



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2007-2009

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

**SITUACIÓN FRENTE AL VIH/SIDA DE MUJERES PARTICIPANTES EN
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS EN SALUD DE COMUNIDADES
RURALES DEL MUNICIPIO DE WASLALA, NICARAGUA 2009**

Autora: **Lic. Bernarda Vivas Hernández**

Tutor: **Dr. Miguel Ángel Orozco Valladares**
Docente CIES-UNAN Managua

Waslala, Marzo de 2011

Contenido

i.	RESUMEN.....	1
ii.	DEDICATORIA	2
iii.	AGADECIMIENTO.....	3
I.	INTRODUCCION.....	4
II.	ANTECEDENTES.....	5
III.	JUSTIFICACION.....	8
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
V.	OBJETIVOS.....	11
VI.	MARCO DE REFERENCIA	12
VII.	DISEÑO METODOLOGICO	28
VIII.	RESULTADOS	35
IX.	ANALISIS DE RESULTADOS	47
X.	CONCLUSIONES	56
XI.	RECOMENDACIONES.....	59
XVII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
	ANEXOS	

RESUMEN

Esta investigación se realizó con mujeres de Waslala organizadas en salud, tomando en cuenta su situación de género frente al VIH/Sida. El objetivo fue analizar con mujeres que participaban en las organizaciones comunitarias en salud, los cambios alcanzados en las relaciones de género con sus parejas en relación a su riesgo de adquirir el VIH/Sida. Se utilizó una metodología cualitativa y biográfica, realizando entrevistas a profundidad a tres mujeres que participaban activamente en los grupos. Como resultado de este proceso, se encontró que las mujeres han logrado adquirir liderazgo a través de su participación en la organización. Enfrentaron grandes desafíos a nivel comunitario y familiar para su participación, sin embargo, las mujeres lo valoraron como muy valioso el aprendizaje adquirido.

En cuanto al tema sobre el VIH/Sida, las mujeres han adquirido un conocimiento más preciso de forma general, identifican las formas de transmisión y prevención. Además, logran asociar otros factores que inciden en el riesgo ante el VIH, especialmente en las mujeres, como la violencia intrafamiliar, abuso del alcohol y el derecho a decidir el momento de las relaciones sexuales. Expresan que la información les ha permitido aclarar dudas sobre el tema, pero no logran hacer uso del condón, aun cuando identifican infidelidad en su pareja. Particularmente, los conocimientos sobre sus derechos sexuales y reproductivos como mujeres les han ayudado a posicionarse mejor para negociar sus relaciones de pareja, así como el trabajo comunitario, combinando sus nuevos conocimientos con discursos tradicionales religiosos. Todas tienen en común el haber sufrido actos de violencia por parte de su pareja, pero reconocen que ahora ha disminuido después de un proceso largo de empoderamiento, de lo cual su participación en los grupos de mujeres organizadas ha sido un elemento fundamental.

Palabras claves

Género, VIH/Sida, derechos sexuales, empoderamiento, participación

Dedicatoria

A la memoria de mi madre Ercilia Vivas,
mujer abnegada al servicio y que enfrentó los embates
de la vida ante la violencia y la falta de respeto
de los derechos de las mujeres.

AGADECIMIENTO

- A las mujeres que participaron en la investigación, con los pseudónimos de Teresa, María y Ruth, por brindar información a través de conversación de forma extensa sobre su vida íntima.
- Al Programa Integral en Salud por facilitarme el proceso de acercamiento a las comunidades y a los grupos de mujeres, así como la información documentada del trabajo realizado con el tema de VIH/Sida.
- A la organización Horizont3000, por su apoyo incondicional para la realización de mis estudios. De manera especial al Dr. Pedro Rupilius, por su optimismo hacia a mí persona para mi formación profesional.
- De manera especial, a mi tutor, Dr. Miguel Ángel Orozco Valladares, por su apoyo en la elaboración de este informe, que me permite concluir mis anheladas aspiraciones en mi vida profesional.
- Finalmente quiero agradecer de la manera más especial al Licenciado Timothy Hansell, por su apoyo incansable en todo este camino recorrido, que en medio de buenos y malos momentos, siempre me animó a continuar.

I. INTRODUCCION

De manera general, la mujer se encuentra en condiciones de inferioridad en la familia, en la comunidad y la sociedad: tiene un menor grado de acceso a los recursos y de control sobre los mismos y un menor peso que los hombres en la toma de decisiones. Todos estos factores han llevado a restar importancia a las necesidades básicas de las mujeres al momento de diseñar e implementar estrategias para las ofertas de servicios de salud de forma integral para la atención a la mujer a nivel institucional. Ante la pandemia del VIH/Sida, las mujeres se encuentran en mayor riesgo que los hombres por su condición biológica y las relaciones de género. De acuerdo a UNIFEM (2005), existe una tendencia en la feminización de la epidemia y en la actualidad la mitad de las personas que viven con VIH en el mundo son mujeres. En Nicaragua para 1998, la relación hombre-mujer de los casos de VIH era de siete hombres a una mujer, mientras que en el 2008 fue de 1.8 hombres a una mujer, de acuerdo a los datos estadísticos del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA 2009).

Esta investigación trata de un grupo particular de mujeres de las comunidades rurales del municipio de Waslala, de la Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua (RAAN). Son mujeres organizadas y capacitadas por el Programa Integral en Salud (PIS) que trabajan sobre temas de salud en las comunidades rurales y más específicamente trabajan en la promoción de la prevención del VH/Sida con otras mujeres. Con esta investigación, se busca identificar los cambios alcanzados por las mujeres en sus relaciones de género con sus parejas en relación al riesgo de adquirir el VIH/Sida y la violencia de parejas, así como conocer de ellas la experiencia vivida en el proceso de participación y el conocimiento adquirido sobre el tema de VIH/Sida, factores de riesgo en las mujeres y las formas de prevención de acuerdo con su género.

II. ANTECEDENTES

Los Estudios muestran que existe una estrecha relación entre el riesgo de infección por VIH y la violencia doméstica, así como por la falta de información acerca de la sexualidad y por las prácticas sexuales poligámicas (OMS, 2005; OMS, 2002; IDS, 2002). María Dolores Pérez-Rosales realizó una investigación sobre la violencia basada en género y VIH/Sida en Centroamérica en el año 2008. Ella nos muestra que sólo 25.5% de mujeres víctimas de violencia basada en género (VBGE) utilizaron métodos de planificación familiar, y de estas, solamente el 2.1% utilizaron el condón. El 43.3% refería que una buena mujer obedece a su esposo o compañero aunque ella no esté de acuerdo y el 72% había sufrido violencia sexual. El 44.1% sufría violación antes de los 14 años. Tres de cada cuatro mujeres que habían vivido violencia de pareja, identificaban la fidelidad como medio de prevención del VIH; se reducía a tres de cada cinco que identificaban el condón y una de cada tres la abstinencia sexual como medio de prevención de VIH. Solamente el 13% de estas mujeres consideraba que tienen moderada o alta posibilidades de infectarse con VIH. Se agrega que las mujeres centroamericanas que sobreviven violencia basada en género tienen mayor riesgo de contraer la infección del VIH, con relación a la población de mujeres en general, por no percibir su riesgo, aunado al desconocimiento sobre la prevención.

En Soweto, África del Sur, además de estudiar la relación entre la violencia intrafamiliar y el riesgo ante el VIH, Kristin Dunkel (2004) estudió a 1,366 mujeres que asistieron al control prenatal, para valorar la relación entre diferentes tipos de violencia con su condición seropositiva. Se descubrió que el hecho de vivir en una situación de violencia por parte de la pareja íntima y por altos niveles de control masculino en la relación actual estaban asociados con la infección por VIH (OR 1.48 a 95% confianza). A diferencia, el asalto sexual por personas que no son su pareja, el abuso sexual en la niñez y una primera relación forzada no fueron asociados estadísticamente a la infección por VIH.

Con relación a Nicaragua, Mary Ellsberg (2000) estudió la situación de violencia intrafamiliar en el municipio de León con 488 mujeres en edad reproductiva. Evidenció que el 52% de las mujeres casadas encuestadas habían sufrido de abuso por parte de su pareja íntima en un promedio de cinco años. Identificó los celos y el control por parte de los hombres como factores comunes en los diferentes casos. También notó que había una carencia de redes de apoyos familiares o comunitarios para ayudar a las mujeres a reconocer y salir de la situación de violencia, que dejaba a las mujeres con sentimientos de ser atrapadas, aisladas y con timidez. Esta investigación no abarca la relación de la violencia con el VIH/Sida, pero pone en evidencia la situación vivida por mujeres nicaragüenses en relación a la práctica de sus derechos.

En el año 2005, el Programa Integral en Salud de la Parroquia de Waslala realizó estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) relacionados con el VIH/Sida en diez comunidades rurales del municipio de Waslala, el estudio mostró que existe alta vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/Sida por contar con poca información adecuada sobre el tema y presentar actitudes y prácticas de riesgo. El 31% de las mujeres no había cursado ningún nivel estudio académico y solamente 14% había terminado la secundaria. Un 61% de las mujeres dijo no haber recibido información o educación sexual alguna. El 68% no logró contestar como se transmiten las ITS y el VIH/Sida. El 55% de las mujeres encuestadas admitió tener sus primeras relaciones entre los 12 y 16 años de edad, que muestra un alto porcentaje de mujeres con un inicio temprano de su vida sexual. En este estudio también se identificó que culturalmente las ideologías religiosas tradicionales marcan fuertes influencias en las actitudes de las personas, por lo que una de cada cuatro mujeres expreso que el VIH/Sida es castigo de Dios. El 17.3% de las mujeres admitió haber tenido una infección de transmisión sexual. El 18% admitió haber sufrido de violencia física por parte de su pareja y el 50%, aunque no admite haber sufrido violencia por parte de su pareja, opina que no le gustaría que su hija tuviera un compañero que le tratara como a ella le trata su pareja. Este estudio cuantitativo, aunque no se basa en una perspectiva de género, permite visualizar las desigualdades del poder y mostrar la situación de riesgo de contraer el VIH/Sida que tiene las mujeres que viven en el área rural del municipio de Waslala.

III. JUSTIFICACION

En la actualidad, existen pocos estudios biográficos y desde la Salud Pública basada en el enfoque de género especialmente en Nicaragua. Los estudios biográficos permiten profundizar en procesos vividos por los individuos mujeres y hombres, mientras que la integración de la perspectiva de género permite reconocer las diferencias de poder entre hombres y mujeres así como analizar, de forma más integradora, la efectividad de las políticas y estrategias empleadas para frenar la pandemia de VIH/Sida, especialmente en las mujeres. Esto es de especial importancia dado que en los últimos años esta pandemia ha venido afectando cada vez más a las mujeres. Desde la salud pública, según Elsa Gómez (1997), los temas de salud relacionados a las mujeres han sido abordados con una visión instrumentalista y asistencialista, enmarcados dentro del rol reproductivo de las mujeres, que incluye el cuidado de la salud de la familia y servicio a la comunidad. El enfoque de salud pública basado en el género parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer en el abordaje de la atención en salud. Esto nos sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas. La integración del método biográfico permite conocer los cambios y transformaciones de hombres y mujeres de una forma individual en su entorno sociocultural. Además permite comprender el cambio social, los procesos históricos y las relaciones sociales con sus contradicciones (Sanz Hernández, 2005).

El presente estudio permite reorientar las estrategias de las instituciones como el Ministerio de Salud, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones de la sociedad civil, que trabajan en la prevención de la pandemia del VIH/Sida en el territorio de Waslala. Para fines de la presente investigación, es de interés conocer si las mujeres que participan en estas organizaciones y que reciben información sobre su salud sexual han logrado efectuar cambios en su vida tomando en cuenta las relaciones de género, en el marco de su participación activa en las capacitaciones y en los grupos de mujeres organizadas en salud, para reducir su riesgo frente al VIH/Sida.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación está relacionada con los efectos que tienen la participación de las mujeres en la organización y las capacitaciones en VIH/Sida ante el riesgo de contraer el VIH, visto desde la Salud Pública basada en el enfoque de género. Desde esta perspectiva se plantea las siguientes interrogantes:

- ¿Existen cambios alcanzados por las mujeres organizadas en salud en las relaciones de género con sus parejas, con relación al riesgo de adquirir el VIH/Sida?
- ¿Estas mujeres han adquirido conocimiento sobre los riesgos, la transmisión y prevención del VIH/Sida?
- ¿Han logrado mayor incidencia en la toma de decisiones sexuales y reproductivas con sus parejas?
- ¿Han logrado cambios en los niveles de violencia sexual con sus parejas?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar la situación frente al VIH-Sida de mujeres participantes en organizaciones comunitarias en salud del área rural del municipio de Waslala, año 2009.

Objetivos específicos

- Conocer la experiencia de las mujeres durante el proceso de participación en los grupos organizados.
- Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres organizadas sobre los factores de riesgo en la transmisión del VIH/Sida y sus formas de prevención.
- Indagar con las mujeres organizadas en salud, los cambios alcanzados en su incidencia en la toma de decisiones sobre su salud sexual reproductiva
- Describir con las mujeres organizadas en salud, la situación de violencia sexual e intrafamiliar con su pareja, desde el inicio de su participación en la organización de mujeres a nivel comunitario.

VI. MARCO DE REFERENCIA

Perspectiva de género

Esta investigación parte de la salud pública basada en el enfoque de género, para el reconocimiento de las diferencias sociales que existen entre mujeres y hombres, especialmente ante la pandemia del VIH/Sida. De acuerdo a la Dra. Marcela Lagarde (1997) la perspectiva de género es una visión crítica, científica y política que analiza y explica lo que ocurre en el orden de género. Permite comprender las características de mujeres y hombres, el sentido de sus vidas, sus expectativas, relaciones sociales, discursos y capacidades y los conflictos institucionales y cotidianos que enfrentan. Revela los hechos ocultos y les otorga nuevos significados. Tiene como fin revolucionar el orden de poderes entre los géneros, la sociedad, las relaciones de la vida cotidiana, las normas, creencias y roles. Plantea hacerlo a partir de la resignificación de la sociedad, cultura y política, desde las mujeres. La perspectiva de género es una forma de mirar el mundo, analizarlo y actuar, se basa en la teoría de género feminista. Parafraseando a la Dra. Marcela Lagarde (1997), la teoría de género implica un análisis de las construcciones históricas relacionadas con la sexualidad y las asignaciones simbólicas de las cosas y espacios. Desde la perspectiva de género, la epidemia de VIH/Sida está íntimamente relacionada con el orden de género patriarcal y las relaciones que implican.

La sexualidad

De acuerdo a Marcela Lagarde, la sexualidad incluye todas las experiencias humanas atribuidas al sexo y definido por ello, incluyendo las formas de actuar, pensar y sentir, así como las relaciones sociales, instituciones, políticas y concepciones del mundo que definan las identidades de los individuos. Comúnmente, se asocia la sexualidad con el erotismo, pero este es solamente una parte de lo que es la sexualidad. Es punto de partida para todas las relaciones entre hombres y mujeres, e involucra la sanción, el tabú, la obligatoriedad y la trasgresión. Así se puede afirmar que “[l]a sexualidad está en la base del poder” (Lagarde, 2005: 184). Marcela Lagarde continúa afirmando que:

“La sexualidad rebasa al cuerpo y al individuo: es un complejo de fenómenos bio-socio-culturales que incluye a los individuos, a los grupos y las relaciones sociales, a las instituciones, y a las concepciones del mundo – sistemas de representaciones, simbolismos, subjetividad, éticas diversas, lenguajes – y desde luego al poder.” (Lagarde, 2005: 185).

Como la sexualidad implica poder, se puede hablar de sexualidad opresiva, que “se caracteriza por el desprecio, la interiorización y la violencia institucionalizada hacia las mujeres [...] que son de manera simultánea, bases de la viril identidad masculina.” (Lagarde, 2005: 198).

La violencia basada en género

La Organización Mundial de la Salud establece que la violencia intrafamiliar es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, sea efectivo o como amenaza, de un miembro de la familia sobre otro, que cause privaciones, daños psicológicos, lesiones o muerte (OMS, 2002: 5). Se puede desglosar la violencia en cuatro categorías: violencia física, sexual, psicológica y de privación. Aunque la violencia basada en género abarca todos los tipos de violencia, la violencia sexual es la que más resalta en la propagación del VIH/Sida. Se puede expresar en tres diferentes formas: ser obligada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad; tener relaciones sexuales por temor a lo que pudiera hacer su pareja; o ser obligada a realizar algún acto sexual que considerara degradante o humillante (OMS, 2005: 6).

La violencia basada en género muestra claramente que las relaciones de poder en la sexualidad se centran en el cuerpo de la mujer. Michel Foucault afirma: “El cuerpo está investido de relaciones de poder y de dominación [...] el cuerpo no crea utilidad si no es a la vez un cuerpo productivo y un cuerpo sometido. Este sometimiento no se obtiene únicamente de instrumentos que sean de la violencia o sean de la ideología” (Foucault, 1975: 34, *traducción libre*¹). El sometimiento de los cuerpos de las mujeres se basa en la violencia física,

¹ Texto original: « le corps est investi de rapports de pouvoir et de domination [...] le corps ne devient force utile que s’il est à la fois corps productif et corps assujetti. Cet assujettissement n’est pas obtenu par les seuls instruments soit de la violence soit de l’idéologie » (Foucault, 1975: 34).

verbal, emocional y económica, pero también en la 'ideología,' en la creencia de que esta es la posición natural de la mujer. Se justifica la violencia conyugal. El abuso sexual se legitima frente a los hombres y también las mujeres, porque, "se dan en el marco de la propiedad privada del hombre sobre la mujer [...] El hombre que se relaciona eróticamente con una mujer es su dueño, en el sentido de quien tiene dominio o señorío sobre alguien; es su propietario. Ella es *su* mujer" (Lagarde, 2005: 280). Sin embargo, de esta posición de sometimiento, las mujeres ejercen un poder del subalterno que: "emana de la valoración social y cultural de su cuerpo y de su sexualidad" (Lagarde, 2005: 199). Las mujeres pueden utilizar sus papeles de 'madresposas,' de proveedor de la labor reproductivo no remunerado y de cuerpo sexualizado, como herramientas para negociar mejores condiciones de vida con sus parejas.

Derechos sexuales y reproductivos

En el plano internacional, también se ha visto esfuerzos y avances para cambiar la situación de la sexualidad opresiva, particularmente adentro del discurso de los derechos humanos. El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte importante de los acuerdos sobre derechos humanos en la Conferencia Mundial de El Cairo celebrada en Teheran en 1968. Se destaca la importancia de los problemas de Salud Sexual y la Salud Reproductiva, sobre todo el embarazo a edad temprana como impedimento para mejorar la condición de las mujeres, por el riesgo de muerte materna que acarrea, por la

más elevada morbi-mortalidad de los hijos de madres adolescentes y como factor que aumenta la probabilidad de reproducción intergeneracional de la pobreza.

El concepto de Salud Sexual esta definido de la siguiente manera:

“Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.” (OMS, 2002)

Desde esta perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, la atención a la salud sexual y reproductiva no debe ser vista sólo como la atención prenatal de las mujeres o la atención ginecológica, sino que se debe tomar en cuenta la violencia sexual, el derecho a la toma de decisión por su salud sexual especialmente para las mujeres y el derecho a optar por una reproducción libre y sin riesgo para su salud, el derecho a la planificación familiar con consentimiento informado, y la oferta de servicios accesibles y pertinentes a la cultura, medio y preferencia sexual de las mujeres.

El control de sus vidas y cuerpos por parte de las mujeres implica el conocimiento y ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales. Estos derechos refieren a la posibilidad de tener relaciones sexuales gratificantes, cuándo, cómo y con quién desee sostenerlas, sin coerción y sin temores de

infección o embarazo no deseado. Incluye también el poder decidir si va a reproducirse o no, cuándo y cuántas veces, sin arriesgarse a sufrir efectos secundarios peligrosos, de tener un embarazo y parto seguro, de dar a luz y criar niños o niñas sanas (Gómez, 1997: 19). Además, implican tomar estas decisiones sin el miedo de la violencia por parte de su pareja.

La Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM) celebrada en Pekín incluyó, por primera vez en una conferencia internacional de la ONU, una declaración de derechos humanos relacionados con la sexualidad y la salud sexual que podrían aplicarse por igual a todas las personas, con independencia de su sexo u orientación sexual. Los derechos humanos de las mujeres comprenden su derecho a controlar y decidir con libertad y responsabilidad sobre los aspectos relativos a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, sin sufrir coerción, discriminación o violencia. Para que las relaciones entre las mujeres y los hombres sean igualitarias en asuntos de relaciones sexuales y reproducción, lo cual incluye un respeto absoluto por la integridad de la persona, se necesita respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida para la conducta sexual y sus consecuencias.

La Plataforma para la Acción, de la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres plantea la necesidad de ampliar las investigaciones sobre la salud sexual y reproductiva, tomando en cuenta un concepto de la sexualidad que incluye los

placeres sexuales, el deseo, las orientaciones sexuales, los tipos de emparejamiento, las identidades sexuales y los significados:

“Las investigaciones sobre la sexualidad deben ir más allá de los aspectos relativos a la conducta, el número de parejas y las prácticas, y abarcar los factores subyacentes sociales, culturales y económicos que hacen a las personas vulnerables al riesgo y que influyen en la manera en que las mujeres, los hombres y los jóvenes buscan, desean o rechazan el sexo. Este modo de investigar la sexualidad supone trascender la salud reproductiva mediante el estudio integral y exhaustivo de la salud sexual.”
(CCMM, 1995, párrafo 96)

Así, las investigaciones deben estudiar la multitud de factores que facilitan o dificultan la capacidad de las mujeres, y también de los hombres, para tener una vida sexual voluntaria, sin riesgos y satisfactoria, y que permita tomar decisiones en materia sexual sin sufrir coacción, discriminación o violencia.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) se basa en tres principios centrales, la igualdad sustantiva, la no discriminación y la obligación del Estado. El principio de igualdad sustantiva que promueve la CEDAW comprende la igualdad de oportunidades, la igualdad de acceso a las oportunidades y la igualdad de resultados. El principio de la no discriminación tiene su importancia en que la definición de discriminación es una definición legal que pasa a ser parte de la normativa nacional cuando el Estado ratifica la convención. El principio de ‘obligación del Estado’ establece que los Estados están obligados a “tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualquier persona, organizaciones o empresas.” Deben tomar

medidas concretas tales como consagrar la igualdad en sus constituciones políticas; abolir las leyes, costumbres y prácticas que redunden en discriminación contra las mujeres; establecer protecciones jurídicas contra la discriminación y crear mecanismos de denuncia, entre otras. Así que además de reconocer los derechos de las mujeres, el Estado tiene que proveer las condiciones materiales y espirituales para que las mujeres puedan gozar de los derechos reconocidos y crear los mecanismos para que las mujeres puedan denunciar la violación y lograr un resarcimiento (Facio, S.f.).

Marco legal sobre Salud Sexual y Reproductiva en Nicaragua

La legislación de Nicaragua se relaciona directamente con la constitución política que establece los derechos y deberes de las y los nicaragüenses, así creando un marco jurídico-legal que orienta las acciones dirigidas a los y las adolescentes. La Constitución Política de la República de Nicaragua, como carta fundamental de la República, a la cual las demás leyes están subordinadas, detalla varios derechos, incluyendo el derecho a la vida, la libertad individual, la vida privada, la igualdad, la libertad de pensamiento, el respeto de su integridad física, psíquica y moral y la protección de los derechos humanos. Además, establece que el Estado no tiene religión oficial y otorga protección especial al proceso de reproducción humana. Durante el año 2008, entró en vigor el Código Penal que penaliza el aborto terapéutico, penando con cárcel para las mujeres embarazadas que lo practiquen para salvarse la vida, y el médico o la médica que lo realice. El nuevo Código Penal también tipifica los

delitos sexuales, resultado de años de lucha de las organizaciones de mujeres en Nicaragua. La Ley No. 287: Código de la Niñez y Adolescencia establece el derecho a recibir una educación sexual, científica en los centros educativos para ejercer los derechos reproductivos y sexuales con responsabilidad, para vivir una sexualidad sana, placentera y prepararlos para una maternidad y paternidad responsable. Ley 423: Ley General de Salud, en Art. 32 establece la atención en salud de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia. Este programa incluye las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, del recién nacido, la detección precoz del cáncer cérvico uterino y mamarios, así como acciones para la salud sexual y reproductiva. La Ley 238: Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el Sida establece los derechos de confidencialidad, autoría, no discriminación, atención y información científica relacionados con el VIH/Sida. En el año 2007, se aprobó la Ley 623: ley de Responsabilidad Paterna y Materna que delimita las responsabilidades de padres y madres hacia los menores de edad. El Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, especifica la implementación de control y educación de ITS, y salud reproductiva en cada comunidad.

Además, el estado de Nicaragua ha firmado y ratificado varias convenciones y acuerdos internacionales relevantes, incluyendo: La Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979), la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993), la IV

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) (1994), Conferencia Mundial de la Mujer (1995), Resolución de la Asamblea General sobre la Niña (1998), La Conferencia de la Mujer 2000: Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI; Beijing + 5 (2000), La Cumbre del Milenio (2000), Sesión Especial de la Naciones Unidas sobre VIH/Sida en Nueva York (2001) y El Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005).

VIH/Sida

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus que destruye el sistema inmunológico del cuerpo humano. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) es la etapa final de la infección causada por el VIH que consiste en un conjunto de síntomas y signos relacionados con la incapacidad de respuesta de las defensas del cuerpo ante las enfermedades. La principal forma de transmisión son las relaciones sexuales vaginales, anales y orales sin protección con personas que son portadoras del virus. Las relaciones sexuales bruscas pueden lesionar los tejidos aumentando la vulnerabilidad a la infección. La multiplicidad de parejas sexuales es otro factor así como la mayor frecuencia de contactos sexuales. La información sobre la salud sexual y reproductiva, la comunicación entre la pareja acerca de la sexualidad, los tabúes y las tradiciones culturales de la sexualidad también influyen en el riesgo de contraer el VIH (Beber, 1993).

Existe dos veces más posibilidad que el VIH se transmite de un hombre VIH positivo a una mujer, que de una mujer VIH positiva a un hombre. Fisiológicamente, los revestimientos vaginales y rectales son más vulnerables a la infección que el tejido del pene del hombre. El abuso sexual o violación causa lesiones y laceraciones en los tejidos, vaginales, anales y bucales aumentando la vulnerabilidad a infección (Beber, 1993: 128). Además, el semen contiene concentraciones más elevadas del virus del VIH que las secreciones de la mujer por unidad de volumen y a la vez pasan más tiempo en contacto con el tejido. Por estas razones las mujeres son más vulnerables a las infecciones de transmisión sexual (ITS) que los hombres, las ITS aumentan la probabilidad de transmisión del VIH. También hay factores sociales, económicos y culturales. La inequidad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres limita la habilidad de las mujeres para negociar las relaciones sexuales seguras así como negarse a tener encuentros sexuales no deseados. Entre el 10% y el 50% de las mujeres de diferentes países del mundo admiten haber sido objeto de violencia física por parte de su pareja. La violencia intrafamiliar es una de las principales causas de las lesiones que sufren las mujeres en el mundo. El miedo a la violencia impide a muchas mujeres obtener información sobre su salud sexual, someterse a una prueba de VIH y buscar consejería (Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, 2004).

En la actualidad todas las intervenciones de prevención del VIH/Sida, están enfocadas en la estrategia ABC, como una de las medidas más eficaces en la

prevención de la infección. Esta estrategia se basa en la práctica de la abstinencia de las relaciones sexuales, fidelidad mutua de la pareja y el uso adecuado y persistente del condón. El uso del condón es la práctica más eficaz, debido a que ejerce doble protección ante el VIH como la ITS más grave y ante un embarazo no deseado, en ambos casos con altos porcentajes de efectividad que se ubican en rango entre 80-97%. Sin embargo, disponer de información sobre el VIH y las formas de prevención de la estrategia ABC, no bastan si las mujeres no tienen control sobre sus vidas y sus cuerpos (García-Moreno, 1991).

Orden social genérico del poder patriarcal

Dra. Marcela Lagarde (1996 y 1997) plantea que el orden social genérico del poder patriarcal se estructura alrededor de la división social y sexual del trabajo, la distribución de los bienes y recursos, el control de estos recursos y el control del cuerpo y sexualidad de las mujeres. Con la división social del trabajo, se establecen los oficios y tareas que deben o no deben hacer las mujeres y hombres. Aún cuando las mujeres entran en esferas 'masculinas' el trabajo de reproducción siempre recae sobre ellas, resultando así en una doble o triple jornada. Al mismo tiempo los hombres monopolizan la mayoría de bienes y recursos. También los hombres controlan los recursos a través de la política, entendida esta como la suma de las actividades, relaciones y espacios a través de los cuales se toman decisiones sobre el sentido de la vida colectiva. En la sexualidad se recrea y ejerce opresión genérica a través de la violencia y

la brutalidad masculina, pero también a través de la represión del deseo femenino, promulgado por la ignorancia, la invisibilidad y el miedo.

Este orden genérico se refleja a través del paradigma de semiotización que plantea que los órdenes simbólicos, o lenguajes, tienen una función central en la comunicación, interpretación y representación de género. La división social se ubica en el inconsciente y es un proceso constante de construcción del sujeto (Scott, 1996: 28). Para el análisis de las relaciones de género ante el VIH/Sida, es importante tomar en cuenta estos sistemas simbólicos, incluyen las formas en que los roles de género se constituyen adentro de las normas que regulan las relaciones sociales y al mismo tiempo los enunciados que se construye de los significados de las experiencias. Los símbolos, metáforas y conceptos juegan roles importantes en la construcción de la personalidad y de la historia humana. Significa que las ideas de lo masculino y femenino son construcciones subjetivas que varían según el contexto y así son esencialmente modificables (Scott, 1996: 282-3). Es por esto que la posibilidad de modificación de las relaciones de género y la reducción del riesgo de infección ante VIH/Sida requiere de un abordaje integral y amplio, tomando en cuenta todos estos elementos que se dan en las relaciones sociales además adoptar acciones para empoderamiento de las mujeres de forma integral, incluyendo el acceso a los servicios de salud pública, sensibles de los derechos humanos individuales y de grupos.

El empoderamiento de las mujeres

En muchas culturas y particularmente en la nicaragüense, el predominio masculino se demuestra y mantiene mediante la coerción sexual o la violencia. Una mujer que es forzada al coito sin protección o han sido violadas están más expuestas a infectarse con el VIH, dado que el coito forzado y brusco causa más lesiones en el tejido vaginal y anal y pone a la mujer en alto riesgo ante el VIH. El empoderamiento de las mujeres para el control del VIH/Sida, es un elemento fundamental, debido a que de esta manera las mujeres pueden tener mayor control de su cuerpo y tener relaciones sexuales sin ser obligadas, abusadas o sufrir violencia.

Marcela Lagarde (1999) plantea que el empoderamiento en género tiene cuatro vertientes. Se requiere de bienes, recursos, derechos y poderes. Uno sin los otros no produce cambios estructurales en las condiciones de género. El empoderamiento requiere el conocimiento del mundo y de una misma, para utilizar los recursos que realmente necesita, desarrollar intereses propios y asumir sus derechos internamente. Aunque no se puede 'empoderar' a otra, ni que otra se empodere por una, el empoderamiento individual tiene que ser un proceso colectivo. Sólo se logra el uso de recursos con derechos y poderes si otras lo reconocen.

La participación en grupos de mujeres conlleva a la construcción de una nueva identidad colectiva. Las identidades son construcciones subjetivas individuales y colectivas que permiten delimitar el "yo" o el "nosotras." Una identidad, sin

embargo, es una construcción frágil, contradictoria y cambiante. La identidad es un imaginario que se produce, reproduce, aplica y transmuta en referencia a un orden simbólico. Se origina en la identificación que tiene una persona con respecto a una imagen y en la representación ficticia de quién es. Es el resultado de significaciones artificiales proporcionadas a un mundo real que no tiene sentido propio aunque la persona las asume como incuestionables. Si bien la identidad es imaginaria, no es ficticia, se concretiza en las acciones e interacciones de las personas (Serret, 2002: 284-6). La identidad subjetiva se construye a través de la aculturación de los individuos a partir de su sexualidad biológica y esta construcción se relaciona con las actividades, organizaciones sociales y representaciones culturales históricamente específicas en que se encuentra (Scott, 1996: 291).

Síntesis teórico

Las mujeres se enfrentan a múltiples factores de riesgo que las expone ante el VIH/Sida incluyendo la falta de información científica, la violación de sus derechos sexuales y reproductivos, la violencia sexual e intrafamiliar y la falta de servicios de salud con atención integral y sin discriminación. Estos factores de riesgo son parte de un orden social genérico patriarcal que establece la dominación hacia las mujeres a través de la división social del trabajo, la distribución de recursos, la toma de decisiones y el control de la sexualidad. Este orden se expresa en prácticas, símbolos, normas y valores. Para obtener cambios en este orden y reducir su riesgo ante el VIH/Sida, se requiere de un

proceso colectivo de políticas y estrategias de empoderamiento de las mujeres en el cual obtienen los bienes, recursos, derechos y el poder para negociar sus relaciones sexuales y hacer cumplir sus derechos plenamente establecidos. Las relaciones de género entre los sexos, son claramente marcados en la feminización de la pandemia del VIH/Sida.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo cualitativo biográfico. Los métodos cualitativos permiten una profundización de los datos, captar las múltiples determinantes y reconstruir los procesos transcurridos (Briceño-León, 1996:176). Se trata de un estudio de carácter *biográfico* en el que cada sujeto social es específico y único, se analiza su forma particular de enfrentar las determinaciones sociales sobre su existencia (Lagarde, 1997).

Unidad de análisis

La unidad de análisis para esta investigación son mujeres capacitadas y participando activamente en los grupos de mujeres organizadas en salud en comunidades rurales del municipio de Waslala.

Sujetos de investigación

Para esta investigación fueron seleccionadas tres mujeres, miembros activas de los grupos de mujeres organizadas en salud en comunidades rurales de Waslala y capacitadas sobre el tema del VIH/Sida. Son mujeres que tienen cónyuge, hijos e hijas. Tienen una larga experiencia en las relaciones de pareja y han participado en todo el proceso de capacitación y organización.

Criterios de inclusión

Se seleccionaron a mujeres que han participado de forma activa en la organización durante todo el proceso de formación de acuerdo a los registros y seguimiento que realiza en Programa Integral en Salud, organización que trabaja con estos grupos de mujeres. Además, se definieron criterios más específicos, como mujeres:

- que tienen pareja de convivencia
- tienen al menos tres años participando en organizaciones comunitarias
- que han participado en las capacitaciones sobre VIH/Sida
- están dispuestas a brindar información
- están entre las edades de 30 y 45 años de edad.

Se utilizó como criterio la edad adulta de 30 y 45 años de las sujetas de esta investigación, dado que se trata de reconstruir un proceso vivido de experiencias, especialmente en las relaciones de pareja de cada una de las mujeres que además hayan participado de forma activa el todo el proceso de organización y capacitación, de tal forma que permitió identificar cambios alcanzados por su participación en los grupos organizados y el conocimiento adquirido, sobre el tema de VIH.

Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta lo establecido en las políticas de ONUSIDA para el abordaje del tema de VIH/Sida tanto en la atención como en la investigación (ONUSIDA, 2007), como es la privacidad, confidencialidad y seguridad de las personas involucradas en la investigación. Para ellas, se les comunicó con anticipación el propósito de la investigación y se les pidió su consentimiento de forma oral, explicando la confidencialidad y el anonimato en el manejo de la información que ellas proporcionarían. La entrevista con cada mujer se realizó en ausencia de otras personas incluyendo las de su hogar, se tomó en cuenta las posibles manifestaciones emocionales que pudiesen haber tenido las mujeres al momento de recordar eventos o hechos de las historias de violencia en sus relaciones de parejas. Si al momento de realizar la entrevista en los hogares se encontraba el compañero de vida de la mujer, se le explicó que la entrevista era parte del trabajo que estas mujeres realizaban, en los grupos de mujeres sobre el tema del VIH, además se realizó una comunicación de cordialidad con los conyugues de las mujeres para evitar alteraciones emocionales violentas o simplemente, el que no permitieran a las mujeres participar en la entrevista.

Para evitar que se revele dicha información a terceras personas, no se escribió el nombre de la persona en la ficha del cuestionario prediseñado. La información se presentó con pseudónimos para evitar la posibilidad de

identificación de respuestas por individuos particulares y de esta forma identificar las personas que participaron en la investigación.

Otro elemento que se tomó en cuenta fue el principio de garantía al respeto de los derechos y dignidad de las personas a través del reconocimiento de las diferencias de opiniones, mostrando una actitud libre de prejuicios frente a las respuestas que se obtendrían de las entrevistadas. También se tomó en consideración el que las entrevistadas pudiesen rechazar una pregunta o el tema, debido a la sensibilidad que tiene la población al hablar de la sexualidad y la violencia, tomando en cuenta los niveles educativos y la cultura religiosa de las entrevistadas.

Matriz de descriptores

Nivel/ Factores	Descriptor	Definición operativa
Nivel de conocimiento sobre VIH/Sida	Conocimiento básico sobre VIH/Sida	Conocimiento de que el VIH/Sida es una enfermedad transmisible y mortal que no tiene cura.
	Conocimiento de formas de transmisión del VIH	Conocimiento de que el VIH se transmite por relaciones sexuales, contacto con sangre contaminada y de forma vertical entre la mujer embarazada y su bebe.
	Conocimiento de formas de prevención del VIH	Conocimiento de que el VIH se previene con la abstinencia, fidelidad, uso adecuado del condón, evitar contacto directo con sangre infectada, y la realización de la prueba de anticuerpos del VIH.
	Conocimiento de factores de riesgo ante el VIH	Conocimiento de que el VIH es más común en grupos de personas víctimas de violencia, con prácticas sexuales promiscuas, drogadictos y en poblaciones emigrantes.
	Reducción del riesgo por el conocimiento	Formas en que el conocimiento sobre VIH/Sida ayuda para negociar sobre su sexualidad y el cambio de comportamientos de riesgo.

Nivel/ Factores	Descriptor	Definición operativa
Control sobre decisiones sexuales y reproductivas	Decisión sobre relaciones sexuales	Las mujeres logran negociar las decisiones sexuales con su pareja.
	Decisión sobre su reproducción	Las mujeres logran negociar las decisiones reproductivas con su pareja. Deciden sobre tener o no hijos/as, y cuántos.
	Negociación sobre el uso del condón	Las mujeres logran negociar el uso adecuado del condón en las relaciones sexuales en casos de poligamia.
	Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.	Las mujeres han recibido atención médica con calidez para su salud sexual y reproductiva. Hay oferta de estos servicios en las unidades de salud local.
Experiencia de violencia	Experiencia de violencia intrafamiliar y sexual.	Las mujeres tienen conocimiento de las diferentes manifestaciones de violencia y pueden identificarlas en sus relaciones de pareja.
	Reducción de la violencia.	Las mujeres han logrado disminuir los actos de violencia por parte de su cónyuge.
Experiencia organizativa	Experiencias al estar organizadas	La participación de las mujeres en la organización les ha permitido adquirir conocimiento y autonomía para la toma de decisiones sobre sus derechos sexuales y reproductivos.
	Dificultades para organizarse.	Las barreras en el ámbito privado y público que han enfrentado las mujeres en el proceso de organización.

Técnicas de recolección de información

Para la aplicación de las técnicas de recolección de la información, se realizó visitas directas a las comunidades seleccionadas para encontrarse con las mujeres a las cuáles se iban a entrevistar. Las comunidades de las entrevistadas fueron, Los Chiles # 2, Waslallalita Iyas y Zinica # 1 (ver mapa de ubicación geográfica en anexo 2).

El instrumento de la entrevistas a profundidad contenía preguntas abiertas como instrumento para reconstruir los procesos vividos desde su condición de género como mujeres, tomando en cuenta los temas de; participación, VIH/Sida, salud sexual, Violencia Intrafamiliar en la forma específica violencia de pareja.

Obtención de la información

Se realizaron tres encuentros con cada mujer. En el primer encuentro se presentó el objetivo y metodología de la investigación y se buscó crear una relación de confianza que permitiría entrar en una segunda etapa en la que las sujetas de la investigación reflexionarán acerca de temas de su vida personal y sus relaciones de pareja.

En el segundo encuentro se dio el proceso de entrevista, que duró aproximadamente una hora con cada una y se realizaron en espacios con mucho silencio y sin la presencia de otras personas, como una forma de garantizar el proceso de reconstrucción histórico de la vida de las mujeres y evitar posibles sesgos en la información. Además de la guía de entrevistas, se utilizó una grabadora estilo periodístico, cuaderno y un bolígrafo, con los cuales se grabó y se tomaron anotaciones de las expresiones corporales de las entrevistadas, las que serviría de evidencias de la participación. El momento de la entrevista se inició con una frase para tranquilizar a las entrevistadas, preguntándoles sobre información básica conocida por ellas mismas. En lugar

de utilizar preguntas preestablecidas, se estableció áreas generales a cubrir en la entrevista y se dejó que las respuestas de las entrevistadas determinan el orden de los temas y el tiempo utilizado. Se trató de establecer un diálogo armonioso y un ambiente de concentración para las entrevistadas.

Como se trabajó con procesos del pasado, se tomó conciencia de que “pretender valorar experiencias pasadas, tiene siempre el problema de que los recuerdos no permanecen en estado puro, sino están tamizados por las nuevas experiencias” (Vázquez et al., 1996:16). Por esta razón, se buscó lograr la mayor profundidad en la recreación de los procesos vividos de cada una de las mujeres.

En el tercer encuentro, se aclaró preguntas que habían surgido después de una revisión preliminar de la información anterior y se integraron nuevos aportes de las entrevistadas. También tenían oportunidad de aclarar preguntas de las entrevistadas acerca de los temas abordados.

Para la redacción de resultados, se escribió de tal forma que el lector o lectora pueda 'oír' lo que contaron las entrevistadas. Dado que se habla de forma distinta a como se escribe, se ha ocupado “...” para una pausa, cursiva para énfasis utilizado por la entrevistada, se ha puesto expresiones emocionales en paréntesis, como por ejemplo (enojo), (ironía) o (tristeza).

VIII. RESULTADOS

Antes de proceder a presentar los resultados obtenidos durante el proceso de investigación, se describirá brevemente las características generales de las mujeres que participaron. Las tres mujeres son de comunidades rurales de difícil acceso geográfico, viven en altas condiciones de pobreza y son al mismo tiempo madres y esposas. Dos de ellas pertenecen a la religión católica y una pertenece a la región protestante, todas ellas participan activamente en las actividades religiosas de la iglesia en su comunidad. Las edades de las mujeres participantes son 36, 38 y 40 años. Son mujeres que a pesar de las condiciones sociales en que viven, están llenas de alegría y esperanzas. Sus rostros, sus miradas y sus sonrisas expresan la profunda abnegación a la lucha por una vida mejor. Para dar a conocer los resultados y análisis, se utilizó pseudónimos para cada una, siendo estos: Teresa, María y Ruth, con el fin mantener la confidencialidad de las informantes.

a.) EXPERIENCIA DE LAS MUJERES EN LOS GRUPOS ORGANIZADOS

Participación comunitaria

Al conversar con las tres participantes del estudio sobre las experiencias de su participación en los grupos de mujeres al cual pertenece cada una, las mujeres manifestaron que ha sido de mucha importancia para ellas participar en la organización. Las tres mujeres han sido miembros en otras organizaciones anteriormente y comentaron que tienen más de tres años que están integradas en la organización actual. Las mujeres manifestaron motivos distintos que les

han llevado a participar en estos grupos de mujeres. Teresa manifestó, “porque ahí nos damos cuenta de la salud personal de nosotras las mujeres, de cómo evitar las enfermedades, las infecciones, como prevenir. Para mi eso ha sido una experiencia.” María, a diferencia, opinó que es para “llevar más información a las otras personas en mi comunidad.” En el caso de María, su motivación y preocupación han sido las otras personas, sumida en el deber de ser mujer para otras personas, que tiene que servir a los demás. Además, con mucha nostalgia recordó su niñez y sus sueños frustrados por la pobreza, que no le permitió contar con los recursos económicos necesarios para terminar sus estudios de primaria y llegar a ser enfermera. Por esta razón, siente mucho aprecio a su conocimiento y saber que puede servir a los y las demás la llena de mucha satisfacción. Ruth planteó que le motivó la necesidad de organizar a las mujeres de su comunidad dado que ya tenía una posición de liderazgo como Promotora de Medicina Natural y la ausencia de otras mujeres con la capacidad y disposición para asumir tal responsabilidad.

Las tres plantearon que participan en la toma de decisiones para promover actividades que involucra la participación de otras mujeres y también los hombres en su comunidad. Ellas participan convocando a las reuniones, impartiendo charlas sobre el tema del VIH/Sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la Planificación Familiar, para que las mujeres de sus grupos mejoren su conocimiento sobre los temas.

Barreras en el ámbito privado para la participación

Al consultarles que dificultades han encontrado para su participación en el grupo de mujeres, dos de ellas manifestaron que no tienen dificultades y una de ellas hizo alusión al factor económico o por enfermedad. Sin embargo, al continuar el proceso de la entrevista, dos de las mujeres manifestaron otros factores que les dificulta su participación. Ruth planteó que, “cuando tenemos reuniones me levanto más temprano y las niñas me las llevo y dejo la casa cerrada.” En el caso de María, manifestó que si su niña está bien, la deja al cargo de su hija “soltera”, o de su abuela y/o el marido, pero cuando se enferma se la lleva a las reuniones. María opinó que lo importante es “saberlo manejar,” refiriéndose a la sobrecarga de trabajo. Las mujeres manifestaron que sus cónyuges se hacen cargo de los niños y las niñas cuando “ellos están” en casa. Sin embargo, María en algunas ocasiones ha tenido que enfrentar escenas de celos por parte de su pareja. Explica que, “cuando él así se pone, entonces yo le digo ‘bueno señor, usted sabe que yo ando trabajando. Usted así lo decidió. Con eso no le quiero decir que yo ando en un libertinaje, no. Ando preparándome.’ Entonces, él se controla.” De esta manera podemos identificar que las barreras encontradas en el ámbito privado por las tres mujeres que participaron en el estudio se centran en la sobre carga del trabajo doméstico y el control de su esposo.

Barreras en el ámbito público para la participación

En cuanto a las barreras que han tenido que enfrentar en lo público María explicó: “Algunos al inicio decían que nosotros éramos unos asesinos junto con la gente que impartían los temas, porque lo que estábamos haciendo era matando a las criaturas, con lo que eran los métodos de la planificación.” Manifiesta que otras personas dijeron que no se debe planificar porque “Dios dijo que se crecerán, que se multiplicarán.” Esto le llevó a María a revertir el discurso religioso, y hacer uso de sus conocimientos en salud y de derechos humanos. Dijo, “entonces yo les explicaba que no, que era más pecado ver una criatura o una madre con seis, siete, ocho niños, llorando en la cocina y ella en el cuarto porque estaba de tierno [...] Dios no le dijo a una sola mujer. Si Dios le hubiera dicho ‘Julana vas a multiplicar vos solita. Vas a llenar la tierra.’ Ahí sí, pero no se dirigía a una sola persona, sino que se dirigía a todo el ser humano.” Se ha reunido con los líderes religiosos de su comunidad para abordar el tema de la planificación familiar, a través de lo cual el Pastor ha cambiado su discurso. Acerca del nuevo discurso del Pastor, María comentó:

“El Pastor también ha recibido capacitaciones. Tiene bastantes orientaciones y entonces el mismo comienza a decirles como son los espermatozoides, que no es una vida [...] que si esos fueran vidas, fueran millones de niños que nacieran en un mismo instante, porque son millones espermatozoides, entonces que eso no tiene nada que ver. [...] Ahí es una decisión que debe tomar la madre, si dice ‘quiero vivir yo por cuidar los que tengo’ ni modo, pero si es por andar, amar el libertinaje, ahí si ya no, no se está de acuerdo.”

Para María, el hecho de haber mostrado su capacidad para enfrentar estos desafíos religiosos patriarcalistas ha sido una experiencia muy valiosa para su

vida como mujer. Esta experiencia le ha llenado de valor y confianza en ella misma.

En el caso de Teresa, ella manifestó que el Delegado de la Palabra de su comunidad orientó la comunidad en oposición al trabajo que promueve sobre la planificación familiar. Ella describió como respondió el Delegado de la Palabra en la capilla cuando ella propuso impartir una charla sobre la Planificación Familiar:

“Miren tanta salud que se habla ahora, pero es una cosa que yo no estoy de acuerdo, pero no sé ustedes.’ le dijo a las mujeres, ‘o se quedan con la ley del gobierno o con la ley de Dios en que lo que es la planificación familiar. Que la mujer que planifica,’ dice, ‘es como que mejor agarre un cuchillo y se lo meta en el pescuecito a su niño, entonces ahí queda de ustedes que ley agarran,’ dijo el mero delegado.” (enojada)

En el caso de Teresa, ella manifestó que el Delegado de la Palabra de su comunidad orientó la comunidad en oposición al trabajo que promueve sobre la planificación familiar. Ella describió como respondió el Delegado de la Palabra en la capilla cuando ella propuso impartir una charla sobre la Planificación Familiar.

b.) CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES DEL TEMAS DE VIH/SIDA

En cuanto al tema de VIH/Sida, las tres mujeres tienen conocimiento de forma precisa de las diferentes formas de prevención y transmisión, principalmente las relacionadas con la estrategia A-B-C. Al profundizar con ellas sobre el tema

se les preguntó si creen que puede tener riesgos como mujeres, a lo que expresaron frases como “Idiay pues, como usted sabe, talvez si el marido de uno anda así y llega después a la casa, yo tengo un riesgo de que él me vaya a pasar el problema.” Esto es un reconocimiento a las relaciones de infidelidad de su pareja sexual y la falta de control de su cuerpo y su sexualidad, para disminuir el riesgo ante el VIH. Teresa afirmó que “nosotros no le poníamos mente entonces. Yo pensaba que era una enfermedad que se podía curar rápidamente. Así era mi manera de pensar, porque decía yo, ¿será que no hayga remedio para eso? Yo decía, tal vez será por asustarnos a las mujeres, pensaba yo así pues.” Ruth admitía que, “yo decía que una persona con el Sida, sólo que me le sentara al lado se me podía pasar, que tal vez como algo con miedo de la persona, era una cosa que lo andaba uno psicológicamente en la cabeza.” María recordó: “Yo decía, será que todito en el mundo se va morir y que si esa enfermedad llegaba a una familia, moría toda la familia, que eso era como la gripe que se pasaba o se contagiaban a todititos, entonces decía yo, ¿como será eso?” Estas expresiones de las mujeres muestran que el conocimiento, adquirido en los espacios de capacitación, les ha permitido cambios en la forma de percepción el VIH/Sida.

En cuanto a la utilidad del conocimiento, ellas expresaron que han compartido el tema con sus grupos y otras personas que les solicitan orientaciones y que ellas con mucha tranquilidad se la ofrecen. Marta afirma que “yo les digo que a mí no me tengan pena, somos humanos todos.” Además opinaron que han

conversado con su pareja y sus hijos sobre el tema del VIH, para que ellos también tengan información.

c.) TOMA DE DECISION SOBRE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Al conversar con las mujeres entrevistadas sobre el derecho a decidir en sus relaciones sexuales y por su salud reproductiva, dos de las mujeres entrevistadas, Teresa y María, manifestaron que son sus cónyuges quienes deciden el momento de las relaciones sexuales. Sólo Ruth manifestó que se ponen de acuerdo ambos. Al preguntarles si habían negociado alguna vez sus relaciones sexuales con su pareja, las mujeres dijeron haberlo hecho. En el caso de Ruth, dijo, “bueno claro ahí él, pero si yo digo que no, ni modo por que uno así tiene que...” En el caso de María estas negociaciones han sido más marcadas por las relaciones de poder: “Si yo así le digo a él, pero él me dice, ‘Eso es lo que hace [en las capacitaciones], nada más ahí,’ me dice, ‘andarles diciendo’, me dice, ‘dándoles a saber.’ ‘¡No!’ le digo yo, ‘a nosotros lo que nos enseñan son los derechos, la igualdad, tanto derechos tiene usted, como tengo yo también, ser humano soy yo, ser humano es usted,’ le digo yo, ‘derecho tengo yo, derecho tiene usted’ le digo, ‘usted es un ser viviente y también yo, entonces somos iguales’ le digo. ‘Usted sabe’ le digo, ‘que somos un matrimonio, nos debemos de saber entender y saber comprender para que podamos seguir adelante.’ Entonces a veces él se pone medio inconforme pero ni modo, al contrario acepta las decisiones.” Las tres mujeres

manifestaron que han logrado planificar los hijos e hijas que ahora tienen y Teresa manifestó que hasta hace tres años ha logrado decidir si se embaraza o no; ahora conversa con su pareja y ha logrado planificar con el método natural del ritmo. María y Ruth decidieron operarse para no continuar teniendo hijos e hijas. Dicen que son decisiones que han tomado como pareja, pero en el caso de María, más adelante admitió que se operó porque las relaciones de pareja eran muy difíciles y pensó que si se divorciaba de su pareja lo mejor era no tener mucha familia. En el caso de Ruth, ella tomó la decisión por problemas de salud.

En el caso de María, comentó, “me sirve a mí también, a veces uno, el ser humano y como ser humano soy débil y no se me vaya entrar un mal pensamiento y usted sabe que uno [como persona] de los malos pensamientos debe de reflexionar y también pensar que el día de mañana que le puede atraer y entonces a uno le ayudan las capacitaciones para estar más orientado.” Para las tres mujeres valoran como muy positivo el conocimiento que han adquirido en relación a sus derechos, dado que han logrado establecer negociaciones en sus relaciones de parejas.

Dos de ellas se han realizado la prueba del VIH por razones distintas. Ruth manifestó que era para estar segura de su vida y su salud. María se ha realizado la prueba en principio para que las otras mujeres de su comunidad tuvieran el valor de hacérsela. Además, ella explicó que como promueve en su

comunidad a que las mujeres se realicen la prueba de VIH, no quiere sentirse señalada por otras personas de los discursos sin acciones. Al consultarlas sobre la calidad y calidez en la atención que le brindan las unidades de salud para su atención de su salud sexual, las tres mujeres coincidieron en que el servicio ha sido bueno. Las tres habían asistido a la consulta ginecológica en los últimos días antes de esta entrevista. Opinaron que les habían brindado un trato con respeto y que les habían brindado orientaciones de su consulta ginecológica antes de realizarse los exámenes. Ruth dijo haber visitado una clínica para mujeres y mostró sentirse con confianza al momento de solicitar información. Al consultarle quien decide para gastar el dinero que ganan ellas, las tres coinciden en que son ellas las que deciden, sin embargo sólo Ruth es dueña legalmente de su propiedad.

d.) LA SITUACION DE VIOLENCIA SEXUAL E INTRAFAMILIAR

Las tres mujeres tienen en común que han sufrido maltrato, dos de ellas han recibido maltrato psicológico y verbal y una de ellas ha recibido maltrato físico por su pareja. Teresa dijo, “claro que antes sí, antes sí, cuando no conocíamos todos estos conocimientos sí, porque usted sabe que cuando el hombre dice ‘yo soy él que mando y para eso nos casamos, ahí tiene que estar al punto que yo diga’, aunque uno no quiera. Ahora se ha cambiado.” Teresa dijo que después de que ella ha estado participando en el grupo de mujeres, su esposo ha cambiado, “un poco, porque antes, como yo le decía, uno sin conocimiento no entiende, entonces él era muy demasiado pues, para decirme las cosas,

pero ahora es un poco menos.” Ella contó que su cónyuge, “antes salía a beber guaro y llegaba bolo a la casa.” Teresa afirmó que ha experimentado cambios en sus relaciones de pareja y que tiene que ver con su conocimiento adquirido. Ella afirmó que ha tomado decisiones firmes, hasta de separarse de él, como una forma de amenazarle si él no cambia.

En el caso de María, manifestó que su pareja tomaba licor y que de esta forma la maltrataba, pero ella no justifica esta acción con el consumo de licor y opina, “yo nunca he tomado, pero yo no creo. Lo que pienso es que lo usan para atemorizarlo y poner miedo en otra persona [...] Una vez vino y me dio un golpe en la cara porque le dije que yo no quería tener relaciones, porque él estaba ebrio, entonces vino él y me golpeo, entonces le dije yo que eso no lo debía de hacer, que eso quedaba sólo para las bestias salvajes, el golpearse, el maltratarse, eso lo podría hacer una bestia, un caballo, porque de ahí ningún otro animal lo va agarrar por la fuerza, pero el hombre, el ser humano que tiene pensamiento porque lo va hacer le digo yo. Entonces, yo me ponía a conversar con él [más adelante], y yo le decía si usted no deje el vicio de tomar licor, los vamos a separar. Yo era una esposa le decía y que como esposa me tratara, porque yo nunca le traté mal a él.” En busca de solución institucional, “con la Comisaría de la Mujer yo vine, me fui, como me quedaba cerca, me fui y les pedí orientaciones. Entonces me dijeron que sólo esperara que él me volviera a maltratar, me volviera a golpearme y que yo me presentara, pero que debía de estar de acuerdo. Yo les pregunté que si yo quería divorciar que debía

hacer. Entonces me dijeron, tienes que buscar un abogado para que te ayude, si vos no tienes como, tienes que buscar un abogado y si él te pide el divorcio, que él pague el abogado.” Ella intentó negociar con él, pero solamente se elevó el nivel de violencia, hasta llegar a un punto de crisis y ella decidió dejarlo por un mes. “Yo le dije, tiene dos opciones o el licor o su esposa. Entonces él dijo, ‘pues hasta aquí no más, no voy seguir tomando ya no quiero quedarme así solo.’ Entonces abandonó el licor, de ahí para acá ha sido más diferente la vida, ha habido un cambio”.

En caso de Ruth, en el momento inmediato de responder a la pregunta, manifestó que no ha sufrido violencia, al explicarles las manifestaciones de la violencia, ella recuerda y afirma, “sí, antes sí” y dice, “sí, cuando no tenía ninguna niña, como yo tenía problema de la matriz, entonces me operaron y hasta que me operaron, logré a recuperarme para tener hijos, entonces sufría esos maltratos porque él me decía, mi mismo marido, ‘uhh..yo parece que viviera con un hombre que nunca me vas a parir un hijo y se iba a tomar licor.’ Entonces yo me sentía como, horrible para mí, pues me sentía triste y ofendida porque me lo decía que me iba a dejar, que no sé que, que yo no le tenía hijos. Hasta que ya tuve la primera niña, ya cambió y actuó de otra forma.” Al conversar con ella si ha disminuido o aumentado la violencia de su pareja, ella manifestó de que “sí, ha habido cambios” ya que ella con el conocimiento logra conversar con su pareja la situación de violencia. “Los [encuentros de capacitación] han ayudado porque, él antes era peor y ahora [...] yo le digo,

'Mira, esto así no es. A como vos me querrás hacer más de menos que vos.' Me han ayudado a como defenderme mis propios derechos, a como tomar decisiones personales". Las tres mujeres manifestaron que han vivido actos de violencia, pero con el conocimiento adquirido han logrado alcanzar cambios en sus relaciones de pareja.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Organización

Para las mujeres no ha sido una tarea fácil el estar participando en los grupos de mujeres organizadas en salud. Las tres mujeres entrevistadas expresaron haber enfrentado barreras diferentes en el ámbito privado y público durante el proceso de participación en la organización comunitaria. En el ámbito familiar, estas mujeres enfrentaron conflictos con sus parejas por la ideología patriarcal, que prevalece en los hombres en que la mujer pasa a ser propiedad del hombre una vez que se casan y como afirma Foucault, la creencia de que esta posición subordinada de la mujer es natural (Foucault, 1975). Además, para las tres mujeres, la participación en la organización de mujeres resultó ser un aumento en la carga de trabajo cotidiano. La Dra. Marcela Lagarde (1996 y 1997) plantea que el orden social genérico del poder patriarcal incluye la división social y sexual del trabajo que establece los oficios y tareas que deben o no deben hacer las mujeres y los hombres. Aún cuando las mujeres entran en las esferas ‘masculinas,’ el trabajo de reproducción siempre recae sobre ellas, resultando así en una doble o triple jornada. De esta manera las tres mujeres participantes en este estudio se someten a una situación de una triple jornada en la vida del trabajo productivo, doméstico y comunitario.

Sin embargo, ellas consideran su trabajo comunitario como muy importante para ellas y para las demás mujeres de su comunidad ya que con el

conocimiento adquirido pueden ayudar a otras personas. Ocupan su papel de “madresposa”, validado por la sociedad y la cultura religiosa como forma de enfrentar las actitudes de control de su pareja y así continuar participando en sus actividades del grupo comunitario. Esto se relaciona estrechamente con la teoría de Lagarde, en que las mujeres pueden ocupar su rol de “madresposa” y sometimiento para ejercer cierto poder y mejorar las relaciones de vida con su pareja (Lagarde, 2005). Para poder participar en las organizaciones, las tres mujeres delegan el trabajo reproductivo a otras mujeres miembros de la familia, manteniendo y reproduciendo los roles tradicionales de género.

En la esfera pública, las tres mujeres tuvieron fuertes contradicciones en sus relaciones con las estructuras de poder de su comunidad, relacionados con el desarrollo de su trabajo en el tema de salud sexual y reproductiva. La experiencia más señalada por las tres mujeres fue la relacionada con líderes religiosos tradicionales. Por sus enfoques conservadores ante el tema de los derechos sexuales y de forma directa los derechos de las mujeres a decidir por su sexualidad y reproducción, los líderes religiosos comunitarios no permiten que las mujeres adquieran conocimiento de temas relacionados con la planificación familiar y de prevenir la transmisión del VIH/Sida, lo que dificulta el desarrollo del trabajo de las tres mujeres. Sin embargo las tres mujeres utilizaron y transformaron los órdenes simbólicos religioso para fortalecer sus discursos y sus espacios en defensa de los derechos de las mujeres, cambiando sus propias construcciones de identidad y de alguna manera, las

ideas en sus comunidades acerca de lo masculino y femenino como plantea Scott (1996). Para las tres mujeres, esta experiencia las hace aún más sensibles ante la lucha por la defensa de sus propios derechos y el de las demás mujeres de su comunidad.

La Dra. Lagarde plantea que la sexualidad implica poder y se puede hablar de sexualidad opresiva, que “se caracteriza por el desprecio, la interiorización y la violencia institucionalizada hacia las mujeres [...] que son de manera simultánea, bases de la viril identidad masculina.” (Lagarde, 2005: 198). Esta sexualidad opresiva del poder patriarcal se manifiesta en la esfera pública a través de los líderes religiosos quienes ejercen el control, imponiendo las normas y valores del sistema de sexo/género de dominación masculina. Sin embargo, la experiencia anterior de las mujeres en otras organizaciones y el estar involucradas en tareas religiosas les ha permitido a las mujeres luchar desde adentro de los grupos de poder. Además las mujeres utilizan el conocimiento de sus derechos y el conocimiento de las estructuras de poder como medios para las negociaciones de los conflictos y así continuar con su trabajo. De esta manera, las tres mujeres participantes en este estudio han logrado superar estas barreras y lograr cambios tanto a nivel privado como público para su participación.

Conocimiento en VIH/Sida

Las tres mujeres cuentan con un conocimiento básico sobre el tema de VIH/Sida. Logran identificar las formas comunes de transmisión (ONUSIDA,

2008): las relaciones sexuales sin protección, el contacto con objetos contaminados con sangre y la transmisión vertical de una mujer embarazada al feto y a través de la leche materna. Sin embargo, no logran especificar las diferentes etapas de la transmisión vertical: embarazo, parto y lactancia materna. En cuanto a las medidas de prevención, las tres mujeres basan su conocimiento en la estrategia ABC, principalmente: la fidelidad mutua en la pareja y el uso del condón, a lo que ellas llaman “preservativo”.

Su percepción del VIH/Sida ha cambiado con los procesos de capacitación. Ahora para las tres mujeres, el VIH/Sida no tiene cura, ni es castigo de Dios, y están concientes que no se transmite por las interacciones sociales cotidianas con una persona portadora del VIH. Les ha llevado a estar más concientes de vigilar su salud sexual y reproductiva: realizándose la prueba de Papanicolaou y la prueba rápida del VIH, así como a promover en su comunidad los temas salud sexual y VIH en sus grupos, familias y otras personas que solicitan información. Estos cambios son importante para las mujeres debido a que la información sobre la salud sexual y reproductiva, la sexualidad, los tabúes y las tradiciones culturales de la sexualidad también influyen en el riesgo de contraer el VIH, de acuerdo a Beber (1993).

Para las mujeres entrevistadas, ha sido muy provechosa la información debido a que han podido aclarar ciertos tabúes que antes tenían en relación con el VIH y la salud sexual. Se observa una sólida posición ante los temas de salud sexual y el VIH/Sida, así como los derechos sexuales de las mujeres,

incluyendo la forma de prevención con el uso del condón. Aunque todas ellas trabajan desde una base de Iglesia y el moralismo religioso que normalmente no permite la promoción del uso del condón y el abordaje de los temas de salud sexual y la planificación familiar, las tres mujeres se han posesionado del conocimiento para debatir los temas desde los enfoques religiosos.

No de igual manera logran identificar aquellos factores meramente relacionados con su condición de género y el VIH, como la toma de decisión al momento de tener o no una relación sexual, las relaciones sexuales no placenteras, la fragilidad del tejido vaginal, el inicio temprano de la sexualidad, la violencia sexual y el tabú que predominan sobre la sexualidad. Reconocen el riesgo en general de adquirir el virus, pero no logran identificar los factores de riesgo que tienen las mujeres de forma específica. Sin embargo, cuando hablan de sus propias relaciones de pareja, identifican algunos riesgos que enfrenten como mujeres de contraer el virus del VIH. Este incluye el abuso del alcohol relacionado con las relaciones sexuales no deseadas, la infidelidad y rechazo hacia el uso del condón por parte de su pareja. Para las mujeres el riesgo de contraer el VIH sigue siendo inminente si las relaciones de pareja y de género continúan siendo de dominación y sumisión. Como plantea García-Moreno, disponer de la información sobre el VIH no basta si las mujeres no tienen control sobre sus vidas y sus cuerpos (García-Moreno, 1991).

Desde la salud pública basada en teoría de género, el tema del VIH/Sida implica un análisis de las construcciones sociales de los y las individuos

relacionadas con la sexualidad y las asignaciones simbólicas de las cosas y espacios. Desde esta perspectiva, encontramos que la epidemia de VIH/Sida está íntimamente relacionada con el orden de género patriarcal y las relaciones que implican.

Decisión sobre su salud sexual y reproductiva

Para las tres mujeres, la toma de decisión y negociación con relación a su salud sexual y reproductiva no ha sido una ruta fácil de seguir. Estas relaciones han estado casi siempre marcadas por las relaciones de poder, especialmente el momento de tener o no una relación sexual y el tener o no tener hijos e hijas. Para la Dra. Marcela Lagarde (2006) y Michel Foucault (1975) la sexualidad es la base de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, manifestándose a través de una sexualidad opresiva que somete los cuerpos de las mujeres. Para las mujeres entrevistadas, los conocimientos adquiridos los valoran como muy positivos, especialmente para establecer conversaciones de negociación con sus parejas al momento de tener o no las relaciones sexuales, así como el tener o no tener hijos e hijas. Sin embargo, se puede asegurar que prevalece en estas relaciones los valores patriarcales de la sexualidad: quien decide tener o no tener relaciones sexuales y en que condiciones, es el hombre. Estas negociaciones han estado marcadas por las relaciones de poder, anteponiendo la institución del matrimonio como una condición de respeto y tolerancia de la mujer hacia su pareja.

Las tres mujeres han logrado alcanzar cambios sustantivos en sus relaciones de pareja, pero esto ha sido un proceso de largo tiempo y de preparación. Actualmente, las tres mujeres han tomado sus propias decisiones sobre el uso de los métodos de planificación, para planificar los hijos e hijas que tienen, aunque esto no sea de común acuerdo con sus parejas, dado que ha prevalecido en sus decisiones el temor y la desconfianza de la separación y la violencia. De igual forma, han logrado negociar las relaciones sexuales y en algunos casos poner en práctica el uso del condón, así como realizarse la prueba de VIH/Sida y los exámenes del PAP.

Violencia Sexual e Intrafamiliar

Las tres mujeres valoran el conocimiento adquirido, como una herramienta que les ha facilitado tanto el reconocimiento de las manifestaciones de violencia así como la capacidad para negociar sus relaciones de pareja en el interior del hogar. Para las mujeres, han sido comunes los actos de violencia física, psicológica y sexual por parte de sus parejas, lo que ellas aceptaron inicialmente como normal por compartir una ideología patriarcal como planteó Michel Foucault (1975). Sin embargo, las mujeres han alcanzado conciencia de que el abuso y la violencia, de la forma que sea que se manifiesta, no son normales, ni es algo que las mujeres deben soportar por el hecho de tener un contrato matrimonial. Las tres mujeres experimentaron escenas de violencia por parte de su pareja antes de la participación y durante la participación en los grupos organizados, la que se ha manifestado por el control de la libertad y del

cuerpo de las mujeres, así como rechazo al conocimiento adquirido por las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Aunque los mayores actos de violencia intrafamiliar ocurrieron después del consumo de licor por parte de la pareja de las mujeres, las tres mujeres identifican que no era el factor principal de los actos de violencia, lo que les valió para evitar la tolerancia y tomar decisiones precisas y objetivas para el cambio. El abuso se legitima frente a los hombres y también las mujeres, porque, “se dan en el marco de la propiedad privada del hombre sobre la mujer [...] El hombre que se relaciona eróticamente con una mujer es su dueño, en el sentido de quien tiene dominio o señorío sobre alguien; es su propietario. Ella es *su* mujer” (Lagarde, 2005: 280).

Aunque la violencia basada en género abarca todos los tipos de violencia, la violencia sexual es la que más resalta en la propagación del VIH/Sida. Las tres mujeres logran identificar de forma clara los actos de violencia de su pareja y aseguran que el conocimiento sobre sus derechos les ha servido mucho, tanto en el proceso de negociación como en el reconocimiento de una relación de pareja sin violencia. La violencia basada en género muestra claramente que las relaciones de poder en la sexualidad se centran en el cuerpo de la mujer. Como afirma Michel Foucault afirma: “El cuerpo está investido de relaciones de poder y de dominación [...] el cuerpo no crea utilidad si no es a la vez un cuerpo productivo y un cuerpo sometido.” Para las mujeres entrevistadas este proceso ha ido cambiando, con el conocimiento adquirido, con los espacios de

participación que han alcanzado. Sin embargo, ha sido a través de todo un proceso y esfuerzos de las mujeres y hasta la exposición de sus propias seguridad al enfrentarse y contraponer el conocimiento de sus derechos ante los actos de violencia de su pareja.

Han buscado recursos, utilizando sus mismas normas sociales que limitan a las mujeres, los mismos discursos religiosos y los comportamientos de sus parejas para disminuir o eliminar las relaciones de violencia contra ellas mismas. Reconocen que tienen derechos para decidir especialmente sobre su sexualidad y reproducción. Utilizan los nuevos conocimientos adquiridos, los recursos que su entorno les permita y los derechos que reconocen para cambiar su posición de poder en las relaciones de pareja. Esto se puede relacionar con los cuatro elementos del empoderamiento que plantea la Dra. Marcela Lagarde (1999), aunque por sus discursos, este proceso de empoderamiento no se ha extendido para la creación de una identidad colectiva con las otras mujeres en el grupo. Aunque para las tres mujeres, las manifestaciones de los actos de violencia por parte de su pareja no se han eliminado totalmente, este proceso de empoderamiento les ha permitido reducir significativamente la violencia contra ellas mismas, esto tomado en cuenta que la violencia tiene raíces profundas social y culturalmente, alimentada por los sistemas patriarcales.

X. CONCLUSIONES

- 1) Para las tres mujeres el proceso de participación en las organizaciones comunitarias les ha permitido crear liderazgo de forma personal y fortalecer los espacios para la participación dentro de los grupos de poder en sus comunidades.

Para las tres mujeres, la participación en los grupos comunitarios ha significado ir desconstruyendo el orden social genérico del poder patriarcal, que limita a las mujeres un rol de madreposa relacionado únicamente a los roles reproductivos de la familia y el hogar.

La participación de las tres mujeres en las organizaciones, ha estado marcado por el aumento en la carga de trabajo, resultando en una triple jornada de trabajo para las mujeres.

- 2) Las tres mujeres tienen conocimiento básico en el tema de VIH/Sida, principalmente en los factores comunes de transmisión: sexual, sanguínea y por la leche Materna. De igual forma tienen conocimiento sobre las formas de prevención del VIH, basados en la estrategia del ABC; abstinencia, fidelidad y el uso adecuado del condón.

Por la vivencia que muestran las tres mujeres ante el resigo de adquirir el VIH/Sida aún cuando estas tienen el conocimiento, estos tres elementos de la estrategia de prevención del VIH/Sida están fuera del control de las mujeres en sus relaciones de pareja.

Para las tres mujeres, es difícil identificar los factores específicos que exponen a mayor riesgo a las mujeres por su condición de género, por ejemplo: la fragilidad del tejido vaginal, ante las relaciones sexuales en contra de su voluntad o el abuso sexual, así como el debut temprano de la sexualidad y la falta de control de su propio cuerpo.

Al profundizar en la reflexión acerca de sus propias vidas, las mujeres identifican algunos de estos factores de riesgo, como la infidelidad y el abuso del alcohol, la violencia intrafamiliar y falta de control de sus cuerpos así como la toma de decisiones al momento de las relaciones sexuales que les expone un mayor riesgo ante el VIH.

Existe capacidad de liderazgo y conocimiento en las mujeres, que les permite promover los temas de salud sexual y reproductiva así como el tema de VIH/Sida, utilizando los espacios alcanzados en las estructuras de poder local a nivel de su comunidad.

- 3) El conocimiento sobre los derechos sexuales y humanos alcanzado por las mujeres, les ha permitido establecer procesos de negociaciones en sus relaciones de pareja al momento de las relaciones sexuales, pero aún el riesgo ante el VIH/Sida prevalece, dado que no logran en su totalidad el control de sus cuerpo y el uso del condón para la prevención del VIH, aun cuando identifican infidelidad en sus parejas.

4) La violencia intrafamiliar y de pareja, es una experiencia común de las tres mujeres, sin embargo el proceso de participación y conocimiento adquirido les ha permitido establecer procesos de negociación con la pareja, disminuyendo así los actos de violencia.

El conocimiento sobre los derechos sexuales y derechos humanos ha permitido el fortalecimiento del poder subalterno adquirido por las mujeres en sus roles de madresposa, aumentando así su empoderamiento para el control sobre su vida y su cuerpo.

Para las tres mujeres del estudio, los actos de violencia no han terminado, pero con la puesta en práctica del conocimiento adquirido, los actos de violencia han disminuido, lo que ha significado para las tres mujeres, algo muy importante para su calidad de vida.

XI. RECOMENDACIONES

Dirigido a organizaciones de la sociedad civil en Waslala

Conocer y promover los DDHH de las mujeres y su protección contra la VBG, tomando en cuenta las declaraciones internacionales con especial énfasis en la declaración sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer (CEDAW).

Fortalecer la capacidad técnica del personal de los Servicios Comunitarios y Públicos en metodologías para el abordaje de los temas de salud sexual y derechos sexuales con grupos de mujeres.

Crear redes de trabajo conjunto organizaciones e instituciones para el abordaje de los temas de DSR y la VBG ante la pandemia de VIH/Sida.

- **Dirigido al Ministerio de Salud Wasala (MINSA)**

Oferta de servicios más integrales e humanizados tomando como prioridad la SSR incluyendo la VBG.

Establecer estrategias para trabajar con grupos de jóvenes y adolescentes

- **Sociedad Civil en Waslala**

Continuar el trabajo con grupos de mujeres

Trabajar con grupos de hombres, los temas de Violencia y VIH/Sida desde la perspectiva de género

Incluir en los grupos metas a los líderes religiosos, tomando en cuenta la cultura tradicional religiosa

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbieri, T 1992, 'Sobre la categoría de género: Una introducción teórico metodológica' en *Fin de siglo: Género y cambio civilizatorio*, ISIS Internacional: Ediciones de las Mujeres, Santiago de Chile.
- Berer, M 1993, *La mujer y el VIH/SIDA*, Editorial Women and HIV/AIDS Book Project, Londres.
- Briceño-Leon, R 1996, 'Los métodos cualitativos: Rasgos comunes, errores frecuentes', *Rev Venez de Econ y Ciencias Sociales*, vol. 2, no. 2-3, pp.174-186.
- Castañeda Salgado, MP 2008, *Metodología de la investigación feminista*, CEIHC-UNAM y Fundación Guatemala, Ciudad de Guatemala.
- Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA 2004, *La Mujer y el VIH/SIDA: concienciación, prevención y fomento del poder de decisión*, Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, Ginebra.
- Dunkle, KL 2004, 'Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa', *The Lancet*, vol. 363, pp.1415–21.
- Ellsberg, M 2000, 'Candies in hell: Women's experiences of violence in Nicaragua', *Social Science and Medicine*, vol. 51, no. 11, pp. 1595-1610.
- Facio Montejó, A 2008, *CEDAW en 10 minutos*. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas Para la Mujer - UNIFEM, visto 28 marzo 2008, <http://www.unifemweb.org.mx/index.php?option=com_remository&Itemid=2&func=showdown&id=233>.
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) 2005, *UNIFEM at a Glance: Revertir la propagación del VIH/SIDA*, visto 20 marzo 2008, <http://www.unifem.org/attachments/stories/AAG_HIVAIDS_spn.pdf>.
- Foucault, M 1975, *Surveiller et punir: Naissance de la prison*, Éditions Gallimard, Paris.

- García-Moreno, C 1991, 'AIDS: Women are not just transmitters', en T Wallace, (ed.), *Changing Perceptions: Writings on Gender and Development*, Oxfam, Oxford.
- Gómez Gómez, E 1997, *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe viejos problemas y nuevos enfoques*, CEPAL, Santiago de Chile.
- Henríquez García, S 2005, *Línea de base de conocimientos, actitudes y practicas CAP, sobre ITS y VIH-SIDA en comunidades rurales del municipio de Waslala*, Programa Integral en Salud, Waslala, Nicaragua.
- Hogan, D, Baltussen, R, Hayashi, C, Lauer, JA & Salomón, JA 2005, 'Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries', *BMJ*, vol. 331, pp. 1431-37.
- Instituto Nacional de Encuestas y Censos (INEC) 2002, *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud*. Instituto Nacional de Encuestas y Censos, Managua.
- Lagarde, M 2006, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, 4a edn, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.
- Lagarde, M 1999, *Claves feministas para liderazgos entrañables*, Puntos de Encuentros, Managua.
- Lagarde, M 1998, 'Aculturación feminista', en E Largo (ed.), *Género en el Estado: Estado de Género*, ISIS Internacional, Ediciones de las Mujeres, Santiago de Chile.
- Lagarde, M 1997, *Género y Feminismo: Desarrollo Humano y Democracia*, Editorial Horas y Horas, Madrid.
- Lagarde, M 1996, 'Identidad de Género y Derechos Humanos', en L Guzmán Stein & G Pacheco, *Estudios básicos de Derechos Humanos*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José Costa Rica.
- Lamas, M 1986, 'La antropología feminista y la categoría 'género'', *Nueva Antropología*, vol. VIII no. 30, pp. 173-98.

- Nicolson D. & van Teijlingen E 2006, 'Comparing level of expenditure on HIV health promotion and incidence of HIV in greater Glasgow and Lothian health boards 1988-1998', *Salusvita*, vol. 251, pp. 13-22.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002, *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*, Organización Mundial de Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005, *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *La violencia de género y el VIH/SIDA*, visto 28 marzo 2008, <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/Viol-VIH_FS0705.pdf>.
- Pérez-Rosales, MD 2008, *Estudio de violencia basada en género y VIH/SIDA*, Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud, San Salvador.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008, *Información básica sobre la prevención del VIH*, visto 15 marzo 2010, <http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080527_fastfacts_prevention_es.pdf>.
- Programa Nacional de Control y Prevención de las ETS/SIDA 2007, *Situación Epidemiológica de VIH/SIDA en Nicaragua hasta junio 2007*, Ministerio de Salud, Managua.
- Reinharz, S 1992, *Feminist Methods in Social Research*, Oxford University Press, New York.
- Sanz Hernández, A 2005, 'El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales', *Asclepio*, vol. LVII1, pp. 99-115.
- Scott, JW 1992, 'Igualdad versus diferencia: los usos de la teoría posestructuralista', *Debate feminista*, vol. 35, México D.F.
- Scott, JW 1996, 'El género: una categoría útil para el análisis histórico', en M Lamas (ed.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*, Miguel Ángel Porrúa/PUEG-UNAM, México D.F.

- Serret, E 2002, *Identidad femenina y proyecto ética*, Miguel Ángel Porrúa/PUEG-UNAM, México D.F.
- Tallis, V 2002, *Género y VIH/SIDA Informe General*, Instituto de Estudios de Desarrollo IDS, Brighton.
- Vázquez, N, Ibáñez, C & Murguialday, C 1996, *Mujeres-Montaña: Vivencias de Guerrilleras y Colaboradoras del FMLN*, Editorial Horas y Horas, Madrid.
- Wright R & Stringer S 2004, 'Rapid testing strategies for HIV-1 serodiagnosis in high-prevalence African settings', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 27, no. 1, pp. 42-8.

Anexos

Anexo 1:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
MANAGUA NICARAGUA



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2007-2009

Guía de Entrevista a Profundidad

Fecha: _____ Lugar: _____ Hora inicio _____ Termina _____

I. Datos generales de la entrevistada:

Comunidad: _____ Nivel académico: _____ Estado civil: _____

Nº de Hijos: _____ Religión: _____ Edad: _____

Años de estar con su pareja: ____ Nivel educativo de su pareja: ____

II. Organización

¿Cuál ha sido su experiencia con la participación en el grupo de mujeres y las capacitaciones sobre el tema de VIH/SIDA?

- Desde cuando ha estado participando en las organizaciones
- Desde cuando participa en el grupo de mujeres de salud
- Que le motivó para la participar en la organización de salud
- ¿Que acciones realiza dentro de otra organización?
- Que dificultades ha enfrentado para participar en capacitaciones, o en los grupos.
- Si tiene niños pequeños que hace cuando va a las capacitaciones o reuniones de grupos.

II. Conocimiento sobre el VIH/Sida.

¿Qué conocimiento tiene sobre el VIH/Sida?

- Que formas de transmisión conoce del virus del VIH/Sida
- Cuales son las formas de prevención que conoce
- Que situaciones de riesgo conoce, que pueden ser más peligrosos para las mujeres para contraer el VIH/Sida.
- Como le ha parecido la información sobre el tema del VIH y por qué?.
- En qué le ha sido útil la información que ha recibido
- Como le ha parecido la información que le han brindado sobre el VIH/Sida?
- Cómo se siente hablando de VIH/Sida y por qué?

¿Qué pensaba del problema del VIH/Sida antes de participar en las capacitaciones?

III. Toma de decisión sobre relaciones sexuales

¿Cuál ha sido su poder de decisión, antes de organizarse y después acerca de:

- ¿En su pareja, quien toma la decisión de tener o no relaciones sexuales, donde, como y cuando?
- ¿Su pareja usa condón en las relaciones sexuales. Si, No y por qué?

Esta pregunta se hace solo si la pareja no usa condón

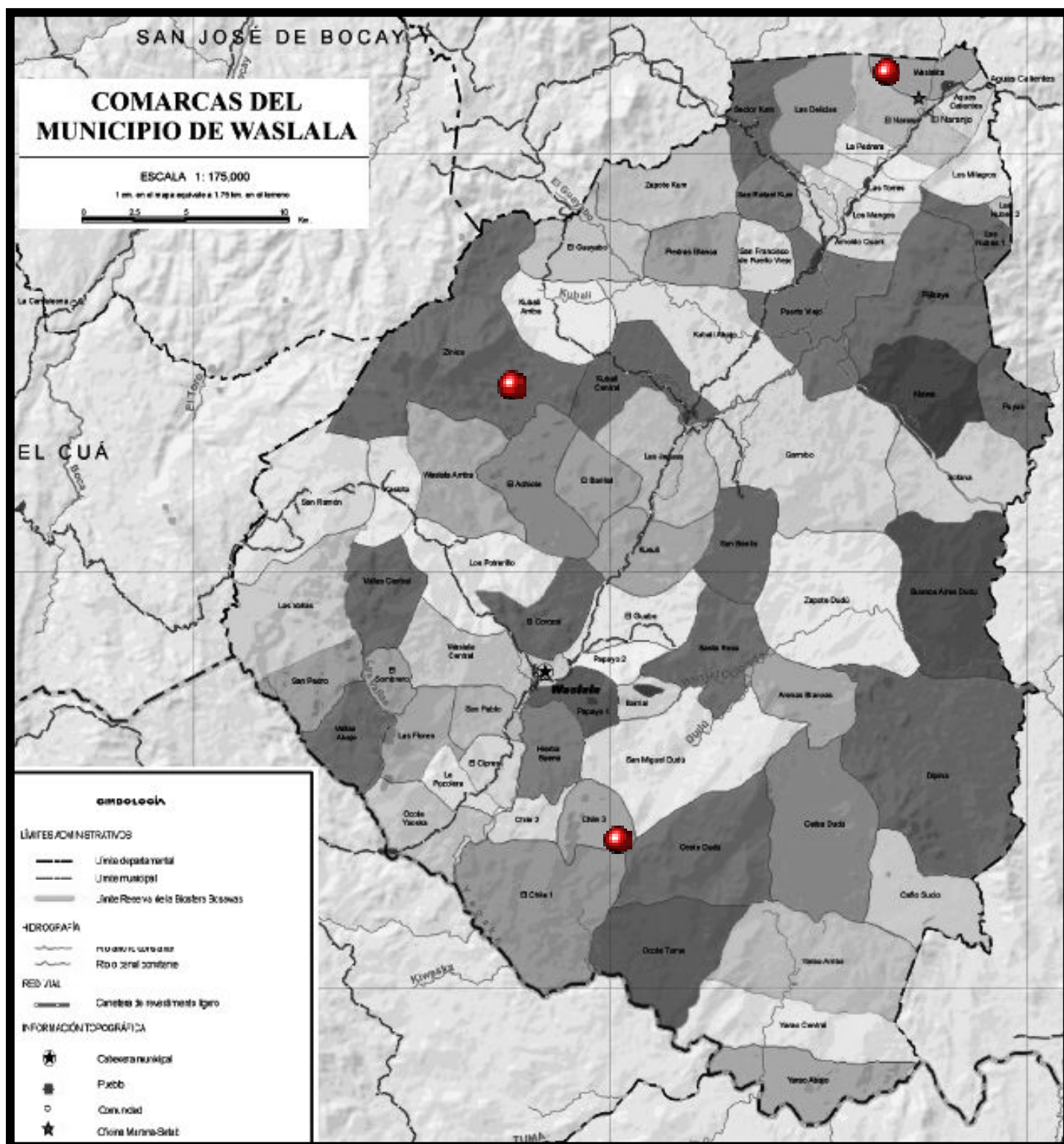
- Ha negociado con su pareja sobre uso del condón, ¿cual es su experiencia, logró o no que su pareja aceptará, qué dijo y porqué?
- Sobre el número de hijos que tienen o van a tener, cómo lo han decidido? Decisión de los dos, o solo de uno y de quien y por qué?
- ¿Se ha realizado la prueba voluntaria de VIH/Sida. ¿Por qué si o porque no se la ha realizado?
- ¿Le ha ayudado en algo el conocimiento que tiene sobre como prevenir el VIH-Sida en la vida personal? ¿En que forma le ha ayudado el tener el conocimiento y porque cree que le ha ayudado?
- ¿Cómo es el servicio que brinda la Unidad de Salud?, cómo le han tratado, cómo le ha parecido el servicio que ha recibe?, Y qué servicios recibe?
- Sobre el dinero que usted gana quién decide al gastarlo?
- Si tiene que pagar la consulta médica, de dónde saca el dinero y quién decide sobre esto

IV. Violencia intrafamiliar.

- Cree que ha habido una diferencia entre la relación que tenía con él antes de las capacitaciones y después? Cuál ha sido esa diferencia?
- Cree que alguna vez ha sido violentada por su pareja?
- Como ha sido esa violencia. ¿Esto fue antes de las capacitaciones o después de las capacitaciones?
- Ha sufrido antes de organizarse, relaciones sexual; forzadas u obligadas, o momentos que no desea, ha sufrido golpes o insultos durante las relaciones sexuales con su pareja.
- Ha sufrido los mismos tipos de violencia en sus relaciones sexuales ahora después que ha participado en las organizaciones y capacitaciones.
- Alguna vez fue Físicamente; golpes, pateada, cacheteada, jalada del cabello un otras formas de maltrato)
- Alguna vez ha sufrido violencia verbal; insultos, frases vulgares, ofensas.
- Psicológica (humillación, amenaza, insultos, amenazas con señales, culpabilidad).
- Ha hablado en alguna ocasión sobre el maltrato contra usted con su pareja y cuales han sido los resultados? Qué le motivó abordar el tema. De qué forma le abordó

¿Con su participación en la organización y en las capacitaciones ha disminuido o ha empeorado la violencia de su pareja hacia usted? ¿En que forma?

Anexo 2: Mapa de Waslala ubicando entrevistadas



Adaptado de mapa de MARENA, proyecto BOSAWAS

Anexo 3: Siglas utilizadas

CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CCMM	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer
CPV	Consejería y Prueba Voluntaria del VIH
INEC	Instituto Nacional de Encuestas y Censos
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Organización de las Naciones Unidas para el Sida
PEN	El Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida
PIS	Programa Integral en Salud
PVVS	Persona que vive con VIH o Sida
RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UNIFEM	Fondo de Desarrollo las Naciones Unidas para la Mujer
VBGE	Violencia basada en género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana