raza/etnicidad separan a las mujeres en su relación con las mujeres y a las mujeres con los hombres. Aquello se hace evidente en sociedades como el Pacífico Colombiano frente a situaciones de racismo y clasismo que sigue prevaleciendo en la imposibilidad de acceso a información clara frente a su salud sexual y reproductiva, desde las narrativas de las historias de vida de mujeres como Sandra, (2021); donde se evidencia imaginarios de culpa frente a su diagnóstico y son reforzadas en las situaciones de acceso y atención en salud, es decir, lo público y privado está inmerso en las narrativas de estas mujeres, perpetuando a las mujeres negras dentro de los espacios de opresión.

2.4 Las amigas te salvan

Desde las observaciones e historias de vida tomadas de las mujeres participantes de la investigación se fundamenta dentro de sus imaginarios frente al contagio de VIH/SIDA, el apoyo emocional al empezar a relacionarse con mujeres y como mujeres negras; donde entran a formar parte de organizaciones que apoyan y sostienen a otras mujeres, sin importar su condición; pues dentro de sus narraciones refieren pertenecer a colectivos que marcan un

antes y un después luego de conocerse, interiorizar y compartir temas en común, con diferencias y similitudes entre mujeres.

Estos relatos se configuran entonces, en apoyo social, pues por lo general llegan cargadas de miedo, soledad, angustia y cansancio por las vivencias transcurridas y allí logran aliviar la mochila del sufrimiento al conocer que no están solas como pensaban. “Las asociaciones son valoradas como lugares en los que se reconocen los derechos y en los que pueden derribarse ideas erróneas respecto de su identidad, aquellas en las que, según Bourdieu, y lo ilustra el siguiente testimonio, el punto de vista de la clase dominada es el punto de vista de la clase dominante” (Fernández, 2004, p.118).

A los 32 años, me han hecho conocer a Tina, que ella tenía una organización, y me han traído a la casa de Tina. Cuando yo he llegado la Tina me ha comenzado a hablar, hablar, hablar y lo primero que me hace hacer es hablar del VIH, y ahí ella me ha comenzado a meter en esto del activismo. Y de ahí he comenzado a pensar otras cosas, y ahí he dejado la calle, porque el estar en la organización a mí me ha servido para darme cuenta de que podía hacer otras cosas. (Rocío, 2021)

Las organizaciones constituyen entonces una oportunidad, permite a las mujeres cis y transgénero hablar sobre sus trayectorias donde la violencia y el delito forman parte de su propia imagen. A través de ellas se relacionan con otros grupos y personas cuya solidaridad y compromiso se presentan como las nuevas armas con la que hacen frente a sus vidas.

Estas características particulares encontradas en los análisis de resultados muestran como la red de apoyo que se teje a través de las mujeres permite alivianar situaciones de estigma y discriminación causadas por el VIH, en primera instancia; pero que se perpetúa por la desigualdad interseccional causada por ser mujeres, mujeres negras y de acuerdo a su identidad de género se intensifican aún más, añadiendo un factor particular del trabajo sexual.

Testimonios que se evidenciaron en los relatos descritos en los resultados y que dan pie a resaltar en esta investigación como “la discriminación sobre una base de múltiples factores, que se afectan entre sí, agrega su peso a la carga general de la desigualdad. Donde se identifican prácticas que encajan con patrones discriminatorios diferentes que enfrentan las mujeres negras” (AWID 2004, p. 4).

3 Capítulo III. Factores económicos y socioculturales en las asimetrías de poder

A continuación, se presenta, el análisis de la información primaria y la discusión de resultados

3.1 Feminidad vs Sexualidad

Socialmente, la sexualidad sigue siendo un tema tabú, dentro de los constructos sociales y culturales de la crianza que viven las mujeres; donde lo femenino y lo masculino pertenece a lugares determinados por la naturaleza: que a su vez los ubica en cierto lugar social. Visto de esta forma, las mujeres tienen como lugar natural la reproducción, que separa la procreación del placer sexual, donde la importancia femenina radica en satisfacer las necesidades de los otros, mientras que los varones deben satisfacer sus propias necesidades.

Por lo tanto, como lo dice la guía de Protección Social & UNFPA (2011):

...La infección del VIH se relacionó con la transmisión sexual y, en la mayoría de las sociedades, tuvo su impacto inicial en poblaciones con prácticas y/o identidades sexuales diferentes a las de los patrones hegemónicos. Las primeras construcciones sociales sobre el SIDA se vincularon a imágenes de homosexualidad masculina, pero luego se incorporaron algunas formas de estigmatización: con las personas que desarrollan el trabajo sexual, las personas trans, quienes tienen más de una pareja sexual y con quienes usan algún tipo de drogas (p. 1)

Estas asimetrías de poder que generan discriminación y estigma frente a las construcciones sociales y valoraciones frente a la sexualidad y el diagnóstico de VIH/SIDA, se enmarcan en juicios de valor que encasillan a las mujeres.

La opresión centrada en la sexualidad significa que todas las relaciones heterosexuales son opresivas. En esta lógica Makinnon (1995) afirma que toda relación heterosexual se encuentra inmersa en un sistema de dominación y subordinación, es decir, de poder, estructurada a través del sexo. Dicho en otras palabras, todas las relaciones heterosexuales forman parte de un sistema de explotación donde las mujeres están subordinadas a los varones. Pues históricamente el amor representa una experiencia que supera y excede la voluntad de las personas y no se puede controlar.

Sin embargo Illouz (2011), presenta una discusión sociológica del amor, un tanto particular que enmarca las posibilidades de amar desde la elección, no solo porque amar es elegir a una única persona, entre muchas otras posibilidades, sino porque amar implica encontrarse con ciertas preguntas relacionadas con esa elección, como por ejemplo si esa

persona es la indicada, ejerciendo un poder de elección, y ésta constituye un hito cultural que desde el ámbito político-económico simboliza el ejercicio no solo de la libertad sino también de las dos facultades que justifican ésta última, es decir la autonomía y la racionalidad.

Aquellas afirmaciones son inherentes a los imaginarios de las mujeres de esta investigación, pues no conocen el poder de la elección y, por tanto, se pierde la autonomía e independencia frente a sus vidas, repitiendo la historia de vida de sus madres, abuelas y ancestras, quienes no conocen esta forma que la modernidad de Illouz muestra frente al amor, pues sus creencias y crianza estuvieron y sigue ligadas a relaciones de subordinación y poder patriarcal.

Así, no lo hace saber Sandra (2022):

...siempre me pongo a pensar que podría pasar si dejo a mi marido, no conozco nada más que estar con él y servirlo, acá en la costa los hombres son machistas pero prefiero un malo conocido que un bueno por conocer, no conozco más hombre, con él tuve mi primera vez y toca hacer lo que digan en las relaciones (... se siente avergonzada al hablar de sexualidad)... pues a mí me toca complacer al marido, me pasa que cuando llega con sus tragos quiere que estemos juntos y sin protección, porque cuando está bueno y sano medio usa ese condón, como él no toma los medicamentos del virus todo el tiempo, el doctor dijo que toca con condón, pero a él no le gusta y yo pues me quedo callada, a parte que vive saliendo todos los fines de semana a la calle”

Según Mestre (2008) uno de los elementos con el que se construye el orden patriarcal es la división del espacio público y el privado, allí el varón pertenece al mundo público en donde dispone de libertad y derecho; mientras, que las mujeres al mundo privado de la naturaleza, la pasión y es donde lo varones también gobiernan. Para las mujeres pertenecer al espacio privado no solo significa la exclusión a lo público, sino la prohibición de todo espacio social y cultural, diferente a su casa.

Este control dentro de lo privado ha llevado a las mujeres a vivir bajo jerarquías de poder que perpetúan “históricamente, la sexualidad de las mujeres, la cual, está sujeta a estigmatización y control por diferentes instancias: la iglesia, la familia, la pareja, el sistema de salud, entre otras” (Protección Social & UNFPA, 2011, p. 35).

Todo lo anteriormente mencionado lleva a que las mujeres cumplan unos roles de género específicos en la sociedad y en la economía, sin ser proveedoras pero cumpliendo con un papel fundamental en los factores socioeconómicos del hogar para que el varón refuerce su capacidad remunerada dentro del ámbito público, desde los cuidados infantiles y trabajo

doméstico, dando paso a la mencionada división sexual del trabajo, es decir, la distribución desigual de poder entre hombres y mujeres, sazónando las instituciones y las prácticas cotidianas con la conformación de imágenes de masculinidades asociadas a un modelo de productividad y racionalidad “ (Faur, 2019, p. 15).

“...yo nunca he trabajado y ahora con el virus menos, que me van a dar trabajo, toca estar en la casa, ya menos mal mis hijos están grandes, si no!!!... pues mi marido allá en el manglar le va bien, y como es el que trae el dinero para comer, toca agradecer, por eso pues ya con lo del virus me enojé, cuando supe y más doloroso es saber que siga andando en sus vagabunderías, pero yo no trabajo y si él sostiene la casa qué más da lo demás, a estas alturas pa’ donde agarro sola” (Teresa, 2021).

Este relato lleva a discutir como la falta de sensibilización y desconocimiento frente a la economía del cuidado y su poca valoración, trasmuta en una feminización de los cuidados y de la creencia evidenciada en la narración de la participante, el pensar que no aportar nada por estar en la casa, ocupándose de las tareas domésticas del hogar, atribuye una justificación de las prácticas dominantes del hombre, cuyos imaginarios resaltan en un rasgo propio de las mujeres, “que se extendió mucho más allá de los designios biológicos, y se tornó uno de los nudos críticos de la construcción social del género” (Faur, 2019, p. 14).

Desde la misma línea se discute frente a la narrativa de Teresa, (2021), que estas mujeres sienten a la felicidad, el bienestar y los vínculos de apoyo y de afecto familiar, como si no les correspondieran. Sentimientos que además generan conciencia sobre la inferioridad, anormalidad y marginalidad como propia de la identidad en el caso de las mujeres trans y en el caso de las mujeres cis una representación de la violencia y dominación simbólica evidenciando su sometimiento incuestionable frente a sus relaciones de pareja, la cual se presenta como natural y parte del mundo social en sus roles asignados de género al nacer mujeres, sin autonomía, ni capacidad de decisión, inmersas en una dependencia económica que las sumerge en situaciones de violencia visibilizada como Valle-Ferrer (2011) señala que al igual que la violencia psicológica, el abuso económico muchas veces acompaña el abuso físico y sexual contra la mujer y se categoriza como un comportamiento con el propósito de ejercer control.

Krook y Restrepo-Sanín (2016) en su análisis sobre género y violencia política en América Latina propusieron añadir la violencia económica y simbólica. Respecto a la violencia económica, enfatizaron en el control coercitivo, el cual denominaron como una característica esencial de este tipo de violencia, y que, según ellas, podría percibirse para

muchas como peor que la violencia física, exacerbando entonces un ambiente hostil para las mujeres.

En esta investigación se evidencia entonces, los imaginarios frente a la sexualidad de las mujeres, las cuales van, desde la romantización de su diagnóstico como parte de su vida hasta la justificación de contagio de sus parejas hacia ellas por ser los varones y brindar la provisión económica del hogar. Y en el caso de las mujeres transgénero, siendo proveedoras económicas de ellas mismas, asumen la responsabilidad de contagio al tener relaciones sexuales sin protección con clientes que pagan mayor cantidad de dinero si acceden a esta condición.

3.2 Sexualidad Trans

En la sociedad, la sexualidad es definida como buena, aceptada, positiva, saludable, enferma o delictiva, en consecuencia, se la oculta o se la niega. Los modos de pensar la sexualidad, involucra a las personas trans quienes adoptan una sexualidad femenina. No obstante, cada persona trans vivencia de modo particular su sexualidad, condicionada por el poder influyente sobre su identidad de género. Vivencia que se concreta mediante un trabajo permanente de formación, donde el mundo social construye el cuerpo a la vez como realidad sexuada y como depositario de categorías de percepción y de apreciación sexuales que se aplican al cuerpo mismo en su realidad biológica (Bourdieu, 1998).

Por lo tanto, no podemos negar que las construcciones culturales del género afectan la concepción del cuerpo y la sexualidad de lo femenino.

También refuerza las estigmatizaciones hacia quienes se dedican al trabajo sexual; porque el intercambio de sexo por dinero fuera del matrimonio es malo, anormal, antinatural y hasta perverso y no se analizan otras cuestiones como la falta de oportunidades laborales o el rol activo de los prostituyentes. El trabajo sexual pertenece al conjunto de prácticas que reproducen una identidad masculina diferenciada a través de la sexualidad.

Las situaciones de discriminación sufridas en la infancia y en la adolescencia conllevan muchas veces, la decisión de abandonar el hogar y la escuela, como se refirió en el capítulo II; estas vivencias quedan tatuadas en el cuerpo y condicionan las posibilidades en término de inclusión social y acceso a empleos, lo que produce la necesidad de sostenerse económicamente desde muy jóvenes. “En este marco la prostitución aparece como una de las pocas alternativas en las que se puede combinar el ejercicio de la identidad travesti/transexual con un ingreso económico suficiente para vivir” (Berkins & Fernández, 2013, p. 111). Y,

además, las relaciones sociales y de amistad que establecen en ese espacio no los consiguen en otros; como se evidenció en el capítulo I desde las desigualdades interseccionales, los estigmas se dan por ser trabajadoras sexuales y VIH Positivo,

Así lo narra Pamela (2021):

...Las únicas que te acompañan en ese momento son las chicas de la calle. Nadie más te acompaña todos los demás te condenan, te dan vuelta la cara. Al contrario, pierdes a un montón de gente cuando empiezas la calle, pierdes a la poca gente que te mira más menos bien de tu familia cuando se enteran de que sales a trabajar a la calle directamente te dejan de hablar, la policía, toda la gente, recibes todo el rechazo de la sociedad. Digamos que las únicas que te apoyan en la calle son las chicas que están en las mismas condiciones que, ellas son compañeras de parada.

En el trabajo de campo de esta investigación, también se evidencia que, pese a su condición económica desde el trabajo sexual, para muchas el dinero no alcanza cuando deben mantener su casa y se convierten en proveedoras, este hecho y como lo vimos en el capítulo II hace que accedan a ganar más remuneración económica si aceptan a no usar protección, aun padeciendo los riesgos como la transmisión de una ITS y en este caso la infección de VIH/SIDA:

... Ser puta es el último recurso, pero como mujer trans no me dan trabajo decente y menos en Tumaco que hay tanta discriminación por mujeres con mi condición sexual, a veces ese trabajo me da libertad de ser quien elegí ser con mi imagen como me siento bien, además toca llevar la comida a la casa (Dany, 2022).

...Los riesgos no solo existen porque tengo VIH, han existido desde que me fui de la casa, ejercer el trabajo sexual es lo que me tocó, las relaciones anales les gustan a los hombres y toca acceder a sus manifestaciones, dinero es dinero, además tengo el porte y el cuerpo que ellos quieren” (Tina, 2022).

Se puede decir, que, para pertenecer al ámbito del trabajo sexual, significa encajar en un formato que moldea los deseos íntimos, la identidad, la sexualidad trans, el cuerpo y la subjetividad, Es un entorno, donde lo femenino se somete a los deseos de los varones; según los factores culturales y el imaginario colectivo, ellos tienen el poder económico y sexual.

Desde esta mirada, lo femenino sufre doble opresión, no solo por las desigualdades según la clase, sino de raza y género y como esas asimetrías de poder desigual afectan una a la otra (Lagarde, 2011).

3.3 Varones: “Proveedores viviendo con las mujeres sumisas del hogar”

“Consumidores pagando frente al trabajo sexual de mujeres trans”

El androcentrismo se expresa en diversas características de los varones dentro de la estructura social: la condición masculina y la virilidad; en cuyo entorno existe una mezcla de agresión, fuerza dañina y dominación, lo que Lagarde (2011) denomina las formas más relevantes del sexismo, es el machismo, la misoginia y la homofobia, cuya característica principal es el dominio masculino patriarcal. En el caso de las mujeres cis frente a la dependencia económica que sufren con sus parejas pues son los proveedores del hogar y en el caso de las mujeres trans, los hombres que se creen con el derecho de ejercer su voluntad para pagar por el placer de sus cuerpos.

En este sentido, resulta oportuno señalar voces de las protagonistas que dan cuenta del machismo y de sus percepciones sociales en ese ambiente:

“Abusos los hay todo el tiempo, porque el hecho de que pagan y se creen con el derecho de hacer absolutamente todo lo que se les ocurra, abusan de su poder. Y en particular hay algo, que también les ha pasado a las demás chicas donde nos pegan, nos maltratan, no usan condón, con todo y teniendo VIH, como que ni les importa, los hombres son malos y los negros sucios, por eso me contagie de VIH...” (Paola, 2022).

“... Estoy cansada que me vengan con el chisme que mi marido anda con una y otra, pero no le digo nada porque siempre él es quien se enoja que lo jodo mucho, ya no le digo nada, porque una vez se enojó y no dejó para la comida y los niños con hambre, hasta con lo del VIH me culpa y se enoja, no se puede hablar mucho de eso, jummm.... Si no hubiera quedado embarazada, no supiera del virus que tengo, pero en esos exámenes que hacen se dieron cuenta los doctores y él hasta ahora niega que tiene la culpa” (María, 2021).

Todos estos factores económicos y socioculturales en las asimetrías de poder que viven las mujeres cis y transgénero afrodescendientes da lugar a que lo masculino se posicione con una sobrevaloración tan fuerte que acceda al cuerpo femenino y a su condición de mujer para violentarlo, pues las mujeres y las personas trans son consideradas inferiores, subvaloradas e invisibilidades aún más si son negras desde su condición históricamente marcada de esclavas como lo referencian los autores Truth *et al*, (2012) “La comprensión de la condición de las mujeres afrodescendientes debe reflejar así un patrón distintivo de dispersión asociada a su consecuente esclavitud” (p. 112); así pues, está presente cuando se piensa y se actúa como si fuera natural marginar, maltratar, tener formas de comportamientos

hostiles, agresivos y machistas hacia lo femenino y sus acciones y desde luego, porque por ser mujer, está expuesta al daño y ha sido previamente incapacitada para hacerle frente.

En este caso resulta significativa la vivencia de Paola (2022):

...Por andar en la calle a deshora en la noche me han violado, y por confiar, por dejarme llevar.

- ¿Quieres contar lo de la violación? –

...Sí, fue hace poco teniendo el VIH, una noche vengo como a las 2 de la mañana caminando y llegando al puente bajo de la entrada de los Ángeles, ha salido alguien corriendo y me ha abrazado por detrás y yo no me podía soltar, pegaba patadas, decía que las malas lenguas decían que tenía VIH y me ha metido a la casa de él, una casa esquina, y me decía que eso me pasó por puta, pero que me dejara someter, que, si o si iba a pasar, el muy infame se puso condón y lo ha hecho una, dos veces él. Yo no pude decir nada porque era uno de ellos... ya sabe... de esos grupos disidentes que viven en el sector, usted no sabe todo lo que los hombres aparentan en el día y en lo que se convierten en la noche y son heterosexuales supuestamente”

En Colombia “el conflicto armado ha puesto a las mujeres en situación especial de riesgo, como las mujeres indígenas, afrodescendientes, desplazadas y rurales, donde una de las principales causas de violencia sexual es el uso de la mujer como botín de guerra y siendo usadas para mandar mensajes de venganza y poder” (Ortiz *et al*, 2021). Más aun en regiones como el Pacífico Colombiano, que persisten las violencias marcadas por el conflicto armado desde los hombres que pertenecen a grupos al margen de la ley y perpetúan la posesión de estos territorios y todo lo que se encuentra dentro de él, como las mujeres cis género para su hogar y las mujeres transgénero para su vida nocturna fuera de los parámetros heteronormativos supuestamente asignados.

Desde estas narrativas entonces, en las mujeres trans, también se ejerce un dominio masculino patriarcal, frente a las creencias arraigadas de la heteronormatividad y poca tolerancia a la diferencia de la dicotomía Hombre-Mujer.

El relato de las mujeres cis es la precariedad estructural de las vidas trans, sometidas a una dinámica expulsiva que, en el caso de travestis y mujeres, las mantiene cuidadosamente separadas de la sociedad y las ubica en un lugar material y simbólico mucho más expuesto a las violencias, como vemos en la narración anterior donde el travesticidio/tranfemicidio, es el extremo de un continuo de violencias, las cuales nos dice Maffía, (2018) comienzan con la

expulsión del hogar, la exclusión del sistema educativo, del sistema sanitario y del mercado laboral, la iniciación temprana en la prostitución/el trabajo sexual, el riesgo permanente de contagio de enfermedades de transmisión sexual, la criminalización, la estigmatización social, la patologización, la persecución y la violencia, fuertemente evidenciado en los relatos de las mujeres transgénero de la investigación.

Para contrarrestar el testimonio anterior, el sometimiento y violencia sexual, no es ajeno con las mujeres cis, como lo narra el siguiente caso:

“Cuando mi marido llega borracho me dice que soy una puta, que quien sabe con quién tanto me he acostado que por eso yo lo contagié yo no quiero estar con él y menos sin condón porque el doctor dice que aunque los dos estemos contagiados del VIH, ese virus muta en otras infecciones o algo así, pero mi marido no entiende, yo le digo no quiero, pero él se pone brusco y toca estar si no(muestra una reacción de impotencia y dolor en su rostro frente a su narración, quiebra la voz y se desgarró en llanto)”. (Cecilia, 2022).

En el relato anterior se puede cuestionar como se normaliza por parte de la participante las relaciones sexuales sin consentimiento como un deber dentro de su relación de pareja, haciendo visible “la violencia sexual colonial, siendo establecimiento de todas las jerarquías de género y raza presentes en nuestras sociedades” (Lozano, 2019, p. 257)

Aun con las diferencias que hay en cada una de estas mujeres, sus narraciones denotan sus experiencias similares frente a situaciones particulares dentro de los constructos sociales y económicos en los que viven donde se sienten menospreciadas ante la sociedad, de igual manera, atenta contra su identidad ya que refuerza y reproduce la subordinación de lo femenino. La violencia contra ellas pone en riesgo el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal y acrecienta la vulnerabilidad frente a los estigmas y discriminación que rodean su vida frente al VIH.

Según la descripción de los resultados anteriormente mencionados en este capítulo, se considera apropiado decir desde sus narraciones que los imaginarios frente a su diagnóstico de VIH/SIDA, están asociadas a los tatuajes que llevan grabados en el cuerpo a causa de la violencia, la discriminación y el estigma que han causado las asimetrías de poder que ejercen los factores socioculturales y económicos produciendo sentimientos que las hacen pensar que por su condición de salud y también de su identidad de género como mujeres cis y trans género, no tienen ningún tipo de derecho.

4 Capítulo IV. Discriminaciones y barreras en la atención a las mujeres cis y transgénero en Tumaco, Colombia

A continuación, se presenta la discusión de los hallazgos de la investigación y exposición de resultados.

4.1 La salud: como vivir con VIH

La salud individual y colectiva es una de las necesidades más complejas entre las interacciones de los procesos biológicos, ecológicos culturales, económicos, políticos y sociales, por lo que el acceso a la educación, al trabajo y a la inclusión social y ciudadana aparece como aspecto básico de una vida saludable.

La salud como derecho humano involucra el acceso a los servicios de salud y asistencia médica, también el acceso al agua potable, el suministro de alimentación, vivienda, condiciones sanas de trabajo y ambiente, educación e información relacionado a la salud y a la salud sexual y reproductiva (Aizenberg, 2014).

En contraste a la salud como derecho y teniendo en cuenta el contexto sociocultural de las personas, por vivir en contextos de pobreza extrema y pueblos negros, se puede observar en las participantes que durante su adolescencia la mayoría de ellas no tienen un hogar estable, o su hogar es violento, esto hace que se vean obligadas a buscar afectivamente una persona que les brinde estabilidad económica, dejando sus escuelas, familias y hasta su comunidad.

Mujeres que, en la adolescencia, como se observó en el capítulo II, están en transición de su identidad de género y descubriendo su orientación sexual, huyen de sus casas y viven en lugares prestados o alquilados, y no logran cubrir las necesidades básicas.

Las barreras familiares, sociales e institucionales hacen a las personas trans vulnerables a la depresión, el abuso de sustancias, suicidio, y la infección al VIH, cuyo riesgo a contraerlo se acentúa debido a la combinación de la estigmatización, la discriminación, la falta de acceso a la salud, vivienda estable, el empleo, el abuso de sustancias, ser objeto de violencia sexual o la falta de prácticas de autocuidado. Estos factores también impiden que tengan acceso a la información del VIH/SIDA, la prevención y el tratamiento (Chazarreta, 2015).

Como se menciona en esta investigación, en Colombia existe del Plan Decenal de Salud creado por el Ministerio de Salud y Protección Social, (2012-2021) que, dentro de las estrategias generadas en su proceso de atención buscaba:

...El fortalecimiento de capacidades de atención y acceso universal a la prevención y atención integral en ITS-VIH/ SIDA, con enfoque de vulnerabilidad y coordinación sectorial, transectorial y comunitaria, que involucre a los sectores educativo, cultural, laboral, eclesial y militar, entre otros (p. 5)

Lo anterior brinda garantías a las poblaciones más vulnerables, como aquellas que viven en la costa Pacífica Colombiana y específicamente Tumaco, sin embargo, el acceso a servicios de salud integral no llega a estos territorios; reproduciendo la desigualdad dentro de los determinantes sociales desde el modelo Latinoamericano que identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad, donde los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social (Morales et al., 2013), reproducidas en comunidades como Tumaco y más específicamente a las mujeres y niñas.

En este sentido, el acceso a salud se convierte en un privilegio y afecta a las comunidades más empobrecidas donde el obstáculo para el acceso a la salud vulnera sus derechos a la atención sanitaria y a la protección de las infecciones de transmisión sexual.

En esta investigación las mujeres entrevistadas mencionan que los horarios de los servicios son inadecuados, así como también, la falta de intimidad durante la consulta, las actitudes hostiles o críticas por parte del personal y el carácter grotesco de los y las funcionarias que trabajan en los centros de salud donde estas mujeres deber realizar los controles frente al tratamiento del VIH/SIDA.

Así, lo mencionan las participantes:

“...para mí ir al centro de salud de mi EPS es un martirio, no hay respeto por nosotras, una vez un enfermero cuando yo entraba a la consulta, lo escuché con el compañero diciéndome -allá viene la sidoso-...no tienen respeto por uno”. (Rocío, 2022)

“para sacar la cita con el médico y los controles es una lucha constante, a veces hasta dos meses se demora la cita o si no me dicen que no hay medicamentos y toca esperar” (María, 2021)

...claro, usted que me acompañó se dio cuenta como me miraban, la frialdad con que me hablan es como si ellos lo juzgaran a uno, y por otro lado ir hacer esas filas para solicitar la

cita... mejor dicho... ni para que le digo.... El día que usted fue conmigo no había mucha gente, usted se salvó de esperar todo el día conmigo...” (En esta narración, hace alusión a los momentos de la investigación donde la investigadora acompañó a la participante a sacar cita en la EPS y cuando tenía que recibir los medicamentos antirretrovirales). (Pamela, 2021).

La anterior narración como la siguiente revela las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia. (Morales et al., 2013)

...Una vez, sufrí un accidente en la moto de una amiga cerca al Morro (sitio turístico de Tumaco, donde se encuentra la playa) y me abrí la pierna en una zanja, fui por urgencias al hospital y tenía que decirles que tengo VIH, usted no se imagina como me vieron en ese momento los enfermeros, de inmediato dejaron de tocarme y nadie quería suturarme, me dejaron como dos horas con una venda, hasta que cambiaron de turno con el personal médico y ahí apenas empezaron a revisarme y atenderme. (Paola, 2021)

Estas situaciones forman parte de las desigualdades en salud. Se entiende por ésta:

... al impacto que tiene sobre la distribución en salud y la enfermedad en la población, los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o en el que se trabaja. La reducción de las desigualdades constituye un objetivo central en la estrategia de la OMS. Las mediciones de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de esta (Aizenberg, 2014 p. 226).

Con relación al acceso a la salud integral y la garantía de la salud como un derecho en Colombia la Constitución Política Colombiana (1991), en su Sentencia (T-760/08), confiere el parágrafo (4.4.6), donde manifiesta:

...Que la prestación de los servicios debe ser oportuna, eficiente y de calidad, por ende, cuando el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente a una persona, puede conllevar a un irrespeto a la salud por no acceder al servicio para poder recuperarse y a una amenaza grave a la salud porque ésta puede deteriorarse. Esto ocurre, en los casos de las personas con VIH donde el suministro oportuno de los medicamentos requeridos es indispensable no sólo para conservar el grado de salud de una persona, sino también para evitar su deterioro.

El abordaje en salud en Colombia manifiesta una serie de situaciones que en la realidad no se cumplen y pone de manifiesto según los relatos de las participantes un contenido estructurado de asimetrías de poder en las relaciones jerárquicas del sistema de salud Colombiano y sus trabajadores, sin un trato diferencial frente a los principios de equidad e igualdad, En este sentido, el marco de la garantía del derecho a la salud que establece la (Ley 751, 2015) donde afirma que “el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos en contexto de vulnerabilidad y de los sujetos de especial protección” (Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, 2012, p.49), aún tiene limitaciones y brechas sociales en la salud para las personas más vulnerables, pues el sector salud requiere reconocer e intervenir en los asuntos relacionado con el género, desde lo que implica observar factores socio-culturales, acceso a recursos sociales, económicos, políticos y culturales por razones de género e igualdad ,aún más el acceso a información de sus derechos sexuales y reproductivos, para un pleno desarrollo de la sexualidad. Lo cual se encuentra abordado en la PAIS⁶.

Y nos dice:

En una mirada desde los determinantes sociales de la salud, la política PAIS propone cuatro estrategias centrales: 1. Atención en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. Gestión del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial. Promoviendo la salud sobre los derechos reproductivos; a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva y la atención de eventos adversos derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción para el fortalecimiento de los mecanismos y sistemas de respuesta para el posicionamiento de las políticas a nivel territorial (MinSalud, 2022)

Desde lo anteriormente mencionado, ha sido necesario trabajar desde un enfoque diferencial, que permita conocer de forma interseccional las necesidades de cada población dependiendo de su situación particular, por esta razón se crea en Colombia la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR), para que los grupos que se encuentran inmersos en las condiciones de vulnerabilidad como habitantes de calle, comunidad LGBTI, personas en situación de trabajo sexual, víctimas del conflicto armado y desplazamiento. disfrute de la sexualidad o la reproducción de manera plena, satisfactoria, informada, libre y responsable.

⁶ Política de Atención Integral en Salud.

Se reconoce entonces, el derecho a la atención de calidad en la salud sexual y reproductiva y también promueve los derechos sexuales y reproductivos basados en la autonomía de las personas para tomar las decisiones sobre su vida, cuerpo, reproducción, identidad, salud y bienestar.

Como se puede observar, Colombia posee el reconocimiento de los Derechos Humanos y de acuerdo con su misión de garantizar los derechos a la salud, derechos sexuales y reproductivos, pero, ahora bien, cabe preguntarse por qué Dany (2022) a pesar de la reglamentación en salud que hay en el país, manifiesta: “*Nosotras parece que no somos parte del Estado y el Estado no da respuesta a nuestros problemas de salud*”. Evidenciando claramente el abandono estatal en estos territorios frente al cumplimiento y aplicación de las leyes, sin garantizar la igualdad de sus derechos y la necesidad de los servicios de salud.

4.2 El personal de salud no tiene respeto

Los derechos para las personas cis y transgénero están contemplados en la ley, pero en la realidad no se aplican. Actualmente las mujeres no pueden acceder a servicios de salud integral, recurren a los servicios de salud pública donde a menudo se enfrentan con barreras burocráticas y organizativas para acceder a la atención médica; muchas veces, el personal se niega a llamarlas por su nombre, en el caso de las mujeres trans, se excusan para atenderlas, ignoran la palabra de ellas, no respetan el derecho a la privacidad o no proveen información necesaria.

Estos y otros modos de operar desde los servicios de salud, más “la discriminación y segregación de las que son objeto, hace que el cuidado de la propia salud difícilmente sea una prioridad en un día a día que las margina de la vida económica, política y cultural de las sociedades en que viven” (Berkins y Fernández, 2013, p. 75).

Las participantes de esta investigación no reclaman sus derechos por el propio proceso de enfermedad que transitan en el momento, por lo tanto, esperan recibir atención de manera sumisa, con mucha vergüenza y tristeza como lo señala Tina (2021) en el siguiente relato:

...Es que nosotras no nos enfermamos exclusivamente de VIH, a nosotras nos duele una muela, o tenemos que hacernos una radiografía, también nos duele el oído, y en esos casos nos siguen tratando mal, nos siguen discriminando. Si a mí me duele la muela y voy al hospital y estoy re mal, imagínate a mí, que se me van a burlar porque soy diferente, y si veo

si a la primera se sonrío porque me ve a mí, yo no voy a querer volver al hospital, si se me ríen en la cara.

Las creencias, vistas desde afirmaciones relacionadas con el ejercicio del trabajo sexual, lleva a pensar que aquellas que ejercen este trabajo—en su mayoría—, son coaccionadas; que no han podido decidir sobre el ejercicio de su sexualidad desconociéndolas como sujetas de derechos con plena autonomía; (Protección Social & UNFPA, 2011); llevando a prejuicios sobre las prácticas sexuales asignadas de las personas trans evidenciadas en las preguntas dirigidas que les hacen para identificar infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA o relacionadas directamente a la prostitución, siendo estas claramente otras formas de maltrato; así mismo las mujeres cis género como lo cuenta Sandra (2021):

“Pues que le digo, a mí me miran mal cuando me hago la citología y miran en mi historia clínica que tengo VIH, siento que ellas (refiriéndose al personal de salud) murmuran de mí y hasta de mi vagina, como si esta tuviera una peste, se nota el asco cuando me hacen el examen, es doloroso ver que si fuera mi marido quien va no dicen nada, pero a mí si me dejan por los suelos.”

El poder y la violencia ejercida del personal de salud hacia las mujeres cis y transgénero forman parte del modelo médico hegemónico que se implementa en los servicios. Este modelo, tiene como principales características el “biologicismo, a-sociabilidad, a historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud-enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica” (Menéndez, 1988, p. 457).

Las mujeres, por tanto, se encuentran vulnerables frente a sus condiciones de salud integral y su vida, esto lo afirma un estudio realizado sobre maternidades contemporáneas, donde se analiza las percepciones de madres frente a sus relaciones con el personal de salud evidenciando frustraciones producto de sus interacciones con estos profesionales, donde las mujeres explican sus diferencias con las prácticas del personal de la salud, a partir de aspectos estructurales como la incidencia de la clase social en el tipo de atención que reciben, la falta de autonomía que tienen para tomar decisiones frente a su cuerpo y la salud de sus hijos. (Muñoz-Zapata *et al*, 2021), sin duda, este artículo no es ajeno a las experiencias vividas por las mujeres participantes de esta investigación frente a la atención que asume el

personal de salud, hacia ellas, desde su condición de mujeres negras y aún más ante la discriminación, homofobia y transfobia.

Así, lo narran las participantes de esta investigación:

...Me siento mal...El personal de salud no tiene respeto...Lo primero que me dijeron cuando me diagnosticaron con VIH, fue si ve por ser marica (Pamela, 2022).

...la vez pasada he estado medicada, me he automedicado, y me ha agarrado una gastroenteritis, me voy, tenía mucho dolor, mucha fiebre por la gripe y dolores de la gastroenteritis, me voy al hospital San Andrés de Tumaco, con mi cara muy demacrada, flaca, mal, y me atiende el guardia, viene el médico y me dice pasa, paso al consultorio, y le cuento bla bla bla, y me dice el médico, no sé qué tienes, hágase estos análisis, póngale un diclofenaco y que se vaya a la casa, le dijo a la enfermera. No me ha tocado, nada, me dijo tome, hágase esto y pasa a otro consultorio, no me ha dado una solución, y mis dolores y la fiebre y todo lo que tenía... nada... me he tenido que ir. Y yo en ese momento lo único que quería es que me pase el dolor, me han puesto una inyección, encima le digo a la enfermera si tengo prótesis y le digo que me las pongas más arriba y me dice sí, sí sé cómo, pero me trataba de él, me decía papi, y yo le decía Ana, y le digo Ana, y me trataba de papi, pero en ese estado en el que estaba no me iba a poner a discutir (Ana, 2021).

En cuanto a las mujeres cis otro condicionante del cuidado de la salud, son las responsabilidades asumidas con el otro/a, cuando por ejemplo, al regresar al hogar, asumen el compromiso explícito o implícito de aportar económicamente, sumándose los roles femeninos que desempeñan como la realización de tareas domésticas y cuidado de menores y/o personas adultas y/o enfermas, descuidando su salud por patrones culturales frente a los roles de género de cuidado que deben asumir las mujeres; antes que ser mujeres como madres, esposas y cuidadoras de personas mayores. Por tanto, su salud no es prioridad; lo afirma Teresa, (2021):

...Yo rara vez me hice una citología, exámenes, ni nada de eso, ni iba al médico, no hay tiempo con los hijos, el marido, a uno no le hablan de cuidarse y menos sexualmente, cuando me enfermaba, tomaba una agüita y ya... Ahora vea con VIH”.

Si la salud no es prioridad para estas mujeres, una educación frente a sus derechos sexuales y reproductivos, mucho menos, pues, no conocen acerca de la prevención y promoción de estos derechos; en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, (1995) se definió la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social.

Sin embargo, la misma declaración dice:

El acceso de la mujer a los recursos básicos de salud, es diferente y desigual en lo relativo a la prevención, el tratamiento de enfermedades y protección, promoción y mantenimiento de la salud. En las políticas y programas de salud a menudo se perpetúan los estereotipos de género y no se consideran las diferencias socioeconómicas y otras diferencias entre mujeres, ni se tiene plenamente en cuenta la falta de autonomía de la mujer respecto de su salud, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, p. 62)

Es claro, que las desigualdad interseccional mencionada en el marco conceptual de esta investigación, perpetúa un acceso adecuado de la salud a las mujeres y más aún a las mujeres negras con situaciones de pobreza y enfermedades de alto costo como el VIH, además, de que aquellas desigualdades que se observan en las narraciones de estas mujeres dan paso a bajos niveles de educación, donde el desconocimiento y acceso restringido frente a su sexualidad es un factor de riesgo determinante para que ellas puedan hacer un uso efectivo de las políticas de salud y sexualidad en Colombia y poder garantizar un goce efectivo de sus derechos.

Así, lo nombra la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2012) en sus objetivos:

...Identificar y erradicar las prácticas institucionales que legitiman o promueven cualquier forma de violencia asociada al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como es el caso del trato sexista a las mujeres en la atención de los diferentes eventos obstétricos o por la iniciación temprana del ejercicio sexual o el estigma y discriminación a las personas viviendo con VIH, a las y los trabajadores sexuales, entre otros. (p. 70)

Sin embargo, al preguntar a las participantes frente a la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos; se encuentra por destacar relatos como los de Cecilia (2021):

...Nunca me hablaron de sexualidad, menos en los centros de salud, solo que planifique, pero mi marido no me dejaba, al principio por eso ni sabía que era un enfermedad de transmisión sexual, ni VIH, ni SIDA, es que acá no llega nada, en las comunidades negras el acceso a todo es limitado, por eso uno no aprende nada... eso se mira en las noticias que dicen infinidad de atenciones, unas que que unidades móviles de prevención y promoción de esos tales derechos sexuales y reproductivos y campañas de atención... pero acá a Tumaco no llega nada... somos ignorantes en eso.

Por su parte María (2021), dentro de sus relatos narra que se enteró del VIH cuando quedó embarazada de su segundo hijo, además de que desconocía también que son los derechos sexuales y reproductivos:

...Pues a mí no me bajó la regla, entonces ya sospechaba que estaba en embarazo, fui y me hice con una amiga de esas pruebas caseras y salió positivo...Después ya fui al doctor y como hacen esos exámenes para los controles y eso... pues la prueba del tal VIH salió positiva..... Después iniciaron los controles esos prenatales, empecé con las pastillas y me dijeron que cuando nazca el niño pues tenían que darle su tratamiento también y las pruebas para ver que no tenga VIH, yo de eso ni sabía bien antes; y pues ahora más o menos, a veces los doctores hablan en “chino” Lo feo sentí cuando iba a nacer el bebé porque como era cesárea eso me trataron mal, sentí mucho dolor y una enfermera me dijo “no vayas hacer bruta y darle leche materna, eso ya te lo explicamos por Dios” ... y sí, yo sabía que no podía darle leche porque pues que se contagiaba el bebé, pero muy mal esos médicos, yo estaba que me iba y le daban unas gotas al niño y no me decían bien, a mí me dio miedo preguntar porque se enojaban... fue duro para mi chiquito y para mi...

Relatos como el de María, muestran marcadas situaciones de Violencia Obstétrica donde “se manifieste, de manera más simbólica y con prácticas más violentas porque no sólo se trata de atender el proceso gineco-obstétrico, sino también considerar otros protocolos médicos y los imaginarios alrededor del ser mujer embarazada que vive con VIH” (Morales Celaya, s.f, p. 125), además de la falta de información de sus derechos materno reproductivos en relación a su diagnóstico del VIH, en el momento de enterarse de su embarazo, donde se puede discutir desde estos resultados que “existe una disociación por atender el embarazo y el VIH de entre las cuestiones sociales que atraviesan de forma transversal el tema. En este punto es necesario hacer mención del maltrato en las salas de parto que algunas mujeres han experimentado, cuyo enfoque completo de salud sexual y reproductiva es inexistente y el primer condicionante para el maltrato es el VIH” (Morales Celaya, s.f, p. 132)

Todas estas desigualdades que narran las participantes en sus historias de vida limitan las posibilidades de desarrollo y goce efectivo de buena salud en poblaciones como el pacífico colombiano; frente a aquellas diferencias injustas que determinan el grado de desarrollo social y la salud de las mujeres cis y trans género, el Estado debería dar una respuesta equitativa que garantice unas condiciones de vida con los medios necesarios para la supervivencia, que permita evitar la miseria y contribuir al desarrollo humano sostenible y saludable, desde una prevención combinada del VIH, que no se da en territorios como

Tumaco, pues dentro de las narraciones de estas mujeres no hay programas preventivos frente a la enfermedad y minimizar riesgos de contagio.

5 Conclusiones

Comprender los imaginarios que viven las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de Tumaco, Colombia, quienes están diagnosticadas con VIH, enmarca en este trabajo de investigación las distintas experiencias que se mueven dentro de las estructuras sociales que impone la sociedad por la fuerza o dominio patriarcal en la que han vivido estas mujeres toda su vida, dentro de las creencias y construcciones sociales de género y de lo masculino afectando el cuerpo y la sexualidad de lo femenino; reforzando la estigmatización por ser mujeres cis y aún más transgénero dedicadas al trabajo sexual y con la enfermedad del VIH.

Desde el feminismo se defiende la premisa que lo personal es político; por tanto lo que ocurre con estas mujeres históricamente ha sido considerado como privado, contexto que es difícil intervenir para desentrañar las prohibiciones y violencias; pero a lo largo de este trabajo se pudo observar cómo operan las relaciones asimétricas de género en las diversas instituciones de familia, pareja y sociedad, donde la familia ha reforzado los estereotipos sobre los roles de mujeres y hombres, creando desigualdades que se han naturalizado. En este sentido las más vulnerables han sido las mujeres cis y las mujeres transgénero, pues sus familias tienen una fuerte heteronormativa monogámica patriarcal que ha constituido un obstáculo para la sexualidad culpabilizando a las mujeres cis y transgénero por su diagnóstico frente al VIH.

La familia como orden social, donde se instauran los primeros vínculos afectivos, constituyen para las participantes una experiencia de discriminación intensa y violenta, que surge en los vínculos familiares cotidianos, donde experimentan rechazo y discriminación no solo por su enfermedad sino también por su identidad de género. Convirtiéndose en un factor de riesgo para la mayoría de las mujeres que participaron en esta investigación.

Igualmente, los imaginarios de las participantes dan cuenta de sus creencias socialmente construidas frente a estereotipos de género asignados por sus familias que instauran en ellas conductas propias en la forma de cómo deben comportarse por nacer mujer u hombre, este tipo de crianza ha sido aprendido de generación en generación históricamente en territorios del pacífico, por la influencia machista y patriarcal.

Es indudable que el apoyo familiar permitiría condiciones de vida más saludables y protectoras para las mujeres cis y transgénero, una educación frente a la crianza responsable y

la aceptación frente a las diferencias, reduciría prácticas riesgosas frente a la sobrevivencia que implican consecuencias en la salud sexual y reproductiva.

Con relación a las mujeres cis género de esta investigación, la forma como se construyen los roles y estereotipos de género, queda de manifiesto en su rol de cuidadora, la idealización del amor romántico que implica sacrificio, entrega a la pareja, perdón frente a situaciones de infidelidad que generan sumisión y falta de autonomía para la toma de decisiones frente a su cuerpo y sexualidad.

Además sus relaciones de pareja se construyen desde la hegemonía tradicional masculina de dominio patriarcal y de virilidad, donde las formas de relacionamiento se basan en violencia física, psicológica, económica y simbólica frente a la posesión de los cuerpos de estas mujeres, cuyos hombres aparentan relaciones sexo-afectivas monógamas, pero llevando una vida fuera del ámbito público de promiscuidad, justificando su diagnóstico desde la culpabilización hacia la mujeres por no cumplir con los mandatos de género asignados a ellas como buenas esposas y complacientes.

En cuanto a la estigmatización de las mujeres transgénero se evidenció en este trabajo que sus familias buscan revertir las conductas y actitudes desde su infancia y adolescencia y como no lo logran, las rechazan y discriminan; generando que el poder ejercido por la familia condicione el deseo sexual y de identidad hasta que logran liberarse, pero esta liberación implica factores de riesgo; como vivir en condiciones de calle y a ejercer el trabajo sexual desde muy jóvenes.

Frente a las relaciones de las mujeres transgénero con hombres dentro del ejercicio de su trabajo sexual, se puede concluir que, los hombres heterosexuales, pueden violentar los cuerpos de las mujeres transgénero, accediendo sexualmente a ellas siempre y cuando sigan ejerciendo su rol aparentemente masculino.

Las asimetrías de poder en mujeres de acuerdo a los roles de género y desde la desigualdad interseccional se evidencian más en las mujeres afrodescendientes y en condiciones de pobreza, pues, estos relatos marcan una profunda respuesta a las formas de violencia que acompañan las opresiones interseccionales; donde “la interrelación de la supremacía blanca y la superioridad masculina ha caracterizado la realidad de la mujer negra como una situación de lucha —una lucha por sobrevivir en dos mundos contradictorios simultáneamente, uno blanco, privilegiado y opresivo, el otro negro, explotado y oprimido”. (Truth *et al.*, 2012, p. 107).

Las experiencias de mujeres históricamente marginalizadas evidencian en este trabajo la opresión sexual, la cual es simultáneamente racial y clasista, por tanto, es necesario desarrollar epistemologías políticas que den cuenta de las necesidades y demandas interseccionales, cuestionar la homogeneidad de las categorías mujeres y género, interrogar la invisibilización de mujeres de minorías raciales tanto en movimientos feministas, LGBTI, y antirracistas, pues el enfoque interseccional reorienta las necesidades y demandas de mujeres de minorías raciales desde los márgenes hacia el centro de las políticas públicas y la protesta social. (Hipertexto PRIGEPP Globalización 2020, 2. 3. 1).

Los roles de género tradicionales representan desventajas en los factores socioculturales y económicos de las mujeres, frente a situaciones de opresión y esclavización no solo por ser mujeres si no mujeres negras, en un territorio que ha sido abandonado por el Estado y se ha convertido en blanco fácil para los mandatos patriarcales asociados al conflicto armado y la territorialización de los grupos al margen de la ley, instrumentalizando los cuerpos de las mujeres y accediendo a ellas como propiedad, desde la promiscuidad de tener varias mujeres, desconociendo los riesgos de enfermedades de transmisión sexual, como el VIH y contagiando a sus parejas.

Teniendo en cuenta ese contexto sociocultural de las mujeres transgénero de esta investigación se puede observar que durante su adolescencia la mayoría ya no tenían hogar, se ven obligadas a dejar la escuela y sus familias. Viven en lugares prestados y no logran cubrir las necesidades básicas. Las barreras familiares, sociales e institucionales hacen a las personas trans vulnerables a la infección al VIH. El riesgo para contraerlo se acentúa debido a la combinación de la estigmatización, la discriminación, la falta de acceso a la salud, vivienda estable, el empleo, el abuso de sustancias, ser objeto de violencia sexual por parte de grupos armados o la falta de prácticas de autocuidado. Estos factores también impiden que tengan acceso a la información del VIH/SIDA, la prevención y el tratamiento (Chazarreta, 2015).

Por otra parte, se sabe que el mayor nivel de educación está asociado a una mejor utilización de los servicios de atención en salud, a la comprensión del autocuidado con prácticas de prevención y en algunos casos con la adopción de conductas y comportamientos saludables. La deserción escolar de las personas trans limita la posibilidad de conseguir un empleo formal, en suma, su expresión de género impide de forma directa el acceso a un empleo y también la posibilidad de que desarrollen la capacidad de ir a buscar trabajo, de construir lazos o relaciones sociales, debido al estigma y la discriminación que existe en esos espacios.

La violencia estructural que relatan las mujeres de esta investigación de forma normalizada muestra la imposibilidad de llevar a cabo esas prácticas de autocuidado y autonomía individual sobre sí mismas, anteriormente mencionadas, generando “una mayor vulnerabilidad biológica y social a la infección del VIH, donde los casos son directamente a través de sus parejas o a través de uno de los peores agravios contra la dignidad de la persona: la violación. Incluso cuando las mujeres conocen métodos para hacer frente a la infección, las relaciones desiguales entre varones y mujeres impiden que éstas puedan negociar con éxito la utilización del preservativo”. (Castro *et al.*, 2003, p.37). Dando paso a la falta de autonomía sexual, que se evidencia a través de las narraciones en las historias de vida de estas mujeres, limitando su capacidad de decisión y su agencia para la toma de decisiones vinculada con el uso de métodos anticonceptivos y la prevención de ITS.

Un gran paso que han dado estas mujeres a pesar de su vulnerabilidad es la organización de mujeres como grupos colectivos y de tejido social, siendo de suma importancia para las participantes de esta investigación ya que se reconocen los derechos, pueden adquirir conocimientos y desaprender ideas machistas aprendidas culturalmente, les brinda la oportunidad de conocer otras compañeras y trabajar en coordinación. Valoran el espacio como un lugar de escucha, de lucha y de confrontación contra los patrones culturales y buscan incidir en los espacios que históricamente han sido excluidas.

Pues, las consecuencias del VIH/SIDA no sólo afecta por tanto a la salud de la mujer, sino también cada esfera de su vida siendo necesario examinar desde la perspectiva de género los efectos del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en la sociedad, el desarrollo y la salud. (Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, p. 67), para minimizar estigmatización y discriminación racial, económica, social por el hecho de vivir con VIH positivo, por eso tejer espacios de mujeres para ellas es relevante en su proceso de sanación y reconstrucción.

En relación con los derechos sexuales, teniendo en cuenta las respuestas de las mujeres cis y transgénero de esta investigación se pudo comprobar que ellas se cuestionaban su conducta sexual, desde los imaginarios creados por su círculo familiar y social cercano, tachándolas de “malas mujeres” en el caso de las mujeres cis género y en el caso de las mujeres transgénero por salirse de los parámetros heteronormativos, impuestos por la sociedad frente a no asumir su cuerpo de nacimiento y su rol como trabajadoras sexuales.

Estas apreciaciones están vinculadas con la forma como se construyen los roles tradicionales de género, según los cuales se privilegia la visión de las mujeres pasivas, inmersas en las construcciones sociales e históricas sobre los roles de género, percibidas en el acto sexual, además, la falta de experiencia sexual y acceder a los poderes masculinos se vincula a ser una “buena mujer”, estos roles de género inciden en las prácticas sexuales y se convierten en un factor de riesgo ante el VIH; así en el caso de las mujeres cis género, tenían la creencia de que tener relaciones sexuales únicamente con una pareja estable, se protegen del VIH, llevándolas a que no percibieran los riesgos de contraerlo, y en el caso de las mujeres transgénero, la falta de información y educación frente a su sexualidad y su limitada red de apoyo, las mantiene en condiciones de pobreza donde tuvieron que acceder a tener relaciones sexuales sin protección ejerciendo el trabajo sexual, para una remuneración económica mayor.

Desde esta medida es necesario y urgente la inclusión de los hombres en procesos de resignificación frente a los roles de género, pues el machismo legitima todos los tipos de violencia, a la vez que busca restarles importancia y normalizar conductas que también han sido aprendidas por ellos, una educación basada en masculinidades transformadoras alejadas de la masculinidad hegemónica, permitiría menos riesgo de vulneración a las mujeres dentro de las relaciones de pareja, pero también en la influencia de los factores económicos y socioculturales que perpetúan las asimetrías de poder para la prevención de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, siendo necesario la implementación de programas que fortalezcan los mecanismos de inclusión masculina en la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva.

Los resultados encontrados en este estudio permitieron entonces, señalar que una atención integral a las mujeres viviendo con VIH y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos requiere tener en cuenta la forma en cómo se construye la identidad de género, las relaciones de poder entre mujeres y hombres en el ejercicio de la sexualidad, y la inclusión de éstos últimos en los procesos de prevención, pero también la necesidad de que el personal de salud conozca y se sensibilice sobre el impacto diferenciado que tiene el VIH en la vida de las mujeres cis y transgénero.

Por tanto, es urgente adoptar un “enfoque centrado en las mujeres”, que las reconozca como agentes activas en el ejercicio de su sexualidad y promueva la igualdad de género, siendo éste un factor clave en la atención del tratamiento del VIH; desde la prevención combinada del VIH, con programas comunitarios que promuevan una serie de intervenciones

biomédicas, comportamentales y estructurales, valorando aspectos culturales y sociales en los que están inmersas estas poblaciones. Además, la prevención del VIH en esta población afrodescendiente también debe pasar por una sensibilización fuerte con esos hombres machistas que culpabilizan a las mujeres por su condición de salud. Pues ésta en las mujeres cis y transgénero no es una prioridad ni para ellas mismas, ni para las políticas públicas, debido a las condiciones de vida y del territorio de Colombia donde se encuentran; y en donde la mirada del otro/a, el cuidado y atención del otro/a tiene mayor valor que su propia salud. Teniendo en cuenta, además, que este acceso se dificulta, por motivos económicos, barreras burocráticas, el maltrato y la violencia que reciben en los servicios a causa de la identidad de género o la falta de respuesta a sus dolencias por parte del personal.

Hasta el momento, pese al derecho a la salud física, a la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, reconocidas en las leyes, se dificulta la aplicación y no reciben una atención integral que atienda a sus demandas y necesidades en relación con la salud individual y colectiva con la complejidad que la caracteriza y los múltiples factores que influyen en el bienestar de las mujeres.

Las prácticas violentas fuertemente arraigadas y naturalizadas presentes en la sociedad requieren de espacios reflexivos, y de análisis para una deconstrucción de conocimientos. Asimismo, hacer visible la violencia en aquellas conductas, acciones u omisiones en las que se encuentren invisibilizadas.

En este punto resulta necesario que los/as trabajadores/as de salud incorporen en sus prácticas la perspectiva de género y de derechos humanos para responder de manera apropiada a las necesidades y demandas de salud diferenciada según el género. Trabajar en la difusión de la perspectiva de género, salud y derechos humanos, en la comunidad, las familias y en las instituciones educativas. Y realizar campañas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Se requiere apoyo por parte del Estado, también para aquellas mujeres trans que ejercen el trabajo sexual y desean salir de ese ámbito. La oferta de un empleo por parte del Estado y de la comunidad en general contribuiría en ese sentido. Promover en estas personas la educación formal, a través de becas o de otro tipo de ayuda, educar en todos los espacios posibles para la igualdad de derechos y de oportunidades independientemente del género, educar con el objetivo de lograr una sociedad libre de violencias, de discriminación, y de estigma, en lugares recónditos del pacífico colombiano donde las oportunidades son pocas y

la desigualdad racial, interseccional y de género prevalece dando paso a una hegemonía de poderes masculinos, donde el contagio de VIH se convierte en el desencadenante de las condiciones de vulnerabilidad en las que viven las mujeres cis y transgénero, narradas en sus historias de vida; conocer sus imaginarios es el primer paso para visibilizar las problemáticas de salud pública vividas en el territorio y en sus vidas.

6 Referencias bibliográficas

- Aizenberg, M. (2014). Estudios acerca del derecho de la salud. In *Estudios acerca del derecho de la salud* (pp. 456-456).
- Araque, J. (2021), Acompañamiento psicológico en personas seropositivas, estrategias para adecuarse a vivir con VIH. *Liga Sida Colombia*.
<https://www.ligasida.org.co/acompanamiento-psicologico-seropositivas-vivir-vih/>
- Arrivillaga-Quintero, M. & Tovar-Cuevas, L. M., (2011). HIV/AIDS and structural determinants in the municipalities of Valle del Cauca, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 112-123.
- Arroyave, B. E. (2018). Cotidianidad e imaginarios sociales en sujetos con VIH-sida en tratamiento antirretroviral.
- ASSOCIATION FOR WOMEN’S RIGHTS IN DEVELOPMENT. (2004).
Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Derechos de las mujeres y cambio económico*, (9).
- Berkins, L. & Fernández, J. (2013) La gesta del nombre propio. *Editorial Madres*.
- Benjumea, R., & Ja, L. Z. (2018). Violencia sexual contra mujeres de Tumaco Documentación y reflexión sobre los daños en mujeres racializadas [pdf]. *Corporación Humanas–Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género, Bogotá*.
- Bimbi B. A. (2008) Educación y diversidad Sexual. Investigaciones por la diversidad. Edición 1ª. F564.
- Biglia, B., & Vergés Bosch, N. (2016). Cuestionando la perspectiva de género en la investigación. *REIRE: revista d'innovació i recerca en educació*.
- Bonder, G. (2002). Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina.
- Bourdieu, P. (1998). La Dominación Masculina. Traducción de Joaquín Jordá. Barcelona. editorial anagrama.
- Bruno, D (2008) De la desigualdad a la diferencia: sistematización de experiencias de prevención del VIH/SIDA con población transexual. 1era ed. Ubatec S.A. Buenos Aires.

Cartilla UNESCO, (s.f). El río de la vida. Recuperado de

https://en.unesco.org/sites/default/files/actividad_2_el_rio_de_la_vida.pdf

Castro, A., & Farmer, P. (2003). El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuadernos de antropología social*, (17), 29-47.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades - CDC. (2021) Riesgo de VIH entre personas que intercambian relaciones sexuales por dinero o artículos en los Estados Unidos. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/group/sexworkers.html>

Chazarreta, Irma (2015) Cuerpo y salud de las personas trans: experiencias silenciadas.

Publicado en el libro de resúmenes del Seminario Leer pensar y escribir. Organizado por Grupo Género, Política y Derechos INDES – FHCSyS- UNSE. Santiago del Estero Barco Edita

Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL (2018) “La ineficiencia de la desigualdad (LC/SES.37/3-P)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (2020) “Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión”, Documentos de Proyectos (LC/PUB.2020/14)

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2019). Informe de la Secretaría. 62^a asamblea mundial de la salud.

Cotan, A (2012) Cotán, A. (2012). Investigación-participación e historias de vida, un mismo camino.

Gestar Salud (2022). ¿Cuál es la situación del VIH y el Sida en Colombia?

<https://gestarsalud.com/2022/02/11/cual-es-la-situacion-del-vih-y-el-sida-en-colombia/>

Defensoría del Pueblo. (2016). Problemática humanitaria en la región Pacífica colombiana.

Bogotá D.C.: Defensoría del Pueblo. Recuperado de <https://bit.ly/3pxwrae>

de Garay, G. (1997). La entrevista de historia de vida: construcción y lecturas. En: De Garay, G. (Coord.). *Cuéntame tu vida. Historia oral: historias de vida* (pp. 16-26). México: Instituto Mora.

- DiPietro, P. (2015). Andar de costado: racialización, sexualidad, y la descolonización del mundo travesti en Buenos Aires. *Andar Erótico Decolonial*, 131-152.
- Concepto de (2021) Salud Social. <https://concepto.de/salud-social/#ixzz7W9wrRjhM>
- Escobar, A. (2005). Más allá del tercer mundo: globalización y diferencia. *Bogotá, Colômbia*.
- Estrada Montoya, J & Sánchez-Alfaro, L (2011). Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave Bioética *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 6, núm. 1, 37-61
- Faur, E. (2019). *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo XXI editores.
- Fernández, J. (2004). *Cuerpos desobedientes: travestismo e identidad de género*. Edhasa.
- Rocha, C. (2014). Dinámicas del conflicto armado en Tumaco y su impacto humanitario. *Bogotá: Fundación Ideas para la Paz*. Recuperado de <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/52f8ecc452239.pdf>.
- Foreman, M., Lyra, P., & Breinbauer, C. (2003). Comprensión y respuesta al estigma ya la discriminación por el VIH/sida en el sector salud. In *Comprensión y respuesta al estigma ya la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud* (pp. 63-63).
- Galindo, M., & Sánchez, S. (2007). *Ninguna mujer nace para puta*. Lavaca Editora.
- GAMBA, S. D. (2007). *Diccionario de estudios de género y feminismos*. Biblos.
- Goodson, I.F. (2004). Historias de vida del profesorado. Barcelona: Octaedro-Eub.
- Guerra, L. (2009). Familia y heteronormatividad. *Revista argentina de estudios de juventud*, 1(1), 1-17.
- Gutiérrez de Pineda. V. (2008) Familia y cultura en Colombia: estructura y tipología de la familia americana de intensa aculturación. Antioquia: editorial Universidad de Antioquia. pp. 49-107
- Gutiérrez Hurtado, M. P., Correa García, D., Zárate Ospina, M. F., Noriega Gómez, M. P., & Acosta, M. P. (2020). Informe Región Pacífica.
- Hernández, F. G., & Pérez-Bustos, T. (2018). *Feminismos y estudios de género en Colombia*. Editorial Universidad Nacional de Colombia.

- Illouz, E. (2011). Por qué duele el amor: una explicación sociológica. [MV Rodil, Trad.; Título original: Warum Liebe weh tut]. *Buenos Aires, Argentina: Katz.*
- Instituto Departamental de Salud de Nariño (2015). PLAN DE SALUD TERRITORIAL-SALUD PARA EL BUEN VIVIR Diagnóstico de la Situación de Salud 2012-2015.
- Jaramillo, J., Arboleda, D., Marín, E & Núñez, Y. (2021). Construcción de imaginarios sociales sobre el diagnóstico de VIH. Buga: *revista multidisciplinar del Sida, Vol. 8, Número 24*. Recuperado de <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD80116.pdf>
- Jelin, E. (2009). Género y familia en la política pública: una perspectiva comparativa Argentina-Suecia. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares, 11(2)*, 35-55.
- Jurisdicción especial para la paz. JEP (2017) Lineamientos para la Implementación de Interseccionalidad en la Jurisdicción Especial para la Paz. Bogotá.
- Kornblit, A. L., & Beltramino, F. G. (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*. Editorial Biblos.
- Krook, M. L., & Restrepo Sanín, J. (2016). Género y violencia política en América Latina. Conceptos, debates y soluciones. *Política y gobierno, 23(1)*, 127-162.
- Lagarde, M. (2016). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. Siglo XXI Editores México.
- Lafaurie, M. M., & Zúñiga, M. (2011). Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería. *Enfermería global, 10(4)*.
- Lagarde, M. (2018). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Siglo XXI Editores México.
- Leite-Méndez, A. E. (2011). Historias de vida de maestros y maestras. La interminable construcción de las identidades: vida personal, trabajo y desarrollo profesional.
- Lozano Lerma, B. R. (2019). *Aportes a un feminismo negro decolonial: Insurgencias epistémicas de mujeres negras-afrocolombianas tejidas con retazos de memoria* (Vol. 1). Editorial Abya-Yala.
- María, L. (2008). Colonialidad y género. *Tabula rasa, 9*, 73-101.

- MacKinnon, C. A. (1995). *Hacia una teoría feminista del Estado* (No. 27). Universitat de València.
- Maffía, D. H. (2018). Travestimiento/Transfemicidio como crimen de género. *Jueces para la democracia*, (93), 79-92.
- Martínez Basallo, S. P. (2013). *Configuraciones locales del estado: Titulación colectiva, economías de enclave y etnicidad en el Pacífico colombiano*. Programa Editorial UNIVALLE.
- Martínez- Salgado, C. (s.f). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias: México, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco). Recuperado de <https://scielosp.org/article/csc/2012.v17n3/613-619/#:~:text=En%20el%20%20C3%A1mbito%20de%20la,no%20aparecen%20ya%20o%20elementos>
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.
- i Mestre, R. M. M. (2008). Trabajo sexual e igualdad. In *Prostituciones: diálogos sobre sexo de pago* (pp. 55-72). Icaria.
- Puleo, A. (2005). Lo personal es político: el surgimiento del feminismo radical. *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*, 2(2), 35-67.
- Milosavljevic, V. (2007). *Estadísticas para la equidad de género: magnitudes y tendencias en América Latina*. Cepal.
- Ministerio de Protección Social & UNFPA, (2011). Guía de prevención VIH/SIDA: Mujeres trans. Bogotá. Acierto Publicidad & Mercadeo
- Ministerio de Salud y Protección Social, (2013). ABC del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021). Bogotá D.C., Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- MinSalud (2022) Marco político de la salud y derechos sexuales y reproductivos. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Marco-politico-de-la-salud-y-derechos-sexuales-y-reproductivos.aspx>

- Morales-Miranda, S. (2017). Índice de estigma y discriminación en personas con vih. Guatemala. Esta producción ha sido elaborada con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA–ONUSIDA-, PNUD e HIVOS
- Morales, C. et al. (2013). *¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas*. Rev. salud pública. 15 (6): 797-808.
- Celaya, A. M. (2019). Condición de VIH/sida como situación adicional para ejercer violencia obstétrica en mujeres que llevan a término el embarazo en América Latina, una revisión documental. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(10), 124-140.
- Morgade, Graciela (compiladora) (2011) *Toda educación es sexual: hacia una educación sexuada* 1ª ed. La Crujía. Buenos Aires.
- Mouffe, C., & Lamas, M. (2001). Ciudadanía y feminismo. *C. Mouffe, Feminismo, ciudadanía y política*, 1-14.
- Muñoz-Zapata, D. E., Marín-Ochoa, B. E., & Ariza-Sosa, G. R. (2021). Maternidades contemporáneas: tribus digitales e interacciones con las instituciones de salud. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25.
- OMS & OPS (s.f). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- ONUSIDA, (2019). comunidades en el centro: la respuesta al VIH en américa latina.
- Cruz, L. C. O., Castillo, V. R., Fernández, L. F. P., & Hoyos, N. E. F. (2021). El cuerpo de la mujer como territorio de violencia. *Justicia y Derecho*, 9, 26-35.
- Profamilia (2005) Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS. Colombia.
- Programa Adolescentes y Jóvenes Saludables de Chicago, CHAT. (s.f). Términos LGBTQ: textos de fundación. Recuperado de <https://www.chataboutit.org/terminos-lgbtq/>
- Promoviendo la inclusión educativa, (20 de octubre de 2015). Cartografías corporales. Recuperado de <http://tecnicasinteractivas.blogspot.com.co/2015/10/cartografia-corporal.html>
- Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, (2012). Ministerio de Salud y protección social.
- Puyana, Y. (2011). Las familias colombianas: no hay un modelo único. *Razonpublica*.

- Quesada, L & Villegas, S. (2019). Implicaciones del significado social del VIH/SIDA en el acceso y permanencia al trabajo a partir de la experiencia de las y los usuarios de la clínica de SIDA del Hospital San Juan de Dios, en el periodo de enero a diciembre de 2018. (tesis inédita de pregrado). Universidad de Costa Rica sede de occidente, costa rica. Recuperado www.ts.ucr.ac.cr
- Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo en América Latina. *Aníbal Quijano: textos de fundación. Buenos Aires, Del Signo*, 109-158.
- Ramírez Sarabia, S. (2018). Si la champa se hunde, yo no me ahogo. El pueblo Afrocolombiano: de la desterritorialización a los territorios Afro urbanos. *REMHU: Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 26, 131-147.
- Rivera-Díaz, M., Varas-Díaz, N., Coriano-Ortiz, D., Padilla, M., Reyes-Estrada, M., & Serrano, N. (2015). Ellos de la calle, nosotras de la casa: el discurso patriarcal y las experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA en Puerto Rico 1/They belong to the street, we belong to the house: patriarchal discourse and experiences of women living with HIV/AIDS in Puerto Rico. *Cuadernos de trabajo social*, 28(1), 83.
- Gómez, G. R., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. *Málaga: Ediciones Aljibe*, 378.
- Rodríguez-Shadow, M. J. (2000). Intersecciones de raza, clase y género en Nuevo México. *Política y cultura*, (14), 109-131.
- Russell, N. K., Nazar, K., Del Pino, S., Alonso Gonzalez, M., Diaz Bermudez, X. P., & Ravasi, G. (2019). HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e17.
- Sentencia T-760/08. Corte Constitucional de Colombia, recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
- Taylor, T., Hembling, J., & Bertrand, J. (2012). Etnicidad y riesgo de VIH en Guatemala.
- Thomas, F. (2004) Cotidianidades de mujeres viviendo con VIH. *Crónicas de Vida. ONUSIDA y UNFPA Colombia*. P. 39-45.
- Truth, S., Wells, I., Hill Collins, P., Davis, A., Stack, C., Carby, H., ... & Ang-Lygate, M. (2012). *Feminismos negros: una antología*. Traficantes de sueños.

Ferrer, D. V. (2011). *Espacios de libertad: mujeres, violencia doméstica y resistencia*. Espacio Editorial.

Varela Menéndez, N. (2005). *Feminismo para principiantes*.

Vásquez, J. (8 de marzo de 2016). Colectivos feministas en Bogotá se la guerrear. *Cartel Urbano*. Recuperado de <https://www.cartelurbano.com/noticias/colectivos-feministas-que-se-la-guerrear-en-bogota>.

Vergara Figueroa, A., & Arboleda Hurtado, K. (2014). Feminismo afrodiaspórico. Agenda emergente do feminismo negro na Colômbia. *Universitas humanística*, (78), 109-134.

Lafaurie Villamil, M. M., Forero Roza, A. E., & Miranda Jiménez, R. J. (2011). Narrativas de travestis sobre su vivencia con el VIH/Sida. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(3), 353-362.

Vivas, M. (2022). Situación del VIH/Sida en Colombia 2021- Cifras de la CAC. Consultor Salud. Recuperado de <https://consultorsalud.com/situacion-del-vih-colombia-2021/#:~:text=reportados%20en%202021,-,Las%20cifras%20muestran%20que%20entre%20el%201%20de%20febrero%20de,la%20regi%C3%B3n%20central%20del%20pa%C3%ADs>.

Vigoya, M. V. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17.

Anexos

A continuación, se presentan los documentos anexos y otros relacionados con la investigación

Anexo 1. Entrevista a profundidad

1. Hábleme de usted, quien es, cuáles son sus gustos, que hace, cuántos años tiene... Lo demás que me quiera contar.
2. Cuéntame acerca de un día cotidiano en su vida
3. ¿Cómo fue el hogar en el que creció?
4. ¿Tiene hijos o personas a cargo?
5. ¿Cuál es su nivel educativo?
6. ¿Con quién vive actualmente?, vivía con ellos y ellas en el momento de su diagnóstico?
Conocen acerca de él
7. ¿Cómo es la relación con su familia antes y después del diagnóstico?
8. ¿Quién costea los gastos de su hogar?
9. ¿A nivel familiar quien le brinda apoyo emocional?
10. ¿A tenidos cambios en su apariencia física después del diagnóstico?
11. Como son sus roles (funciones) como cuidadora
12. Ha sido víctima de violencia de género
13. ¿Cuándo fue diagnosticada?
14. ¿Cómo se enteró?
15. ¿Quién conoce su diagnóstico?
16. ¿Su pareja tiene VIH?
17. ¿Cómo es su relación de pareja antes y después del diagnóstico?
18. ¿Cómo es la relación con los amigos y amigas?

Definición y percepción de su diagnóstico de VIH

1. ¿Qué es para usted el VIH?
2. cambio su condición de vida? ¿Desde lo económico, familiar, social, laboral?

3. Qué piensa usted de la manera como la sociedad asume y trata a las personas con VIH
4. Referente a la atención en salud
5. Como se siente cuando va a sus citas médicas y en la recepción de medicamentos
6. Como es el trato del personal médico que lo atiende
7. Como se siente con ello
8. Quien la acompaña a sus citas
9. Es suficiente el tiempo que le dedican en la atención medica
10. Como ha sido su experiencia en el sistema de salud
11. Ha tenido alguna situación crítica en su EPS, como poner tutela o algo relacionado

Anexo 2. Talleres individuales como técnica de recolección de datos desde el sentir y la autorreflexión de cada participante

Dimensiones Por Observar:

- Asimetrías de poder (familia-pareja)
- Imaginarios frente a ser VIH positivo
- Estigma y discriminación en relación con su diagnóstico en su contexto familiar, social y de atención en salud.

Nuestros ríos de la vida

- De forma tranquila en un espacio cómodo, trate de dibujar y escribir sus experiencias en relación con vivir con VIH.
- Empiece examinando sus sensaciones, sentimientos, emociones que en su vida han marcado un antes y después de su diagnóstico para descubrir el papel que éste tiene en su vida.

Después de esa introspección relate las siguientes preguntas:

- ¿Qué sintió cuando se enteró del diagnóstico?
- ¿Qué le decían personas cercanas con relación a eso?
- ¿Qué emociones experimento?
- ¿Siente rechazo de alguna o algunas personas que conocen su diagnóstico?

Realice una cartografía corporal: Dibujar el contorno de su cuerpo

- Piense en lo más importante que tiene en su vida: “A usted misma”.
- Ahora plasme y dibuje su silueta, tratando de escribir las siguientes preguntas
- Cuáles son las características físicas de sí mismas que más le gusta
- Cuales partes de su cuerpo han sido vulneradas
- Cuáles son los lugares de su cuerpo que sienten dolor y tristeza
- Que partes del cuerpo las relaciona con su diagnóstico y la hacen sentir incomoda
- Cuáles son sus Expectativas de futuro

Anexo 3. Guías de observación

| Objetivo a investigar: | | | |
|-------------------------------|--------------|--|---|
| Nombre | Fecha | Acontecimientos, hechos o situaciones del día | Descripción aspectos importantes |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Objetivo a investigar: Indagar e identificar las discriminaciones y barreras en los procesos de acceso y atención del tratamiento de las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de Tumaco. | |
|--|---|
| Indicadores | Items |
| Trato del funcionario /a | El trato recibido es |
| | Cortes y amable_____ |
| | Apatico e indiferentes_____ |
| Tiempo de servicio | Desagradable y aspero |
| | El tiempo de atención al servicio es |
| | Rapido_____ |
| Calidad de la atención | El funcionario se toma su tiempo para la atención adecuada_____ |
| | El funcionario/a brinda |
| | Información frente a lo que solicita la paciente _____ |
| | Responde de forma clara y respetuosa_____ |
| Acceso a medicamentos | Sus respuestas son cortantes y distantes_____ |
| | Los medicamentos son entregados |
| | El día de la cita médica de control_____ |
| | Dias después _____ |
| | No hay medicamentos_____ |

Anexo 4. Consentimiento informado

Título del Proyecto: Mujeres Cisgénero y Transgénero viviendo con VIH: una mirada narrativa desde imaginarios siendo VIH positivo.

Investigadora: Angela Chamorro Garzón, Psicóloga, candidata a Magister en estudios de Género, Sociedad y Política del Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Argentina.

Telefono:3016308275

Correo: angelamchamorro@hotmail.com

Universidad que respalda la investigación: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Argentina

Yo _____ He sido informado (a) con claridad respecto de estas entrevistas y sus objetivos de estudio. Mi participación es voluntaria y libre en la investigación para comprender los imaginarios al vivir con VIH desde las asimetrías de poder y procesos de atención al tratamiento de las mujeres cis y transgénero.

- Si en algún momento deseo abstenerme de participar en la investigación, conozco que pueden prescindir de mi colaboración sin necesidad de justificación alguna.
- Por todo lo anterior confiero mi autorización y firma para realizar las entrevistas y ejercicios de investigación y publicar sus resultados, con mi nombre propio.

Nombre participante: _____ Firma: _____

Nombre de la investigadora: _____ Firma: _____