



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua**



**Doctorado en Ciencias de la Salud Cohorte
2017-2020**

**Informe final de tesis para optar al título de
Doctora en Ciencias de la Salud**

**LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE VIH/SIDA EN MUJERES
INDÍGENAS MISKITAS EN PUERTO CABEZAS, COSTA CARIBE
NORTE DE NICARAGUA, 2018-2019: UNA MIRADA CRÍTICA
DESDE EL FEMINISMO DECOLONIAL.**

Autora:
Gretta Jannette Paiz Malespín
Máster en Salud Intercultural

TUTORA:
María Sol Pastorino, PhD
Docente investigadora CIES

**Puerto Cabezas, Región Autónoma del Caribe Norte.
Nicaragua, Marzo 2022.**

Tabla de contenido

i.	Resumen	5
ii.	DEDICATORIA	6
iii.	AGRADECIMIENTOS	7
	CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	9
1.1	Contribución del estudio.....	13
1.2	El CORLUSIDA en el Modelo de Salud Intercultural	14
1.3	Salud, Mujer y VIH	16
1.4	Mujer, VIH y el Sida.....	17
1.5	Vulnerabilidad, tradiciones culturales y VIH	18
1.6	Epidemiología del VIH y el Sida	19
1.6.1	Incidencia del VIH en Nicaragua.....	19
1.6.2	Terapias Antirretrovirales	20
1.6.3	Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	20
1.6.4	Mortalidad relacionada con el SIDA (2016-2018)	21
1.6.5	Estrategias de atención a pacientes con VIH	21
1.6.6	La medición del gasto en VIH	22
1.7	Contexto del estudio.....	23
1.7.1	Un estudio con perspectiva crítica feminista decolonial	23
1.7.2	Un estudio comprometido desde los derechos humanos y transversalizado por categorías, como interseccionalidad y sexo-género	25
1.8	Características del Municipio de Puerto Cabezas	34
	CAPÍTULO II. ANTECEDENTES	36
	CAPÍTULO III. JUSTIFICACIÓN	39
	CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
IV.1	Pregunta General	41
IV.2	Preguntas Específicas.....	41
	CAPÍTULO V. OBJETIVOS	42
5.1	Objetivo General:	42
5.2	Objetivos Específicos:	42
	CAPÍTULO VI. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	43
	PRIMER CAPÍTULO:	44
	Mapeo del proceso de producción de las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el SIDA.	44

VI.i Representaciones Sociales y Estudios Culturales	44
VI.ii El VIH y sus implicaciones en el sistema relacional de las personas	46
VI.iii Las representaciones sociales como producción de sentidos	47
VI.iv El circuito de la cultura en el debate cultural	48
6.4.1 Representación	49
6.4.2 Identidad	49
6.4.3 Producción	50
6.4.4 Consumo.....	50
6.4.5 Regulación	51
 SEGUNDO CAPÍTULO:	 52
Prejuicios, estereotipos, estigma y discriminación asociadas a manifestaciones de la violencia estructural contra mujeres con VIH.	52
 6.5 Prejuicios y Estereotipos.....	 52
6.6 Estigma y la discriminación.....	53
6.6.1 Estigma	53
6.6.2 La discriminación	54
6.7 La violencia contra las mujeres, su concepto y sus implicancias	55
6.7.1 Violencia, Mujer y VIH.....	56
6.7.2 Formas, manifestaciones y escenarios de la violencia contra mujeres ..	57
6.7.3 El ostracismo y la violencia sexual	60
6.7.4 La violencia doméstica/de pareja.....	60
6.7.5 La violencia patriarcal justificada en nombre de la tradición.....	61
6.7.6 Leyes insuficientes para detener la espiral de la violencia	62
6.7.7 La invisibilización de la violencia contra las mujeres	63
 TERCER CAPÍTULO.....	 65
Desigualdades estructurales, pobreza, exclusión social y orden patriarcal.....	65
 VI.iii Pobreza, Exclusión Social y Desigualdades	 65
6.3.1 Pobreza y exclusión social.....	66
6.3.1.1 El concepto de pobreza	66
6.3.1.2 Nicaragua, Pobreza y VIH	67
6.3.1.3 Puerto Cabezas, Extrema Pobreza y VIH.....	68
6.3.2 Exclusión social	68
6.3.3 Las desigualdades, las mujeres y el VIH	69
 CAPÍTULO VII. DISEÑO METODOLÓGICO	 72
 Materiales y Métodos	 72
 Diseño	 72
Método	73
Tipo de Análisis.....	74
Recolección de los datos	75
Universo y Muestra	77
Muestreo Teórico	77
Aspectos del rigor ético y en la calidad del estudio	79

CAPÍTULO VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	81
8.1 PRIMER OBJETIVO.....	81
Mapeo del proceso de producción de las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el SIDA.	81
8.2 SEGUNDO OBJETIVO:	118
Los elementos fundantes de la violencia estructural que afecta a mujeres miskitas con VIH y el SIDA.	118
8.3 TERCER OBJETIVO:	150
Los elementos que sostienen y configuran las desigualdades estructurales en detrimento de mujeres con VIH.	150
8.4 Limitaciones del Estudio.....	158
CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES	160
CAPÍTULO X. RECOMENDACIONES.....	164
CAPÍTULO XI. BIBLIOGRAFÍA	167
XII. ANEXOS.....	178

i. Resumen

Objetivo: Esta investigación identifica y analiza el sistema de representaciones sociales en el circuito de la cultura y los componentes de la desigualdad y la violencia estructural que se perpetúan en contra de mujeres miskitas con VIH en el municipio de Puerto Cabezas, en la Costa Caribe Norte de Nicaragua. **Diseño:** Tiene como encuadre teórico las representaciones sociales, y como marco epistémico la teoría crítica y el feminismo decolonial desde el cual se analizan condiciones de opresión y violencias patriarcales. Desde el uso de la Grounded Theory, se procedió a la elaboración de un esquema de clasificación jerárquico de la información, arrojando a modo global importantes conceptos y categorías que sostienen y reafirman socialmente la vigencia de concepciones, prácticas, valores, signos, sentidos y significados que moldean la percepción que la gente tiene respecto al VIH y al SIDA. **Resultados:** Problematisa la manera en que se representa social y culturalmente el tema del VIH, en abierta alusión a patrones de exclusiones y silenciamiento social. Por consiguiente, contribuye a descolonizar prácticas hegemónicas en un territorio cruzado por prejuicios que hay que revertir desde abordajes intra-interculturales incidiendo desde espacios significativos como la iglesia, la familia, los centros laborales, las oficinas institucionales, las unidades de salud, el entorno social, espiritual, político y comunitario. **Conclusiones:** Este estudio consigna que la ausencia hoy de intervenciones holísticas, integrales e interculturales que por períodos importantes definieron acciones en la respuesta, contribuyen al reforzamiento de representaciones sociales que se han ido formando y naturalizando en el imaginario colectivo de algunos grupos, configurativos de estigmas, discriminaciones, violencias y desigualdades.

Palabras clave: representaciones sociales; violencias; desigualdades estructurales; mujer indígena miskita; VIH/SIDA.

Correo electrónico: grettaapaizm@yahoo.com

ii. DEDICATORIA

Este estudio está dedicado:

A la valentía, a la dignidad, a la resiliencia y al coraje de mujeres con VIH quienes, desde sus ganas de vivir sin miedo, levantan y hacen escuchar sus voces desde las razones que profundizan en prejuicios, estigma, discriminación y desigualdades de género que inflexionan y legitiman una violencia justificadora de un sistema patriarcal colonizador cuyo entronque desgarrar, confisca, subalterniza y esclaviza los cuerpos y las memorias de niñas y mujeres.

A la memoria de la niña de 12 años, abusada sexualmente, infectada con VIH y que lamentablemente a mediados del 2019 decidió dejarse morir, agobiada por el estigma, el rechazo, el desprecio, y la discriminación de un entorno familiar, comunitario y social, prejuicioso, castigador, misógino, homofóbico, sin empatía, sin compasión, y sin ningún respeto a nada ni a nadie.

A la trayectoria de Ingrid Diesen Balladares, enfermera ejemplar del Wangki Áwala, Nora Francis Martin y Porcela Sandino (q.e.p.d), guías espirituales y médicas tradicionales por excelencia; a Shira Miguel, Verónica Watson y Anny Marley, a todas estas mujeres maravillosas que quiero, respeto y admiro por su incansable labor a favor de la respuesta integral del VIH y la violencia en la región, por su amor, sororidad, humanismo y ética al momento de proteger la integridad de niñas abusadas y pacientes con diagnósticos VIH positivo. A Glenis Escobar y Denis Peralta, por marcar con paso firme la ruta correcta de la comunicación intercultural.

Al Dr. Domingo García Solórzano in memoriam, por su compromiso y contribución desde el Centro Clínico Bilwi a la respuesta integral del VIH y el Sida en la Costa Caribe Norte de Nicaragua.

A Dios, por su infinito amor y misericordia; a mis hijos; a mi amada hermana y compañera en todo tiempo, Cristina Herman Sálomon, por sostenerme de pie cuando el mundo se derrumbaba; a mis padres y a Juan, mi hermano (q.e.p.d).

iii. AGRADECIMIENTOS

Al Proyecto RUIICAY-HIOA Intercultural Communication Linkage Programme, (número 1300624), acompañado financieramente por NORAD y liderado con sabiduría por la Red de Universidades Indígenas Interculturales de Abya Yala (RUIICAY), al frente nuestra querida Rectora de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN), *Doctora Honoris Causa* Alta Suzzane Hooker Blandford. A los Doctores, José Luís Saballos Velásquez, Secretario General de URACCAN y Roy Krøvel, profesor titular de la Oslo Metropolitan University, OSLOMET, por su paciencia en un desafiante proceso del doctorado.

A las/los integrantes de la “*Asociación Vida Futura, Región Autónoma Costa Caribe Norte*”, a la “*Asociación de Médicos Tradicionales de la Costa Caribe de Nicaragua*”, a TESIS, VOCES CARIBEÑAS, al Movimiento de Mujeres “Nidia White”, a sabias y sabios, a actores claves de la respuesta del VIH e informantes anónimos, que, con su infinita calma y compromiso, contribuyen desde la información brindada, a establecer otros horizontes posibles en el tema.

A mi querida tutora, Doctora María Sol Pastorino. Gracias infinitas por ser parte de un proyecto y de un gran sueño que nos llevó a discutir y asumir posturas críticas respecto a un tema que, sin duda alguna, nos marcó y dejó huellas profundas.

A la Doctora Edda Moreno Blanco y al Doctor Manuel Salvador Salas Flores, por su invaluable contribución a este estudio; a Nidia Matamoros, Violeta Irías, Teresa Moreno y Arelly Barbeyto, por sus colaboraciones incondicionales; a Ivania Grisela, Julieta Grádiz y Karen Coleman, por su presencia, fuerza y gran cariño.

A mis colegas, Juan Francisco Perera Lumbí, Pedro Castellón, Juan Carlos Ortiz, Eysner García, William Flores, Tania Rossman, Yuri Zapata y Letisia Castillo por proveer y acompañarme decididamente en el proceso.

Al Programa de Doctorado del Centro de Investigación de Estudios en Salud (CIES-UNAN Managua), por formarnos y forjarnos como especialistas de la investigación en salud desde un paradigma de servicio y compromiso con nuestros pueblos. Gracias infinitas a los Doctores Abraham Salinas, Sergio Gutiérrez, María Sol Pastorino y Jairo Vanegas, por influenciar los espacios de diálogo epistémico con su calidad, calidez, humildad, humanismo y conciencia crítica. Gracias infinitas Dr. Teodoro Isaac Tercero Rivas, por acompañarnos en esta última fase, importante y crucial.

A mis colegas del Doctorado en Ciencias de la Salud, porque sin ellos no habría habido una segunda cohorte buenísimo como el nuestro, gracias por acogirme y hacerme sentir en casa, por la amistad, por el cariño, por los intercambios, por el aprendizaje, por todo lo vivido.

A todas y todos, gracias.

¡Tinki Dawan!

“La dominación asegura a los hombres y sus instituciones patriarcales los mecanismos y la legitimidad para expropiar a las mujeres sus cuerpos subjetivados, su sexualidad, sus productos y creaciones y sus fantasías. Se expropia a las mujeres su vida, y se la pone al servicio de la reproducción de un mundo estructurado por los hombres en el que las mujeres quedan en cautiverio: innombradas, silenciadas, invisibilizadas y oprimidas”.

(Marcela Lagarde, 1989)

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Este es un estudio que desde la mirada de mujeres y hombres indígenas miskitos con VIH, médicos tradicionales y actores claves consultados refuerzan la tesis que la respuesta del VIH y el SIDA en el Caribe Norte de Nicaragua, tuvo como centro una práctica institucional intercultural en un periodo marcado por grandes aciertos y avances en materia de accesibilidad, participación, equidad, igualdad, derechos humanos, y sostenibilidad de las estrategias.

Problematiza y evidencia desde el circuito de la cultura, la relación existente entre lo que se hace en el proceso de producción de las estrategias y lo que se dice respecto al VIH y SIDA como constitución de un sistema de representaciones sociales desde el cual se hace necesario incidir e influenciar para deconstruir prácticas configurativas de prejuicios, estigma, discriminación, violencias y desigualdades estructurales.

El estudio se propuso buscar, encontrar y definir nuevos caminos para la implementación de intervenciones con visión holística, intercultural, viables y sostenibles en el tiempo, que devuelvan a las afectadas por la pandemia del VIH el bienestar integral que supone la salud en materia de acceso a servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad (OPS/OMS, s.f). revirtiendo que esta esté repartida muy desigualmente (Puyol, 2010), en franco deterioro de la salud colectiva (Laurell, 1986). Hacerlo así, solamente vendría a enmascarar “importantes disparidades”. (Naciones Unidas, 2015, p.47). Autores y estudios consultados por esta investigación, direccionan este llamado deterioro, a las grandes desigualdades sociales, que ponen al centro de cualquier debate el mundo de las asimetrías, exclusiones e inequidades (CEPAL, 2016). El debate tiene como punto de inflexión, el bienestar integral y la calidad de vida que necesita la gente para vivir dignamente (Balladeni, 2015). Esto y en un escenario ubicado en la Costa Caribe Norte de Nicaragua, impone grandes desafíos por asegurar acceso a los programas de salud en condiciones de igualdad y equidad (CEPAL, 2017).

La OMS, define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedades (OMS, 1946). Ineludiblemente, se trata de un derecho básico e indispensable para alcanzar el desarrollo social y económico (OPS/OMS, 1997). Al respecto, autores como Dubos (1967), en Gavidia y Talavera (2012), la visualizan como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en un espacio que exige equilibrio entre el individuo y su entorno.

En este sentido, comprender el tema de la salud, pasa por revisar y analizar las aristas vinculadas a los determinantes sociales de la salud cuyos impactos deterioran y degradan aún más, la condición de bienestar integral que debería generar “la salud para todos”, prometida desde el año 1946, según la Carta de Ottawa (OPS, 1987). Lo cierto es que, a treinta y dos años de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa, aún persisten los obstáculos que impiden la adopción de políticas que favorecen la salud de los pueblos en el globo terráqueo.

Eventualmente, el VIH y el SIDA, desentraña un problema global de salud y, de equidad, es decir, de ausencia de oportunidades en materia de salud (Whitehead, 1991). La salud global hace alusión a temas de salud que trascienden los confines nacionales y los gobiernos, y que precisan de una acción internacional (Kickbusch, 2006), en Balladeni (2015). Es decir, trasciende a los mecanismos creados desde la salud pública (enfocada en comunidades) y la salud internacional (en países), (Tallada, 2014).

La realidad en salud que impera en el mundo, pone en entredicho los compromisos asumidos desde la Carta de Ottawa, la Declaración de Yakarta, hasta los mismos objetivos de desarrollo del milenio (2000), por mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud asegurando el bienestar integral de los pueblos. Las oportunidades en salud debe ser un proceso permanente en la gestión de una salud pública que demanda transparencia en el manejo de los recursos destinados a mejorar las condiciones de vida de la gente, y el diseño e implementación de políticas públicas que sostengan la promoción y la atención de la salud como el camino para reducir las desigualdades y las inequidades.

De ahí, que la equidad demande de los Estados una distribución equitativa y justa de los recursos, que priorice el acceso y la calidad en la salud. Sin duda, se hace necesario fortalecer los sistemas de salud para enfrentar con respuestas eficaces “la desigualdad global de salud” (Puyol, 2010, p.481) y trabajar por revertir la pobreza y la extrema pobreza. En el caso particular de las mujeres indígenas miskitas con VIH o SIDA, esto supone desacelerar el proceso de deterioro de la salud y la calidad de vida, esto en la práctica llevaría a la implementación de acciones dirigidas a la reducción de las inequidades en salud (Scherecker, 2012) y al estudio de nuevos mecanismos, coherentes con las políticas y los sistemas de salud (Kickbusch e Ivanova, 2013).

El énfasis que este estudio pone a la salud y su importancia, se debe al reconocimiento que para que la Costa Caribe de Nicaragua pueda avanzar hacia el desarrollo debe alcanzarse niveles de bienestar, y que, al parecer, este es un bienestar que no alcanza a llegar debido a siglos de rezago económico, social, productivo, tecnológico y de desarrollo integral y de identidad. Los propios firmantes de los Objetivos del Milenio (2000), reconocieron 15 años después, que los “compromisos asumidos por acabar con la pobreza extrema, quedaban pendientes”. (Ki, Moon, 2017, p.3).

Los países pobres como el nuestro, van a demandar por mucho tiempo que iniciativas que se articulen desde la salud global tengan permanencia en la gestión de recursos multilaterales que promuevan y aseguren parte de la respuesta que requiere particularmente la Costa Caribe de Nicaragua donde la prevalencia del VIH y el SIDA se ha disparado silenciosamente en los últimos años. Esta es una complejidad que se analiza desde la realidad de un país extremadamente pobre y desangrado económicamente por contextos políticos y sociales como el nuestro y que insisten en agravar aún más las posibilidades de acceder con mayor ventaja y oportunidades a mejores condiciones en salud en un territorio históricamente olvidado y marginado por gobiernos neoliberales.

El contexto actual y desde el cual se analiza este estudio, coincide con una realidad que no es exclusiva de Nicaragua, sino que trasciende a una salud global, que pone en jaque todos los objetivos comprometidos desde la Carta de Ottawa (1986), la Declaración de Yakarta y los Objetivos del Desarrollo del Milenio (2000), por intentar mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud asegurando el bienestar integral de los pueblos.

Por todo lo discutido, este estudio resulta significativo en tanto también busca visibilizar la complejidad de la afectación del VIH y el Sida y por consiguiente, la de un problema de salud pública en la región.

El debate sostenido en este estudio se fundamenta en tres rutas, teórica, epistemológica y metodológica:

La ruta teórica, alude al concepto de representación discutido por distintas tradiciones con especial énfasis desde Stuart Hall, consiguiendo analizar desde el circuito de la cultura propuesto por los estudios culturales, la manera en que se configuran las representaciones sociales desde el propio proceso de producción en el análisis de las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el Sida en Puerto Cabezas. De este modo, el concepto de “circuito de la cultura” y sus componentes facilitan ubicar el estudio de las representaciones sociales y su contemplación o ausencia en la acción/respuesta al problema del VIH y el Sida.

La ruta epistemológica, se articula desde la mirada crítica y epistémica del feminismo decolonial cuyo enfoque y postura fue pertinente para aprehender el mundo que viven mujeres miskitas con VIH, desde caminos que nos acercaron a su realidad, dificultades, necesidades y vivencias. Con esta visión y compromiso, este estudio entreteje la narrativa compartida por mujeres, desde otros cuerpos, otras mentes y otras memorias.

Con *la ruta metodológica*, el estudio se funda en el paradigma cualitativo y registra las visiones y los significados asignados a los procesos sociales impulsados a la luz de la respuesta del VIH en el territorio. Desde el uso de la Grounded Theory (Teoría Fundamentada), se procedió a la elaboración de un esquema de clasificación jerárquico de la información, arrojando a modo global importantes conceptos, categorías y sub-categorías que sostienen y reafirman socialmente la vigencia de concepciones, prácticas, valores, signos, sentidos y significados que moldean la percepción que la gente tiene respecto al VIH/SIDA.

1.1 Contribución del estudio

La investigación también registra las siguientes contribuciones: (i) discute desde la mirada del feminismo decolonial, las propias particularidades de mujeres con VIH, como objeto principal del estudio, evidenciando las opresiones impuestas desde relaciones desiguales; (ii) aporta significativamente teóricamente a la salud pública, como un campo en el que confluyen saberes, prácticas y conocimientos; (iii), en definitiva, plantea nuevas teorías, y a manera de ejemplo, el *Mito de Liwa*, podría estar replanteando la respuesta del VIH desde la articulación del modelo de salud intercultural centrada en la contribución de la medicina tradicional y ancestral.

Asimismo, (iv) apuesta metodológicamente a la potenciación de recursos valiosos como las historias de vida de mujeres con VIH y que este estudio incorpora íntegramente como la manera de visibilizar y hacer escuchar desde los relatos, sus voces silenciadas y subalternizadas; (v) es una mirada que potencia la articulación y el cruce de conocimientos con la medicina tradicional y ancestral, como una práctica que tiene como centro la comunidad y la colectividad.

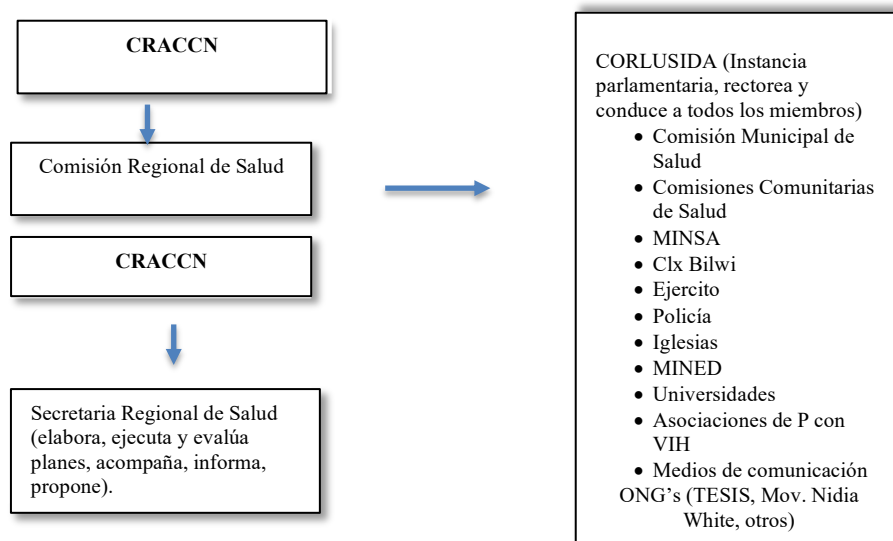
Consecuentemente, (vi) es un estudio que problematiza la manera en que se representa social y culturalmente el tema del VIH, en abierta alusión a patrones configurativos de asimetrías e invisibilización de grupos afectados por la pandemia, particularmente, de mujeres indígenas miskitas en el Caribe Norte de Nicaragua. Por consiguiente, (vii) contribuye a descolonizar prácticas hegemónicas en un territorio cruzado por prejuicios, estigma, discriminación, violencias y desigualdades que hay que revertir desde abordajes intra-interculturales incidiendo desde espacios significativos como la iglesia, la familia, los centros laborales, las oficinas institucionales, las unidades de salud, el entorno social, espiritual, político y comunitario.

1.2 El CORLUSIDA en el Modelo de Salud Intercultural

La Costa Caribe Norte de Nicaragua cuenta con un modelo de atención intercultural de la salud, como un sistema que busca mejoras en el acceso, atención y calidad en la salud. Es un modelo comprometido con los grupos más excluidos socialmente y responde a principios de reciprocidad y complementariedad entre los diversos sistemas de salud practicados por los pueblos indígenas, afrodescendientes y mestizos costeños en la región. El MASIRAAN se sustenta en las prácticas y los conocimientos tradicionales de salud y procura desarrollar acciones pertinentes al contexto que den respuesta a las demandas en salud de los pueblos y comunidades étnicas de la Costa Caribe Norte.

Desde esta lógica organizativa, y ante la pandemia de VIH/SIDA, el Consejo Regional Autónomo de la Costa Caribe Norte (CRACCN) como máxima autoridad del Sistema Autonómico Regional, conforma entre sus comisiones de trabajo, la Comisión Regional de Lucha Contra el SIDA (CORLUSIDA) como entidad legislativa y de respuesta regional ante la pandemia. Lo integran miembros activos en el campo de la salud, la educación, la espiritualidad y todos los que en alguna medida participan en procesos que contribuyen a elevar los niveles de salud de las comunidades, sus individuos y la región. Paralelamente el Gobierno Regional Autónomo (GRACCN) cuenta con la Secretaria Regional de Salud como instancia ejecutora, de planificación, evaluación y gestión de las acciones en salud. Por tanto, trabaja en estrecha relación con todos los miembros de CORLUSIDA en los procesos de ejecución de planes de acción en temas de VIH y demás problemáticas de salud que aquejan a la región.

Figura 1:
Organigrama Institucional de la Salud Intercultural en la RACCN, para la
Respuesta Regional al VIH/SIDA



Fuente: elaboración propia. 2021.

El CONCASIDA del 2007, un hito histórico en la respuesta del VIH/SIDA

En un nuevo ambiente de país, en diciembre del 2007, y en el marco del “V Congreso Centroamericano de ITS, VIH y Sida y el V Encuentro Centroamericano de Personas conviviendo con el virus del VIH o el Sida”, expositores procedentes de la Costa Caribe de Nicaragua, planteaban con gran preocupación la frecuencia con la que se registraban las infecciones de transmisión sexual en un contexto de pueblos eternamente excluidos. De esta manera, en el período destacaron estrategias dirigidas a la prevención, atención y tratamiento impulsados por la Comisión Regional de Lucha Contra el SIDA (CORLUSIDA), como la instancia creada por decreto del Consejo Regional Autónomo de la Costa Caribe Norte en asamblea presidida por la Comisión Regional de Salud. Los años que siguieron en la Costa Caribe Norte de Nicaragua fueron marcados por avances y desafíos importantes por asegurar salud gratuita, universal, solidaria, integral, intercultural, con equidad, sin discriminación y, sin brechas de inequidades y exclusión social.

Atrás habrían quedado los rezagos de un país marcado por políticas neoliberales que profundizaron asimétricamente en desigualdades sociales. Uno de estos grandes proyectos que la gente recuerda en Puerto Cabezas es el que ejecutó el Centro Clínico Bilwi, como uno de los miembros más activos de la CORLUSIDA; en consorcio con Horizont 3000, el Ministerio de Salud, Asociación Vidas Futuras, entre otros. Pese a estos grandes esfuerzos realizados e identificados en la región por revertir los niveles de prevalencia del VIH y el SIDA en la Costa Caribe de Nicaragua, en los siguientes años, los proyectos orientados a la prevención y atención del VIH y el Sida fueron cerrando. De allí, la importancia de indagar y conocer las condiciones en que los programas y estrategias que un día fueron tan buenos y exitosos porque llenaron de esperanza a personas con VIH (hombres y mujeres), simplemente desaparecieron, y en cambio, lo que existe hoy son altos niveles de preocupación e incertidumbre frente a uno de los problemas de salud pública más sentidos en el municipio de Puerto Cabezas, seguido de la malaria.

Ante tal situación, el interrogante que guía la primera parte de este estudio fue indagar en el por qué el proceso de producción de las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el SIDA como factor determinante fue insuficiente para responder al estado del VIH y el SIDA en la Costa Caribe Norte de Nicaragua.

1.3 Salud, Mujer y VIH

El estado de bienestar integral que supone la salud

Significativamente, la salud comprende paz, vivienda, educación, seguridad social, relaciones sociales, alimentación, empoderamiento de la mujer, ecosistema estable, uso sostenido de los recursos, justicia social, respeto de los derechos humanos, equidad y la ausencia de pobreza (OPS/OMS, 1997). También abarca comportamientos y estilos de vida saludables, ingresos y posición social, trabajo y condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios y los entornos físicos. En todo caso, la salud tiene como premisa, que para que un país avance y alcance el desarrollo deseado, la salud debe ser indispensable (Vilasanjuan, 2014).

En lo que concierne a la Costa Caribe de Nicaragua, el derecho constitucional de salud para todos contenidos en el arto 59 (La Gaceta, Diario Oficial, 18 de febrero 2014), promueve acceso a los programas de salud sin discriminación, con igualdad y equidad (CEPAL, 2017), para enfrentar con respuestas eficaces la desigualdad global de salud (Puyol, 2010). Indudablemente, estas son condicionantes favorables para revertir la pobreza, la extrema pobreza y acceso universal a tratamientos antirretrovirales, sin mayores barreras.

1.4 Mujer, VIH y el Sida

En el 2005, 17,5 millones de mujeres vivían con el VIH, un millón más que en 2003. Si bien los hombres fueron los más afectados al comienzo de la epidemia, los índices de nuevas infecciones entre las mujeres ahora superan a los de los hombres, especialmente en países donde las mujeres viven en pobreza y con una condición social relativamente baja. La proporción de mujeres afectadas por la epidemia sigue creciendo y el impacto es cada vez mayor sobre las mujeres (ONUSIDA-OMS, 2005), agravado por sus propias condiciones biológicas, culturales y socioeconómicas. En esta línea, autores como (Worley, 2005), comprueba la conexión entre la falta de acceso a educación, ingreso propio y la desigualdad en los derechos de propiedad, y la vulnerabilidad de las mujeres a la infección del VIH perpetuado por el miedo al abandono de las parejas en el intento de controlar cuándo y cómo van a tener relaciones sexuales, o si el hombre debe usar un condón. La postura del autor responsabiliza a la pobreza como la responsable por la que algunas mujeres se vean envueltas en la industria sexual, donde el tráfico sexual y el sexo comercial promueven su continua exposición al VIH. Mientras tanto, los hombres controlan el principal medio para reducir el riesgo de transmisión sexual del VIH: el uso del condón masculino. Aunque el condón femenino ha mejorado las posibilidades de prevención entre las mujeres, el apoyo del hombre para su uso sigue siendo crucial.

De este modo, queda evidenciado en muchos países, que el matrimonio y la fidelidad de las mujeres no bastan para protegerlas de la infección del VIH.

A manera de ejemplo, mientras en la India muchas de las nuevas infecciones tienen lugar entre mujeres casadas cuyos maridos tienen relaciones con trabajadoras sexuales; en Nicaragua las mujeres casadas tienen el doble de probabilidades de contraer el VIH que las trabajadoras sexuales (ONUSIDA/OMS,2005). Esto sin duda, viene a modificar la falsa creencia de que el VIH y Sida, solamente es un tema de hombres teniendo relaciones con otros hombres, de personas que se inyectan drogas con jeringas o, simplemente, es un asunto de “*prostitutas*” (comprendidas desde este estudio como profesionales del sexo).

1.5 Vulnerabilidad, tradiciones culturales y VIH

Las tradiciones culturales, como la posición dominante de los hombres y la preferencia de éstos por mujeres jóvenes, es otra de las agravantes de la vulnerabilidad de la mujer que vive y enfrenta y sobrevive al impacto de la violencia y del VIH atribuible a factores biológicos, sociales, económicos y estructurales (Ramjee y Daniel, 2013), evidenciado desde diversos estudios, y que en el caso sudafricano, daba cuenta que las mujeres maltratadas por sus compañeros tenían un 48 por ciento más de probabilidad de estar infectadas con el VIH (ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM, 2004) en situaciones donde la violencia, la posición económica desfavorable y la incapacidad de insistir en el uso del condón hacen que las mujeres no puedan negociar el momento del sexo y las condiciones bajo las cuales ocurre (Ackermann y Klerk, 2002).

Para (Lamptey, Ruckstuhl y Cates, 2002), la propagación del VIH solo se podría eliminar si tan sólo se reconociese y abordara la posición subalternizada de las mujeres y el riesgo que tienen de infectarse durante el coitovaginal sin protección cuatro veces más que el hombre. A esto se suma, que algunas ITS no tratadas puedan elevar hasta diez veces el riesgo de transmisión en ambos sexos (ONUSIDA, 1997), así como la decisión de la mujer de no recurrir a los tratamientos cuando tienen una ITS, por miedo al estigma (Lindgreen, Rankin y Rankin, 2005). Otros factores asociados, son la cantidad de parejas y los encuentros sexuales con grupos en riesgo (Johnson y Laga, 1988).

De acuerdo a Lamprey, Johnson y Khan (2006), las jóvenes padecen el mayor riesgo de infección, debido a su vulnerabilidad social, antes y después del matrimonio, lo que las hace tres veces más propensas a adquirir una ITS (Ramjee et al, 2008). La mayoría de las infecciones en jóvenes son el resultado de relaciones sexuales sin protección, lo que refleja las pocas posibilidades que tienen las mujeres para incidir y asegurar condiciones más seguras en el intercambio sexual (Ramjee y Daniel, 2013).

1.6 Epidemiología del VIH y el Sida

En el mundo, 42,9 millones de personas vivían con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el primer semestre del 2017, de este total, los 20,3 millones son mujeres mayores de 15 años, y, 1,2 millones de personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida (ONUSIDA, 2017), a pesar de la existencia de terapias anti-retrovirales que intervienen en la trayectoria de la enfermedad y pueden prolongar la vida (Zambrano, et al, 2013).

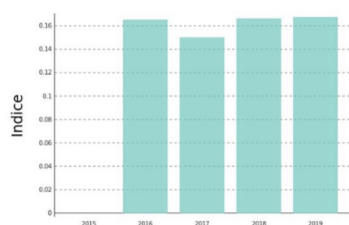
En Nicaragua, el primer caso de VIH fue diagnosticado oficialmente en 1987 y en 1988 en la Costa Caribe (CORESIDA/MINSA, 2009). Su impacto se reconoce de la siguiente manera: *“La epidemia del VIH y el Sida es una realidad en Nicaragua, y cuya trascendencia se expresa no solamente en la salud de las personas que viven con el VIH, sino en la forma como afecta su núcleo familiar, comunitario y social, con un fuerte impacto socioeconómico en el desarrollo humano de la población y del país”*. (MINSA/CONISIDA, 2006, pág.11).

1.6.1 Incidencia del VIH en Nicaragua

El informe nacional sobre avances en respuesta al sida en Nicaragua. *Monitoreo Global del Sida 2019*, informa que en el 2019 se registraron 1,092 casos notificados de VIH con un incremento de 19 casos con respecto al 2018 (1,073). Para este mismo periodo ingresaron a TARV 878 personas. Los registros evidencian una reducción de la brecha entre los nuevos diagnósticos y el número de personas con VIH que ingresan a TARV, observando una reducción del número de ingresos, pasando de 937 en 2018 a 878 en 2019. En volumen y positividad de la prueba del VIH en el año 2019 se registran 439,584 dato mayor al reportado en 2018 con 430,382 pruebas de VIH, 357,791 fue en mujeres, 73, 728 en varones y 8,065 en niños menores de 15 años. (UNAIDS, s.f).

Incidencia del VIH-Nicaragua (2015-2019)

Número de personas que contraen el VIH en el periodo sobre el que se informa por cada 1.000 personas no infectadas por el virus



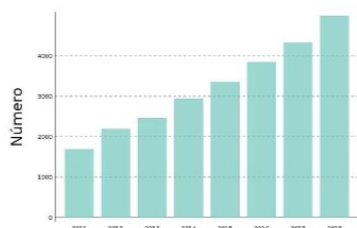
Fuente: Monitoreo Global del SIDA 2019.

1.6.2 Terapias Antirretrovirales

Al 2019, un total de 5 mil 696 personas recibieron terapia antirretroviral. En 2018, 4 mil 999 personas, 97.5% mayores de 15 años y 2.4% menores, 66% son hombres y 34% mujeres, atendidos en 60 clínicas de atención integral. Los SILAIS con mayor número de personas en TAR son: Managua 46.3% (2 mil 309), Chinandega 11.4% (571), Bilwi 8.95% (442), León 7,6% (378) y Masaya 6.1% (302). El abandono a la TARV está por arriba del 30%.

Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral, Nicaragua, 2011-2018.

Número de personas que reciben terapias antirretrovirales a la conclusión del periodo sobre el que se informa



Fuente: Monitoreo Global del SIDA 2019.

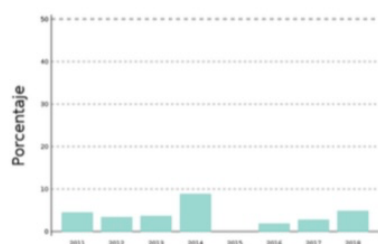
1.6.3 Prevención de la transmisión materno infantil del VIH

El informe de país revela que en el 2018 se registran 133 embarazadas con VIH, dato superior al reportado en 2017 con un 16.5% (22). Los SILAIS con mayor número de embarazadas son: RACCN 27.8% (37), Managua 25.6% (34), Chinandega 9% (12), León 6% (8), Masaya y Matagalpa el 4.5 % (6). De acuerdo a este reporte los seis SILAIS concentran el 77.4 % de las embarazadas con VIH. Mientras, el 46.6% (62) tenían diagnóstico previo del VIH y el 57.4 % (71) corresponden a nuevos diagnósticos del 2018.

El 97% (129), está recibiendo TARV de por vida, de estas, 60 ya se encontraban recibiendo TARV y 69 iniciaron TARV en 2018. En el 2018 se registran 126 niños y niñas nacidos de madres con VIH. Los SILAIS que registran mayor número de niños expuestos son: Managua 27.7% (36), RACCN 23.8% (31), Chinandega 12.3% (16), Masaya 4.6% (6), Las Minas 3.8% (5) y León el 3.1%. Según vía de nacimiento 111 fueron por cesárea y 15 parto vaginales. Se registran 6 casos positivos con una tasa de transmisión materno infantil del 4.8%.

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH, Nicaragua, 2011-2018

Porcentaje estimado de niños que contraen el VIH mediante transmisión materno infantil entre el número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz en los 12 meses anteriores



Fuente: Monitoreo Global del SIDA 2019.

1.6.4 Mortalidad relacionada con el SIDA (2016-2018)

La mortalidad por VIH evidencia una tendencia al incremento a partir del año 2002. La tasa de mortalidad ha mantenido un comportamiento similar en ambos años con 6.8 en 2017 y 6.7 en 2018 con 232 defunciones, según sexo 73.0% (170) son hombres y 27.0% (62) mujeres. Experimentando un descenso de 2019 con 222 defunciones y una tasa de mortalidad de 3.4, donde 159 son hombres (4.9%) y 63 mujeres (1.9%).

1.6.5 Estrategias de atención a pacientes con VIH

Para el año 2017, Nicaragua registraba 4 mil 260 pacientes con VIH que accedían a sus terapias antirretrovirales en un contexto en el que la epidemia estaba concentrada en hombres teniendo sexo con hombres, transexuales, trabajadoras sexuales, población adolescente y joven en general (MINSA, 30 noviembre 2017). En el caso particular del Caribe Norte, este mismo año fueron reportados 65 nuevos casos y 21 fallecidos, en un comportamiento distinto al 2016, con 109 nuevos casos y 30 fallecidos en la etapa Sida (SILAIS/BILWI, 2016-2017).

Pese a que son datos bastante generales, en la región, el VIH y el Sida es un problema creciente, agravado por la carencia de estudios que profundicen en el impacto de la pandemia particularmente en mujeres, de allí, que este estudio, apuntó a contribuir en comprender y visibilizar un problema de salud pública en la región.

En este sentido, el Ministerio de Salud ha confirmado que la estrategia de atención a pacientes con VIH ha estado dirigido a asegurar el acceso a programas de prevención y atención integral. En tal caso, la integralidad de las intervenciones supone condicionantes en el abordaje dirigido a la calidad, calidez, pertinencia, disminución del estigma y discriminación que quedan legitimados muchas veces en las propias salas de atención de las unidades de salud en donde funcionarias y funcionarios del propio sistema cargados de prejuicios rompen con el sigilo.

1.6.6 La medición del gasto en VIH

En el 2012 la composición del financiamiento internacional en respuesta al VIH, el 81 % provino de fuentes multilaterales, con 10.8 millones de dólares, disminuyendo dramáticamente en comparación al 2010, en un 95%, una reducción que sin duda comprometió la respuesta, considerando que solamente la mitad del financiamiento en Nicaragua para VIH era de origen nacional. El aporte de las fuentes bilaterales fue de 19 %, es decir, de 2.5 millones de dólares; mientras las fuentes bilaterales se redujeron en un 5 %; la proveniente de organizaciones no lucrativas disminuyeron en un 95 %, (CONSIDA, 2012), quedando completamente claro que ningún país pobre como el nuestro podría avanzar en materia de respuesta sin cooperación.

Pese a este panorama desalentador respecto al financiamiento, Nicaragua se prepara para la implementación del Plan Nacional para la respuesta integral a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y Sida para el período 2020-2024 en un proceso que fortalece las capacidades de las instancias del sistema de salud del país integrado por equipos multidisciplinarios compuestos por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, especialistas, jefes de componentes de VIH, entre otros agentes.

El Plan Estratégico es el techo, sobre el cual se basan las acciones que se realizan en el campo del VIH y el Sida. Son las líneas estratégicas definidas para asegurar la prevención, promoción y la atención en la respuesta, exámenes complementarios, el tratamiento antirretroviral, en una fase importante que estará priorizando niñez y adultos con VIH. Otras acciones priorizarían a las poblaciones claves como trabajadoras sexuales, hombres teniendo sexo con otros hombres y mujeres transgénero y seguir fortaleciendo la eliminación de la transmisión materno infantil.

1.7 Contexto del estudio

Este es un estudio que tiene como contexto, por un lado, los esfuerzos de país para avanzar desde el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) en materia de acceso a la salud, llevando a las familias y comunidades ferias de salud y cuyo impacto en la salud pública e intercultural del país es atribuible a las especialidades odontológicas, ultrasonidos, pruebas de papanicolaou, pruebas de VIH, electrocardiogramas, consultas generales y atenciones desde la medicina natural a las que tienen acceso mujeres, niñez, ancianos, adolescentes, jóvenes y hombres, destacando la participación de trabajadores de la salud e integrantes de las redes comunitarias; y por otro, condicionantes adversas y desfavorables a las mujeres en un territorio en donde se sospecha que tanto el VIH como el Sida han incrementado en un marco de violencia y en un escenario justificado por un mimetismo, hermetismo e invisibilización de un problema grave de salud pública.

Con este planteamiento esta investigación hace énfasis en los siguientes aspectos relevantes:

1.7.1 Un estudio con perspectiva crítica feminista decolonial

Es un estudio que utiliza la perspectiva crítica feminista decolonial en la investigación como un reconocimiento a la mujer como sujeto de derecho, levanta, recoge su voz, reconoce su experiencia (Flores, 2014) como la manera de visibilizar su situación y realidad (Blazquez, Flores y Ríos, 2012) en un estudio que asume una postura crítica frente a la complejidad que viven mujeres miskitas con VIH en la Costa Norte de Nicaragua marcadas por una “*herida colonial*” (Mignolo, 2016) que las humilla, las invisibiliza, las silencia, y las hace sentir inferior.

Consecuentemente, recupera sus voces y formas de pensar, actuar y sentir respecto al VIH y a todo lo que impacta sus vidas, desgarradas por los prejuicios, la discriminación, la violencia patriarcal, la marginación, la extrema pobreza y las desigualdades históricas.

Mujeres miskitas con VIH consultadas en ocasión de este estudio, reconocen que la violencia que ellas viven, las reduce, las silencia, las oprime y las invisibiliza (Bárcena, 2014). Dramáticamente, son mujeres que están afrontando en condiciones desiguales, tanto fuera como dentro de sus propias comunidades formas de discriminación, ostracismo y marginación gravitadas por su sexo, género, raza, color de la piel, etnicidad, edad y situación de pobreza (Naciones Unidas, 2015; CIDH, 2017).

De allí, la relevancia de transcender desde la epistemología feminista decolonial, al debate de las condiciones estructurales en que mujeres indígenas en el Caribe Norte de Nicaragua, han venido construyendo y configurando sus voces individuales y colectivas respecto al estigma, discriminación, pobreza, exclusión, desigualdades y violencias (Hinojosa, 2000), en un tema bastante complejo que se discute e inflexiona desde las propias experiencias de mujeres en un esfuerzo por transformar su propia realidad social (Harding, 1993; Harding, 1987; Blazquez, Flores y Ríos, 2012).

Desde Fries y Hurtado (2010) citado por Barbeyto (2014), este es un estudio que recurre a un feminismo comprometido con denunciar, desvelar y descolonizar la violencia de género como factor de desigualdad y discriminación atribuible a la ausencia y al ejercicio de los derechos en igualdad (Barbeyto, 2014). De allí, la relevancia de integrar el feminismo decolonial, para la generación de conocimientos significativos para y desde las mujeres (Blazquez, Flores y Ríos, 2012). Por consiguiente, queda consignado que la opción decolonial fue pertinente para aprehender el mundo que viven mujeres miskitas con VIH, desde caminos que nos acercaron a su realidad, dificultades, necesidades y vivencias. Con esta visión y compromiso, este estudio entreteje desde otros cuerpos, otras mentes y otras memorias (Mignolo, 2014), y desde la solidaridad sin fronteras (Gargallo, 2012).

1.7.2 Un estudio comprometido desde los derechos humanos y transversalizado por categorías, como interseccionalidad y sexo-género.

Desde una perspectiva de derechos, el estudio analiza las barreras y obstáculos que las mujeres aún enfrentan para ver sus derechos humanos plenamente respetados y garantizados (CIDH, 2016). En consecuencia, es un estudio que ha recuperado las voces de mujeres afectadas por la pandemia del VIH y el SIDA como un acontecimiento de alto poder simbólico en el contexto de una sociedad que las excluye, margina, discrimina y estigmatiza.

Desde una mirada interseccional, esta tesis doctoral estudia, entiende y responde a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión, privilegio y “discursos sexuales dominantes” (Gómez, 2009, pág.676). Esto sin duda, hace alusión a la categoría analítica sexo-género interpretado como elemento indispensable en la formación de las cosmovisiones que se tienen respecto al mundo y que Berian (2006), refiere como la manera de dotar de sentido a los acontecimientos y hechos sociales.

Gayle Rubín (1996), define el sistema sexo-género, como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y las las cuales estas necesidades sexuales transformadas, son satisfechas” (p.97). Al respecto, asegura Purificación Mayobre (2007), esta es una categoría que impacta en la construcción de la identidad del sujeto, en donde el sexo era el factor determinante de las diferencias observadas entre las personas sexuadas en masculino o femenino. De acuerdo a esta autora, desde hace unas décadas, se reconoce que en la configuración de la identidad masculina y femenina intervienen, factores genéticos, estrategias de poder, elementos simbólicos, psicológicos, sociales, culturales, entre otros, es decir, elementos que nada tienen que ver con la genética, pero que son condicionantes muy importantes a la hora de la configuración de la identidad personal.

1.7.2.1 El Género

El término “género” es una construcción conceptual del feminismo de la década de los setenta y tiene sus raíces históricas que se remontan al siglo XVII con el pensamiento de François Poulain de la Barre. Este sería un concepto interpelado por Simone de Beauvoir, en su libro “El segundo Sexo”, con la interrogante ¿qué es una mujer?, y que Betty Friedan, a inicios de la década de los 60, citada por León (2009, pág.41) también se habría pronunciado respecto a un tema que desvelaba el problema de la igualdad entre los sexos, asegurando: *“Las mujeres somos el espejo dañado del “otro” y por ello, corremos el riesgo de perdernos en las imágenes distorsionadas que se han hecho de nosotras”*. Con esta frase, la feminista estadounidense, cuestionaba el estilo de vida, trabajo y familia de la esposa educada de la clase media, desenmascarando símbolos culturales de género injustos, desiguales, absurdos y destructivos. (Bloch, 2013).

Mientras para Joan Scott (1999), “género es sinónimo de “mujeres” y no comporta una declaración necesaria de desigualdad o de poder, ni nombra al bando (hasta entonces invisible) oprimido, designa las relaciones sociales entre sexos (p.40), para Naciones Unidas (2014), género hace alusión a identidades socialmente construidas, los atributos y los roles asignados a mujeres y hombres, quedando claro que el término, no equivale a “mujer”, dejando establecido que el significado social y cultural que la sociedad atribuye a las diferencias biológicas da lugar a relaciones jerárquicas entre hombres y mujeres y a la distribución de facultades y derechos a favor del hombre y en detrimento de la mujer.

Para Lamas (2000), género es atribuible “al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres”. (p.3). Sostiene, que por esta clasificación cultural, se definen la división del trabajo, las prácticas rituales, el ejercicio del poder y se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad.

De este modo, el lugar que la mujer y el hombre ocupan en la sociedad está matizado por factores políticos, económicos, culturales, sociales, religiosos, ideológicos y ambientales que la cultura, la sociedad y la comunidad pueden cambiar (Naciones Unidas, 2014).

Pese a todo, Chimamanda Adichie (2015), sostiene que no resulta fácil tener conversaciones sobre género porque ponen incómoda a la gente y a veces la irritan, y que tanto hombres como mujeres se resisten a hablar de género, o bien tienen tendencia a restar importancia rápidamente a los problemas de género, porque siempre incómoda pensar en cambiar el estado de las cosas.

En relación a los derechos humanos, la reacción de la escritora nigeriana, reconoce que queda claro que el feminismo forma parte de los derechos humanos en general, pero sin embargo, al momento de elegir usar la expresión genérica “derechos humanos” supone negar el problema específico y particular del género atribuible a la falta de reconocimiento que el género sitúa a las mujeres en el punto de mira puesto que tradicionalmente el problema no era ser humano, sino concretamente ser una humana de sexo femenino, exclamando que durante siglos, el mundo dividía a los seres humanos en dos grupos y a continuación procedía a excluir y oprimir a uno de esos grupos en un contexto cultural en donde la cultura tiene como meta asegurar la preservación y la continuidad de un pueblo que de acuerdo a Adichie, la cultura no hace a la gente, al contrario, la gente hace la cultura y por tanto, hay que hacer cambios en abierta alusión a un replanteamiento de patrones justificadores de las diferencias de género, relaciones desiguales, subalternidad de las mujeres y violencias.

En esta complejidad aparece la cultura como la responsable de marcar a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano, de allí la importancia de comprender el marco cultural atribuible al género, es decir, la manera en que se construye socialmente la masculinidad y la feminidad como resultado de una producción histórica y cultural, y cuya columna vertebral tiene como centro el proceso de simbolización (Lamas, 2000).

Consecuentemente, la autora atribuye al género, la capacidad de crear un imaginario social con una eficacia simbólica contundente y, al dar lugar a concepciones sociales y culturales sobre la masculinidad y feminidad, es usado para justificar la discriminación por sexo (sexismo) y por prácticas sexuales (homofobia). Al sostenimiento del orden simbólico contribuyen hombres y mujeres, reproduciéndose y reproduciéndolo. Los papeles cambian según el lugar o el momento, pero, mujeres y hombres por igual son los soportes de un sistema de reglamentación, prohibiciones y opresiones recíprocas. En palabras de Femenías (2012), esto no quiere decir que no haya diferencias entre individuos o entre grupos, sino que el problema aparece cuando esas diferencias se jerarquizan en base a una historia colonial, que se inscribe en cuerpos “marcados” y subalternizados.

Para Judith Butler (2002), del mismo modo en que “el género se construye a través de las relaciones de poder y, específicamente, las restricciones normativas que no sólo producen, sino que además regulan los diversos seres corporales” (p.13), el “sexo” es un terreno conflictivo, formado mediante una serie de disputas y “una construcción ideal que se materiza obligatoriamente a través del tiempo” (p.18).

Para Femenías (2012), “el sexo, es una marca en el cuerpo que, independientemente de la etnia, ha incidido significativamente en la vida de la mitad de la población” (p.76). En definitiva, el género es una construcción cultural que se impone sobre la superficie de la materia, entendida como “el cuerpo”, o bien como su sexo dado. En este sentido, es un sujeto que se construye social, cultural y lingüísticamente como individuo generizado, pero dado que el sexo es ya género y que no existe ninguna identidad previa al trabajo de lo cultural, subrayando el carácter performativo del género.

Finalmente, y de acuerdo a Águeda Gómez (2009), queda consignado que “los sistemas sexo-género son representaciones culturales, con un fuerte componente arbitrario, que responden a relaciones históricas y sociales, de poder y de control social, que no derivan únicamente de la “naturaleza” sexual de los seres humanos (p.707).

Al respecto, teorías feministas postmodernas estiman que categorías como “género”, la “homosexualidad” y la “mujer” son representaciones elaboradas con el fin de que el poder patriarcal hegemónico genere situaciones de dominación y exclusión (Mayobre, 2006, citada en Gómez, 2009, pág.703). Por tanto, y como lo advierte Lamas (1996), utilizar la categoría género para referirse a los procesos de diferenciación, dominación y subordinación *entre los hombres y las mujeres* abre la posibilidad de la transformación de costumbres e ideas, acercándose así, a una explicación de la acción humana como un producto construido.

1.7.2.2 La interseccionalidad

El concepto fue acuñado en 1989 por la abogada afroestadounidense Kimberlé Crenshaw en el marco de la discusión de un caso concreto legal, con el objetivo de hacer evidente la invisibilidad jurídica de las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las trabajadoras negras de la compañía estadounidense General Motors. Con esta noción, Crenshaw esperaba destacar el hecho de que en Estados Unidos las mujeres negras estaban expuestas a violencias y discriminaciones por razones tanto de raza como de género y, sobre todo, pretendía crear categorías jurídicas concretas para enfrentar discriminaciones en múltiples y variados niveles. (Viveros, 2016).

Lesli McCall (2008), presenta la interseccionalidad “como la contribución teórica más importante que los estudios de las mujeres han hecho hasta ahora” (p.1771). Para Elsa Dorlin (2009) en Viveros (2016), son teorías que se han movido entre dos aproximaciones a la dominación: una analítica y una fenomenológica. Desde la primera perspectiva, toda dominación es, por definición, una dominación de clase, de sexo y de raza, y en este sentido es en sí misma interseccional, ya que el género no puede disociarse coherentemente de la raza y de la clase. Para la segunda perspectiva, lo que es interseccional es la experiencia de la dominación, como en el caso de la compañía General Motors analizado por Crenshaw a propósito de la violencia ejercida contra las mujeres racializadas o de los empleos de los que quedan excluidas.

Desde Lugones (2005), Crenshaw sitúa la violencia contra las mujeres de color en la ley. Desvela esa violencia por medio de la intersección entre raza y género, sosteniendo que, si el verdadero significado de “mujer” excluye a las mujeres de color, entonces, la “violencia contra las mujeres” deberá entenderse únicamente en los términos que afectan a las mujeres blancas burguesas.

Para Quijano, la idea de raza es, con toda seguridad, el más eficaz instrumento de dominación social inventado en los últimos 500 años, producida a los incios de la formación de América y del capitalismo, en el tránsito del siglo XV al XVI, e impuesta como criterio básico de la clasificación social universal de la población del mundo. De una parte: “Indio”, “Negro”, “Asiáticos” (antes amarillos y aceitunados), “Blanco” y “Mestizo”. De la otra: “América”, “Europa”, “África”, “Asia” y “Oceanía”. De ese modo, la idea de raza, otorga legitimidad a las relaciones de dominación impuestas por la colonia. ¡Para el autor de “Que tal raza!”, las relaciones de dominación fundadas en las diferencias de sexo, más antiguas que el modelo capitalista, llevan a que las mujeres étnicamente marcadas queden efectivamente subordinadas a las mujeres de las “razas” dominantes (Quijano, 2000; Quijano, 2014), en alusión a que tanto la raza y el género como categorías de opresión están implicados en la corriente hegemónica.

Awid (2004), atribuye el uso del análisis interseccional a la necesidad de abordar las formas en las que racismo, el patriarcado, la opresión de clases y otros sistemas de discriminación crean desigualdades. Toma en consideración los contextos históricos, sociales y políticos y también reconoce experiencias individuales únicas que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidad. De este modo, la interseccionalidad resulta de gran utilidad teórica, conceptual y política en el abordaje de la multiplicidad y simultaneidad de la opresión que sufren en este caso particular, mujeres con VIH y Sida (Muñoz, 2011). La interseccionalidad es una herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión y privilegio. Se trata, por tanto, de una metodología indispensable para el trabajo en el campo de los derechos humanos (AWID, 2004).

Por ello, la importancia, de posicionar con este estudio la experiencia de mujeres indígenas miskitas con VIH, y que estas, en ocasiones del análisis de este estudio, sirvió para establecer que en el contexto laboral principalmente, mujeres que participaron en este estudio, experimentaron agresiones y profundas discriminaciones por otras mujeres que tenían posiciones privilegiadas (la jefa), frente a la intersección de varias de sus identidades (mujer indígena miskita, pobre, con VIH) reforzada y perpetuada por la intersección de determinadas políticas, leyes y programas (políticas de empleos), ya que estas políticas no responden a las identidades específicas de las trabajadoras con VIH, esto impide que las mujeres disfruten del derecho a un trabajo digno y a vivir libres de violencia.

1.7.2.3 Derechos Humanos de las Mujeres

La postura de Marcela Lagarde (2010), respecto a los derechos humanos de las mujeres en tanto que son parte de los derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales consignados en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) 1981, la Convención sobre los Derechos de la Niñez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) 1995 y demás instrumentos internacionales en la materia. Desde la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Estados han subrayado reiteradamente la universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos. (Naciones Unidas, 2014).

En el caso particular de Nicaragua, conforme a los artículos 9 y 10 de la Constitución Política el país se adhiere a los principios que conforman el Derecho Internacional, por lo que las convenciones y demás instrumentos, tienen fuerza vinculante y obligan al Estado a cumplir cada una de sus disposiciones (Olamendi, 2013). Al respecto, la recomendación general 28 CEDAW en la aplicación de la convención: “Los Estados partes deben ocuparse de todos los aspectos de sus obligaciones jurídicas para respetar, proteger y hacer cumplir el derecho de la mujer a la no discriminación y al goce de la igualdad”.

En este sentido, se confiere relevancia a la obligación de proteger requiere que los estados partes protejan a la mujer contra la discriminación por parte de actores privados y adopten medidas directamente orientadas a eliminar las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que alimenten los prejuicios y perpetúen la noción de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos y los roles estereotipados de los hombres y las mujeres, advirtiendo que la discriminación puede ocurrir cuando los Estados no adoptan las medidas legislativas necesarias para asegurar la plena efectividad de los derechos de la mujer, no aprueban políticas nacionales para alcanzar la igualdad entre el hombre y la mujer y no dan cumplimiento a las leyes pertinentes.

Son obligaciones del Estado con las Mujeres y las Niñas, que deben legislarse: (Olamendi, 2013)

- el respeto a la vida; respeto a su integridad física, psíquica y moral; a la libertad y a la seguridad personal;
- a no ser sometida a torturas; a no ser discriminada;
- Respeto a su dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia; reconocimiento a sus derechos sexuales y reproductivos;
- igualdad de protección ante la ley y de la ley;
- a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes que la ampare contra actos que violen sus derechos;
- abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación;
- actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer;
- incluir en su legislación interna, normas penales, civiles y administrativas, y de otra naturaleza necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer
- adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad;
- tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respaldan la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer,

- establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos
- establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces.

Se comprende que la igualdad entre mujeres y hombres y la eliminación de todas las formas de discriminación y violencias contra la mujer forma parte de los derechos humanos (Naciones Unidas, 2014). De esta manera, los Estados tienen la obligación de garantizar los derechos humanos de las mujeres, y a prevenir, investigar y sancionar todas las formas de violencia, así como reparar a las víctimas, pero, aunque ha habido logros significativos, en ningún país del mundo se ha conseguido la plena igualdad de género.

Sobre la base de todas las consideraciones establecidas, este estudio ha tenido presente la interseccionalidad de forma transversal para comprender que las mujeres que participaron en este estudio viven situaciones de opresión, privilegio y de derechos humanos. El análisis interseccional nos permitió aproximarnos a un cambio de postura con respecto a aspectos que legitiman el dominio y control de los cuerpos de las mujeres indígenas con VIH, la discriminación, la opresión, subalternidad y por ende, violación al derecho que tienen de vivir libres de violencia.

1.8 Características del Municipio de Puerto Cabezas

Considerada la columna vertebral de la Autonomía Regional, dado que es la sede de las principales instituciones rectoras del régimen político de la autonomía, el gobierno y consejo regional autónomo, así como las principales instituciones del Estado nicaragüense. La población se caracteriza por ser multiétnica y pluricultural, el 29% vive en el área urbana y el 71% en el área rural, estos últimos dispersos en 470 comunidades (Sequeira et al, 2008).

Por su ubicación geopolítica, es una ciudad portuaria concurrida por personas de todas partes del país y de otros municipios. Entre sus habitantes, vamos a encontrar a gente procedentes del Río Coco, Litoral Norte, Litoral Sur, Llano Norte, Llano Sur, entre otros territorios de la región (Escobar, 2009; Marley, 2010). Waspam se encuentra aproximadamente a 150 kilómetros de Bilwi. Es un municipio fronterizo con Honduras, uno de los países centroamericanos con alto índice de casos. Su condición de país fronterizo influye en que las personas emigren de un lugar a otro frecuentemente.

La condición de puerto de Bilwi, ha atraído históricamente a muchas personas de otros municipios, nacionalidades y comunidades, y el alto nivel de pobreza que influye en que las mujeres tengan relaciones sexuales para la sobrevivencia familiar. Otro aspecto, es la emigración de jóvenes del casco rural al casco urbano influenciado por el ambiente urbano y buscan la subsistencia de cualquier modo ya sea mediante asuntos delictivos o la prostitución, siendo uno de los factores que vuelve más vulnerables a adquirir la infección del VIH en la juventud que proviene de los cascos rurales del Caribe Norte del país.

[illegible]

Como se observa en el mapa, Puerto Cabezas pertenece a los 12 municipios más pobres de la Costa Caribe de Nicaragua, una región donde se registran las mayores brechas de pobreza a pesar de tener el mayor potencial en riqueza natural de la nación y aportar la mayor parte de la biodiversidad y riqueza cultural a la sociedad y al Estado nicaragüense (Banco Mundial, 2011).

CAPÍTULO II. ANTECEDENTES

Distintos estudios evidencian la relación cada vez mayor que existe entre el SIDA y los factores que ponen a las personas en situación de mayor riesgo de infección por el VIH, tales como la pobreza, la desigualdad por razón de sexo y la marginación social de poblaciones específicas. La disponibilidad de tratamiento y la mejora de los programas de divulgación que favorezcan una mayor apertura con respecto al SIDA, lo cual puede ayudar a acabar con el estigma y la discriminación (ONUSIDA/OMS, 2005).

“¿Por qué no dejan a los hombres violentos? Aspectos Sociales y Culturales vinculados con el mantenimiento de las relaciones en mujeres afectadas por maltrato conyugal”, es la pregunta con la que Nureña y Caparachín (2019), interpelan la violencia conyugal sostenida por estructuras culturales, sociopolíticas y patriarcales que repercuten y afianzan prácticas de maltrato sistemático en contra de mujeres. Los autores hacen énfasis en una violencia que es invisibilizada hasta por quienes la padecen en una suerte de naturalización y normalización de la misma. El estudio realizado en el Perú, analiza el fenómeno desde aristas sociales y culturales en su asociación con la perpetuación de la violencia y el maltrato conyugal. Desde este estudio, se manifiestan un esquema jerarquizado de relaciones familiares, en el que ellas adoptan un rol sumiso y subordinado, junto a una concepción particular de los roles de esposa y madre en una relación desigual con los hombres en una sociedad que impone respeto y sumisión. Lo que hace pensar que entre mas sumisa es una mujer, más proclives son a soportar sus relaciones con hombres autoritarios y violentos. Al respecto, Marcela Lagarde (2007), sostiene que es evidente que conforme se establecen formas de convivencia equitativa entre mujeres y hombres, la violencia disminuye y algunos de sus tipos no se presentan más en diversos ámbitos sociales. Así lo comprueba la relación entre el desarrollo de las mujeres y la disminución de la violencia en los países cuyos indicadores de desarrollo y democracia aunados a los de género corresponden con mujeres empoderadas socialmente y con hombres acotados en el ejercicio de formas autoritarias y violentas y con Estados reformados genéricamente.

Esto implicaría, justamente cambios en la educación que objete el contenido esencial de la violencia contra las mujeres en la cultural global: cine, literatura, música, teatro, pintura y otras manifestaciones artísticas y/o de recreación cultural. Los cambios educativos tienen que llegar, indiscutiblemente, transformando las demás expresiones culturales, religiosas y políticas asegurando con esto, que la cultura violenta deje de incidir en la violencia social que se configuran en ideologías discriminatorias y misóginas contenidas en concepciones religiosas, costumbres y tradiciones.

El estudio: *“Intimate Partner Violence and Women’s Help-seeking Behaviour: Evidence from India”*, de Sohini (2016), discute por su parte, la manera en que condicionantes socioeconómicas impactan en la mujer maltratada, para que guarde silencio o reaccione a favor de ayuda para enfrentar la violencia física, sexual, emocional y psicológica en la que vive y abandonar la condición de mujer maltratada: (i) la de guardar silencio y seguir soportando el abuso o, ii) la de romper el silencio y buscar apoyo y conseguir apartarse de la relación opresiva.

Este último intento desnuda la toma de decisiones difíciles en sociedades tradicionales donde el estigma social repercute en contra de la mujer que abandona o es abandonada. Los resultados sugieren que la educación, el empoderamiento y la autonomía económica de las mujeres resultan cruciales al momento de buscar ayuda y detener la violencia.

La tesis doctoral de Arelys Barteyto (2014) titulada: *“Mujeres Miskitas, Ciudadanía y Justicia, Violencia Doméstica en Krukira”*, devela la gravedad de la violencia en un contexto comunitario en donde lesivamente también son discriminadas, por indígenas, por su procedencia geográfica y por ser de escasos recursos. En este sentido, la autora del estudio define que la violencia hacia las mujeres está relacionada directamente a factores estructurales que afectan la convivencia comunitaria.

El enfoque feminista y categorías utilizadas como relaciones y violencias de género son claves para comprender las condiciones en que mujeres miskitas de Krukira enfrentan serias limitaciones para obtener justicia como respuesta que no les llega de la comunidad ni del Estado. El estudio tiene como tesis central que las acciones emprendidas por el grupo de mujeres afectadas por la violencia las lleva a formar una identidad sumamente importante en un contexto crucial de la violencia de género “como elemento central de desigualdad y discriminación entre hombres y mujeres”, (Fries y Hurtado, 2010, citado por Barbeyto, 2014).

De acuerdo al *“Análisis Intercultural y Cosmogónico del VIH/SIDA en la Experiencia de los Miembros del Club de Vidas Futuras de Bilwi en la RAAN”*, la incidencia del VIH se mantiene en personas con edades entre los 21 y 40 años, en tanto, la vulnerabilidad de infectarse de VIH se asocia al inicio de la vida sexual a temprana edad (10 a 14 años; 15 a 18 años) y al no uso del preservativo. El estudio, centrado en mujeres y hombres indígenas con VIH y Sida en Puerto Cabezas, plantea la complejidad con la que viven y enfrentan la discriminación y el rechazo, por la que prefieren mantener en silencio su condición VIH Positivo, en franco deterioro de su salud, (Marley, 2010).

“Discriminación social hacia mujeres viviendo con el VIH y Sida: Una mirada desde la cosmovisión Indígena miskitu”, es el primer estudio en su género, y cuyo valor radica en la visibilidad de las formas que mujeres indígenas miskitas en Puerto Cabezas, eran discriminadas y excluidas por tener VIH. El relato de las entrevistadas confiere importancia a la medicina tradicional y ancestral para tratar un eventual “hechizo” o un “castigo de Dios” (Escobar, 2009).

Las dos últimas investigaciones, centradas en mujeres y hombres miskitos con VIH y el SIDA en el municipio de Puerto Cabezas, plantea la complejidad con la que viven y enfrentan la discriminación y el rechazo, por lo que prefieren mantener en silencio su condición VIH, en franco deterioro de su salud. En definitiva, corresponden a prácticas que pasan desapercibidas y son configurativos de desigualdades y violencias estructurales, y que este estudio analiza y discute.

CAPÍTULO III. JUSTIFICACIÓN

Por todo lo planteado, este estudio tiene como propósito recuperar los imaginarios sociales y culturales que permean la historia de vida de mujeres indígenas con VIH y que históricamente han permanecido invisibilizados y ausentes de los distintos espacios que se configuran en la comunidad y la familia. El esfuerzo está dirigido a aprehender el sistema de representaciones sociales que posee la sociedad en Bilwi respecto al VIH y que en consecuencia agrava la situación de salud de las mujeres que lo viven (ONUSIDA-OMS, 2005).

Problematiza la manera en que se representa social y culturalmente el tema del VIH, en abierta alusión a patrones configurativos de las asimetrías, la invisibilización y el silenciamiento de los grupos subalternos (Chakravorty y Giraldo, 2003), básicamente intenta profundizar en la manera en que se recogen, estructuran, construyen, comparten o se invisibilizan las experiencias significativas de mujeres miskitas con VIH. Por consiguiente, recupera los imaginarios sociales y culturales que permean la historia de vida de mujeres miskitas con VIH históricamente invisibilizadas y ausentes desde la narrativa de los medios de comunicación y los demás espacios que se configuran en la comunidad, la familia y la sociedad.

Congruente con lo establecido, este estudio discute desde las entrañas del feminismo decolonial el sistema de representaciones en que se instauran y configuran violencias abarcadoras de prejuicios, estigma, discriminación, exclusiones, inequidades y desigualdades perjudiciales a la salud de mujeres indígenas miskitas con VIH en Puerto Cabezas (Sen y Östlin, 2007).

CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Después de conocerse el primer caso positivo de VIH en Nicaragua (1987), en la Costa Caribe de Nicaragua se implementaron acciones políticas, económicas, sociales y de intervención de la infección, incorporadas en el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida, mismo que buscaba contribuir decididamente a la respuesta en la región.

La década de los 2000 (2007-2010) y, los años que siguieron en la Costa Caribe Norte de Nicaragua fueron períodos marcados por avances y desafíos importantes en la respuesta. En el período destacaron estrategias dirigidas a la prevención, atención y tratamiento articulados e impulsados por la Comisión Regional de Lucha Contra el Sida (CORLUSIDA).

Sin embargo y pese a los grandes esfuerzos realizados en la región por revertir los niveles de prevalencia del VIH y el Sida en la Costa Caribe de Nicaragua, con la llegada de los años 2011 y 2012, los proyectos orientados a la prevención y atención del VIH y el Sida fueron cerrando. El financiamiento de Horizont 3000 se agotó, y con ello, finalizaron todas las acciones dirigidas a la respuesta. En un escenario desalentador, disminuyeron las pruebas gratuitas para detectar el VIH y el Sida, así como los antirretrovirales. Esto llevó a personas con VIH atendidos tanto por el Policlínico, Hospital, Tesis y Centro Clínico Bilwi, a abandonar el tratamiento.

De allí, la importancia de indagar y conocer las condiciones en que los programas y estrategias que un día fueron tan buenos porque llenaron de esperanza a personas con VIH (hombres y mujeres), simplemente desaparecieron, y en cambio, lo que existe hoy son altos niveles de preocupación e incertidumbre frente a uno de los problemas de salud pública más sentidos en el municipio de Puerto Cabezas, seguido de la malaria.

Este estudio presta particular interés en mujeres indígenas con VIH por ser Puerto Cabezas un municipio con población mayoritariamente miskita y sensiblemente afectada por el VIH y el sida, lo que no significa que poblaciones afrodescendientes o mestizas no presenten diagnósticos positivos de la infección.

Siguiendo las evidencias establecidas, este estudio define y es guiado por las siguientes preguntas:

IV.1 Pregunta General

¿Por qué el sistema de representaciones que se configuran socialmente agrava la situación de mujeres miskitas con VIH y el SIDA en el municipio de Puerto Cabezas, Caribe Norte de Nicaragua?

IV.2 Preguntas Específicas

¿Por qué el proceso de producción de las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el SIDA como factor determinante ha sido insuficiente para responder a la situación del VIH y el SIDA en pueblos indígenas de la Costa Caribe Norte de Nicaragua?

¿De qué manera el sistema de prejuicios, estereotipos, estigma y discriminación agravan la situación de la mujer miskita con VIH y el SIDA en el municipio de Puerto Cabezas, Caribe Norte de Nicaragua y cómo este sistema se asocia a formas de violencia estructurales?

¿Cuáles son las implicancias de vivir con VIH y SIDA? (personales, individuales, familiares, comunitarias, laborales y de pareja).

CAPÍTULO V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Identificar y analizar el sistema de representaciones sociales en el circuito de la cultura y los componentes de la desigualdad y la violencia estructural que se perpetúan en contra de mujeres miskitas con VIH en el municipio de Puerto Cabezas, en la Costa Caribe Norte de Nicaragua, desde el paradigma crítico feminista decolonial.

5.2 Objetivos Específicos:

- 1.- Construir un mapeo del proceso de producción de las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el Sida, analizado desde el circuito de la cultura, como factor determinante de las representaciones sociales.
- 2.- Evidenciar los elementos fundantes de la violencia estructural que afecta a mujeres miskitas con VIH.
- 3.- Explicar los elementos que sostienen y configuran las desigualdades estructurales en detrimento de mujeres con VIH.

CAPÍTULO VI. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El debate sostenido en este marco teórico conceptual se fundamenta y estructura en tres partes:

La primera parte, identifica las estrategias, los programas y las acciones dirigidas a la prevención, atención y tratamiento del VIH y el Sida en el municipio de Puerto Cabezas. Da cuenta del tipo de intervenciones implementadas por las instituciones regionales que lideran la salud en el Caribe Norte del país, así como los cambios que explican la situación actual del VIH y el SIDA en el territorio.

La segunda parte, evidencia que los prejuicios, el estigma y la discriminación son elementos fundantes de la violencia estructural y patriarcal que viven mujeres miskitas con VIH en el municipio de Puerto Cabezas, en un escenario marcado por un hermetismo e invisibilización de un problema que las transgrede, afecta y repercute gravemente en su calidad de vida, su salud, su vida cultural y espiritual.

La tercera parte, analiza los elementos configurativos de una posible relación existente entre las desigualdades estructurales, la pobreza, la extrema pobreza, el patriarcado y las opresiones al incremento del VIH y el Sida en poblaciones indígenas y el deterioro en su calidad de vida.

PRIMER CAPÍTULO:

Mapeo del proceso de producción de las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el SIDA.

VI.i Representaciones Sociales y Estudios Culturales

Influenciado por el pensamiento positivista de la época Émile Durkheim (1895) fue uno de los primeros teóricos del siglo pasado en colocar sobre la mesa del debate el tema de las representaciones colectivas, reivindicando en estas la manera en que el grupo se piensa en sus relaciones con el resto del mundo, en abierta alusión a una “conciencia colectiva” que tiene como fundamento un hecho social cruzado por “*creencias, tendencias y prácticas*” (p. 204), con lo que Martín-Baró (1983) concuerda desde lo que hacer llamar un saber normativo, común a la sociedad e irreducible a la conciencia de los individuos.

Para Fernández y Fernández-Alameda (2013), es una conciencia que evoca la cultura definida como “*el conjunto de rasgos, conocimientos, actitudes, costumbres que marcan una colectividad*”. (p.115), anclada anclada a mitos, religión y creencias (Durkheim,1895). Al respecto, Hall (1997) describe la cultura, como “*un proceso y un conjunto de prácticas que se ocupa de la producción y el intercambio de significados*”. (p.3). Desde este punto de vista, no sería posible inferir en representaciones que no sean sociales, y por ende, sería inviable pensar las representaciones sociales fuera de los procesos cognitivos y de interacción social (Banchs, 2000).

Otras tradiciones teóricas se refieren a las representaciones como un proceso social que deriva en modalidades de pensamiento con las que se interpreta la realidad, denotando una forma de pensamiento social, material e ideal (Banchs, 1986), un instrumento para comprender a la otredad y asignarle un lugar en la sociedad (Jodelet,1985). Para Rodríguez (2003) lo social está dado por su carácter compartido, su origen en la interacción, sus funciones, y por la posibilidad de trascender tradiciones, culturas, vehicular experiencias, vocabularios, conceptos y conductas (Moscovici,1961).

Para Moscovici (1961), las representaciones sociales son:

(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (...) son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo”. (Págs.11-12).

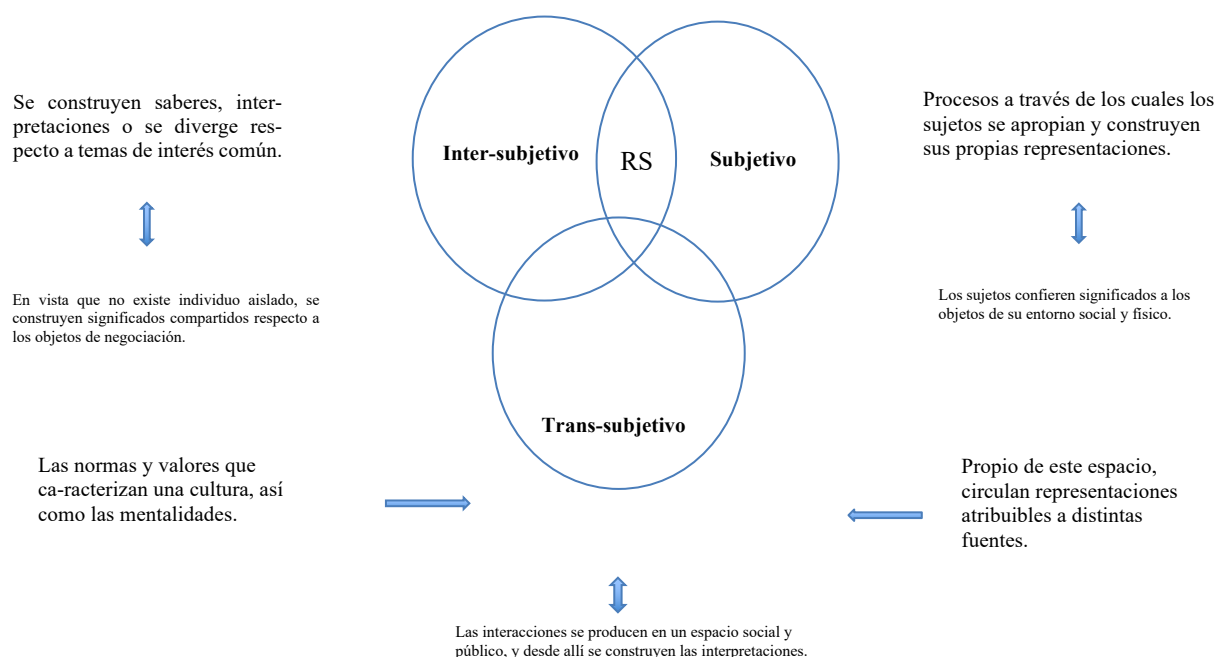
Son representaciones que también sostienen la comunicación, la comprensión, la actuación cotidiana y el entorno social (Matus, 2016; Rodríguez, 2003). Desde este punto de vista, el proceso de comunicación representa el punto de inflexión para intercambiar los contenidos que se han creado (Gutiérrez, 2014), con atributos que aseguren “*diferenciar, traducir, interpretar y dar cuenta de la manera en que los grupos sostienen sus propios imaginarios respecto a los objetos sociales y otras representaciones*”. (Moscovici, 1961, pág.18).

De acuerdo a Knap, Suárez y Mesa (2003), las representaciones sociales como estructuras significativas de pensamientos, aseguran interpretar y reconstruir la realidad, influenciando desde la conformación de identidades personales y sociales, como expresión y configuración de los grupos. Se trata, por consiguiente, de una construcción sociocultural que resulta clave para comprender los sistemas naturalizados en la conciencia de las personas, que limitan muchas veces sus posibilidades de potenciar nuevas formas de reconocerse como sujeto (Flores y Paiz, 2015).

VI.ii El VIH y sus implicaciones en el sistema relacional de las personas

Para Jodelet, las representaciones sociales aluden a saberes, interpretaciones, divergencias, apropiaciones, normas, interacciones y prácticas que llevan a los sujetos a conferir significados a los temas y objetos de su entorno social, y que hay que tomar en consideración. Dicho de otro modo, *“las representaciones interconectan procesos, contenidos, condiciones y contextos en las que estas se originan y por tanto, deben explicitarse”*. (Matus, 2016)

Cuadro 1
Esferas de pertenencia de las RS: (Jodelet, 2007)



Fuente: Elaboración propia, 2020, adaptado de Jodelet, 2007.

Para este estudio, las representaciones sociales son relevantes para registrar el momento en que se intercambia el sentido entre los integrantes de una cultura y que tiene al lenguaje, como clave en la creación de los mapas conceptuales necesarios y capaces de atrapar cualquier práctica significativa que asegure que las cosas signifiquen (Restrepo, Walsh & Vich, 2010). Dicho de otro modo, solamente se es capaz de representar o intercambiar sentidos y conceptos cuando se tiene acceso a un lenguaje compartido (Hall, 1997).

VI.iii Las representaciones sociales como producción de sentidos

Desde el pensamiento de Hall (2010), la representación se materializa en el momento en que la producción de sentido construido, es sujetado por un código que asegura una conexión entre el sistema conceptual y el sistema de lenguaje que asegura al individuo hablar, escuchar y ser comprendido entre culturas, esto sin duda, inflexiona en lo que desde Parker 1989, citado en Rodríguez (2003), se entiende como la complejidad del mundo de las representaciones en una sociedad que no alcanza a representar toda la realidad reductible por tanto, a un limitado conocimiento. De allí, que este estudio se interesara por indagar en: ¿qué exactamente se representa desde la gente cuando se habla de VIH o SIDA o de mujer con VIH?, o, ¿por qué lo que se llega a representar, permea la memoria individual y colectiva de una sociedad?, y que, en el caso de Puerto Cabezas, el hecho de representar (algo o a alguien), construye (desde encuentros y desencuentros) la manera en que se piensa, se reconoce o deslegitima a la mujer indígena miskita con VIH.

A partir de lo planteado, resulta significativo comprender la importancia de la representación como *“práctica significativa”* (Hall, 1997, pág.1), es decir: como *“la producción de sentido, y el vínculo que se produce entre los conceptos y el lenguaje, este último, encargado de proporcionar las herramientas necesarias para describir el mundo, los objetos sociales y los imaginarios de la gente, desde lo real y lo ficticio”* (p.2), en alusión a una representación conectada significativamente al sentido, al lenguaje y a una cultura enraizada en significados compartidos y en un lenguaje que asegura que el significado se origine e intercambie.

Con estas consideraciones, esta investigación reivindica el pensamiento de Stuart en su manera de tener siempre presente sus raíces culturales constitutivas del lugar desde donde se piensa, en una práctica indisolublemente ligado al campo transdisciplinario de los estudios culturales (Restrepo, Walsh y Vich, 2010). Sin duda, su influencia epistémica asegura trascender a representaciones e imaginarios sociales que ocupan de manera positiva la diferencia frente a prácticas negativas, asimétricas y sistemáticas de racismo y colonización (Hall 2010).

De allí la relevancia de abordar las representaciones desde el “circuito de la cultura” (du Gay, 1997), relacionado ampliamente en la siguiente sección.

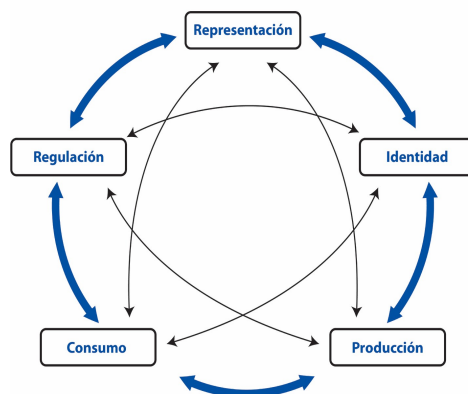
VI.iv El circuito de la cultura en el debate cultural

En medio de las encrucijadas de la sociedad contemporánea, el debate por el mundo de las representaciones, colectivas, sociales y/o culturales (Durkheim, 1895; Moscovici, 1961; Jodelet, 1985; Hall, 1997) explicitan las fronteras de la complejidad que *per se* matizan esta discusión reivindicada desde el pensamiento más crítico y radical de los estudios culturales (Restrepo, citado por Richard, 2010). Los estudios culturales como una perspectiva teórica persistente en nuevos objetos y modos de abordaje (Grimson y Caggiano, 2010) proponen un circuito de la cultura que epistemológicamente interroga y devela un tipo de análisis que pone al centro de cualquier discusión *“los valores y las creencias, el sentido de las prácticas, las formas de concebir lo propio y lo extraño, lo semejante y lo diferente”* (p.18), *“lo cultural como una zona de atravesamiento entre discurso, significación, identidades, poder, hegemonía, subjetividades e imaginarios”* (Richard, 2010, pág12).

En un contexto en que el análisis de lo cultural sigue siendo una prioridad (Ramírez, 2007), los estudios culturales disputan el tema de la representación desde un sistema llamado circuito de la cultura (du Gay et al 1997), desde el cual se configura un proceso interconectado por la representación, identidad, producción, consumo y regulación (Muñoz, 2013), en alusión al quiebre que se produce desde la historia del Walkman de Sony, en la creencia de que los productos culturales comienzan y terminan en el proceso de producción (du Gay, et al, 1997; Ejea, 2012), en una disyuntiva que sin duda, lleva a reafirmar que efectivamente es un circuito cultural (y no cualquier por cierto) que se expande a más elementos que intervienen en la generación de significados.

De este modo el circuito de la cultura diagramáticamente representa los procesos a través de los cuáles los significados son contruidos y compartidos dentro y entre culturas (Leve, 2012).

Figura 3
Circuito de la Cultura



Fuente: Adaptado de Du Gay, et al, 1997, pág.3

Siguiendo esta matriz el circuito de la cultura se explica a partir de cinco momentos claves:

6.4.1 Representación

De acuerdo a Hall (2010), la representación alude al sistema de signos aprehendidos por individuos y grupos al momento de presentar un concepto significativo o marcar, asignar y clasificar como connotación de poder. Parafraseando a Durkheim (1895) las representaciones sociales, se atraen, se excluyen, se fusionan o distinguen entre sí. En resumen, el poder de representar algo o a alguien, solamente es posible dentro de cierto marco de representación.

6.4.2 Identidad

El concepto aludido por Hall (2003), define que las identidades construidas en discursos, prácticas y posturas, nunca se unifican y cada vez más están fragmentadas, fracturadas, cruzadas y antagónicas, situación que complejiza la manera en que se presentan las relaciones entre los grupos de individuos en un mundo simbólico y que influye notablemente en la construcción identitaria simbólica, social y material (Appel, Lisboa & Coiro, 2014).

Desde lo que plantea Martín-Barbero (2012) en el contexto latinoamericano o el de Ayba Yala, en las esferas de la lucha indígena se trata de pensar la identidad cultural remitiendo su autenticidad por detrás de la colonia a un antes de la conquista, por fuera de la dominación y el conflicto. Este planteamiento yuxtapone el tema de la identidad a la propia historia y no a una esencia que estaría incontaminada en el pasado. En estas condiciones el circuito de la cultura se detiene en el análisis de estos procesos de identidad que emanan relaciones de pertenencia en un diálogo mediatizado por individuos con distintos bagajes y sistemas culturales (Appel et al. 2014).

6.4.3 Producción

En el circuito de la cultura, como lo refiere Leve (2012), tanto sentidos como significados se producen y circulan mediante procesos y prácticas diferentes. Con esto, lo que se intenta explicar es que tanto la producción como la difusión de un producto responde a un modelo que incentiva a un diálogo permanente dentro y entre todos los procesos involucrados. Esto necesariamente pasa por preguntarse, ¿qué se produce?, ¿cómo se produce el significado? ¿Qué significados se comparten dentro de la sociedad? ¿Qué otros significados en contra de los grupos circulan?, entre otras interrogantes de interés (Du gay, et al, 1997).

6.4.4 Consumo

Con el debate planteado por Canclini & Mantecon (2007), la noción de consumo tiene que ver con proceso cultural y un lugar donde el poder, la ideología, el género y la clase social circulan y se dan forma más allá de funciones prácticas para la sobrevivencia. El consumo implica formatos representacionales y rituales en la vida social de una mercancía, negociaciones y el estudio de momentos particulares (Denzin, 2001, citado por Leve, 2012).

6.4.5 Regulación

Determinado por normas, preceptos y valores influyentes, el momento de la regulación no equivale a la ausencia de estructuras reguladoras.

En este sentido, el circuito de la cultura representa un modelo importante para comprender la noción de regulación y sus efectos culturales políticos y sociales con atención a los intentos oficiales en gestionar e implementar cambios regulatorios (Megarrity, 2007 y Taylor et al., 2002, en Leve, 2012).

Desde lo analizado, este estudio evidencia la manera en que la gente, recoge, estructura y comparte las representaciones y prácticas significativas en un contexto donde la diversidad cultural y la realidad social tiene como anclaje grupos de individuos, indígenas, mestizos costeños y afrodescendientes (Flores-Palacios, 2014; Sánchez, 2014).

SEGUNDO CAPÍTULO:

Prejuicios, estereotipos, estigma y discriminación asociadas a manifestaciones de la violencia estructural contra mujeres con VIH.

Este acápite pone al centro del debate que las mujeres indígenas miskitas con VIH o en riesgo de contraerlo, lo han hecho en un contexto de violencia (Amnistía Internacional, 2004). En este sentido, la discusión de fondo, redirecciona el tema de la violencia a uno de los puntos de inflexión, que es comprender y reconocer que este es un problema de género, estructural, cultural y colonial (Fitouss y Rosanvallon, 1997).

6.5 Prejuicios y Estereotipos

En su artículo dedicado a desvelar las complejas y arbitrarias condiciones en que la mujer inmigrante en España es representada por la prensa, (Creighton (2013), manifiesta que los medios de comunicación necesitan asegurar el abordaje de la otredad, desde *la idea de la diferencia*, justamente, desde imaginarios contruidos más allá de prejuicios, estereotipos y racismo. En el mundo de los prejuicios solamente importan los aspectos negativos que unos grupos tienen sobre otros grupos (Miguens,1970) y tienen como base la ignorancia y la presencia de ideas falsas (Rose, 1970).

En una historia casi similar a lo que viven mujeres indígenas con VIH y Sida en la Costa Caribe de Nicaragua, marcadas por el estigma y el prejuicio, Hall, devela las formas en la que los caricaturistas e ilustradores estereotipaban a los negros en la representación popular, de modo que la gente negra era reducida a los significadores de su diferencia física –labios gruesos, cabello rizado, cara y nariz ancha y obviaban que la cultura negra tenía su esencia en las experiencias, los placeres, los recuerdos y las tradiciones de su gente (Hall, 1997; Hall, 2003).

Desde el planteamiento asumido por Chimamanda (Adiche, 2009), escritora nigeriana, el peligro de una sola historia devela la configuración de estereotipos cuya gravedad no consiste en su falsedad, sino, en que son incompletos. De este modo, la naturaleza de los estereotipos, tienen expresión en cómo un grupo juzga a otros grupos (Gamarnik, s.f), en alusión a un sesgo y entorpecimiento con el que se percibe la realidad más allá de lo que la mayoría ve.

Este sería un modelo de vida cargado de prejuicios que a la larga fue configurando un territorio y una mujer indígena miskita con VIH o SIDA discriminada, racializada y estereotipada, como expresión de exclusión, reducción, naturalización y fijación de la diferencia. En consecuencia, es una práctica que homogeniza, banaliza, simplifica, generaliza la información, ignora los verdaderos conflictos y oculta la verdadera historia. Indeclinablemente los estereotipos de los medios han profundizado las desconfianzas históricas y no han contribuido a asumir la nación desde su diversidad cultural.

6.6 Estigma y la discriminación

6.6.1 Estigma

Siguiendo a Erving Goffman (1963), el estigma, encarna una “clase especial de relación entre atributo y estereotipo” (p.14). Para este autor, el estigma oculta una doble perspectiva, la del individuo estigmatizado que supone que su calidad de diferente ya es conocida y resulta evidente en el acto, sala para pacientes VIH, y la del conocido por quienes la rodean y tampoco resulta perceptible, desde el “no entres al baño que andan bastantes personas sidosas”. Desde este planteamiento, son personas que desde la degradación y el segregacionismo que hace de la sociedad resulta que tampoco es “totalmente humana”, justificante de prácticas discriminatorias con daños irreversibles hasta para la vida. Ya, Alcántara (2012) habría advertido que el VIH y el SIDA se había presentado en la sociedad trayendo consigo una fuerte carga negativa, de temor y rechazo social hacia las personas afectadas. De acuerdo a Chong, Fernández, Huicochea, Alvarez y Leyva (2012), el estigma lleva a las personas y grupos a sentirse desvalorizados, provocando en los estigmatizados un efecto inutilizador para actuar y pensar, limitando su capacidad para resistir a las fuerzas que los discriminan.

Los alcances de la postura de Parker y Aggleton (2003), son irrefutables, cuando reconocen en el estigma, la capacidad de devaluar y degradar a la sociedad, la familia y todo el que esté involucrado en la cadena de la discriminación. Lo que lleva a considerar, que para revertir este sistema, se hace necesario reconocer la existencia de prejuicios que dan fuerza y robustecen el estigma en todos los entornos.

Parafraseando a Ban (Ki-moon, 2008), ex Secretario General de las Naciones Unidas (2007-2016), el estigma constituye una barrera significativa en la respuesta del VIH y el Sida, se opone a la acción pública y exacerba el miedo a recurrir ante el sistema de salud para confirmar, descartar o iniciar la atención, contribuye a que el SIDA sea un asesino silencioso, por el temor al oprobio que acarrea hablar de la enfermedad o tomar precauciones, lo que conlleva y hace del estigma una de las principales razones de la devastación social que causa la epidemia del SIDA en el mundo.

En consecuencia, las víctimas tampoco denuncian la violencia, lo cual mantiene la invisibilidad que causa y perpetúa estos actos (CIDH, 2011; Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, 2013) en una violencia que impone un estigma a las víctimas en su propia comunidad y las margina aún más (CIDH, 2014; Naciones Unidas, 2015). Por tanto, reducir el estigma y la discriminación conlleva a iniciativas que promueven y aseguran entornos institucionales y comunitarios amigables para que las personas puedan acceder de manera segura a los servicios sin temor a la discriminación para lo que se debe incluir la participación de las comunidades en la planificación y prestación de los servicios (OPS, 2016).

6.6.2 La discriminación

Para Thomson (2006), citado por Gracia (s.f), la discriminación es el proceso o conjunto de procesos a través de los cuales se identifica una diferencia, utilizándola después como base para un tratamiento injusto. La postura del autor es que a través de la discriminación se puede denegar a las personas sus derechos y colocarlas consecuentemente en una situación de opresión, entendida esta como injusticia social y como barrera para la auto realización.

El estigma y la discriminación asociadas con el VIH con frecuencia conllevan a la pérdida del empleo y la falta de acceso a créditos, pérdida de vínculos familiares y sociales, rechazo en los servicios de asistencia de salud, y violencia por parte de proveedores de salud, agentes estatales, familiares o miembros de la comunidad (ONUSIDA, 2012).

Reducir el estigma y la discriminación pasa necesariamente por asegurar un entorno institucional y comunitario en el que las personas puedan acceder de manera segura a los servicios sin temor a la discriminación para lo que se debe incluir la participación de las comunidades en la planificación y prestación de los servicios (OPS, 2016).

6.7 La violencia contra las mujeres, su concepto y sus implicancias

Han pasado más de cuatro décadas después que se declarara la Década de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985) (ONU, 2007), en una Asamblea que aprobó su primera resolución sobre la violencia contra las mujeres en noviembre de 1985 (justamente al finalizar el decenio). Pero fue hasta el año 1993 cuando en Viena, se reconoció por primera vez en la historia a la violencia intrafamiliar como una violación a los Derechos Humanos (OPS, 2001).

La violencia también ocasiona efectos irreversibles en la salud de las mujeres como, el suicidio, la infección por el VIH, la mortalidad y morbilidad materna, lesiones, infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados, consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva y trastornos mentales (OPS/OMS, 2015). Por consiguiente, una forma de discriminación que le impide a la mujer gozar de derechos y libertades en las mismas condiciones que lo hace el hombre.

Para fines del estudio, se utiliza el concepto de “violencia contra la mujer”, definida en el Arto 1 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, Convención de Belem do Pará como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. (OEA, 1994).

También alude al término “discriminación”, de la Convención sobre Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW, Arto 1), que denota distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer (...). (ONU, 1979).

Sin duda, la violencia impregna toda la realidad social. La pobreza, miseria, el hambre, la enfermedad, la desigualdad en la distribución del ingreso y la discriminación en sus múltiples formas (racial, de clase, de edad, por orientación sexual, por nacionalidad y por pertenencia étnica) son expresiones de la violencia estructural presente en la sociedad actual (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú, 2016).

6.7.1 Violencia, Mujer y VIH

El fracaso de los Objetivos del Milenio para terminar con el VIH pone en jaque los nuevos compromisos asumidos por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que espera eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas. Y mientras las expectativas del mundo crecen frente a esas nuevas proyecciones, la violencia afecta a una de cada tres mujeres en la región (Etienne, 2015), en un escenario en donde mujeres jóvenes tienen 1,6 veces más probabilidades de estar afectadas por el VIH y el SIDA (Amnistía Internacional, 2004).

La Violencia contra la mujer tiene expresión en los siguientes datos y cifras: (OMS, noviembre 2017).

- Representa un serio conflicto de salud pública y una violación a sus derechos humanos.
- Una de cada tres (35 %) mujeres en el mundo han sufrido violencia (física o sexual) en algún momento de su vida.
- Casi un tercio (30%) de las mujeres han sido violentadas (física y/o sexual) por parte de su pareja.
- Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.
- La violencia afecta negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y, en algunos entornos, puede aumentar el riesgo de contraer el VIH.
- Las situaciones de conflicto, posconflicto y desplazamiento pueden agravar la violencia existente, como la infligida contra la mujer por su pareja y la violencia sexual fuera de la pareja, y dar lugar a nuevas formas de violencia contra la mujer.

Kristan Shoultz, directora de la Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, citada por (ONUSIDA, 10 de noviembre 2009) e incorporada su mirada por este estudio, refiere que la violencia, o el miedo a esta, está dificultando que mujeres y niñas revelen su estado serológico y accedan a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH. Asegura, que son mujeres que evitan someterse a las pruebas del VIH por miedo a ser maltratadas o abandonadas si se descubre que son seropositivas.

Bajo otros criterios y dimensiones, la organización feminista mundial Asid (AWID, 2004), reconoce en la violencia contra mujeres un engranaje colonial, fundamentalista, globalizador, tecnológico, neoliberal perpetuadora de modernas formas de racismo, intolerancia, discriminación y exclusión de mujeres afectadas dramáticamente por la economía mundial, la creciente extrema pobreza y las desigualdades.

En consecuencia, es un panorama, poco alentador para el grupo de mujeres indígenas miskitas con VIH en la Costa Caribe Norte de Nicaragua, que han tenido que sobrevivir en medio de grandes desventajas y pocas oportunidades (CIDH, 2017), lo que impacta en una violencia de connotación pública-política porque trastoca la capacidad de la mujer en decidir sobre su propia vida, su salud sexual y reproductiva y generar recursos y disponer de ellos con libertad (CEPAL, 2014). A esto se suma, las reducidas posibilidades que tiene de negociar prácticas de sexo más seguro debido a las dinámicas de poder desiguales respecto a los hombres (ONU Mujeres, s.f.). En tal caso, esta es una postura que supera la errada dicotomía público-privado y desvela la dimensión de una violencia que viola los derechos humanos de las mujeres con VIH (Siegiel, 1999 en Almeras y Calderón, 2012; Bunch, Frost y Reilly, 2000).

6.7.2 Formas, manifestaciones y escenarios de la violencia contra mujeres

A este debate se suma, un escenario de la violencia que repercute en formas de discriminación que enfrentan mujeres miskitas en los servicios de salud, la educación, el empleo y la participación.

Cuadro 2:

A continuación, se describen formas, manifestaciones y escenarios de la violencia contra la mujer, según clasificación de las Naciones Unidas, 2006.

Escenario de la violencia	Ámbito en que se produce	Caracterización de hechos de violencia
Violencia contra la mujer	Violencia dentro de la pareja contra la mujer	Golpizas, abusos físicos, psicológicos y sexuales.
en el ámbito familiar		Infanticidio de niñas y selección prenatal del sexo
	Prácticas tradicionales nocivas	Matrimonio precoz
		Violencia relacionada con la dote
		Ablación o mutilación genital femenina
		Crímenes cometidos en nombre del honor
		maltrato de viudas
	Feminicidio	Homicidio de la mujer por razones de género
	Violencia sexual infligida fuera de la pareja	Actos perpetrados por parientes, amigos, conocidos, vecinos, compañeros de trabajo o extraños.
		Incluye iniciación sexual forzada, violencia en citas, la prostitución forzada y el trabajo forzado.
Violencia contra la mujer en la comunidad	Acoso sexual y violencia en el lugar de trabajo, en instituciones educativas o en espacios deportivos	Acoso sexual o comportamiento sexual no deseado
		Explotación sexual y acoso en el seno de la familia y la comunidad
	Trata de mujeres	Involucra a actores como la familia, intermediarios locales, redes internacionales delictivas y autoridades de inmigración
		Con fines de explotación sexual o laboral
		Actos de violencia sexual, acoso sexual, atentados al pudor
	Violencia en situaciones de	Vigilancia inadecuada en la intimidad de

Privación de libertad		Las mujeres privadas de libertad
Violencia contra la mujer cometida o consentida por el Estado		Acoso sexual verbal
		Torturas, tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes
Esterilización forzada		Uso de la esterilización para controlar el comportamiento reproductivo de la población femenina o un subgrupo determinado
Violencia contra la mujer en conflictos armados	Violencia física, sexual y psicológica, cometida por actores estatales y no estatales	Homicidios, torturas y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.
		Raptos, mutilaciones y desfiguraciones
		Reclutamiento forzado de mujeres combatientes
		Violencia sexual, violaciones, esclavitud sexual, explotación sexual
		Desapariciones forzadas, prisiones arbitrarias
		Matrimonios forzados, prostitución forzada, abortos forzados, embarazos forzados y esterilización compulsiva.
Violencia contra la mujer y discriminación múltiple	Factores que pueden determinar discriminaciones múltiples	Raza, origen étnico, casta, clase
		Condición de migrante, refugiada
		Edad, religión, orientación sexual, estado matrimonial, discapacidad
		Condición de portadora o no de VIH

Fuente: (Almeras y Calderón, 2012)

Consistente a esta clasificación de formas y manifestaciones que complejizan la violencia en contra la mujer, otro tipo de violencia a la ya establecida, asegura FIMI (2006), es la influenciada fuertemente por un contexto de continua colonización, exclusión social, racismo, políticas económicas y de desarrollo que aumentan la pobreza y en suma provocan efectos irreversibles en la salud de las mujeres con expresión en el registro de suicidios, infecciones por el VIH, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, trastornos mentales y consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva (OPS/OMS, 2015).

6.7.3 El ostracismo y la violencia sexual

El Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, referido a audiencias sobre la situación de derechos humanos de las mujeres indígenas en Nicaragua, evidencia que enfrentan el rechazo y el ostracismo de su propia comunidad cuando denuncian delitos de violencia sexual (CIDH, 2014).

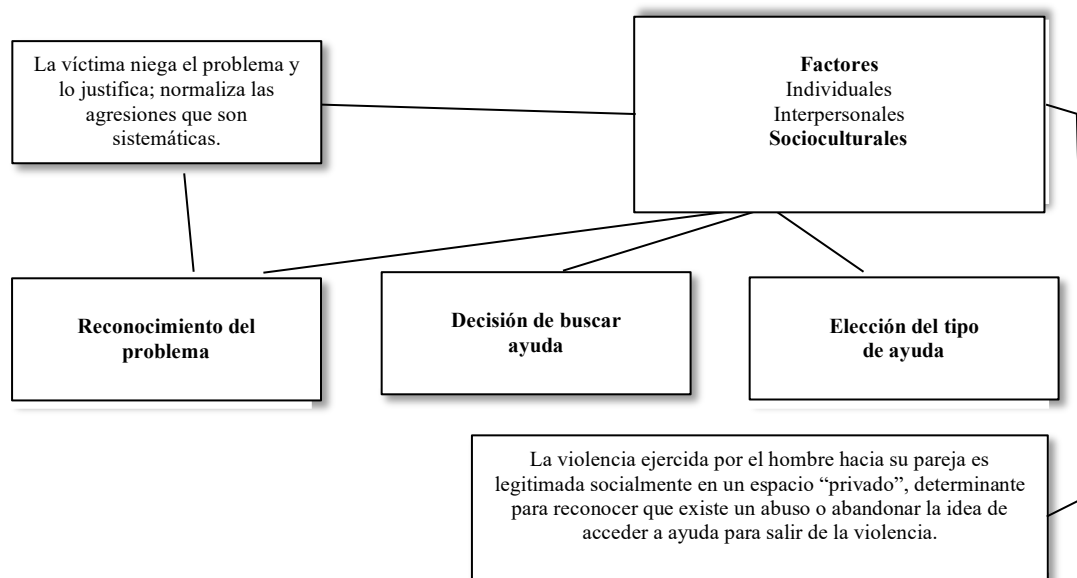
Para William Kipling, el ostracismo es uno de los medios más poderosos de control social del individuo desde algo que se hace llamar “trato silencioso” ejercido por un familiar, amigo, individuo o grupos en alusión a prácticas de exclusión social que afectan las respuestas de afrontamiento, la autoestima y el sentido de pertenencia (Kipling, 2001). El ostracismo inflexiona en *“el acto desde el cual un grupo social aísla, ignora, rechaza o excluye con el argumento que se ha cometido una transgresión, omisión, amenaza u ofensa grave a los valores, cultura, códigos, usos o costumbre de una sociedad”*. (Kagan,1961; Lustenberg y Williams,2008 citados por Estévez y Serlin, 2013, pág.570).

Y, mientras desde el ostracismo se excluye, rechaza y aísla a mujeres como expresión de una violencia que las castiga, las doblega y las aísla (Estévez y Serlin, 2013), la violencia sexual las impacta emocional, psicológica y espiritualmente (UNICEF, 2017). A esto se suma, un escenario de la violencia que agudiza las formas de discriminación que enfrentan las mujeres indígenas en esferas tales como los servicios de salud, la educación, la participación y el empleo. Asimismo, profundiza en la ausencia de derechos y el deterioro del bienestar físico, sexual, reproductivo, psíquico, mental y social de las mujeres.

6.7.4 La violencia doméstica/de pareja.

Siguiendo a Lian, Goodman, Tummala-narra y Weintraub (2005), citados por Ortega (2019), la búsqueda de ayuda pasa por tres etapas: (i) la asimilación de la violencia como un problema, (ii) decisión de buscar ayuda, (iii) decisión del tipo de ayuda a la cual recurrir. Todas estas etapas, aseguran los autores, están influenciadas por características individuales, interpersonales y socioculturales (el entorno). Por consiguiente, de esto depende seguir soportando o romper con el silencio.

Figura 4
Modelo de búsqueda o de rechazo de la ayuda



Fuente: Elaboración propia. 2021
Adaptado de Lian et al, 2005, en Ortega, 2019

Desde este autor, las violencias soportadas por mujeres con VIH se desarrollan dentro de un contexto sociocultural legitimada socialmente y considerado como un problema privado que debe solucionarse al interior de la familia más que como un delito que debería ser sancionado. Esta postura, evoca la práctica del *Tala Mana* implementada en la cultura miskita en la Costa Caribe Norte de Nicaragua, donde la violación sexual se esgrime y resuelve desde un derecho consuetudinario legitimador de un sistema patriarcal comunitario que, amparado en una norma arcaica, manda al agresor a resarcir el daño pagando la sangre.

6.7.5 La violencia patriarcal justificada en nombre de la tradición

Para Shira Miguel, Coordinadora del Movimiento de Mujeres “Nidia White”, en Bilwi (Puerto Cabezas), Caribe Norte de Nicaragua, no se puede seguir justificando la violencia contra las mujeres y las niñas en nombre de la cultura, en abierta alusión a la manera en que se naturaliza, se refuerza, se asume y se enfrenta la violencia desde argumentos basados en la tradición y no en desencadenantes en los que intervienen la comunidad, las familias y las parejas como factores sociales opresores.

Coincidentemente con esta posición, el informe “*Mairin Iwanka Raya*”, del Foro Internacional de Mujeres Indígenas, enfatiza en que “*no existe una cultura que se apoye en las causas de la violencia contra las mujeres, sino más bien en prácticas y normas que niegan a las mujeres la igualdad de género, educación, recursos, poder político y social*”. (FIMI, 2006, pág 30).

De acuerdo a Miguel (2018), referencia y autoridad importante en el trabajo con niñas y adolescentes abusadas en la región, la violencia contra las mujeres y niñas es un problema de salud pública, por lo que se necesita contar con servicios más humanos y con capacidad de respuestas, asegurando, que la salud de las mujeres, está limitada entre otros factores, por la falta de implementación real del Modelo de Salud Intercultural (MASIRAAN), tan necesario para comprender que sin enfoque intercultural existen obstáculos para garantizar una salud acorde a la cosmovisión de la gente. Asimismo, sostiene, se hace urgente contar con servicios que apunten a una salud integral que reconozca los derechos humanos de las mujeres.

6.7.6 Leyes insuficientes para detener la espiral de la violencia

En el 2012, el mismo año en que Nicaragua aprobaba la Ley Integral Contra la Violencia hacia las mujeres (Ley 779) un estudio dedicado a la violencia intrafamiliar en el seno de las comunidades del territorio de Wangki Twi Tasba Raya daba cuenta de la grave situación de violencia que padecían mujeres miskitas en el Caribe Norte de Nicaragua. El ensayo de país, presentaba la ruta crítica de la violencia que han tenido que enfrentar mujeres indígenas en un contexto en el que la violencia vivida por ellas, se expresa de forma sexual, económica y psicológica, y que todas juntas ponen en riesgo su integridad física y moral (Movimiento de Mujeres Indígenas Wangki Tangni, 2012). La Ley 779 tipifica como delito el femicidio, como forma extrema de violencia contra las mujeres y de expresión de la lógica patriarcal, criminaliza el acoso sexual, la violencia psicológica, laboral, económica, y contiene elementos preventivos en busca de un cambio de cultura social y erradicación de la misoginia (La Gaceta, Diario Oficial, 22 de febrero, 2012). La misoginia, evoca el odio, rechazo, aversión y desprecio que los hombres tienen hacia las mujeres y, en general, hacia todo lo relacionado con lo femenino (JASS en Mesoamérica, 2012).

Pese a todo este engranaje jurídico-legal provisto para reducir el impacto de la violencia en la vida de las mujeres, se siguen hablando de violencia y de sus causas atribuibles a patrones fundamentados en una cultura patriarcal, machista, prejuiciosa, discriminadora y estigmatizadora. Así lo confirmaron el grupo de mujeres indígenas participando en el Onceavo Encuentro de Mujeres Indígenas del Wangki, al sostener que la violencia de género constituye uno de las mayores problemáticas identificadas (Orozco, 2019). Sensiblemente, es una violencia, fruto de relaciones desiguales, patriarcales y de poder que complejizan y deterioran la salud de las mujeres.

6.7.7 La invisibilización de la violencia contra las mujeres

La invisibilidad de las dimensiones y el impacto del VIH entre las mujeres es discutida desde el Informe: *“Mairin Iwanka Raya”*, mismo que reconoce que los gobiernos y las autoridades de salud tardaron excesivamente en reconocer la particular vulnerabilidad de las mujeres al VIH y al Sida construida socialmente (FIMI, 2006). Por tanto, se hace imperativo trabajar en la producción de información que permita conocer la dimensión del problema, registrar y acompañar los caos de violencia, *“para luego estar en condiciones de evaluar las respuestas que brindan las políticas públicas, el sistema de salud y las instituciones de justicia”*. (Gherardi, 2012, pág, 22).

Mujeres miskitas con VIH consultadas en ocasión de este estudio, reconocen que la violencia que ellas viven, las reduce, las discrimina y las marginaliza (Bárcena, 2014). Dramáticamente, son mujeres que están afrontando en condiciones desiguales, tanto fuera como dentro de sus propias comunidades formas de discriminación, desprecio y rechazo (*misbara*) y marginaciones gravitadas por su sexo, género, color de la piel, procedencia, edad y situación de pobreza (Naciones Unidas, 2015; CIDH, 2017).

La violencia, o el miedo a esta, está dificultando que mujeres y niñas revelen su estado serológico y accedan a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH. Evitan someterse a las pruebas del VIH por temor a al maltrato o al abandono si se descubre que tienen VIH (ONUSIDA, 10 de noviembre, 2009), lo que comprueba la vigencia de una violencia que trastoca la capacidad de la mujer en decidir sobre su propia vida, su salud sexual y reproductiva, generar recursos y disponer de ellos con libertad (CEPAL, 2014), en abierta violación a sus derechos humanos (Bunch, Frost y Reilly, 2000).

Al respecto, el informe estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (OPS/OMS 2015), reconoce que se trata de una violencia que trastoca la salud pública y los derechos humanos. Dicho de otro modo, esta es una violencia que viola, perjudica y nulifica los derechos y libertades fundamentales de las mujeres, expresamente consignado en la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Naciones Unidas, 1993).

Desde lo planteado, este estudio confiere importancia al hecho que mujeres indígenas miskitas con VIH están sufriendo cuatro veces más, la violencia, gravitada, por mujer, por indígena, por pobre y por VIH. En consecuencia, no basta reconocer que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública y de derechos humanos, no basta seguir diciendo que esta violencia se gesta en lo más profundo de la cultura patriarcal tradicional, hacen falta voluntades y estrategias que aseguren profundos cambios en los entornos familiares, comunitarios, sociales y frenar y erradicar de una vez por todas la violencia contra las mujeres.

TERCER CAPÍTULO

Desigualdades estructurales, pobreza, exclusión social y orden patriarcal

Expertos en el tema relacionado a las desigualdades han coincidido en plantear la relación de estas con el aumento de las tasas de infección y la reducción de la capacidad de mujeres para enfrentar la epidemia, agravado por el hecho, de que, con frecuencia, tienen menos información sobre el VIH y menos recursos para poner en práctica medidas preventivas.

La postura asumida por ONU Mujeres, rescatado por este estudio, es que parte de las desigualdades que viven hoy las mujeres tienen expresión en los impedimentos y las barreras al momento de negociar prácticas de sexo más seguro en abierta alusión a dinámicas de poder desiguales que las mujeres tienen respecto a los hombres y que incrementa, por ende, el riesgo de transmisión del VIH.

Consistentemente, este estudio desvela condicionantes de desigualdades e inequidades sociales históricas que impactan en la vida de mujeres indígenas miskitas con VIH en el caribe nicaragüense, agravado por las políticas de exclusión social históricas que han permeado una región altamente pobre.

VI.iii Pobreza, Exclusión Social y Desigualdades

La declaración política sobre el VIH y el SIDA aprobada en el seno de Naciones Unidas en el 2016, reconoce que la pandemia es una emergencia mundial que impacta e inflexiona en el desarrollo, el progreso y la estabilidad del mundo y que, por tanto, demanda una respuesta global para hacerle frente a la propagación del VIH como causa y consecuencia de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, la pobreza extrema y la desigualdad. (Naciones Unidas, 22 junio 2016).

Con estas consideraciones los objetivos de desarrollo sostenible establecen como prioridad avanzar en la respuesta del VIH y el SIDA alcanzando objetivos sensibles en salud y bienestar, educación inclusiva y de calidad, empoderamiento de mujeres y niñas como criterio de igualdad de género y reducción de las desigualdades que perpetúan las violencias estructurales en contra de mujeres (ONUSIDA-GLOBAL AIDS Update, 2017).

De acuerdo a expertos, el riesgo de contraer el VIH está asociado a pobreza, desigualdad (BID, 2004), exclusión social (Deossa, 2009), marginación (Krieger, 2001), migración, múltiples parejas, prácticas sexuales de riesgo, inicio de la vida sexual a temprana edad, desempleo, debilidades del sistema de salud (UNICEF, 2007), y la falta de sostenibilidad de las estrategias enfocadas en la prevención y el tratamiento de la infección (CORESIDA/MINSA, 2009).

El informe oficial de Coresida y el Minsa (2009), reconoce que otros factores socioeconómicos están involucrados directa e indirectamente en la transmisión de las ITS, y que debido a esto la velocidad de difusión incrementa hasta cinco veces más en la Costa Caribe en comparación al resto del país. Concluyen planteando que el grupo de población económicamente activa (PEA) con el nivel de ingreso más bajo presenta mayor vulnerabilidad al VIH en esta región, desnudando la complejidad del tema atribuible a la relación existente que entre menos acceso a necesidades básicas satisfechas mayor es la probabilidad de infectar de VIH.

6.3.1 Pobreza y exclusión social

6.3.1.1 El concepto de pobreza

De acuerdo a Gómez y Romero (2009), *“la pobreza se explica a través de las desventajas y la insuficiente disponibilidad de recursos y carencias individuales para concurrir al mercado en condiciones de igualdad”* (p.5), lo que implica en primer término que la pobreza imposibilita a las personas satisfacer sus necesidad básicas, o sea, impide el acceso a salud, educación, agua segura, vivienda digna y a información básica referida a derechos sexuales y reproductivos, indispensables para revertir las brechas de la desigualdad cuya dimensión inflexiona también en carencias espirituales, materiales, desventajas económicas, sociales.

Sostienen los autores, que la pobreza tiene expresión en factores y procesos económicos, políticos, culturales, individuales, familiares, demográficos, ambientales, nacionales y globales. Con estas consideraciones establecidas por los expertos en el tema, este estudio entiende la pobreza extrema, severa o absoluta, cuando los ingresos no logran cubrir las necesidades mínimas para sobrevivir en una situación saludable desde alimentos adecuados; la pobreza moderada o relativa, cuando los ingresos alcanzan para “satisfacer” alimentos, vestido, vivienda, pero insuficientes para cubrir otras necesidades.

6.3.1.2 Nicaragua, Pobreza y VIH

En la década de los 90, la pobreza en Nicaragua alcanzó niveles impresionantes cuando más de la mitad de la población vivía en pobreza, y pobreza extrema (INIDE). En abierta alusión a gobiernos neoliberales con economía de mercados que a la larga fueron consolidando una Nicaragua de ricos y pobres, basado en brechas de inequidad. Sumado a los efectos causados por la guerra de agresión vivida en la década de los 80 y la década de los 90, (durante los períodos de gobiernos neoliberales), en la década de los 90, la pobreza en Nicaragua alcanzó niveles impresionantes cuando más de la mitad de la población vivía en pobreza, y pobreza extrema, explicado en parte por los factores que definen la pobreza en el país sobre la base de las siguientes consideraciones: (INIDE, s.f)

- ⇒ Las tasas de fecundidad son el doble del promedio latinoamericano, de allí que seamos un país de niños, mujeres y jóvenes. El 50 % de la población es menor de 17 años. Las tasas de fertilidad de adolescentes son los más altos en América Latina y representa una proporción cada vez más alta de todos los nacimientos.
- ⇒ Baja tasa de analfabetismo, pero grandes disparidades en los niveles del logro educativo. El analfabetismo es del 19 % entre la población mayor de 10 años, pero es de 41 % entre los pobres extremos rurales.
- ⇒ La mayoría de la pobreza se encuentra en las áreas rurales, pero allí mismo se enfocan los logros en la reducción de pobreza, como resultado de una recuperación de la agricultura.
- ⇒ Aumento de la pobreza urbana en la Costa Caribe de Nicaragua.

Solamente así se explica cómo la Costa Caribe tiene los municipios más pobres del país, agravado por las condiciones históricas en las que han vivido, muchas comunidades ubicadas en lugares inhospitos y alejadas del desarrollo de la ciudad y por consiguiente del acceso a los servicios de salud, educación y condiciones más dignas para vivir. Desde Gómez y Romero (2009), este es un escenario bastante complejo que direcciona plantear estrategias de intervención e implementación de políticas sociales de gran impacto, consistentes y coherentes con las necesidades insatisfechas que presenta una región deprimida económicamente.

6.3.1.3 Puerto Cabezas, Extrema Pobreza y VIH

El Mapa de Pobreza Municipal elaborado a partir de los datos del VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005 y en base a la metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) ayuda a comprender la magnitud y la distribución de la pobreza en el municipio de Puerto Cabezas y cuyo impacto incide notablemente en la prevalencia del VIH y el Sida, más allá de cualquier esfuerzo o intervención para detenerla. Indicadores como hacinamiento, vivienda inadecuada, servicios insuficientes (agua y saneamiento), baja educación y dependencia económica. Indudablemente, esto nos hace ser el segundo país más pobre en América Latina, seguido de Haití (Banco Mundial, 2011). Sin olvidar, que, de cada diez pobres en el mundo, siete son mujeres (INIDE, 2008; Iglesia-Caruncho et al, 2003).

6.3.2 Exclusión social

El informe del BID en materia de inclusión social y desarrollo económico en América Latina es contundente con el propósito de este estudio en plantear, evidenciar y visibilizar las desigualdades, inequidades y exclusiones sociales que padecen mujeres indígenas miskitas en el Caribe Norte de Nicaragua, en una región donde *“la pobreza y la desigualdad se reconocen fácilmente en las caras de las mujeres, los afrodescendientes, los pueblos indígenas, las personas con discapacidad y las que viven con VIH/SIDA”*. (BID, 2004, p.ix).

Para Behrman, Gaviria y Székely (2003), la exclusión social representa la negación del acceso igualitario a las oportunidades que determinados grupos de la sociedad imponen a otros. En suma, es una exclusión social con expresión en la invisibilidad del VIH y el SIDA que padecen pueblos indígenas y que afecta a mujeres, la pobreza, el prejuicio, el estigma, la discriminación, el género y la violencia. Otras posturas refieren que la exclusión social tiene que ver con la manera en que el individuo se asume en la sociedad y por ende representa su incapacidad de participar en el funcionamiento básico político social y económico de la sociedad en que vive (Tsakloglou y Papadopoulos, 2001).

Uno de los puntos radicalizados por la Organización feminista mundial Asid (AWID, 2004), da cuenta que la violencia contra las mujeres, tiene un engranaje colonial, fundamentalista, globalizador, tecnológico, neoliberal y es perpetuadora de modernas formas de racismo, intolerancia, discriminación y exclusión de mujeres, afectadas dramáticamente por la economía mundial, la creciente extrema pobreza y las desigualdades. Por tanto, es un panorama poco alentador para el grupo de mujeres indígenas con VIH y que han tenido que sobrevivir en medio de grandes desventajas y pocas oportunidades (CIDH, 2017).

De esta manera, la exclusión social está vinculada indisolublemente a la desigualdad, entendida en este contexto con las privaciones sociales y la falta de voz y poder en la sociedad (Buvinic, 2004). Por tanto, no queda duda que el VIH y el Sida causan exclusión social en la medida que empeora más la enfermedad (Deossa, 2009). Consecuentemente, este es un estudio que problematiza la manera en que se representa social y culturalmente el tema del VIH y el Sida en abierta alusión a patrones configurativos de asimetrías, invisibilización y el silenciamiento de los grupos afectados, en este caso, mujeres miskitas en el Caribe Norte de Nicaragua.

6.3.3 Las desigualdades, las mujeres y el VIH

La discusión impulsada por Ochy Curiel (2016), feminista decolonial de Abya Yala, abarca una mirada epistémica en donde *“las desigualdades sociales se terminan en tanto, se terminan las opresiones que la produce”*, en abierta alusión a un sistema patriarcal opresivo, discriminador y hegemónico que se configura en la esfera pública y privada, que no sólo tiene el control de los cuerpos de las mujeres, sino también el control de los medios de producción (iglesia, Estado, leyes, escuelas, entre otros), que subalternizan a las mujeres.

El informe: *“Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contras las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias”*, define que la desigualdad y la inequidad en materia de género como factores sociales importantes en su asociación con la violencia de pareja y la violencia sexual. Advierte, que son factores de riesgo, “la posición desigual de la mujer en una relación particular y en la sociedad (propiciada por ideología de superioridad masculina) y el uso normativo de la violencia en la resolución de los conflictos y que se manifiesta en los roles de género jerárquicos y específicos, en las nociones sobre el derecho de los hombres en materia sexual, la baja valoración social de las mujeres y escaso poder social, y las ideas de virilidad vincula con el dominio o el “disciplinamiento” de las mujeres”. (OMS/Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2010, pág.19). Concluye reconociendo el informe, “que la violencia contra la mujer, es una forma extrema de desigualdad de género, es un problema de salud pública y de derechos humanos que afecta a un gran número de mujeres en todo el mundo”. (p.1). Otros estudios confirman que la desigualdad de género contribuye a la propagación del VIH, el aumento de las tasas de infección y la disminución de la capacidad de las mujeres para hacerle frente a la epidemia dado que, a menudo, tienen menos información sobre el VIH, menos recursos para poner en práctica medidas de prevención, y cuando difícilmente son capaces de negociar prácticas de sexo más seguro debido a las dinámicas de poder desiguales respecto a los hombres (ONU Mujeres, s.f).

Al respecto, el estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica, reveló que entre el 15 por ciento y el 71 por ciento de las mujeres han sufrido violencia física o violencia sexual infligida por una pareja en algún momento de sus vidas (García-Moreno et al, 2005).

El Informe *Blind spot “punto ciego”*, es consistente al indicar que las desigualdades que ponen en riesgo a las mujeres de contraer el VIH y el Sida resultan visibles cuando los hombres resultan ser los más propensos a comenzar el tratamiento tarde, a interrumpirlo, y a ser inaccesibles a la hora del seguimiento terapéutico (ONUSIDA, 2017), esto, como parte del panorama revelador del VIH y el Sida, y el mundo asimétrico que le toca vivir a las mujeres en medio de desigualdades (aumento de las tasas de infección, limitaciones para enfrentar la epidemia con información oportuna y con menos recursos para poner en práctica medidas de prevención), perjudiciales a la salud de niñas y mujeres (Sen y Óstlin, 2007). De conformidad a este informe las probabilidades de que los hombres se realicen la prueba del VIH y accedan a la terapia antirretrovírica, se traduce en probabilidades mayores de que mueran de enfermedades relacionadas con el sida. Sigue diciendo el reporte, que a escala mundial menos de la mitad de los hombres que viven con el VIH se encuentran en tratamiento, en comparación con el 60 por ciento de las mujeres. En conclusión, los hombres no están utilizando los servicios para prevenir el VIH o realizarse la prueba, ni están accediendo al tratamiento en la medida en la que lo están haciendo las mujeres, evidenciando que, si bien existen avances logrados en la respuesta, la epidemia sigue siendo una amenaza latente para la salud pública (OPS, 2016), para los derechos humanos (OPS/OMS, 2015) y para las mujeres (Naciones Unidas, 1993).

6.3.3.1 Las desigualdades y la mujer miskita

La Costa Caribe de Nicaragua se caracteriza por ser una de las regiones potencialmente ricas en recursos naturales. Desde el planteamiento de Dixon y Torres (2008), *“su explotación no está contribuyendo de forma eficaz a reducir los índices de pobreza ni a garantizar un mejor nivel de vida a su población”*, lo que pone en evidencia una distribución desigual de este aprovechamiento que impacta y agrava las condiciones socioeconómicas, culturales, tecnológicas, espirituales y de acceso a la educación, a la salud y al bienestar integral que esto produce. Para (García-Moreno et al, 2005), la violencia contra las mujeres es tanto consecuencia como causa de la desigualdad de género, y demanda, por tanto, un abordaje integral de las causas que profundizan las violencias hacia las mujeres indígenas miskitas con VIH.

CAPÍTULO VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Materiales y Métodos

Diseño

El estudio se funda en la metodología cualitativa y registra las visiones y los significados asignados a los procesos sociales impulsados a la luz de la respuesta del VIH en el territorio (Galeano, 2018). Básicamente “reconstruye” la realidad tal y como la observan y viven las y los entrevistados (Taylor & Bogdan, 1992; Tinoco, Guerrero & Quezada, 2018), consiguiendo interpelar la realidad social que viven mujeres indígenas miskitas con VIH en Puerto Cabezas (Franco y Morillo, 2016).

El estudio asume una perspectiva holística desde el momento en que se propone y consigue valorar los escenarios, las personas, los contextos, los grupos y las organizaciones como un todo no reducible a variables (Galeano 2018). Se caracteriza por ser interpretativa descriptivo y explicativo, desde una lógica de análisis que recurre al paradigma socio-crítico constructivista, como un enfoque con pertinencia que hace aflorar en los participantes de este estudio capacidad crítica para explicar la realidad a partir de su propio contexto (Tinoco, Cajas y Santos, 2018; Tinoco, Guerrero y Quezada, 2018).

En suma, es un estudio cualitativo, interpretativo, descriptivo y explicativo bajo el paradigma de la teoría crítica que incluyó estudios culturales y de género decoloniales como marcos de análisis. Es un diseño que se realizó según constructo teórico que acompaña el cuerpo del estudio. La importancia de utilizar el enfoque socio-crítico se debió a la fortaleza que este tiene al momento de promover la participación en aras de intentar superar necesidades de las comunidades como un proceso indispensable al momento de alcanzar transformaciones deseadas para el bienestar de la colectividad. Desde la característica más distintiva de la indagación cualitativa, desde la perspectiva de Ruiz (2012), se privilegió el uso de las palabras, las descripciones y los relatos, como recursos indispensables para aprehender la realidad en donde las y los actores involucrados en el estudio significan, hablan y son reflexivos (Monje, 2012), valorando, por consiguiente, escenarios, personas, contextos y grupos como un todo (Galeano, 2018).

Particularmente, este estudio es guiado en su estrategia metodológica desde la tradición de Taylor y Bogdan (1992), cuyo énfasis lleva a esta investigación a incorporar como rasgos propios la condición inductiva, holística, interactiva, reflexiva y naturalista. En consecuencia, es un estudio que aporta desde la construcción de conocimiento sobre la realidad social estudiada en el contexto de mujeres indígenas miskitas con VIH, y para conseguirlo se tomó en consideración las condiciones particulares y la perspectiva de quienes la originan y la viven, tal como lo ve y plantea (Hernández- Arteaga, 2012). De esta manera, es una investigación cuyo objeto de estudio se centró en las representaciones sociales que una sociedad tiene respecto al VIH y al SIDA, en el municipio de Puerto Cabezas como área de estudio.

Método

Para aprehender las Representaciones Sociales

Desde la lógica de (Bryman,1988), se aplicaron entrevistas de profundidad a actores claves en el territorio, como herramienta central de recolección de los datos, asegurando con esta práctica desentrañar información relevante en relación a las experiencias vividas con respecto a los momentos identificados como significativos o de grandes desafíos en la respuesta del VIH y el Sida.

Las entrevistas también fueron aplicadas a mujeres con VIH como actoras claves para hablar desde sus propias vivencias del tema y reconstruir desde sus propias voces e historias de vida, sus experiencias (Taylor y Bogdan, 1984), contada con sus propias palabras, es información relevante que da cuenta de su proceso personal en la atención, acceso a pruebas y tratamiento, recupera las formas que tienen las/los participantes de asignar significados a sus actividades y problemas (Silverman, 1993; Silverman 2006). De este modo, el estudio captura la realidad construida por mujeres con VIH de forma y en contexto distinto. Incluyó la observación del contexto y la realidad indagada, un rastreo bibliográfico y la examinación de una diversidad de fuentes documentales (Mireles-Vargas, 2015).

Tipo de Análisis

La “Grounded Theory” como estrategia metodológica en el análisis de los datos

Guiados por la Teoría Fundamentada de Glasser y Strauss, este estudio consigue interpelar hechos relevantes planteados desde las entrevistas, realizadas sin hipótesis ni ideas preconcebidas (Cuñat, s.f). De este modo se procedió manualmente a la codificación teórica como principal procedimiento de análisis para construir teoría, se construyó un esquema de clasificación jerárquico de la información que arrojó una lista de códigos, conceptos, categorías y sub-categorías.

Como categorías identificadas en este proceso, destacan las siguientes: creencias y prácticas culturales respecto al VIH y al SIDA; prácticas culturales asociadas a la sexualidad y al uso del condón; el Mito de Liwa en el tratamiento del VIH; sentidos y significados ante el VIH y al Sida; Principales tensiones asociadas a la respuesta; la “confidencialidad” como detonante de la poca confianza en el sistema de salud; producción asociada a la respuesta del VIH en la región; el silencio institucional; el desafío de la práctica con pertinencia intercultural en la salud; la alta rotación, la falta de confidencialidad y pobreza extrema como indicador de abandono; los prejuicios sociales y el estigma social: más allá de la solidaridad; el paradigma de los que se tuvo y de lo que se necesita.

Otras categorías son: el centro clínico bilwi, un modelo comunitario en la respuesta del VIH y el Sida; la importancia de la prueba para prolongar la etapa sida; la importancia de la confidencialidad; los desafíos de la respuesta, atributos asignados a estigmatizadores y estigmatizados; la discriminación como práctica abusiva y opresiva; el rechazo y el dilema de vivir con VIH; la violencia patriarcal, las mujeres en duelo; el contagio provocado como dimensión de la violencia machista; el patriarcado reforzado desde las “normas” y las “tradiciones”; el impacto de la pobreza en la mujer con VIH; la exclusión social y las desigualdades estructurales.

En consecuencia, es un estudio que privilegia el análisis de contenido temático y narrativo y lleva a la construcción de categorías previas como estigma, discriminación, violencia, desigualdades, exclusiones, marginación, opresiones, entre otros. Esta metodología hizo posible acercarnos a la realidad social de mujeres involucradas (Damas, 2019) y aprehender aspectos relevantes planteados por este estudio (Strauss y Corbin, 1990). Se cuidó en todo momento, la saturación teórica de los datos (Franco & Morillo, 2016; Strauss & Corbin, 1998; Damas, 2019).

En la aplicación de la Teoría Fundamentada, la codificación teórica fue el principal procedimiento de análisis para construir teoría, y en este proceso de interpretación de datos se pudieron distinguir tres procesos: la codificación abierta (arrojó una lista de códigos, que, al compararlos respecto a sus propiedades, dimensiones y significados, se obtuvo una clasificación mayor (Flick 2007, citado por San Martín, 2014). Le siguió la codificación axial y la codificación selectiva hasta llegar a la saturación teórica de los datos (San Martín, 2014).

Por tanto, es un estudio que tomó en cuenta tres momentos críticos de la Grounded Theory (Glaser y Strauss): (1) el comienzo de la investigación, entre la definición de problema y la revisión de literatura; (2) la realización simultánea de la recolección y análisis de los datos, y (3) la toma de decisiones en el muestreo teórico.

Recolección de los datos

Desde el planteamiento hecho por Hernández, Fernández y Baptista (2010), este estudio se apoyó en una guía de entrevista semi-estructurada que, al momento de abordar a nuestros entrevistados/as, previo consentimiento, libre e informado, se alcanzó profundizar en otras preguntas que enriquecieron el proceso, desde éstas se aprehendió, comprendió, interpretó, y se trató de incidir y enfrentar la complejidad analizada (Hernández-Arteaga, 2012). Los datos fueron recabados durante el período 2018-2019, cuando se realizó la mayor parte del trabajo de campo.

Siguiendo a (Silverman, 1993), se procedió a observar, bajo resguardo y cuido de la intimidad y la confidencialidad, el entorno social, familiar/comunitario y laboral en el que interactúan mujeres diagnosticadas con VIH en el municipio, llegando a aprehender lo que desde (Guerra, 1999), pareciera inadvertido o más bien, invisible al resto. Durante los dos años que duró el estudio se observó directamente en el contexto de una ruta metodológica que nos llevó a distinguir hechos altamente significativos en el marco del estudio y el fenómeno estudiado. Registrar aquellas situaciones que tengan relevancia y significado para la comprensión del fenómeno que estemos observando.

Tabla 1:
Observando desde lo inadvertido y lo invisibilizado

ENTORNO SOCIAL	ENTORNO FAMILIAR/ COMUNITARIO	ENTORNO LABORAL
Estigmatizante (pensar que el VIH es un asunto de "prostitutas" y "homosexuales"). Discriminador poco solidario homofóbico Médicos tradicionales excluidos de la respuesta del VIH Violento Con una iglesia que condena el uso del condón y califica el VIH como un castigo de Dios. Empobrecido Puerto Cabezas, uno de los 12 municipios más pobres de la Costa Caribe. Vulnerable Adolescentes y jóvenes sin Control de las familias acceden a relaciones sexuales por dinero en condición de riesgo inminente frente al contagio del VIH.	Prejuicioso (Se asocia el VIH a "brujerías" y a un "castigo de Dios" por el mal comportamiento "de las mujeres"). Ostracismo (Ignora y pone en silencio al familiar con VIH) Agresivo Culpabilizador Violencia machista Discriminador Maltratador De abandono	Patriarcal Hace sentir su poder misógino Discriminador y excluyente (humilla y lastima) Violento Ostracismo Laboral (silencia y revictimizante) Estigmatizante (personas con VIH con temor a ser identificados).
Mujeres con VIH son impactadas y agobiadas por entornos sociales, familiares y laborales, intolerantes y poco amigables que hacen mucho más difícil asumir su condición agravado por la discriminación y el ostracismo que ha llevado a algunas a deprimirse y morir. La mayoría es excluida socialmente y sin oportunidades laborales.		

Fuente: elaboración propia. 2021.

Universo y Muestra

Muestreo Teórico

Para todo el estudio se realizó un muestreo intencionado de máxima homogeneidad (Patton, 1990), el cual correspondió a una estrategia que generó un grupo de personas con características similares para acercarse al fenómeno de estudio y definidas en los criterios de participación. Para efectos de este estudio se integró con particular interés la perspectiva de mujeres miskitas con VIH.

Tabla 2:

Resumen de Técnicas y composición de la muestra de participantes

Ítem	Técnicas aplicadas	Cantidad de participantes	Criterios de Inclusión
1.	Entrevistas de profundidad	30	Actores claves de la respuesta del VIH en la región, sabias y sabios, informantes anónimos.
2.	Historias de Vida	5	(i)Ser mujer indígena miskita con VIH; (ii)Ser mujer indígena miskita con VIH con acceso a tratamiento antirretrovirales; (iii)Ser mujer indígena miskita con VIH perteneciente al municipio de Puerto Cabezas; (iv); Ser mujer miskita con VIH en edades comprendidas de 20 a 45.
3.	Grupos de Discusión	30	Integrantes “Asociación Vida Futura, Región Autónoma Costa Caribe Norte”; “Asociación de Médicos Tradicionales de la Costa Caribe de Nicaragua” y Mujeres con VIH “Vidas Futuras”.
4.	Observación	--	Este proceso llevó a abordar principalmente el contexto en el territorio.

Fuente: elaboración propia, 2021.

Formaron parte de este universo, actores claves de la respuesta del VIH y el SIDA en el territorio, los integrantes de la “Asociación de Vidas Futuras” (personas con VIH en la región), la “Asociación de Médicos Tradicionales”, con quienes se conversó en el marco de dos grupos de discusión, y 5 mujeres con VIH que forman parte del Club de Vidas Futuras, que por años ha venido acompañando desde estrategias con pertinencia el Centro Clínico Bilwi en el marco de su programa de lucha contra el VIH y el Sida que promueve este Centro Médico de perfil comunitario en la región (Marley, 2010). A este grupo se les aplicó entrevistas de profundidad que permitieron construir sus historias de vida. De este modo, fueron abordados miembros de la Comisión de Lucha Contra el Sida en la Región (CORLUSIDA), especialistas en el área de VIH/SIDA y salud pública en el territorio, integrantes de las comisiones de salud del Gobierno y Consejo Regional Autónomo en el Caribe Norte, médicas tradicionales, docentes investigadoras, consejalas regionales, tomadores de decisión, estudiantes y amas de casas.

El estudio consiguió acceder a mujeres con VIH, previa coordinación con el Centro Clínico Bilwi y consentimiento informado de las participantes. Con este propósito en el primer año del estudio, procedimos a conformar una comisión comunitaria de trabajo en el territorio conformada por las propias afectadas del VIH y con quienes se discutieron e identificaron los principales problemas que enfrentaban lo que dio salida a la articulación del planteamiento del problema. En este espacio y con previo trabajo acumulado y reconocido en la respuesta del VIH en el territorio, se reiteró en el compromiso de resguardar desde el inicio, el nombre de la investigación en el terreno, la identidad de las participantes y la confidencialidad de la información. Este ejercicio de diálogo intercultural marcó significativamente la participación, basada en la confianza, entre la investigadora y las compañeras, con quien se fue conversando por etapas, durante un año. Esta estrategia permitió a las afectadas abrirse, desgarrarse al momento de narrar sus historias (nunca antes contadas), apropiarse del estudio y empoderarse en sus derechos.

Aspectos del rigor ético y en la calidad del estudio

La investigación, guiada con rigurosidad por las normas y leyes nacionales en materia de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y el Sida (Ley 820), reconstruye la realidad tal y como la observan las actrices del estudio, registrando con singularidad, las propias vivencias contadas por mujeres miskitas con VIH. De esta manera, el estudio preserva principios de autonomía, privacidad, consentimiento informado y, confidencialidad de las entrevistas y las entrevistadas.

Tabla: 3. Criterios éticos

Criterios	Características del criterio
Consentimiento informado	Las participantes aprobaron su participación en el el estudio libres de coacción. (en Anexo 3, p.185)
Confidencialidad	Se aseguró la protección de la identidad de las personas que participaron como informantes. De este modo, las entrevistas fueron codificadas para mantener el anonimato.
Manejo de riesgos	Se crearon condiciones de seguridad para que nadie supiera que nos desplazábamos en el contexto de un estudio, Mujer y VIH, y así descartar la relación con la informante.
Observación participante	La observación (del contexto, del entorno familiar/comunitario), no invadió ni la privacidad ni la integridad de las informantes. (Ver Tabla 1, p.76)
Entrevistas	Se realizaron en espacios seguros y confiables, lejos de sus hogares y centros laborales. El diálogo transcurrió facilitado por preguntas abiertas, de acuerdo a guía de entrevista de profundidad.
Grabación de audios	Para proceder a la grabación de la entrevista se pidió permiso y explicó la importancia de hacerlo, comprometiéndolo confidencial y anonimato de las participantes. La información en ellas ha sido utilizada y resguarda con códigos.

Fuente: elaboración propia, 2021.

El rigor ético aseguró, respeto a la dignidad humana y autonomía, la libertad de elección, y salvaguarda la integridad y la intimidad de las personas que decidieron voluntariamente participar en el territorio, en un estudio que es coherente con la responsabilidad que se tiene por asegurar credibilidad, autenticidad, confianza e integridad de los resultados propuestos. (Cornejo y Salas, 2011; Lema, Toledo, Carracedo y Rodríguez, 2013; Asociación Médica Mundial, 1964; Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética, s.f; Código de Nuremberg, 1947).

Asegura el consentimiento informado y promueve la voluntariedad, cuidando el derecho que tiene la participante a rehusar o retirarse del estudio (Pauta 9, CIOMS). Por tanto, las historias de vida solamente fueron posible con el consentimiento de las afectadas (Pauta 10), (CIOMS, 2016). La visión holística e intercultural del respeto, cuidó la confidencialidad y la no discriminación (Ley 820; Pauta 12, CIOMS).

Tabla 4: Rigor de calidad

Criterio	Característica del criterio	Procedimientos
Credibilidad	Los resultados del estudio se articulan desde la congruencia y la objetividad con la que se analiza el tema de las representaciones sociales observadas en la complejidad situada. interpela la realidad tal cual la observan las entrevistadas.	Se procedió a la conformación de un comité comunitario integrado por las propias afectadas de la pandemia, como un espacio importante que permitió un proceso de retroalimentación en el problema y la realidad estudiada. Este ejercicio aseguró que los resultados fuesen confiables y reconocidos como verdaderos. Interpela la realidad vivida desde sus propios relatos silenciados.
Transferibilidad/ Aplicabilidad	Los resultados derivados del estudio son transferibles a otros contextos.	El estudio incorpora una descripción del contexto y participantes, aportando a futuras comparaciones. La aplicación del muestreo teórico/intensional nos llevó a la recogida exhaustiva de los datos y por ende, a la saturación constante de los mismos. Aquí fue fundamental la riqueza de información contenida en cada una de las entrevistas.
Confirmabilidad/ neutralidad/objetividad	Los resultados del estudio aseguran la veracidad de las descripciones anotadas por las/los informantes. Asimismo, tomó en cuenta estudios anteriores desarrollados en el tema en el territorio, los ha integrado en los antecedentes, citados correctamente.	Los instrumentos de recolección de los datos se realizaron en armonía con los objetivos del estudio, de allí que las entrevistas realizadas aportan a la identificación de las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH en el territorio y, a las historias de vida. Este estudio aseguró transcripciones textuales de las entrevistas y contrastó los resultados con literatura con pertinencia en el tema. Compartió con otras investigadoras los hallazgos lo que llevó a fortalecer de mejor manera los mismos. Se identifican limitaciones del estudio y se comparten a manera de lecciones aprendidas.
Relevancia	Por todo lo dicho, el estudio es relevante porque presenta nueva teoría y nuevos hallazgos en comparación a los otros estudios anteriores, contribuyendo a una mejor comprensión de la problemática planteada. Se articulan y configuran desde un nuevo imaginario, nuevas posturas, nuevos planteamientos teóricos y conceptuales.	Los objetivos definidos por este estudio, coherente uno del otro, inflexionan en una problemática invisibilizada, y asegura una mejor comprensión de la situación del VIH en el municipio de Puerto Cabezas, evidenciando que el hecho de representarse "algo" o "a alguien" (en el tema del VIH), es configurativo de un sistema de prejuicios, estigmas, discriminaciones, violencias y desigualdades en mujeres miskitas. Por lo cual, este estudio asume la responsabilidad de abordarlo, cuestionarlo y visibilizarlo, evidenciándose la contribución a la salud pública desde nuevas teorías, conceptos y nuevos conocimientos.
Adecuación teórico-epistemológico	Se asegura coherencia entre el tema investigado, la teoría crítica, las representaciones sociales, y el feminismo decolonial planteado (para la comprensión de la realidad establecida con el estudio).	La adecuación es coherente entre la problematización, los objetivos y el diseño metodológico que este estudio destaca desde la ruta teórica, epistemológica y metodológica.

Fuente: elaboración propia adaptado de Noreña, et al (2012) y Vasilachis de Gialdino (2009).

CAPÍTULO VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, presentamos los resultados y el análisis de estos resultados realizados en el contexto del estudio doctoral realizado en el municipio de Puerto Cabezas, Costa Caribe Norte de Nicaragua entre los años 2018-2019. Se presenta un esquema de ordenamiento de la información que como se mencionó en la sección método se realizó siguiendo la codificación teórica a la que alude la Teoría Fundamentada. Para dar un orden de lectura y de diálogo epistémico/teórico seguimos los componentes del circuito de la cultura, y en cada uno de los componentes, añadimos viñetas significativas a modo de resaltar las voces de las y los entrevistados.

8.1 PRIMER OBJETIVO:

Mapeo del proceso de producción de las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el SIDA.

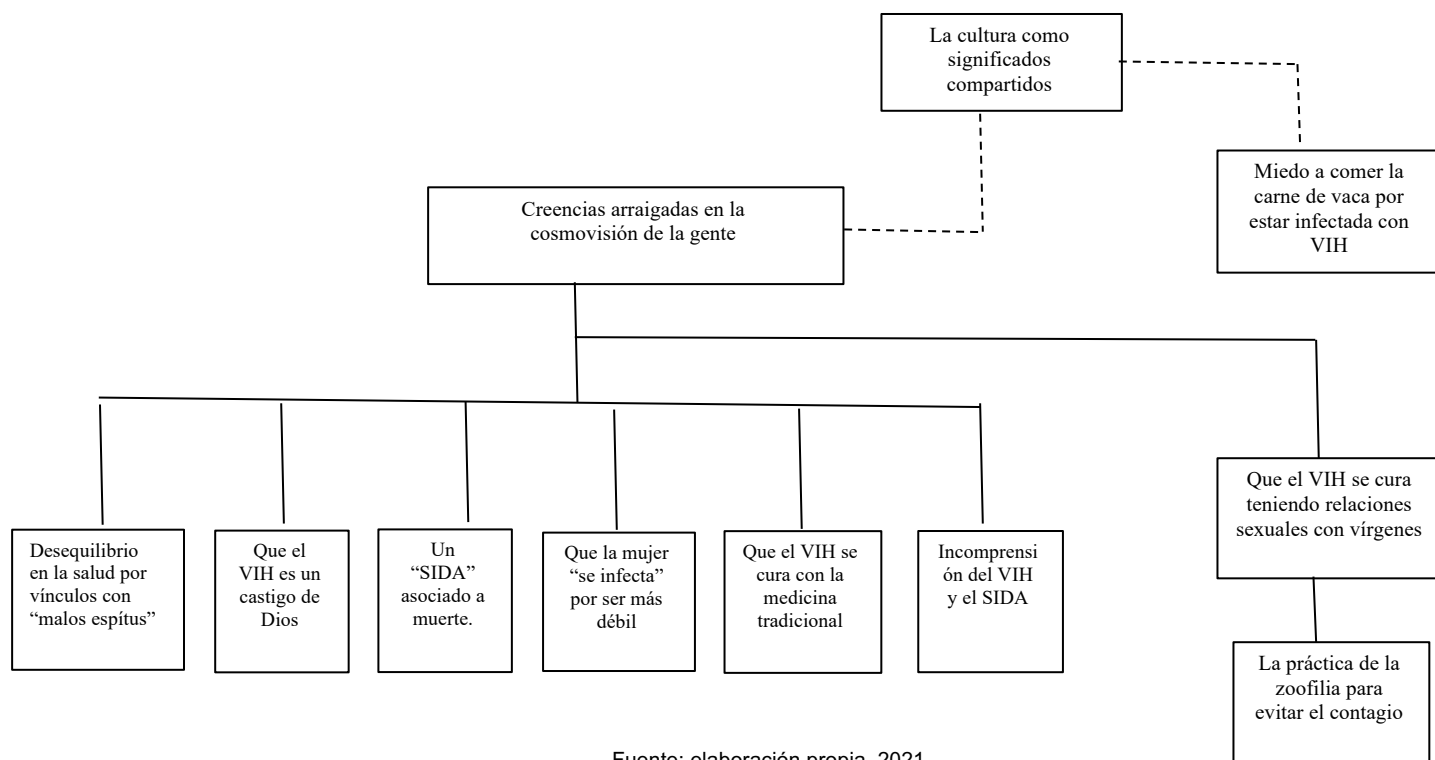
Visualizamos los componentes del circuito de la cultura propuesto por Hall en este trabajo: 1) Representación: signos que moldean el concepto de VIH-SIDA, 2) Identidad: discursos, prácticas y posiciones diferentes ante VIH-SIDA, 3) Producción: sentidos y significados ante el VIH-SIDA, 4) Consumo: formas de agenciamiento y relaciones de poder, ideologías en y ante el VIH-SIDA, y 5) Regulación: normatividad y valores en torno al VIH-SIDA

a) Representación:

Signos que moldean el concepto de VIH/SIDA

De conformidad al esquema presentado, creencias y prácticas culturales respecto al VIH y al SIDA, configuran y legitiman representaciones e imaginarios sociales que no son suficientes para comprender el impacto que la pandemia está provocando en mujeres y hombres de los Pueblos Indígenas en el municipio de Puerto Cabezas, en la Costa Caribe Norte de Nicaragua, agravadas por acciones punibles y lesivas a la integridad de adolescentes.

Figura 5
Concepciones y prácticas culturales respecto al VIH y al SIDA



Fuente: elaboración propia, 2021.

Este estudio trata de comprender por qué, particularmente, entre la población indígena miskita el VIH es asociado a “*hechizos*” y a “*malos espíritus*” y no a una infección de transmisión sexual que de no tratarse se avanza a la condición clínica del Sida. Al respecto, la siguiente participante lo explica de este modo:

“Porque diciendo que ha sido hechizado se obtiene el apoyo de la familia, la comunidad y el médico tradicional, en cambio, el SIDA es rechazado por tratarse de un castigo de Dios y por estar asociado a muerte”. (Entrevistada 12, 2019).

Esta mirada, desvela una realidad impactante conectada a la incomprensión del VIH y el SIDA en Pueblos Indígenas, a 40 años de registrarse el primer caso en el mundo, lo que lleva a este estudio a plantear la necesidad de hacer consideraciones nuevas en el tema y desde la cosmovisión de las/los afectados desmontar conceptos coloniales constitutivos de opresiones.

En otro sentido, información confiable confirma que en ciertas comunidades del litoral norte hombres mayores VIH positivos con engaño se meten a vivir con mujeres adolescentes y jóvenes vírgenes. “Porque de alguna manera ha llegado a ellos alguna información de que el VIH se cura teniendo relaciones sexuales con una mujer virgen”, (Entrevistado 3, 2019), en un hecho repudiable y lesivo al derecho que tienen las mujeres a vivir libres, informadas y plenas, y no condenadas ni esclavizadas sexualmente. De hecho, es un estigma propio de África, por lo que habrá que identificar los vínculos de como esta “práctica”, les llegó a nuestras comunidades.

Otras creencias afianzadas en algunas comunidades indígenas identifican a hombres aparentemente infectados con VIH sosteniendo relaciones con animales (zoofilia) desde una “práctica” condenada por el resto de pobladores que con temor plantean “que la vaca está infectada con VIH y que puede verse por tras registrar pérdida de peso, “se pone flaquita y se muere. La gente se está muriendo, pero también se están muriendo las vacas”. (Entrevistado 12, 2019). Al final, existe una preocupación que está asociada a creer que se queda curado del VIH/SIDA al sostener relaciones sexuales con animales.

Pero, ¿qué promueve el aumento de la zoofilia? ¿cuál es su relación con el VIH? Son dos grandes interrogantes que tendrían que ser resueltas con estudios en el terreno. En ambos casos, se hace necesario profundizar, definir e implementar estrategias dirigidas a desestructurar y desnaturalizar concepciones fuertemente arraigadas en una sociedad que no reconoce que es patriarcal, machista, ignorante y egoísta. El cambio de actitud ante la pandemia como parte de la respuesta personal, es un elemento crucial que aportaría mucho éxito a las estrategias de la respuesta regional y nacional.

Prácticas culturales asociadas a la sexualidad y al uso del condón

En junio del 2019, en una clase de salud sexual y reproductiva un estudiante se levantó y le dijo a la profesora que impartía el curso que “el no estaba preparado para recibir esa materia asegurando que a él sus padres lo criaron de una manera muy diferente a lo que le intentaban enseñar. *“Lo siento mucho, profesora que yo me retiro”*.

La decisión la tomó cuando el docente compartía aspectos relacionados a sexualidad, equidad de género, identidad sexual, VIH, salud sexual y reproductiva, y uso del condón. Allí mismo, otro estudiante reaccionó diciendo: *“qué es eso de andar usando condón, cuando es mejor sentir carne con carne, y el condón me hace sentir menos hombre”*. Y estos temas tratados no satanizan la decisión de tener relaciones y vida sexual activa, pero se insiste en que deben tenerse con responsabilidad, para evitar los embarazos no deseados, contagiar o ser contagiados de infecciones de transmisión sexual. (Entrevistado, 18, 2019)

Los prejuicios en la sexualidad

Un grupo de mujeres abordadas por este estudio coincidieron en plantear que sus esposos no les permiten usar condón porque culturalmente no es bien visto desde la sexualidad, lo que, de acuerdo a las informantes, confirma que tienen información, saben bien las consecuencias que acarrea la enfermedad, pero lo que hace falta es cambio de conducta y de ver las cosas justificadas desde la cosmovisión. *“Por qué las mujeres no podemos pedir a nuestras parejas usar condón, tenemos que insistir en su uso, de lo contrario, decirles que no nos podemos entender”*, comentaron, en abierta alusión a una cultura machista que les niega y castiga usar condón por ser un sacrilegio ante los ojos de Dios.

“Existe demasiado silencio respecto al VIH como un tema que tiene que ver con derechos, y el derecho es que se reconozca como un problema de salud pública y que esto necesariamente pasa por asegurar acceso a la salud y calidad de vida de la mujer con VIH”. Dentro de la iglesia vemos que hay apertura para hablar de algunos temas, pero no es lo suficiente. En las iglesias se habla de manera general, pero no estamos en la época de seguir hablando con tantos rodeos, se necesita hablar de manera directa, sin pelos en la lengua, y de esa manera decirles a los jóvenes que el VIH existe y es un problema”. (Entrevistado 18, 2019)

b) Identidad: discursos, prácticas y posiciones diferentes ante VIH-SIDA

¿Cuánto de cierto hay que la medicina tradicional está curando el VIH y el Sida?

Los pueblos indígenas en la Costa Caribe de Nicaragua parten de cosmovisiones, y formas particulares de concebir y enfrentar el proceso salud-enfermedad recurriendo a la práctica de la medicina tradicional y ancestral, como condición indispensable para alcanzar el equilibrio, la sanación física y espiritual. Esto explica en parte, la decisión que toma el/la comunitario/a de recurrir ante el médico tradicional. De acuerdo a relatos consignados en este artículo, *“personas que estaban en terapias antirretrovirales han llegado a las unidades de salud solicitando ayuda asegurando que abandonaron el tratamiento persuadido por el médico tradicional que le ofrece la cura, pero le pide como requisito dejar de tomar este medicamento para asegurar la efectividad de la medicina tradicional”*. (Entrevistado,3, 2019)

“Las primeras señales que traen a la consulta afectados por la enfermedad, es la inflamación del cuerpo, dolores en los huesos, problemas con la visión, pintas en la piel, uñas desprendidas, en un aspecto causante que las familias y la gente utiliza para discriminarlos, porque no quieren que los lleguen a tocar, no pueden tomar un vaso de agua, ni dormir en la casa, los corren, y lo hacen bajo ignorancia que el VIH no se pasa con una caricia o un beso”. (Entrevistada 9, 2019)

Otros grupos, recurren al médico tradicional y deciden combinar los dos tratamientos. Lo anterior, trata de justificar desde lo que las personas con VIH consideran que, debido a los efectos causados por el tratamiento occidental, algunos deciden buscar el que les da el médico tradicional, siendo *“la cuculmeca”* o *“zarzaparrilla”* (n. científico: *Smilax sp*), una de las plantas más utilizadas por sus propiedades de efecto estimulante del sistema inmunitario y hematopoyético, que favorece la respuesta al TAR.

“Un día vino un señor diagnosticado con VIH, angustiado y me dijo: mi mamá no quiere que me le acerque, ¿qué hago?, le pedí traerme un vino condor, agarre tres trozos de hombre grande, dos rajas de canela, nuez moscada rayada, uña de gato, esencia coronada, doce pastillas de sulfatiazol, lo deje al sol y al sereno y a los tres días lo mandé a tomar tres veces al día por cinco días. Regresó a los dos meses contándome que después de 6 veces de hacerse la prueba esta le había salido negativo. Atrás había quedado la historia de rechazo de la familia y los amigos que después de contarles lo que estaba pasando, lo corrieron de la casa. Hoy vive en el exterior, me llama y me cuenta que está bien”. (Entrevistada 9, 2019)

Durante el diálogo, la médica tradicional, recuerda cómo vienen recurrentemente a sus sueños las plantas que debe buscar en la montaña para preparar sus cocimientos y ayudar a pacientes que presentan el *Liwa*, o en su caso el VIH:

“Siempre pido en oración a Dios me enseñe a identificar cuáles son las plantas buenas para acompañar a las personas con Liwa que recurren a la medicina tradicional y ancestral, y así una noche en sueño me indicaron qué plantas debía utilizar y combinar. Recorde siempre a mi abuelita que decía que había que tener fe en Dios”. (Entrevistada 9, 2019)

En su práctica, asegura que ha dado a tres personas con VIH la misma medicina y que han presentado mejorías importantes:

“Una de las mujeres que vino llegó presentando dolores vaginales y abundante secreción salivar, lagrimeo, dolor en la garganta, desprendimiento de sus uñas y cabello, llagas en el cuerpo, fiebre, y vómito, sus orejas estaban blancas, tenía ojeras de color morado, por lo que no dudé en pensar que tenía VIH, me dio la sensación que ella sabía su diagnóstico pero tampoco quería creer en él, por lo que tuve que decirle que era SIDA, que no era cáncer, y la mandé a realizarse la prueba explicándole que no iba a incurrir en gasto, pero ella rehusó por miedo a la discriminación, y decidí llevarla personalmente al centro clínico bilwi, y así fue que le detectaron. A los primeros síntomas, asegura que decidió visitar cinco brujos quienes le confirmaron que era un hechizo”.
(Entrevistada 9, 2019).

En diálogo con médicos tradicionales, confirman que la medicina tradicional no está curando el VIH, pero sí está mejorando el sistema inmunológico de las personas que lo tiene, lo que vuelve a reforzar la conexión entre el beneficio de ciertas plantas medicinales como la cuculmeca, el sorosí, hombre grande, cola de caballo, cancerina, hoja de guanábana y noni y el fortalecimiento del sistema inmunológico y su relación a la adecuada o mejor respuesta al TAR. (Entrevistados 3 y 9, 2019). No entenderlo de esta manera, predispondría mentalmente, a un estado falso de seguridad, convirtiéndose en factor de riesgo para desarrollar co-infección.

Al respecto, la postura del MINSA, reconoce la existencia de personas que irresponsablemente están llevando a frenar el éxito de muchas de las acciones que se han emprendido como respuesta ante el VIH en la región en determinantes de la salud claves, como servicios de salud y atención a las personas con VIH.

El Mito de Liwa en el tratamiento del VIH

En el mundo de la medicina ancestral el VIH en la población indígena tiene que ver con LIWA, o sea, gusanos microscópicos que habitan la sangre, el agua y destruyen el sistema inmunológico que para recuperarlo se debe recurrir a la medicina ancestral cuyo sistema de sanación alcanza la familia y la comunidad desde la colectividad, lo que refuerza la creencia en una sanación conectada a la adherencia y a la participación, sin descartar contribuciones significativas en la reducción del estigma y la discriminación por la enfermedad. *El Mito de Liwa*, refuerza la mirada de Fernando Stern (2005), al reconocer que es en el mito donde descansa gran parte del basamento cultural de un pueblo, lo que conlleva a reconocer sin duda, su relación con los orígenes, la identidad, las raíces y la ancestralidad de los propios pueblos.

Tabla 5:
El Mito de Liwa y el VIH

El Liwa	La intervención del médico tradicional	Creencias
Un virus asociado a fluidos que vive en la sangre y el agua	Disminuye la incidencia del VIH desde el uso de plantas medicinales contribuyendo significativamente a la adherencia.	Que la medicina ancestral recupera el sistema inmunológico y el equilibrio en la salud.

Fuente: elaboración propia. 2021.

Una perspectiva interesante aportada al debate no descartaría una posible relación entre la respuesta del VIH y la medicina ancestral, desde el mito de Liwa en la cosmovisión miskita. Sin duda, esto explica en parte porque mujeres y hombres cuando no encuentran respuesta a problemas con la salud, recurren ante el/la médico tradicional, quienes gozando de autoridad y reconocimiento tratan y alivian enfermedades socioculturales asociadas al *grisisikni*, el *yumuh*, el *siran*, la *purawishka* (tuberculosis) entre otras. El/la médico tradicional tiene como línea de formación su vivencia desde la espiritualidad, sus fuentes de energía y sanación. Su esencia radica en la identidad y en la comunidad como centro de su práctica.

“El Liwa es un ser mitológico (sirena) que vive en el agua, en su traducción literal es gusano, dede el mito del Liwa, vive en la sangre y es un vicho-gusano, pues entonces vive en todo lo que sea agua, sangre, semen, saliva, en todos los espacios donde haya agua, de allí que en la Medicina tradicional/ancestral se considere que el VIH es curable, en las mismas condiciones que trata el Yumuh, las enfermedades del estómago, incluido el cáncer, el siran/susto, que afecta el sistema nervioso y está asociado a las enfermedades cardiovasculares. De allí, la gran importancia desde la cosmovisión indígena, que su abordaje pueda ser considerado desde la complementariedad en el protocolo de atención a personas indígenas que viven con el VIH, lo que podría contribuir en gran manera a la adherencia y a la reducción de la discriminación por la enfermedad. Esto nos obliga a conocer cuáles son las propiedades que tienen estas plantas medicinales que continúa siendo un reto pendiente en la salud complementaria cuando se trata de pueblos indígenas”. (Entrevistada 16, 2019)

Desde nuestros entrevistados, el *Liwa* replantea el abordaje y el manejo de la problemática del VIH en la Costa Caribe Norte de Nicaragua, lo que pone de manifiesto que es un virus que podría reducir su impacto desde la práctica de la medicina ancestral y desde un tema que inflexiona en pruebas confirmatorias, en control de carga viral (CD4) y en acciones que aseguren la complementariedad y el diálogo entre la medicina occidental y el modelo de salud intercultural (Entrevistado 16, 2019). Y pese a que no se ha realizado ningún estudio que establezca esta relación, podría, significar una nueva teoría sujeta a estudios inmunológicos, bioquímicos y farmacológicos, en un esfuerzo por alcanzar algún nivel de evidencia científica. La oposición a esta práctica significativa en la respuesta del VIH, corresponde al grupo de pacientes que por distintas causas abandonaron los antirretrovirales y se quedaron sólo con el tratamiento suministrado por el médico tradicional, “éstos, han regresado peor”. (Entrevistado 1, 2019).

Lo que se entiende por LIWA

“Liwa” en español es “Sirena”, en miskito “*gusano o virus*” que vive en el agua y en la sangre y se reparte a través de fluidos. Desde la cosmovisión miskita, se entiende a “Liwa” como un gusanito microscópico que logró posicionarse en un espacio de agua y/o sangre, a causa de *“una mala acción que nosotros hicimos y esto conlleva a todo un proceso de reconstrucción del Ser Indígena, frente al Dios creador. Desde esta lógica, los médicos tradicionales van a tratar el vih como un problema que hay en la sangre y que afecta a unos más que a otros, no están diciendo que no se les de los antirretrovirales.* (Entrevistado16, 2019)

En relación a la figura del Liwa, la perspectiva de nuestros entrevistados replantea todo el abordaje y el manejo de la problemática del VIH en contextos de pueblos indígenas en la Costa Caribe Norte de Nicaragua. En este sentido, este estudio encuentra que la gente no entiende que es el VIH, porque el VIH es algo que vino de otros lados, algunos que logran medio entender saben que es un virus, pero, ¿qué es un virus de esta naturaleza en el fondo?, ¿qué es una pandemia asociada al virus del VIH y el Sida? De manera notable, el VIH es impuesto a una población que no logra entenderlo más allá de lo que le dice la iglesia que es “un castigo de Dios”, y esto ha calado tanto, que se naturaliza desde los prejuicios, el estigma y la discriminación.

Por tanto, se necesita deconstruir el concepto que está relacionado a algo desconocido por quienes lo padecen y hasta mueren por su causa. Se necesita deconstruir desde la lógica planteada por los médicos tradicionales, el LIWA, evidentemente esto contribuiría a comprender la enfermedad incentivando desde la cosmovisión de nuestros pueblos, la sabiduría, el conocimiento, los haceres y los saberes de nuestros sabios y sabias, y el diálogo intercultural e intergeneracional. Me parece una ruta correcta a seguir para que nuestra gente se apropie del impacto que enfermedades como el VIH están causando en el estado de bienestar integral de mujeres y hombres en la Costa Caribe de Nicaragua.

Desde el pensamiento de Mignolio (2014), este estudio evoca a la descolonización del pensamiento, el conocimiento y la memoria como la forma y clave de irrumpir en escenarios como el nuestro y reconocer otros tipos de saberes y sensibilidades, y otras maneras de provocar el diálogo que asegure el reconocimiento de otros conocimientos como la única manera de enfrentar el impacto del VIH en nuestros pueblos. La propuesta desde LIWA de los médicos tradicionales es una apuesta también por la vida que no hay que ignorar.

c) Producción: sentidos y significados ante el VIH-SIDA

Principales representaciones sociales asociadas a VIH y al Sida

- “Una infección transmitida por homosexuales. Ahora se suma la corrupción de menores promovida por grupos homosexuales, quienes aprovechándose de la crisis económica los están explotando sexualmente”. (Entrevistado 2, 2019)
- Una enfermedad silenciosa, de alto riesgo, de la que se sabe poco y no se comprende la complejidad del fenómeno. *Tampoco nadie quiere hablar y tomar medidas alrededor de eso*. (Entrevistados, 2, 4 y 8, 2019)
- La percepción cultural que se tiene del VIH incrementa los riesgos. *“La gente que es portadora no se cuida y los conceptos que se tienen sobre la enfermedad puede estar provocando su proliferación a pasos gigantes que todavía hoy no conocemos”* (Entrevistado 8, 2019).
- Una enfermedad asociada a adolescentes con vida sexual activa a temprana edad y se resisten a usar condón. *“Son adolescentes que los escuchas hablar que no usan condón porque no les gusta porque no hay la misma sensación, situación que los hace altamente vulnerables frente al contagio del VIH y el SIDA”*. (Entrevistado 2, 2019)
- Una infección que se ha disparado, que nadie la controla y donde todo mundo está expuesto, y por tanto, es un problema que demanda respuesta e involucramiento institucional, familiar y comunal.

La denuncia establecida en el territorio, evidencia una eventual corrupción de adolescentes que a cambio de dinero están accediendo a intercambios sexuales que eleva peligrosamente su vulnerabilidad frente al VIH y al SIDA. En este sentido, parece existir una mala interpretación de las políticas de género que reconocen los derechos de la diversidad sexual, que lo expresan (individual o colectivamente) en conductas sexuales libertinas e irresponsables, aprovechando que el adolescente está en un proceso de construcción de patrones sociales, valores, ideales, sexualidad e identidad sexual o de género, llevando los valores sociales al extremo de una sociedad permisible y libertina.

Avances registrados

(A nivel del MINSA, CORLUSIDA, SILAIS Y UNIDADES DE SALUD)

- El Replanteamiento de la respuesta del VIH y el SIDA en el 2016, articulado y rectorado por CONSIDA a nivel nacional, y CORLUSIDA en el Caribe Norte del país.
- La realización de tres talleres de planificación a nivel regional entre 2016 y 2017, con la participación de agentes de salud (médicos tradicionales y parteras integrantes de la red de salud), y los municipios de la región.
- El diseño del Plan Estratégico Regional 2017-2020 de la Comisión de Lucha contra el SIDA. El Plan redefine las acciones desde los principales determinantes de la salud relacionadas al VIH/SIDA, en un contexto altamente complejo que tiene como detonante “prácticas” justificadas desde la cultura, proclives a “conductas de riesgo, resistencia al diagnóstico oportuno y al tratamiento”. (CORLUSIDA, 2017)
- La implementación del componente de VIH, gerenciado desde el SILAIS como sede regional, en conjunto con las áreas de salud de los municipios
- La promoción de pruebas rápidas de VIH, para la identificación y captación de nuevos casos. Las ferias de salud aseguran que el paciente conozca su estado virológico, carga viral y marcadores de linocitos CD4.

- Atención de la tuberculosis con especial énfasis en la atención de las personas con VIH, a partir de esquemas pertinentes a los casos reportados.
- El aseguramiento de un esquema de tratamiento antirretroviral, de tres a un solo comprimido. La tableta diaria procura mantener el virus en cifras indetectables, es decir, bajar la carga viral por diferentes mecanismos de acción.
- 2016-2019: La implementación de programas de radio y TV, desde la secretaria regional de Salud enfocados al tema.
- Destacan coordinaciones entre el personal de salud através del Policlínico y autoridades territoriales. Antes había un lazo rojo que indicaba que allí se atendía a los pacientes con VIH o sospechosos de tener la infección, lo que fortalecía e incrementaba el estigma, pero ya no está.

a) Otros avances (desde la academia)

- La aprobación en el seno del Consejo Universitario de la Universidad URACCAN de módulos en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos mediados culturalmente y contextualizados a la Costa Caribe de Nicaragua. Es una herramienta importante del docente y contiene una ruta clara para asegurar el abordaje desde el aula de clases.
- La implementación del *Plan de Sensibilización* con perspectiva intercultural de género, dirigida al abordaje de temas de interés con la comunidad estudiantil, desde la práctica de una serie de cátedras con enfoque en la violencia, salud, bienestar. Incluye procesos formativos en derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en VIH, dirigido también a grupos de estudiantes de la escuela de liderazgo.
- La existencia del Centro de Estudios e Información de la Mujer Multiétnica (CEIMM), como un área especializada en investigaciones, enfoques y abordajes de los temas afines a derechos sexuales y derechos reproductivos, VIH y el Sida, violencias y ciudadanías interculturales de género.

Lo que se piensa y dice respecto a “los avances”:

- “Se reconocen avances institucionalmente, porque el MINSA está garantizando los antirretrovirales, pero la estrategia debe reconsiderar volver a promocionar y prevenir que adolescentes y jóvenes no se estén infectando con el VIH y no llegar al uso de antirretrovirales, *y no lo estamos haciendo*”. (Entrevistado 4, 2019)
- “Los años buenos en la respuesta, estrategias, acciones y el involucramiento de todos, fueron 2002-2008. Cuando Acción Médica Cristiana realizaba asambleas de la salud y aseguraba la presencia de médicos tradicionales, enfermeras, médicos y todos se involucraban en construir el Plan Estratégico”. (Entrevistado 1, 2019)
- “De un período de acciones dirigidas a la prevención, conformación de organizaciones juveniles, de adultos y pastores, de avanzar con los líderes comunitarios, de formar a una cantidad incalculable de gente en el tema, la euforia por responder ante el VIH desapareció. *Nos saturamos de información y nos apagamos todos*”. (Entrevistado 4, 2019).
- “Fue una época en la que jóvenes, adultos, líderes de salud, parteras, todo mundo manejaba el tema del VIH. La red de pastores, organizaban programas, reuniones y desde el púlpito hablaban del VIH, y es una generación de jóvenes adultos o adultos que tienen empoderados, pero la otra generación no, porque se descontinuaron las acciones”. (Entrevistado 4, 2019)
- Hoy el abordaje del VIH está centrado en la institución y las acciones que se hacían desde otras esferas, ya no se hacen y en consecuencia, se registra como hecho lamentable, el aumento de los casos de VIH en adolescentes y jóvenes del municipio.

“El VIH sigue aumentando en los grupos de riesgos, que no le estamos dando la atención, lo que conlleva a potenciar el abordaje del VIH con organizaciones y estructuras partidarias con liderazgo en la población, asegurando involucrar a grupos nuevos preocupados y comprometidos con el tema. (Entrevistado 4, 2019)

Con estas consideraciones, se propone replantear acciones como parte de la respuesta concertada que llevó en su momento a consultar a los jóvenes como parte de los grupos vulnerables a los que estaban dirigidas las intervenciones, asegurando la promoción y la prevención.

“Y allí se hablaba del tema, del retraso de las relaciones sexuales, y al inicio era difícil porque ni ellos querían abordar el tema; el tema del uso del condón, cómo, cuándo, y cómo negociarlo con la pareja. Estos temas eran discutidos entre los jóvenes, y habrá que ir a conversar con una nueva generación para identificar acciones para que el VIH no se siga propagando”. (Entrevistado 4, 2019)

- Era un período de mucho trabajo, de organización, de alianzas, de estrategias, campañas dirigidas a empoderar a un sector super importante que eran chavalas y chavalos en ese momento.
- Se hacían congresos de VIH a nivel regional y nacional. Los congresos de Corlusida y Conisida cuando se hacían se aseguraban cupos para la Costa Caribe y llevábamos representación juvenil, religiosa y de trabajadoras sexuales. Tratábamos de que el trabajo de prevención y divulgación fuese integral. Se aseguraba la participación de los distintos sectores. Todo eso ayudaba también a que el trabajo se mantuviera visible. Sin embargo, hoy no ves nada de eso. (Entrevistado 5, 2019)

d)Consumo: Formas de agenciamiento y relaciones de poder, ideologías en y ante el VIH/SIDA en Puerto Cabezas

Principales tensiones asociadas a la respuesta

- “No existen campañas integrales de comunicación dirigidas a la respuesta del VIH”. (Entrevistado 2, 2019)

“Tenemos a una población rural y urbana que no está teniendo información y se está infectando sin conciencia de la trascendencia que implica el VIH”. (Entrevistado 4, 2019). A esto se suma:

“Que el nivel y la intensidad del trabajo de prevención y divulgación es inexistente, lo que nos lleva a entender porque los índices se concentran en los jóvenes que no creen que existe el VIH y están teniendo relaciones sexuales de primera a primera sin protección, los altos índices de embarazo lo confirman. Esto no ocurre con esa generación que trabajamos y nos quedó el impacto que nos activa a protegernos y recurrir a las pruebas como herramienta para sostener e iniciar relaciones seguras”. (Entrevistado 5, 2019).

- “Las personas con VIH viven discriminación, estigma y rechazo. La captación se produce porque los pacientes llegan, no porque los buscan, en otros casos, se acercan, piden hacerse la prueba del VIH, y después no hay seguimiento. Por tanto, se hacen la prueba por miedo y porque hay angustia, pero ya no regresan”. (Entrevistado 1, 2019)
- Información confiable, confirma que entre los afectados están taxistas, uniformados, profesionales, maestros, estudiantes y pastores. El VIH está afectando en iguales condiciones a la mujer ama de casa. (Entrevistado 3, 2019)
- El financiamiento se agotó, y así también, finalizaron todas las acciones dirigidas a la respuesta que involucraba la participación de amplios sectores sociales. Hoy, es desencadenante de prejuicios, estigma y discriminación, lo que ha llevado a personas con VIH a abandonar y no adherirse al tratamiento.
- Si bien contamos con un Plan Estratégico 2017-2022, nos preocupa que los organismos que financiaban y daban seguimiento al componente de VIH y Sida en la región se fueron y no hay proyectos dirigidos a la respuesta. A manera de ejemplo, en el 2010-2014 teníamos un proyecto de Horizont 3000, UNICEF, PNUD, UNFPA y Voz Joven, con los jóvenes, y ya no están. (Entrevistado 1, 2019)

- Hay que trabajar el reenfoque preguntándole a la gente, y solamente después, ver si es la salud en la comunidad o la comunidad en la salud, de ser esta última, va a significar que debemos de cambiar y despojarnos de muchas actitudes que nos separan y nos ponen demasiado lejos de la comunidad, porque una de las barreras es el problema de actitudes de funcionarios de salud, y no queremos eso. (Entrevistado, 16, 2019)
- El tema del VIH es un problema de salud pública como lo es el tema de la violencia. Existen las políticas públicas, las leyes, pero no se si le está llegando la información, porque una cosa es que le brindemos información y otra que miremos cambios de comportamientos en la población (mujeres y hombres). (Entrevistado 18, 2019)
- Preocupa que no se esten haciendo las cargas virales CD4 a pacientes con VIH en el municipio de Waspam y que CORLUSIDA, la instancia articuladora de la respuesta del VIH en la región, no esté funcionando. (Entrevistado 1, 2019)

La “confidencialidad” como detonante de la poca confianza en el sistema de salud

Otros relatos manifiestan tener poca confianza en los trabajadores de la salud que faltan a la ética, agravado por la alta rotación del médico del programa que tampoco contribuye a asegurar la adherencia causando el abandono al programa (Entrevistado1, 2019). Y si bien existe un reconocimiento a los esfuerzos impulsados por el MINSA como institución rectora de la salud en entregar los antirretrovirales, sostienen que el problema se complejiza porque no todos los que tienen el VIH están asistiendo a la institución (Entrevistado 4, 2019).

- “No se está trabajando la temática y los estudios que existen son muy pocos en el tiempo”. (Entrevistado 8, 2019).

“En los comentarios de la gente en el municipio existe el concepto de que las mujeres son las más afectadas y son las que están más estigmatizadas en ese aspecto. Quizás se deba también a la falta de un estudio que de cuenta de la problemática del VIH y su impacto en Puerto Cabezas, no conozco uno con esta magnitud y tampoco que incluya datos estadísticos que profundizan en el tema”. (Entrevistado 14, 2019).

Efectivamente, este estudio acredita una raquítica producción de estudios en VIH o de otros que son transversales al tema. Al abordar a algunas investigadoras, su percepción es que los resultados y las recomendaciones establecidas en su momento, no han provocado discusión de la problemática y tomas de decisiones importantes a nivel del municipio y por consiguiente cambios de actitud o reducción del estigma, prejuicios, discriminación y los casos positivos VIH.

A continuación, se adjuntan parte de estudios y artículos dedicados al VIH:

Cuadro 3:
Producción asociada a la respuesta del VIH en la región

Año	Nombre del estudio	Autor/a	Descripción
2021	¿Qué pasó con las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el Sida en el municipio de Puerto Cabezas?. Un punto de inflexión crítico desde las Representaciones Sociales.	Gretta Paiz Malespín María Sol Pastorino	Revista Científica de FAREM-Esteli, 10(39)-44-65.
2021	Representaciones sociales sobre VIH/SIDA en mujeres indígenas miskitas en Puerto Cabezas, Costa Caribe Norte de Nicaragua. Una Mirada Crítica desde el Feminismo Decolonial.	Gretta Paiz Malespín María Sol Pastorino	Revista Ciencia e Interculturalidad, 14 (28),p. 56-75.
2019	Comportamiento clínico y epidemiológico del VIH y SIDA en mujeres indígenas del Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi.	Ana E. Cantón; Joice Dixon, Loyda Stamp Lackood; Marilú Rodríguez.	Revista Universitaria del Caribe, 21 (2), p.59-70
2010	Tejiendo la interculturalidad en las Políticas Públicas en Salud: Pueblos indígenas y Afrodescendientes de Nicaragua.	Anny Marley María José Mendoza Loyda Stamp	En: Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud inter-cultural en América Latina.
2010	Análisis Intercultural y Cosmogónico del VIH/Sida en las experiencias de los Miembros del Club de Vidas Futuras de Bilwi en la RAAN	Anny Marley Matamoros	Tesis para optar al grado de Máster en Salud Intercultural
2009	Discriminación Social hacia Mujeres viviendo con el VIH y Sida: Una mirada desde la cosmovisión Indígena miskitu	Glenis Escobar	Tesis de Maestría en la Gestión para la Atención y Prevención del VIH y Sida con Enfoque Intercultural.
2009	Factores que influyen en la Falta de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Personas con VIH y Sida en el Hospital de Bilwi. Noviembre 2008-Abril 2009.	Cristina Guzmán González	Tesis de Maestría en la Gestión para la Atención y Prevención del VIH y Sida con Enfoque Intercultural.
2008	"Evaluación de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud Reproductiva y VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad URACCAN, Recinto Bilwi, durante el periodo de agosto 2006-2007".	G Sequeira Peña JF Perera Lumbí	Estudio articulado por universidades del país.
2007	Incidencia de la cultura en la adherencia al tratamiento antirretroviral y la afectación psicosocial en las personas conviviendo con el VIH SIDA atendidas en el Centro Clínico Bilwi, durante el año 2007, Puerto Cabezas.	Ingrid Diessen Kerry Lampson	Monografía para optar al título en Licenciatura en Enfermería con mención en salud mental.

Fuente: elaboración propia, 2021.

El silencio institucional

Personas consultadas en relación a las acciones en VIH/SIDA implementadas por el Ministerio de Salud en el territorio, refieren:

“No sabemos cuáles son las Políticas actuales en VIH/SIDA por parte del MINSA como ente rector de la salud por eso el tema del silencio es persistente, y tampoco conocemos cómo se está presentando el fenómeno. Tampoco existen procesos de comunicación y difusión alrededor de la prevención y la atención directamente de las ITS y el VIH/SIDA”.
(Entrevistado 8, 2019)

Para el entrevistado 14 (2019), el silencio institucional del SILAIS en Bilwi se percibe desde lo siguiente:

“Hay una alta prevalencia del VIH en Puerto Cabezas. Son los comentarios que se escuchan de un tema que nos comienza a preocupar. Radios que priorizaron el tema en momentos importantes de la respuesta, han observado en los últimos años es un tema de bajo perfil y significativo desde la divulgación. Como medios de comunicación nos hemos entrado barreras frente a la incógnita respecto al manejo que se da con la información del VIH en el municipio, lo incomprensible es que hemos tenido más facilidad de acceder a datos procedentes de otros territorios que al de nuestra ciudad, donde se registra y nos preocupa la prevalencia de la enfermedad. En Puerto Cabezas hay sigilo y bastante inaccesibilidad a la información relacionada al VIH. Siempre hemos preguntado públicamente porque aquí al menos a los medios no se les brinda datos. Es una pregunta que sigue esperando una respuesta. Podría suponer que esa podría ser alguna de las causas del por qué el ataque al mal no tiene los resultados esperados, quizás pudo haber sido diferente si la información hubiese fluido y se hubiese hablado del VIH como un problema de salud pública sin ningún tipo de sesgo. No hemos tenido eso”.

Para el siguiente entrevistado, con el surgimiento de la pandemia en la región, las acciones dirigidas a la concientización fueron claves:

“(...) desde módulos, revistas y programas radiales dirigidas a la prevención en la lengua materna de la audiencia, pero eso ya no está, y hoy, las mujeres son las que sufren más el impacto de una enfermedad que también impacta a sus hijos con VIH, cuando no tienen solidaridad de su misma familia, porque la discriminación parte el hogar, desde adentro de las familias, y luego sale afuera, al barrio, a las calles, al trabajo, y te vas aislando, te van viendo de reojo”. (Entrevistado 11, 2019).

En este contexto desfavorable para las mujeres, se hace oportuno establecer la importancia de definir campañas de prevención con pertinencia, interculturales y horizontales que partan de las propias realidades y experiencias de las mujeres indígenas miskitas y las dificultades que enfrentan para lograr el control sobre sus propias vidas sexuales.

Otras opiniones refieren que el MINSA ha retomado la atención, *“pero hace falta que sea integral, sostenible, descentralizado y articulado”.* (Entrevistado 1, 2019), *“hay avances y esfuerzos, pero no son suficientes”* (Entrevistados 1 y 8, 2019). Mientras tanto, la postura del Ministerio de Salud es que las políticas nacionales establecieron la descentralización de las acciones como parte de la respuesta nacional, según planes de CONISIDA. Si bien, la percepción de los entrevistados confiere, alto valor al rol del MINSA como la institución rectora de la salud en el país, y a la información oficial y confiable que con esa misma confianza esperan del sistema respecto al VIH/SIDA, en un esfuerzo por alcanzar influenciar en un tema tan sensible. La información registrada en esta parte del análisis asigna al trabajo de hace muchos años como *“un tema al que se le daba importancia, y se sentía que había una lucha contra el SIDA, y últimamente el trabajo no lo conocemos”* (Entrevistados 2 y 8, 2021).

Las perspectivas de los entrevistados 14 y 4, distintas y cada una planteada desde aceras opuestas, tocan desde el tendón de aquiles y a manera de crítica cómo se está abordando el tema en un territorio impactado fuertemente por el VIH:

“El tema del VIH se ha manejado como secreto de estado. Hay un silenciamiento total y no creo que sea una política nacional porque en otros lados el abordaje es diferente, y no se si es del dominio de las autoridades nacionales en la manera en que se está manejando el tema del VIH en el municipio. No se si es una orientación o si son las mismas autoridades las que erradamente creen que es la mejor forma y más bien está dando resultados negativos. A esto se suma el bajo perfil de las instituciones que han trabajado la temática en un municipio donde la prevalencia del VIH es una realidad, no se está inventando y por tanto, no se puede negar que es un problema de salud pública”. (Entrevistado 14, 2019)

“El nivel intermedio para mi es donde no se están haciendo las acciones. En el país, para las personas con VIH además de garantizarle su tratamiento hay una ayuda alimentaria, pero, ¿qué se está haciendo en estos niveles?, te estoy hablando institucionalmente, donde se tiene que ver el tema del VIH, se ha concentrado en la atención que asegura a muchos que están bien adheridos. El problema no está en estos que están allí, el problema es que estamos recibiendo más y más gente, y muchas veces en estos niveles intermedios no se cumple con lo que el nivel superior está diciendo se haga. (Entrevistado 4, 2019)

Los relatos, contrastan entre el deseo por avanzar y la frustración frente a lo que califican *“inoperancia de CORLUSIDA y la ausencia de un Plan de Acción que coadyuve a la respuesta del VIH”*. (Entrevistado 1, 2021). En este escenario, se recuerda a la Comisión de Lucha Contra el SIDA en el Caribe Norte (como queda consignado en los mejores años de la respuesta), con liderazgo y capacidad de formular proyectos en un contexto importante de la respuesta del VIH, presentados y aprobados en el seno de un Consejo Regional Autónomo, legislando a favor del bienestar integral de la gente. En definitiva, las campañas de comunicación fueron de gran importancia porque contribuyeron a asegurar abordajes respetuosos e inclusivos, edificados desde la participación, y justamente desde imaginarios contruidos más allá de prejuicios, estereotipos, estima y discriminación.

El desafío de la práctica con pertinencia intercultural en la salud

Una paciente con VIH acompañada en todo su proceso por el Centro Clínico Bilwi se fue al Policlínico y pidió su carga viral CD4, recomendado cada 6 meses y no fue atendida, por lo que ella considera que actitudes como estas repercuten en el desinterés y en la desconfianza en un programa que los rechaza y no está respondiéndoles (Entrevistado 7, 2019). Contrastantemente al hecho registrado por este estudio como contraproducente en la respuesta, otra opinión reconoce en la práctica del “Centro Clínico Bilwi una intervención integral que incluía exámenes de laboratorio”. (Entrevistado 1, 2019).

Esto lastimosamente, pone bajo escarnio público el liderazgo del Ministerio de Salud, y replantea, actitudes necesarias que aseguren revertir el “no se puede” a posibilidades reales de acceder al CD4 y demás pruebas sin que ello provoque frustración, desánimo, abandono y falta de confianza en el sistema de salud.

La alta rotación, la falta de confidencialidad y la pobreza extrema como indicador de abandono

Los testimonios de personas con VIH confirman que la rotación sistemática del personal médico que los atiende junto a la falta de discrecionalidad, disminuye notablemente la confianza, en el programa, y en el sistema de salud. *“Fui al hospital y hay otro médico, prefiero a la enfermera a quien sí conozco”*. (Entrevistado 9, 2019). Así, se expresa el rechazo a la rotación y la falta de confidencialidad, en una situación lamentable que reduce considerablemente la confianza en un sistema de salud, responsable de asegurar atención integral, desde principios de respeto a la integridad, la autonomía y la privacidad de las personas con VIH y SIDA. Este planteamiento, evidencia las inconsistencias en el proceso de atención.

Una apuesta por revertir el abandono

El abandono del tratamiento complica aún más la situación del paciente con VIH dado que esta decisión trae consigo la aparición de co-infecciones, complicaciones y muertes asociadas al SIDA como condición clínica. Entrevistados identificaron como causas que no contribuyen a la estabilidad de la persona con VIH/SIDA, la alta rotación del personal de salud dentro del programa, la falta de confianza y ausencia de confidencialidad. Una estrategia planteada por el Ministerio de Salud para revertir el abandono se traduce a la descentralización de la terapia antirretroviral y que consiste en la posibilidad real que tiene el personal del puesto de salud de la comunidad donde reside la persona con VIH, a gestionar y llevar el esquema para su paciente que también puede retirarlo personalmente. Anterior a la medida que vendría a asegurar accesibilidad, todos tenían que venir a las cabeceras municipales. (Entrevistado 3, 2019).

e) Normatividad y valores en torno al VIH/SIDA

Los prejuicios sociales y el estigma social: más allá de la solidaridad

▪ *“A finales del 2018 una joven fue detectada con VIH y comenzó a ser discriminada. La vergüenza la llevó a decidir no ir al hospital, ni al centro clínico, ni al policlínico. Lo que llevó a su hermana también con VIH, a llevarle su tratamiento”. (Entrevista 1, 2019). Este mismo año, “una mujer se suicidó en un barrio de Bilwi, porque no pudo soportar más el rechazo ejercido por la familia”. (Entrevistada 9, 2019), y seis meses más tarde, en el 2019 otra joven con VIH “se dejó morir abandonada en la depresión. No soportó más la violencia de su comunidad”. (Entrevistada 7, 2019)*

▪ *“Por los grados de estigma la gente prefiere tomar el tratamiento en otra unidad de salud por estigmatización, no quiero que me vean entrar al consultorio donde atienden a personas con VIH porque van a saber que voy a retirar mi tratamiento y que soy VIH positivo”. (Entrevistado 3, 2019). Esto explica en parte, la decisión que lleva a mujeres y hombres a migrar de un lado a otro, lo que los hace eternos errantes. “Me estigmatizan acá, mejor me voy para allá, donde no me conocen y me dan el tratamiento”. (Entrevistado 3, 2019)*

- “Personas con VIH, se están muriendo por el miedo a que el diagnóstico lo sepa todo el mundo”. (Entrevistado 1, 2019)

Estas afirmaciones reafirman un modelo de sociedad y de vida cargado de prejuicios que por décadas y sin percibirlo con dimensiones perjudiciales del resto, han venido configurando un territorio y una mujer indígena con VIH, discriminada, racializada y estereotipada, como expresión de exclusión, reducción, naturalización y fijación de la diferencia. La discriminación y el estigma, sin duda, tampoco hacen sentido desde leyes especiales como la 820, dirigida a promover el respeto, la promoción, la protección y la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH y Sida (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2012). Separar la atención contribuye a la estigmatización, por lo que debería de ser integrada la atención de personas con VIH en cualquier consultoría de la morbilidad general.

Paralelamente, el temor lleva a mujeres principalmente a abandonar sus espacios, territorios y sus antirretrovirales, situación que no concuerda con la importancia que tiene el tratamiento del VIH como “una herramienta fundamental para acabar con la epidemia del Sida”. (ONUSIDA, S.F).

El paradigma de lo que se tuvo y de lo que se necesita

Valoración de lo que se hacía antes

- El impulso de la temática del VIH-SIDA desde la Comisión de Salud del Consejo Regional en un periodo en que CORLUSIDA funcionaba con sesiones permanentes de trabajo, elaborando estrategias y políticas que fueron presentadas y aprobadas en el seno del Consejo Regional Autónomo (Entrevistado 2, 2019)
- El acompañamiento de las reuniones de CORLUSIDA desde la Secretaría de Salud, en las que participaban mujeres y hombres con VIH quienes exponían sus problemas y contaban con apoyo gestionado ante Organismos que existían. Con algunos comerciantes se gestionaba leche y víveres (Entrevistado 2, 2019)

Consultados estiman oportuno compartirle al Consejo y Gobierno Regional Autónomo de la Costa Caribe Norte (CRACCN/GRACCN) esta apreciación para incentivar a retomar estas acciones positivas y la asignación de recursos y facilitación de procesos de articulación inter institucional que aseguren la puesta en marcha del Plan Estratégico Regional (PER) basado en las principales determinantes de salud.

- Con el apoyo decidido de Horizont3000 la CORLUSIDA manejó un fondo especial para trabajar el tema del VIH-Sida. Por su parte, la Iglesia Morava a través de ADSIM, tenía un proyecto enfocado sólo para personas con VIH-Sida. (Entrevistado 2, 2019)

- En ocasión del Día Internacional dedicado a la respuesta del VIH, en diciembre se celebraba en grande. Se promocionaban las pruebas rápidas en cada evento que se realizaba. Se hacían foros y se presentaban el registro del aumento de los casos. En el foro se articulaban distintas temáticas concernientes a las experiencias vividas por personas con VIH que eran públicas. Se tenía menos miedo a ser públicos. Hoy se esconden. (Entrevistado 2, 2019)

- Ese movimiento ayudaba a incidir y sensibilizar a la población, al apoyo psicológico y al involucramiento de jóvenes, estudiantes y amplios sectores, incluida la iglesia. “Se sentía que era un problema de todos. Por eso muchos rostros salieron a luz pública. Del resto se les respetó su privacidad y nunca se le reveló su identidad”. (Entrevistado 2, 2019)

- Fue un periodo marcado positivamente por la presencia y el financiamiento de organismos internacionales que para la época se mostraron comprometidos con la respuesta del VIH. “A través del MINSA, que fue un gran aliado en esa etapa junto al Centro Clínico Bilwi, se trabajó bastante dentro de la Comisión de Salud que también tenía sus fondos especiales”. (Entrevistado 2, 2019)

- Si bien, el MINSA garantiza los antirretrovirales, se debe avanzar en el proceso de seguimiento del paciente con VIH, para que no baje la guardia y evitar que abandone el tratamiento. En septiembre del 2019 en una reunión del CORLUSIDA, el Ministerio de Salud se mostró preocupado por el alto índice registrado en el abandono en el municipio de Puerto Cabezas. (Entrevistado 1, 2019)

8.1.1 El Centro Clínico Bilwi, un modelo comunitario en la respuesta del VIH y el SIDA.

¿Cuáles eran esas estrategias? ¿Cómo y con quién se trabajaba? ¿Cómo eran esas iniciativas en VIH? ¿La gente se involucraba? ¿Cómo terminó el Centro Clínico en esta línea de trabajo del VIH?

Comenzamos con el Proyecto de Horizont 3000 que estaba dirigido a la prevención, la promoción y la atención del VIH, se trabajó con ocho grupos integrados por docentes, enfermeras, militares, amas de casas, jóvenes, agentes tradicionales, trabajadoras sexuales, hombres que tenían sexo con hombres, principalmente. (Entrevistado 12, 2019).

“La gente estaba sobre el tema y en la jugada”

La labor abarcó el sector salud, acompañamiento a las personas con VIH, la promoción de la prueba y, la modalidad de pares con los jóvenes, lo que consistía en capacitar a un joven para que hablara a otro de la prevención y protección del VIH para no infectar de VIH. A las amas de casa se les entregaba herramientas para que fuesen a hablar con otras amas de casa. También se hizo incidencia con los maestros en las escuelas y universidades. Después llegó el tema de salud sexual y reproductivo que tenía como eje transversal el VIH y el sida. El trabajo de par facilitó que se aumentara el trabajo de promoción. (Entrevistado 12, 2019).

Con acciones de movilización e incidencia, se articularon programas radiales y materiales de divulgación a través de plegables y calendarios dirigidos a las comunidades, con mensajes de prevención en el tema. La gente tenía su calendario en su casa y mes a mes miraban mensajes sobre VIH, sobre la importancia de la prueba y el uso del condón, así le llegaban los mensajes a la gente. Era una labor sistemática lo que aseguraba que la gente estuviese informada y activa en el tema. (Entrevistado 12, 2019).

“Fueron momentos importantes que registraron trabajo bien visible, se miraba el impacto desde la prevención, la atención, y la divulgación. Es un impacto que se logró mucho por las alianzas que se habían tenido con distintas instancias estatales y no estatales, organismos, instancias del Estado como la Policía, el Ejército, el Minsa, y de una y otra manera también había referencia y contrareferencia entre el mismo programa del centro clínico bilwi con el Minsa como expresión de articulación”. (Entrevistado 5, 2019)

“Las campañas fueron impactantes porque estaban traducidas al miskito y al creole para que llegar a la población, con especial interés en la población joven. Fue un período en que la gente creó conciencia y se involucró decididamente. Se nos acercaban jóvenes, hombres y mujeres y me decían, te escuche por la radio hablando del VIH, ¿qué cosa es eso?, preguntaban, buscaban información y había explicaciones que no existen hoy cuando ya nada es igual”. (Entrevistado 11, 2019).

La incidencia abarcaba a tomadores de decisión en la región

Se trabajó con las autoridades y los políticos, y desde el CORLUSIDA se controlaba el tema en la región, se capacitaba a las autoridades regionales y municipales de la región, entre otros tomadores de decisión lo que aseguraba mantenerse informada de la problemática del VIH. Era un componente más en el tema de la salud. Pero desde que se fue el Proyecto Horizont 3000, como que todo se quedó allí, paralizado en el tiempo. (Entrevistado 12, 2019)

¿Cuándo se fue el financiamiento de Horizont 3000?

El proyecto se acabó en el 2013 lo que ha repercutido en la calidad de la atención, dado que el proyecto compraba los medicamentos para las enfermedades oportunistas como neumonías, diarreas, micosis, tuberculosis entre otros y se abastecían las unidades de salud, sin embargo, hoy, el VIH ha quedado relegado y no es un tema principal.

El tema principal para el MINSA ha sido la malaria y la tuberculosis. Lo están viendo como una enfermedad más y te dicen: “Lo estamos atendiendo”, pero no se siente como una prioridad, prueba de eso es que se han racionalizado las pruebas en las unidades de salud priorizando a grupos metas como las embarazadas, pero no está para que la población en general acceda a ellas. (Entrevistado 12, 2019)

La importancia de la prueba para prolongar la etapa sida

Una de las estrategias implementadas con el Proyecto: “Atención integral con personas con VIH en la Costa Caribe Norte”, consistió en visitar las comunidades acompañados con un promotor y una enfermera. Después de la capacitación se ofertaba la prueba y la gente hacía fila para hacérsela y eso llevó a diagnósticos y atención temprana. La gente accedía a la prueba y al tratamiento sin problema. Se visitaron instituciones, oficinas, universidades, comunidades, hablando del tema y ofertando pruebas, lo que aseguró que mucha gente se diagnosticara en todo ese período. Ahora la gente se está enfermando y se dan cuenta hasta que están en la etapa sida donde prácticamente no se puede hacer nada. (Entrevistado 12, 2019).

“Estas acciones ayudaban a que cada vez, más personas se interesaran por hacerse la prueba del VIH, que era gratuita. Eso no limitaba a que la gente se lo hiciera. Pero en mi percepción todo ese trabajo que una vez se hizo con tanto entusiasmo y compromiso a favor de mujeres y hombres afectados por la enfermedad, ha decaído grandemente. Es una limitante grande el hecho que el Centro Clínico Bilwi, como un referente fuerte con el tema de la ética y la confidencialidad, y pionero en el tema, ya no tenga pruebas gratuitas. (Entrevistado 5, 2019)

Los alcances y el impacto del Proyecto

El proyecto había equipado municipios como Puerto Cabezas, Waspam, Siuna, Rosita, Bonanza) con equipos de laboratorio para el diagnóstico del VIH (prueba rápida, ELISA (prueba confirmatoria en la región) y la WesterBlot (confirmatoria) y mantenía abastecida la región con medicamentos y reactivos.

Garantizaba un médico y dos enfermeras para la atención y habilitó una casa albergue para las personas con VIH que venían desde las comunidades. Había una trabajadora social encargada de buscar a las personas que abandonaban el programa entre otros factores, por la discriminación, no querían que la gente supiera que tenían VIH, y cuando se daban cuenta que la gente ya lo sabía se perdían y había que irlos a buscar, se les volvía a re-contactar y concientizar. Unos volvían y otros se iban a otros lugares y no los volvimos a ver nunca más. Esto se explica desde el estigma que en algún momento las instituciones creadas para acompañar a las personas con VIH eran alcanzadas por los prejuicios y el estigma lo que llevaba a las personas que asistían al Centro Clínico a perderse un tiempo para no ser identificados. Era un período en que había muchas maneras de ayudar a la gente que ahora no se ve. (Entrevistado 12, 2019)

El valor de los médicos tradicionales en la respuesta del VIH

El trabajo con los agentes tradicionales, (médicos tradicionales, curanderos, etc), se capacitaron, ellos hacían referencias de los pacientes cuando sospechaban que se trataba de un caso de VIH y no otra afectación que implicaría tratamiento a base de hierbas, referían al Centro Clínico para hacer las pruebas. Había momentos en que el paciente era atendido entre la medicina occidental y el tradicional, articulando con esta práctica dos modelos de atención (el MOSAFC y el MASIRAAN) desde la medicina tradicional y ancestral y se activaban para acompañar al paciente con VIH. Todo esto se perdió, y hoy vivimos la desarticulación de modelos de atención desde el cual intervenía la medicina tradicional y ancestral. (Entrevistado 12, 2019). Otras conquistas del Proyecto fue creación, acompañamiento y articulación del Club de Vidas Futuras (Hoy, Asociación de Vidas Futuras), fundado en el marco de la Comisión de Lucha Contra el Sida liderada por el Centro Clínico Bilwi.

¿Porqué era tan importante el tema de la confidencialidad? ¿Cómo se fue creando el estigma hacia el paciente que era atendido en un contexto de respeto y confianza?

El Centro Clínico Bilwi ha sido relacionada todo el tiempo con el VIH, y algunos pensaban que por venir la gente va a pensar que se tiene VIH. La ventaja del centro es la atención integral y que no solamente por VIH llegaba la gente, se les tenía que explicar en qué consistía la integralidad, lo que contribuyó a derribar prejuicios y prácticas estigmatizantes. La diversificación del centro incluye un puesto de salud como programa del MINSA, la consulta privada, área de laboratorio y farmacia, biblioteca comunitaria, acompañamiento a estudiantes desde tutoría en temas de salud y los usuarios cuando llegan se distribuyen al área al que necesitan acceder, lo que confirma que la población visita la clínica por muchas razones no solo por una prueba de VIH, sus alcances son mayores. (Entrevistado 12, 2019)

La importancia de la confidencialidad

La gente que se ha diagnosticado y se le ha dado acompañamiento han sentido esa confidencialidad, y hoy por hoy, a pesar que no se tiene un proyecto se sigue atendiendo una línea de acompañamiento a mujeres y hombres con VIH., en un grupo de atención de 70 personas. La clínica paga con fondos propios el recurso que atiende el programa. (Entrevistado 12, 2019)

¿Cuál es la conclusión a 5 años de haber concluido el proyecto? ¿Qué pasó con los pacientes que atendían? De las más de doscientas personas que se atendían, sesenta se mantienen activos y el Centro Clínico sigue acompañándolos. Con la gente que abandonó habrá que identificar algunas acciones para re-contactarlos, analizar su situación y volverlos a incorporar al programa. El abandono es un problema grave y el MINSA está preocupado por la alta tasa registrada en las unidades de salud. Se está tratando de identificar estrategias para re-contactar de nuevo a algunos pacientes y asegurar que vuelvan (Entrevistado 12, 2019)

¿Cómo está reaccionando la comunidad ante el VIH?

Los actores lamentan que después de haberse trabajado tanto, hoy no exista nada. “No hay pruebas, no hay medicamentos”, peor que cuando inició el trabajo.

En la etapa inicial se creía en que existía un problema de salud y que había que enfrentarlo, esa fue la mayor fortaleza, hoy hasta el tema se perdió. Cuando iniciamos no se moría tanta gente por SIDA como mueren hoy”. Si en el año murieron 10 por malaria, entre 30 y 40 habrían muerto por SIDA. Se están muriendo en etapas iniciales debido a las enfermedades oportunistas (co-infección) y esto es grave. (Entrevistada 12, 2019).

8.1.2 Otras iniciativas en el territorio con trayectoria en el abordaje del VIH, los derechos sexuales y reproductivos, y la Violencia:

© TESIS (Asociación Trabajadores para la Educación, Salud e Integración Social)

TESIS, es un organismo sin fines de lucro al servicio de la comunidad, constituido por un grupo de personas de carácter multidisciplinario con actitudes altruistas, ubicados en Bilwi (Puerto Cabezas) y Managua y promueve el desarrollo de capacidades para el cumplimiento de los derechos humanos de las y los nicaragüenses. Tiene como misión el desarrollo de programas en educación, salud, emprendimiento económico e incidencia pública para el cambio de vida de las y los protagonistas.

“Comenzamos como una ONG realizando propuestas y buscando financiamiento y una de las propuestas que se realizó fue el trabajo con las mujeres trabajadoras del sexo, niños y niñas de bajos recursos y en riesgo de explotación sexual y aseguramos con ello, avanzar más allá de la descalificación a la que se somete a una joven o mujer trabajadora sexual por el hecho de serlo. Y cuando vos te sentás a hablar con esas personas hay otra historia detrás de cada una de esas mujeres. Y no es un trabajo fácil, no es cierto. Al conversar con ellas te das cuenta de los riesgos, la exposición y el peligro muchas veces en el que está sus vidas”. (Estrevistada 25, 2019).

Coordinan acciones con CORLUSIDA, MINSA, Centro Clínico Bilwi, y trabajan más de cerca con la Asociación Vidas Futuras y el Grupo 8 (conformado por la comunidad homosexual). La población meta son profesionales del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, transexuales, sector uniformado (Ejercito, Policía), un grupo con más riesgo de adquirir el VIH. Su trabajo consiste en realizar acciones de prevención y de sensibilización, y para lograr esto, una de las actividades llamada por TESIS “*Conjunto Integral de Acciones Preventivas (CIAP)*”, consiste en captar a esta población vulnerable haciendo uso de una metodología de trabajo que les asegura pertenecen al momento del abordaje, previa identificación de focos identificados en donde la promotoría llegan hasta el lugar y aborda a esta población, según planificación.

TESIS entrega lubricantes y condones de manera gratuita, y realiza pruebas de detección del VIH, que al resultar reactivo lo documentan y lo refieren al Policlínico para que realice la prueba confirmatoria. Posterior, proceden a dar acompañamiento para el tratamiento asegurando de esta manera un proceso de referencia, contra-referencia y de respeto a la confidencialidad del paciente. Hay un reconocimiento a esta labor de Tesis, que llega al lugar, allí proceden a la captación asegurando que el paciente conozca su estado serológico, acceda al tratamiento entregado por el MINSA y participe de las capacitaciones y sesiones de auto ayuda realizadas por TESIS.

En el caso particular del trabajo de incidencia con las Profesionales del Sexo, realizan un abordaje de 20 minutos en temas variados que van desde la negociación del condón con el cliente y la violencia y proceden a entregarles un paquete preventivo conteniendo condones, lubricantes, folletos con información sobre las ITS y el uso correcto del condón. Su objetivo general es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida mujeres en explotación sexual, promoviendo actividades de educación, salud e integración social y ejercicio de ciudadanía para incidir en el respeto de sus derechos humanos.

Su trabajo priorizado tiene como grupos protagonistas: (i)Niñas, niños, adolescents y familia en situación de riesgo ante la explotación sexual comercial; (ii) Niñas, niños, adolescentes víctimas de explotación sexual comercial; (iii)Mujeres en situación de prostitución (trabajadoras del sexo); (iv)Personas en riesgo frente al VIH.

Con una línea de trabajo en VIH, su labor se enfoca en mujeres profesionales del sexo, transexuales, homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres, siendo los grupos metas, los grupos vulnerables. Trabajan directamente en el trabajo de la detección, no hacen atención, refieren directamente al Ministerio de Salud, siendo su prioridad temática VIH.

© VOCES CARIBEÑAS

Conducen la Primera Escuela Feminista en la Región (nacida en el 2014), priorizando en su abordaje el tema de los Derechos Humanos de las Mujeres. También forman parte de la Coalición por la Salud Sexual y Reproductiva, como un espacio importante de incidencia política y social, desde la que se promueve el derecho a una sexualidad con-sentido y a una educación y atención sexual integral. La prevención de la violencia basada en género es una línea priorizada con estudiantes, líderes y mujeres lideresas y en ese contexto el punto de inflexión se representa en la interrogante de ¿cómo continuar accionando a favor de la eliminación de la violencia desde los espacios del hogar, las iglesias, los barrios y comunidades.

“Uno de los programas más importantes de “Voces Caribeñas” en el Caribe Norte está dirigido al empoderamiento de chavalas y chavalos en sus derechos sexuales y reproductivos. En Voces Caribeñas hemos conseguido equipar un espacio que asegura atención con calidez y calidad, respeto y confidencialidad de la usuaria”. (Entrevistada 26, 2019).

Con sus talleres en derechos sexuales y reproductivos hacen énfasis en masculinidades y paternidades positivas dirigidas a adolescentes y jóvenes en el territorio. La incidencia en reducir el impacto de la violencia en el entorno comunitario, los lleva a articular espacios de diálogo con liderazgo de los barrios, entregando herramientas para la prevención. Otras acciones incluyen encuentros con docentes de las escuelas dominicales en un esfuerzo encomiable por identificar situaciones de violencia ejercida contra niñas y niños.

Los temas de movilización social son diversos e integran cultura de paz y resolución de conflictos. De este modo, VOCES CARIBEÑAS, es una organización formadora, tiene una escuela feminista e implementa en la región un programa puntual que trabaja en el tema de acceso a pruebas de VIH e información sobre pruebas, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Aquí se encuentra la Biblioteca de carácter comunitario “Matilde Lindo”, la que se creó para contribuir a la demanda de estudiantes por acceder a bibliografía de gran valor académico, interés y actualidad.

© MOVIMIENTO DE MUJERES “NIDIA WHITE”

El Movimiento de Mujeres Nidia White, sostenidamente y por más de tres décadas se ha convertido en un referente importante en la respuesta integral que exige la violencia física, sexual, emocional, machista, patriarcal y estructural. Símbolo de sororidad, solidaridad y calor humano, “Nidia White”, reporta presencia y trabajo priorizado en la recuperación de niñas y mujeres violentadas y abusadas en barrios como El Muelle, Poza Azul, Punta Fría, Cocal, San Judas, Rosario Murillo, Waulalaya y San Judas.

La mirada de trabajo inclusivo planteado, hace de “Nidia White”, una de las pocas organizaciones en la región que ofrece albergue a sobrevivientes de la violencia lo que hace posible articular con wihtas (jueces) y promotores de los barrios, líderes religiosos y mujeres jefas de familias. Es el único centro en la región que presta servicios de atención integral a las víctimas de la violencia, es un Movimiento referente de solidaridad, trabajo, perseverancia y tejido comunitario, es la luz al final del túnel para niñas y mujeres sobrevivientes de la violencia y el abuso sexual.

“Como Nidia White formamos parte de CORLUSIDA, lo que nos lleva a participar en los espacios convocados por la Secretaria de Salud del Gobierno Regional para aportar desde distintas perspectivas en un territorio donde el VIH está afectando mayoritariamente a niñas y mujeres, vinculado a la violencia sexual que está dejando como resultado contagios de VIH. En este contexto de abuso, creemos que debería aplicarse la profilaxis de prevención del VIH como la forma de evitar que el virus pueda llegar a colocarse en su cuerpo siendo su abusador un portador”. (Entrevistada 27, 2019).

“Nidia White”, es un movimiento de mujeres vinculado al trabajo de prevención de violencias con personas con VIH. Dentro del programa de capacitación referido a derechos sexuales y derechos reproductivos, se posiciona el tema de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH, con énfasis principal en violencia, hacia niñas y mujeres como los dos grupos en el que se registra aumento de la vulnerabilidad en contraer el VIH en un contexto de violencias. También inflexionan en aspectos sensibles como el “sometimiento”, que por condición de enfermedad y salud mujeres con VIH terminan creyendo que están obligadas a aguantar todo tipo de violencia (intrafamiliar o de pareja). Por lo que el trabajo ha priorizado el tema de violencia vinculado al VIH y al SIDA.

Otra posición consideraba por mujeres con VIH es que al enfermarse no pueden contagiar llegando a considerar que su vida sexual no puede continuar porque ellas son “portadoras” y no tienen el derecho a tener una vida sexual, lo que ha llevado a “Nidia White”, a asegurar el tema de asistencia psico-emocional, en coordinación directa con el Club de Vidas Futuras capacitado por el Movimiento en prevención de violencias. Insisten en abordar cómo tienen que mediar los conflictos de pareja e intrafamiliar en un entorno que han tenido que esconder su condición de VIH positivo. Son pacientes con hasta 8 años de vivir en “silencio” la enfermedad y no les han dicho a sus familias por el miedo al estigma y la discriminación.

8.1.3 Los Desafíos de la Respuesta: Para una Propuesta de Acción

- © Cortar la cadena del VIH y el SIDA para que las nuevas generaciones que están creciendo no vivan en riesgo, de lo contrario, van a ver mas personas con VIH/Sida que los que no. *“Para alcanzar los resultados esperados, hacer una sola cadena desde los líderes, las comisiones municipales, territoriales y regionales”*.
- © Prevenir para los que vienen creciendo. En nuestro país todos debemos involucrarnos a la sensibilización y la prevención, y a los que viven con VIH, acompañarlos.
- © Alto compromiso con la respuesta del VIH. *“Fortalecer y asegurar que la gente que está dirigiendo tenga compromiso y alta responsabilidad social”*.
- © Descentralizar las estrategias de tal forma se vaya a empoderar a la comunidad y eso asegure más recursos apropiados de herramientas para enfrentar mayores eventualidades. *“No hacerlo de esta forma, no aporta en nada”*.
- © Promover, fortalecer y conformar las redes comunitarias recuperando desde estos espacios el liderazgo en la prevención y atención del VIH en las comunidades, incidiendo en prácticas que refuercen la solidaridad y disminuyan la discriminación desde códigos que mantengan resguardada el anonimato y la confidencialidad.
- © Sensibilizando a los pastores para que desde el púlpito vuelvan a hablar de temas sensibles como las infecciones de transmisión sexual, el VIH y la violencia que lleve a concientizar a la población y a derribar tabúes.
- © Volver ante instancias super claves para frenar el avance del VIH y la violencia, tomando en cuenta que las iglesias fueron claves en el proceso de paz en todo momento.
- © Involucrar a las universidades comunitarias interculturales como URACCAN y BICU para que organicen espacios importantes de diálogo e incidencia en el tema.

© Desde las universidades, trascender a módulos dedicados a la salud sexual y reproductiva, dedicando una línea al VIH y el SIDA, abarcando la organización de diplomados en VIH dirigidos a los primeros años para que, al llegar a su último de la carrera, estén preparados para trabajar y dirigir el tema.

© Promover la formación de docentes especializados en derechos sexuales y derechos reproductivos con enfoque en VIH y el Sida para que sean los que impartan la asignatura en un esfuerzo consistente en evitar las rotaciones constantes que no contribuyen al abordaje del tema.

© Aprovechar las bondades de las redes sociales para dirigir campañas que promuevan la educación y una prevención que lleve a la toma de decisiones importantes del chavalo y la chavala. Incentivar a las radios a comprometerse con el tema como una obra social dedicando tiempo a campañas e incentivando el diálogo con la comunidad y la población en general. Con la Televisión Comunitaria y el resto de medios de comunicación en el municipio, articular alianzas de trabajo a favor de la respuesta del VIH en contextos interculturales.

© Desde el Ministerio de Educación (MINED): Dedicar tiempos en la semana para promover desde las aulas de clase temas afines a derechos sexuales y derechos reproductivos, la prevención del VIH y el SIDA, con abordajes pertinentes que sensibilicen y eduque a estudiantes, familias y sociedad.

8.2 SEGUNDO OBJETIVO:

Los elementos fundantes de la violencia estructural que afecta a mujeres miskitas con VIH y el SIDA.

Siguiendo a Kornblit (2007), este acápite pone al centro del debate historias de vida vinculadas a un grupo de mujeres miskitas con VIH silenciadas e invisibilizadas. Con sus relatos, este estudio recupera las significaciones otorgadas por las entrevistadas a los hechos en estudio a partir de sus propias explicaciones, reconstruyendo desde sus propias lógicas lo que anima sus puntos de vista que inflexionan en encuentros y desencuentros.

8.2.1 PRIMER RELATO: LOS PREJUICIOS/

Kaina manas wina yamni kaikras ba

La involución de la tolerancia

Una joven embarazada se presentó a una unidad de salud en Bilwi y luego de practicarse exámenes el médico tratante dirigiéndose a ella con resultados en mano le dijo: “*vos estás con problema porque tu examen acaba de dar VIH positivo*”. Quería morirme allí mismo por la falta de tacto de decirlo en vos alta en una sala con muchos pacientes. (Entrevistado 19, 2019). Con este acto deliberado de la trabajadora de la salud, se violentó el sigilo, integridad, privacidad de la paciente y quedó en entredicho la ausencia de protocolos bioéticos en un proceso mediado desde la calidez, por una consejería que llenara de calma y disminuyera la incertidumbre frente a lo nuevo, desconocido e incomprendido.

La “*práctica médica*” que comienza con prejuicios gatilla lo que este estudio va a llamar “*la cadena de la discriminación*” instituida desde una sala de atención que legitima y refuerza el “*wisa wisa*” (chisme) y evoca a una mujer con VIH profundamente discriminada por la sociedad.

Con un sistema de salud sin prejuicios, no debería ser un problema una mujer embarazada con VIH, porque las pruebas de laboratorio estarían resguardadas por protocolos que aseguran diagnósticos confidenciales, y por profesionales que activan desde la práctica códigos éticos que los llevan a informar desde la calidez y la empatía que la paciente en este caso, tiene VIH explicando qué implica la condición y qué procedimientos serían necesarios para asegurar una cesárea a las 39 y no un parto normal a las 40, recomendaría a la madre que va a tener que prepararse para dar fórmula y no pecho y que a lo inmediato el sistema de salud procedería a administrarle tratamiento por el que no debería de temer.

Esto sin duda, conecta a lo que desde Bonilla (2018), se podría comprender como la involución de la tolerancia, la igualdad y el mundo justo, y el fortalecimiento sistemático de exclusiones en contra de mujeres con VIH. Asimismo, confirma desde el planteamiento de Avert (s.f), que los prejuicios no vienen solos, dado que conectan a estigmas y discriminaciones dirigidas a las personas que viven con VIH y resulta en marginación e incluso en el daño físico y espiritual. La “actitud” asumida por el médico tratante pone en entredicho el espíritu de protección y defensa de los derechos, la integridad, la intimidad, la privacidad, y la autonomía de personas con VIH.

8.2.2 SEGUNDO RELATO: EL ESTIGMA/ Saura Kaikisa

¿A qué edad fue tu primera relación sexual?

A los 12 años.

¿Qué haces y como ha sido tu vida?

Tengo una bebé de 3 años. En el 2011, cuando tenía 16 años vine a Puerto Cabezas con mi mamá enferma, aquí murió. Volvimos a la comunidad para el entierro, estaba triste pero también me sentía enferma, me había dado una diarrea que no paraba por lo que me llamó la atención, estaba confundida y no sabía que hacer. Yo más o menos tenía información sobre el VIH por lo que decidí hacer la prueba. En ese momento había una brigada médica móvil, había mucha gente y, esperaba los resultados cuando la enfermera dijo que quería hablar conmigo, pero en privado. (Entrevistada 22, 2019)

¿Cómo reaccionaste al diagnóstico?

Después que la enfermera me dijo que tenía VIH, me sentí triste, muy mal, pensé en quitarme la vida, quería morirme. Me pidió que volviera con mi pareja y cuando llegué con él, la enfermera me dice que el ya estaba recibiendo tratamiento. Lo encaré y le reclamé por qué no me había dicho respondiendo: “*porque tenía miedo de perderte*”.

¿Le creíste?

Si, le creí porque tampoco lo quería perder.

En los encuentros sexuales con tu pareja, ¿se usa condón?

Lo usaba hasta que decidí quedar embarazada. Estoy consciente que el no es fiel, pero desconozco si el se está protegiendo

¿Qué hiciste después?

Hablé con mi hermana gemela, es la única en quien confío. Después entré al programa de VIH del MINSA y hoy tengo 8 años de tomar mi tratamiento, cuando me embaracé el MINSA me daba seguimiento y así aseguró un parto vertical y parir a un niño sin VIH.

¿Existe violencia en la relación?

Vivo violencia psicológica, física y espiritual.

¿Qué te hace definir esa categoría de violencia?

Porque cuando toma licor me maltrata, me llama sidoso y, porque me ha llegado a golpear sin compasión, por lo que muchas veces termino abandonándolo y regresando a mi comunidad.

¿Cuándo fue la última vez que te agredió?

Anoche. Y lo hace cada vez que toma.

¿Cómo haces para aguantar tanto?

Evito contestarle y no salir después de las seis de la tarde por miedo a sus golpes y gritos que me pongan en evidencia en el vecindario que tengo VIH, y para evitar mejor obedezco lo que él dice.

¿Por qué te da tanto miedo que la gente sepa que tienes VIH?

Porque me van a discriminar y me van a señalar: “ay va la sidoso”.

¿Trabajas fuera de casa?

No. El se encarga de la comida y cuando toma me saca en cara el dinero que invierte. Cuando viene del mar es el quien compra las cosas, no le reclamo porque no me da dinero.

¿Cuándo va a comprar te compra toda la lista?

No. Compra lo básico para comer, el resto me lo manda mi hermana.

¿Te sentís amada por él?

Cuando no anda tomando siento que me quiere, ya después me hace pensar que es un amor pasajero. No tengo espíritu de contagiar a otras personas, y por eso pienso que debo aguantarle. Tampoco espero volver a rehacer mi vida con otro porque al usar preservativo me va a preguntar porque lo uso y yo voy a tener que dar una explicación.

¿Y cada cuánto toma?

De los 30 días que tiene el mes 18 lo pasa en casa, pero tomando licor, y cada vez que lo hace, se olvida del tratamiento.

8.2.2.1 Prácticas que refuerzan el estigma y la discriminación

/El Saura Kaikisa y el Kulkan Ka Yabras

Del actuar de la enfermera se desprende un gran dilema, poder comprender que la llevó a decirle a la joven que su pareja tenía VIH. El siguiente relato coincide con el caso analizado en un sentido que reafirma el estigma reforzado desde centros y unidades de salud registrado en el territorio con más frecuencia de lo que se piensa:

“En el momento que hablaba con una embarazada, pasó la doctora del centro de salud del barrio, e inmediatamente me comentó que al salir de la consulta la profesional le había dicho frente a todo mundo que tenía Sida lo que le causó vergüenza y no sabía como manejar la situación, esto explica porque no quieren buscar el tratamiento, por miedo a la divulgación de su identidad”. (Entrevistada 9, 2019).

De acuerdo a la entrevistada, la joven había quedado tan desconcertada y enojada que no había comprendido que la condición VIH la obligaba a asumir nuevas prácticas y compromisos para que su bebé y ella se mantuvieran saludables. En un barrio donde el personal es local, y en un municipio y región en donde universidades indígenas interculturales y comunitarias y escuelas de enfermería emprenden esfuerzos significativos por formar desde la interculturalidad, llama poderosamente la atención, de prácticas estigmatizantes responsables por el que mujeres no quieran ir a las unidades de salud a buscar una prueba o en su caso su tratamiento. Esto hace sentido desde Campillay y Monárdez (2019), en su advertencia de que son las personas diagnosticadas las que se enfrentan a barreras actitudinales que limitan el acceso al tratamiento vulnerando principios éticos fundamentales de la atención en salud, el derecho a la igualdad y acceso a la atención de las personas afectadas.

Consistente con el relato confiado a este estudio por la entrevistada, las consecuencias de esta discriminación son palpables en el sufrimiento expresado por la joven embarazada agravando aún más su ya deteriorada condición de salud, influenciadas notablemente por las barreras sociales, culturales y legales.

Desde la postura de Mason y Laurie (2006), el estigma social influencia negativamente en pacientes que notan que se ha registrado una violación a la confidencialidad y lo toman como una amenaza que distancia de la atención o en su caso, terminan abandonando el programa y por consiguiente un sistema de salud sin medios efectivos para dar seguimiento a la enfermedad, lo que explica en parte, el sub-registro.

Desde Infante, et al (2006), la violación de los procedimientos éticos que deberían resguardar la confidencialidad del paciente en un proceder de prestadores de servicios de quien se espera conocimiento y comprensión de la problemática, gatilla en la vulnerabilidad que estos espacios presentan con bastante frecuencia, configurativos de prácticas que refuerzan el estigma y la discriminación en contra de afectados por el VIH.

Dicho esto, se hace urgente promover acciones y estudios para analizar las percepciones que el sector salud tienen del VIH y de las personas con VIH o Sida, como grupos históricamente estigmatizados y discriminados.

Explicado por Goffman (1963), este y los otros casos narrados por este estudio, inflexionan en los alcances de una sociedad dividida en “*estigmatizadores*” y “*estigmatizados*”, y cuya representación social configura a una mujer miskita con VIH inferior al resto y altamente peligrosa para el entorno, social, familiar y comunitario, y que sobre la base de estos atributos y estereotipos discriminan al grado de llevar como ocurrió en el caso de la niña de 12 años abusada e infectada con VIH a “abandonarse a la muerte”.

Figura 6
Atributos asignados a estigmatizadores y estigmatizados.

Sociedad	
de "estigmatizadores"	de "estigmatizados"
-que se creen de una raza superior. -con comportamientos que causan daño. -que marcan tratos diferenciados y por tanto, aseguran mala calidad de los servicios. -sembradores de incertidumbre, temor y desesperanzas. -con conductas discriminadoras que llevan a la persona a no conocer su estado serológico, y tratar la enfermedad o a abandonar el programa de respuesta del VIH/SIDA. -que reproducen la diferencia social y naturalizan la violencia sin prejuicio alguno. -perversos, sin empatía ni solidaridad	- rechazados y silenciados. - invisibilizados y olvidados -representados socialmente como una amenaza para la familia, la comunidad, para todo mundo. - desacreditados como expresión de la diferencia. - sin derecho a un trabajo digno. - sin derecho a una vida libre de prejuicios y de violencias.

Fuente: elaboración propia. 2021.

8.2.2.2 Creencias que refuerzan las prácticas de riesgo

"Trato de utilizar siempre el condón, pero cuando el me lo pide dejo de presionar su uso, para complacerlo". (Entrevistada 22, 2019).

Esta creencia, es analizada desde la percepción de parejas que teniendo ambos VIH consideran que no deben cuidarse, situación que los ubica en condiciones de mayor vulnerabilidad en tanto, la carga viral de cada uno de ellos es diferente y lo que llevaría a agravar su situación al grado que comprometa la vida.

“Prácticas como las establecidas, ponen en riesgo también los niveles de adherencia al tratamiento así como la necesidad de incidir y asegurar que los que tienen el VIH y los que no han infectado aún, cambien su comportamiento. Una pregunta oportuna a saber es, ¿nos estamos cuidando?, esto sin duda conectaría a casos de personas que sabiendo que son VIH positivo están teniendo relaciones sexuales sin protección. Lo que conlleva a retomar, desde las instituciones, las autoridades, en los barrios, los territorios, comunidades, a influenciar de manera positiva en la respuesta”. (Entrevistado 4, 2019)

8.2.3 TERCER RELATO: LA DISCRIMINACIÓN/ Kulkan Ka Yabras

La discriminación como práctica abusiva y opresiva

Una adolescente miskita de 16 años dio a luz un niño que la familia materna procedió a quitárselo y se lo entregó a una hija de la tía de crianza con el argumento que “no tenía moral para criarlo” por tener VIH. Al llegar a la casa después del parto se encontró con prohibiciones que la limitaban a un plato, un vaso, una cuchara y una sábana, con la advertencia que no podía tocar nada porque los iba a contagiar. (Entrevistada 20, 2019).

El relato de esta joven mamá, captada tempranamente por el MINSA que aseguró un parto vertical, recupera el momento en que la llevó a acceder a instituciones en la región para pelear desde espacios legales la recuperación de su bebé, evidenciando la violencia que se naturalizada y es sistemática desde familias que abusivamente lesionan su integridad y sus derechos, y desde lo que Roxana Volio (2012), califica de persistente las múltiples formas en que se configura la discriminación como agravante de la violencia en contra de mujeres en un contexto de pobreza y exclusión en la que viven.

8.2.4 CUARTO RELATO: EL RECHAZO/ Yamni Kaikras

El dilema de vivir con VIH

¿Cómo recuerdas tu niñez?

Yendo a lavar la ropa al río y cuidando a mis hermanos pequeños que como hermana mayor me tocaba ser la responsable, siempre me gustó el fútbol. (Entrevistada 21, 2019).

¿Cuándo sentiste que tu cuerpo estaba cambiando? ¿Cuál fue tu reacción con la presencia de la primera menstruación?

Mi madre siempre me dijo que tenía que aprender a estar limpia, y aprendí.

¿Cuándo llegó el primer novio?

Tenía 14 años cuando me enamoré la primera vez, con él tuve mi primera relación sexual y mi primer bebé.

Significa que, ¿no se protegieron?

No. El tenía 19 y tampoco conocía un método de planificación y protección.

¿Cuánto duró esa relación?

Un año, luego nos separamos porque su mamá no me quería, porque el color de mi piel era oscuro.

¿Y cual era el color de la señora?

Tenía mi mismo color.

¿Cómo te marcó?

Con esa primer experiencia y separación sufrí mucho porque era mi primera pareja, yo lo quería y él me dejó por culpa de su madre quien no me quiso y rechazó por mi piel oscura. Con el abandono de él, me prometí cambiar.

¿Cuáles fueron esos cambios?

Comencé a pensar diferente y consideré que mi problema mayor en ese momento era un hijo que debía mantener. Fue así que decidí salir de mi comunidad y me vine a Puerto Cabezas donde comencé a trabajar y ganar dinero y con eso, ya no dependía de nadie.

Las siguientes relaciones, ¿eran con protección o sin ellas?

Me inyectaba para no quedar embarazada, pero nunca hubo iniciativa de usar un condón.

¿Cuándo conociste el tema del VIH?

Nunca había escuchado hablar sobre el VIH hasta que lo comencé a vivir personalmente. Después de conocer a mi pareja en Bilwi me trasladé con él a su comunidad, pero muy pronto decidí separarme porque no me estaba tratando bien y económicamente estaba sufriendo y, volví al pueblo con mi mamá. A los meses me entero que él había sido hospitalizado. Cuando sale, me viene a buscar y qué asusto al verlo tan flaco y pálido, le pregunté que tenía, nunca me dijo que era VIH.

Así se fue de nuevo y a los tres meses regresó recuperado. Esta segunda vez, decido volver con él y nos quedamos viviendo en Bilwi. Pero como no confiaba en él comencé a buscar entre sus cosas y encontré bien escondidas unas pastillas y sin decirle nada decido tomarlas a manera de presionarlo para que me dijera la verdad. Me voy a morir, me vas a matar, ¿qué es lo que tienes?, le dije en medio de la reacción de las pastillas que me tomé, y tampoco dijo nada.

Entre idas y vueltas, comienzo a enfermarme, perder peso, a presentar dolor de cabeza y saliviera. La primera reacción de mi mamá es llevarme donde el curandero y me dijo: “*si vemos que no mejoras con eso voy a llevarte donde el doctor, y de lo que salga, si es VIH, lo vamos a manejar sólo entre tu y yo, ni siquiera tu papá lo va a saber*”.

¿Qué les dijo el curandero?

Que me habían embrujado, y empezó a darme a tomar medicina tradicional y a los tres días sentí una leve mejoría y después volví sentirme igual, mal.

¿Por qué tu mamá decidió traerte con el curandero?

Porque me enfermé de repente y ella pensó que me habían hecho un hechizo en la comunidad, por eso pensó en el curandero, porque sabía que, si alguien te ha hecho un daño, el médico occidental te va a empeorar. Pero como no logré mejoría, me llevo al Centro Clínico Bilwi para hacerme la prueba de VIH.

¿Cuáles eran esos síntomas que llevaron a tu mamá a creer que había algo más?

No estaba comiendo, los dolores de cabeza se mantenían, tenía vómitos, fiebres frecuentes y escalofríos parecidos a la malaria. También me dio algo como la varicela.

¿Después del examen, cual fue tu reacción?

De mucho miedo, pensé en la muerte. Con la consejería me explicaron que con tratamiento y alimentación iba a mejorar, y eso me hizo tranquilizar un poco. Fue así que en el 2018 fui diagnosticada con VIH.

¿Y tu pareja, que se hizo?

El mismo día que vine a hacerme la prueba el retorno a su comunidad, pero antes de venirme a hacer la prueba había encontrado mensajes entre su hermana y la mamá y esta última le decía que su hermano estaba mejor porque estaba en “el tratamiento”. Después de escucharlas casi me desmayo y llegue a la conclusión que el tenía VIH, lo que me hace tomar la decisión de realizarme la prueba y confirmar mi sospecha. Todo mundo sabía que tenía VIH menos yo.

¿Por qué decides volver otra vez con él?

Porque siento que ya no gozo de una buena salud y tampoco pienso meterme con otra persona que no tenga VIH y así decido volver con el, a sabiendas que fue la persona que me infectó, estar juntos y encaminar nuestras vidas en el camino de Dios.

¿Cómo es un día de convivencia con él?

Toma, pero no es violento conmigo. Hoy es una relación basada en el respeto, y yo he decidido que no me voy a encerrar y voy a vivir mi vida lo más sano posible como deportista. Hoy soy jugadora de futbol femenino y represento a mi comunidad en ligas inter-comunitarias.

El estudio evidencia la desproporcionalidad con la que se falta al derecho que tienen las personas a la información para no ser víctima del contagio provocado lesionando la dignidad y los derechos de las mujeres a decidir si quieren esa relación o no, de manera informada.

8.2.5 QUINTO RELATO: LA VIOLENCIA/

Rau Sauhkan Ka

La siguiente historia de vida nació en un punto del territorio del Caribe Norte. Abandonada por su pareja, su madre le cuenta que eran tiempos difíciles y así llegó una señora pidiendo se la regalara con la promesa que cuando creciera se la entregaría de nuevo, pero su mamá no aceptó la propuesta.

“Cuando ella quedó embarazada de mí, mi padre la abandonó y ella tenía 14 años y mi abuelo le dijo que tenía que buscar cómo mantenerse. Me contó que le tocó un destino muy duro porque le tocó dejar su comunidad donde había crecido y emigrar a otra región para trabajar, criarme y juntas sobrevivir. Así parió lejos de todo mundo. Volvió cuando yo tenía 3 meses, y cuando tenía 6 se metió a vivir con un señor que me dio su apellido y crió. A los 15 años ella se separó de él, y la relación nunca más volvió a ser igual. Mi madre nos dejó a mí y tres hermanas más. (Entrevistada 7, 2019).

¿Y ella a donde se fue?

Volvió a su pueblo porque mi papá le daba mucho mal trato.

Cuando cumplí los 17 años tenía que independizarme, me tocó una vida muy dura. Y cuando mi hijo mayor tenía dos años (tiene 16), yo ya tenía una hermana enferma y nadie sabía lo que tenía y cuando yo la llevé a hacer la prueba de VIH dio positivo. Eso fue hace 14 años.

Un 27 de agosto la llevé al Centro Clínico Bilwi, y después que ella se la hizo yo también me la hice, pero yo no estaba enferma, yo estaba bien, pero yo me la hice porque sentí que tenía que hacérmela, pero cuando me la hice la prueba dio positivo. Yo decía que no podía ser, me resistía a aceptar que mi hermanita y yo estuviéramos enfermas de VIH. Mi hermana de 12 años fue infectada al ser violada en la comunidad. Falleció en el 2019.

Las señales de la enfermedad

Recuerdo que mi hermana después de ser violada, un día comenzó a enfermar por lo que mi mamá se la trajo a una unidad de salud a Puerto Cabezas que después de revisarla le dijo que “*no tenía nada*” y mi mamá tampoco había pedido que le hicieran una prueba de VIH. A mi se me ocurrió llevarla a la Comisión de Lucha Contra el Sida para hacerse la prueba.

¿Porqué estaba tan mal?

Comenzó a perder peso, le dolía la cabeza, no tenía apetito, le daba fiebre constante y diarreas y creí que esto era alarmante, hablé con mi mamá y le pedí permiso para traerla a Bilwi, la convencí que existían otras posibilidades para saber qué pasaba con su hija y así logré el consentimiento que permitió hacerle la prueba de VIH a la niña. Tres veces se la hicieron y tres veces dio positivo. A mi también me dio positivo las tres veces.

¿Por que decidiste hacerte la prueba vos?

Porque yo estaba consciente que vivía con un hombre que no sólo era mi pareja, sino la de muchas y que tampoco se protegía. El era un machista infiel, era de una, otra, y otra mujer.

¿Qué pasó por tu mente en ese momento?

Sólo dije, ay Dios mío yo me voy a morir, tengo un hijo chiquito ¿quién me lo va a criar?, yo soy la mano derecha de mi mamá, ¿cómo voy hacer?. Luego de la noticia me llevé a mi hermana a casa y me encerré. Mi mamá me preguntó: “hija, ¿qué pasó?”, y fue al quinto día cuando me llené de fuerza y le dije: “*Mamá, tus dos hijas tenemos los dos pies puestos en el cementerio*”. Después de ese día, mi mamá entró en depresión y lloraba todos los días, cuando nos percatamos las tres estábamos en cama. En el 2016 mi mamá murió de un infarto.

En ese momento, decidí no decirle a mi pareja por miedo a su reacción pues siempre que pasaba algo en casa me responsabilizaba de lo malo y por más pequeñas que fueran las cosas me hacía sentir culpable y para no contrariarlo aprendí a callar y aceptar lo que el decía porque al final de cuentas yo tenía 24 y el 54 y debía obedecerlo.

¿Podrías describir su machismo?

A él no le gustaba que yo me vistiera ni con falda corta ni con blusa espalda pelada. Una vez cuando regresó del trabajo y me vio con una blusa de tirantitos me agarró de mi pelo y me arrastró, me daba golpes y nadie me defendía, y cuando yo lo dejaba para alejarme de la violencia, me iba a sacar a rastra de donde yo estuviera. Fue difícil la vida a su lado, y así aguanté 5 duros años.

¿Cómo hiciste para aguantar tanto?

Me quedaba encerrada, evitaba discutir y no hablaba con nadie. Cuando era así, no había ningún problema. Entonces, imagínate que yo le fuera a decir que yo tenía VIH, y con lo machista que era, lo primero que iba a decir es que yo lo contagie. El no iba a reconocer que era un hombre que tenía múltiples parejas y que tampoco se protegía. El no iba a decir: “Yo Soy el Culpable”, no lo iba a aceptar jamás, por eso decidí callármelo y alejarme de él, situación que no era fácil porque estaba enamorada, dependía económica y emocionalmente de él.

¿Cuándo sentís que la relación estaba irremediablemente rota?

Cuando me doy cuenta que estoy infectada de VIH, a casi cuatro años de vivir con él. Mi mamá me advirtió: “si quieres separarte hazlo, pero no le digas porque te va matar”. A 10 años de estar separada de él, en el 2017 falleció de un derrame cerebral. El murió y a mi nadie me quitó la idea que quien me transmitió el VIH fue el y en un ambiente de control machista, violencia e infidelidad.

¿Y cómo enfrentaste tu condición VIH? ¿Cómo saliste de la depresión?

A escondida, una enfermera de la Comisión de Lucha Contra el Sida del Centro Clínico Bilwi me llevaba consejería y me decía que no solo yo estaba viviendo una situación similar, que se estaba conformando un grupo de auto ayuda y me invitaba a asistir. Estas sesiones con ella fueron claves para abandonar la depresión, acceder a su tratamiento e integrarme a los grupos de auto-ayuda. Tenía que luchar por mi vida y por mi hijo.

¿Por qué crees que un diagnóstico VIH era sinónimo de muerte?

Porque en ese entonces no tenía mucha información y porque sabía que en la ciudad y en la comunidad la gente se estaba muriendo, por lo que creí que yo también iba a morir. Esa era la mentalidad de mi mamá, que nosotras nos íbamos a ir rápido porque teníamos esa enfermedad.

Menores sin VIH y la relación del parto vertical

El diagnóstico positivo de VIH me cambió radicalmente la vida, y cuando me embarazé de mi segundo hijo, ya por parir me presenté al Hospital “Nuevo Amanecer”, y estando allí busqué al Dr. Wilfred Cunningham (q.e.p.d), a quien le pedí hablar en privado y le dije: *“Doctor, necesito una cesárea antes de tiempo porque yo tengo VIH, no quiero un parto normal, y tampoco que mi niño enferme y cuando usted entre al quirófano quiero que se ponga guante y se proteja bien”*. El Doctor luego de escucharme, me quedó viendo, me abrazó y me dijo: *“No hay falla, así lo vamos hacer y, qué sincera que sos”*. El mismo día parí vía cesárea.

Aquí fue clave que el médico al que ella abordó con confianza y le dio a conocer su estado serológico, dispuso todas las condiciones para asegurar un parto vertical reduciendo las posibilidades que su niño naciera infectado. La información de la madre respecto al parto vía cesárea contribuyó notablemente a que su niño hoy sea un niño sin VIH. Por 4 años seguidos lo trató en el Centro Clínico Bilwi dando negativo en sus exámenes.

El deterioro de la salud de su hermana como detonante de la discriminación.

Mi hermana tuvo 3 hijos, todos por cesárea, uno falleció, otro lo agarró una tía y el último lo estoy criando. Después que mi mamá fallece, ella retornó a la comunidad y allí se agrava por lo que decido traerla al Hospital local.” *Cuando la llevo al hospital la ingresan con un cuadro de salud bastante deteriorado. Decía que no le encontraba sentido a la vida y que era mejor morir.*

Fue un periodo en el que decidió también abandonar su tratamiento y echarse a morir porque estaba cansada de vivir la discriminación. La gente sabía que tenía VIH, y ella decía que cada vez que caminaba a ella la señalaban y se sentía discriminada”. A los dos meses falleció, en el 2019”.

La discriminación toma fuerza desde familias miskitas que no creen en el VIH. ¿qué significa no creer?

Llegan a hacerse la prueba, pero algunos deciden no tomar el tratamiento porque dicen que esa enfermedad no existe. Muchos que están enfermos piensan que están hechizados por personas “malas”.

¿Cual es tu percepción respecto al abandono?

El tratamiento es agresivo causado por una pastilla que contiene un químico muy fuerte y cuando la tomas sin alimentos, te da malestar, acidéz y dolor en la boca del estómago. Quienes deciden abandonar el programa es porque la mayoría está desempleada, y una persona que no trabaja no va a tener ingresos mínimos para arroz ni frijoles. Por tanto, abandonan los antirretrovirales y cuando deciden reaccionar ya están en una fase avanzada. Yo también he dejado de tomarlos por la reacción y porque ha habido momentos prolongados en que no he tenido qué comer junto a mis hijos.

El espacio comunitario es donde se profundiza la discriminación

En Puerto Cabezas es duro que alguien te de un trabajo y si sospechan o saben que tienes VIH es peor.

Te rechazan inmediatamente y no existe solidaridad. Le hemos escrito al MINSA proponiendo que las promotorías en VIH sean ocupadas por miembros de la Asociación Vidas Futuras integradas por profesionales preparados para hablar del tema a partir de nuestras vivencias, pero no hemos encontrado eco. *Podemos ser ejemplos de perseverancia y de luchas para otros y de allí la importancia que en las promotorías seamos posibilidad para ocupar esas fuentes laborales que vendrían también a incentivar a nuestros miembros y aumentar la confianza en la vida*, porque nos sentimos excluidos, desvalorizados, nadie te toma en cuenta.

¿La mujer y el hombre con VIH se están protegiendo?

No. Porque los datos que presenta el MINSA muestran un incremento de los casos.

Se puede o no, ¿negociar el uso del condón?

Con los hombres es duro negociar el uso del condón, no lo aceptan. Hay mujeres que están presionando y ponen como condición para el encuentro sexual el condón, unos lo aceptan y otros prefieren abandonar esta posibilidad.

Yo prefiero que se vaya porque aparte del VIH podés adquirir muchas otras enfermedades. Conozco el caso de una persona que tiene 10 años de tener VIH y escondiendo su condición decidió meterse a vivir con una señora de una comunidad y la infectó. Con sus tragos ha dicho que si tiene que infectar a todo Puerto Cabezas lo va hacer, porque, así como lo infectaron el va a proceder igual. Y efectivamente, es una persona con VIH que desde hace muchos años viene infectando deliberadamente en el municipio.

¿Cómo has vivido la discriminación?

Tengo familiares con mejores posibilidades económicas, pero no son capaces de hablarme, preguntar como estoy como expresión de la discriminación y el rechazo a la condición VIH. Tengo una hermana que no quiere que les toque a sus hijos que cuando me ven llegar corren a mi encuentro. Y cuando alguna vez decidí ir a visitar a otra pariente, escuché el grito desde adentro mandando a los niños para adentro. No me llaman, no me buscan y cuando las he visitado hacen que no existo. Me dejan solita, y allí permanezco en silencio hasta que me levanto y me voy.

¿Ese desprecio te causa dolor? Es doloroso.

Cuando murió tu hermana ¿cómo reaccionó la familia?

Una de mis hermanas llegó a la comunidad y en ese momento se le acercó un primo y enfrente de mi le dice:

“Debes salir de la casa porque tu hermana murió de Sida y el virus anda volando por el aire y eso te va a contagiar. Esto es una muestra de cómo los propios familiares discriminan, descalifican y hablan mal del pariente con VIH situación que nos obliga a alejarnos y a desconfiar de todos”.

¿Cómo está el acceso al sistema de salud?

El abandono al programa se debe también por los estigmas reforzados desde las salas de atención y cuartos etiquetados para la “Atención a personas con VIH” que deberían desaparecer. Por eso yo me quede en el Centro Clínico.

Pero, el Centro Clínico Bilwi, ¿también es estigmatizado?

No es estigmatizado, hay confianza, ambientes amigables y como es un centro privado allí no se dan cuenta de nada. No hay diferencias en la atención, sos un paciente más y sin etiquetas. Una vez fui y pedí me hicieran la carga viral y cuando entré para hacerlo todo mundo me volvió a ver, porque se hace en el mismo cuarto que dice “atención a personas con VIH”, cansados de que nos estigmaticen y nos discriminen en las unidades de salud.

¿Cómo debería ser una sala de atención amigable para las personas con VIH?

Sin rótulos y con atención cálida, que inspire confianza, que guarde confidencialmente nuestra condición y que cada vez que entremos y salgamos no se queden viéndonos como un animal raro.

¿Dónde se origina la discriminación?

En la casa, en la comunidad, en el laboratorio, con el trabajador de la salud, en el trabajo, en la calle y el sistema de salud. No hay privacidad, hay que cuidar la confidencialidad, el trato, el respeto, los ambientes amigables e incidir desde las capacitaciones en reducir los prejuicios.

¿Como terminar con la discriminación?

Llevando información a la comunidad e integrándola en un problema que es social. La comunidad debe volver sus ojos en personas que intentan vivir también. Mi hijo mayor por 5 años fue discriminado, rechazado y me le hacían bulliyn. Era acosado por otros niños que le decían “tu mamá tiene VIH de seguro vos lo tenés”. A la edad de los 5 años comenzó su calvario.

¿Cómo evaluarías la sociedad que tenemos?

De compleja y poco solidaria. Es una sociedad que nos discrimina por ser mujeres con VIH, nos dicen “sidosas” y “zorras”, nos culpa por el incremento de la enfermedad en la ciudad y en las comunidades. Justifica al hombre y tampoco se atreve a hablar mal de él, pareciera que las mujeres nos infectamos solas y no es así. Existe la Ley 820 que todo mundo debería conocer, para promoverla, respetarla y cumplir con ella, desde tomadores de decisión hasta sus asistentes para sensibilizarlos que es una Ley de país que debe cumplirse y hacerse cumplir. De igual manera, las personas con VIH debemos saber cuales son nuestros derechos y cuáles nuestros deberes.

¿Si te tocara ser alcaldesa, coordinadora de gobierno o directora del SILAIS, qué harías para mejorar los aspectos planteados? (i) Generar empleos para todos, priorizando a mujeres en doble rol de madres/padres, asegurando calidad de vida, salud y sostenibilidad económica; (ii) destinar recursos para acompañar las emergencias médicas de pacientes con VIH; (iii) asegurar desde las instancias del poder autonómico en la región, un trato digno y respetuoso, sin prejuicios, ni estigma, ni discriminación por ser mujer y hombre VIH positivo.

(iv) Ayudar con paquetes alimenticios a personas con VIH en igualdad y sin discriminar a nadie. (v) Garantizar más pruebas, vitaminas y tratamiento para las enfermedades oportunistas y brindar una mejor calidad en la atención en cada puesto de salud asegurando condiciones amigables que no existen por ahora.

8.2.5.1 Las mujeres en duelo

Explicado por García-Moreno et al (2005), la violencia a la que hace alusión la entrevistada, a menudo conlleva a un estigma y las mujeres sentirse culpadas o culparse a si mismas por la violencia que experimentan y que muchas veces, terminan en depresiones profundas que las lleva inclusive al suicidio como lo refiere el siguiente relato:

“Los hombres justifican su infidelidad, maltratando a la mujer llamándola prostituta. Gravemente son culpabilizadas también por el padre que no se atreve a culpar al hombre responsable de haberle transmitido el VIH a la hija, reforzando la violencia y la discriminación a la que se somete la mujer con VIH. En el 2018, murió una joven en el barrio y ella decía que no quería morir pero tampoco podía vivir en un entorno donde era criticada. Todo mundo la señalaba hasta que decidió quitarse la vida tomando 20 pastillas para la malaria. Sufría mucho la discriminación que le llegaba desde los amigos, la familia y una sociedad doble moral”. (Entrevistada 9, 2019)

Revelador de otras violencias, el suicidio de mujeres no queda registrado como tal, quedando invisibilizado hasta con la propia muerte de la mujer con VIH, en circunstancias en donde la violencia es camuflada desde la cultura patriarcal pensada desde Bourdieu, representado en el entorno social/comunitario por padres/hermanos/parejas, lo que gatilla en diferencias del sistema que no atiende la violencia como desigualdad de género ni como problema de salud mental como detonante de las violencias contra la mujer.

Los relatos sin duda, han configurado socialmente mujeres sin oportunidades y sin esperanzas, con rostro de pobreza, exclusiones y desigualdades. Son las mujeres abandonadas por el mundo y para quienes no hubo resarcimiento, ni social, ni penal, ni espiritual. Son las mujeres en duelo, en abierta alusión desde Cobo (1995), a la impugnación de todos los prejuicios.

8.2.6 SEXTO RELATO: LA VIOLENCIA PATRIACAL

/Waita nani wina rausauhkanlka bal ba

Una historia marcada por violencias y abusos sexuales

A los 4 años fue abusada sexualmente por el padrastro, a los 15 obligada por su mamá a contraer matrimonio con un hombre que le triplicaba la edad, y a los 25 fue infectada con el VIH por su pareja.

¿Cuándo comienza el abuso?

“A los 4 años, cuando mi mamá se fue a Honduras y yo me quedé con una tía que en vez de cuidarme me maltrataba. A mi corta edad debía cuidar a dos hermanitas de 1 y 3 años, limpiar la casa, el patio y tener lista la comida, y sino encontraba listo todo, esta tía me pegaba. Un día me subí a un árbol de toronja para tener alimento y en la distancia logré divisar a un grupo de chavalos entre 11 y 12 años abusando de gallinas. En eso estaba, tratando de ver que les habían hecho cuando llevó mi tía y sin decir nada me golpeó con tanta furia que dejó mi cuerpecito marcado por los golpes. Fue así, que decidí irme donde mi madrina porque estaba cansada de tanta violencia. Pero dicen que *“el muerto y el arrimado a los tres días apesta”*. Al principio todo estaba bien, hacían comida y nos regalaban. Al quedarme sin “blúmer” tomé uno de la hija de la madrina, pero ella me obligó a devolverlo, *“no se como vas hacer, pero te lo quitas porque mi hija lo quiere”*, y así lo hice. Después me corrió y me vi obligada a volver con mis hermanitas donde la tía abusadora. Mi mamá vuelve cuando yo tenía 10 años.

¿Quienes te abusaban?

Mi padrastro. Le dije a mi mamá y no me creyó y muy molesta me dijo: *“tantos hijos que le tengo y vos hablando babosadas, si me deja quien va a cuidar a esos chigüines”*. Y mientras mi mamá se sentía molesta conmigo, *“el me estaba abusando desde los 3-4 años”*. Una de esas veces, ella dijo que iba a hacer un “mandado” y cuando regresó lo encontró que me tenía en el cuarto, ella armó un gran pleito, sólo me preguntó qué me había hecho, pero no lo dejó. A esa edad yo no sabía que era abuso y llegué a pensar que era normal que tu padre, porque me había criado desde los 2 años tenía derecho a tocarme.

A los 10 años los viajes de mi mamá eran más frecuentes y en su ausencia yo quedaba *“al cuidado de él”*. El miedo al abuso me llevaba a escapar de la casa. Cuando mi mamá preguntaba, le decía que por ser una cipota malcriada, vaga y desobediente me había corrido, no lo decía lo otro, y mi mama creía todo lo que el decía.

¿Y qué se hizo el tipo?

Vive con mi madre aún.

¿Cómo haces para resistir?

“Si vos te portás bien te va a ir bien, yo te puedo comprar ropa fina, ya viste, todo lo que le digo a tu mamá me hace caso”, así me decía. Y mi mamá por su parte, al no hacerle caso a mi papá me pegaba, por lo que me miraba obligaba a callar el abuso. A los 15 años mi mamá me dijo que había llegado un hombre a pedir mi mano y que me casaría con él, con la advertencia de que si no me casaba me largaba. Y terminé casada con un viejo que me triplicaba la edad y desde el primer día me maltrato y no me daba de comer porque no le gustaba trabajar. Cansada de la vida de infidelidad y violencia durante 6 años, me separé y regresé donde mi mamá.

¿Qué pasó con él?

Se hizo pastor y se largó. Olvidó que tenía hijos y nunca más lo volvimos a ver.

“Amor con sabor a dolor”.

Cuando conocí a mi actual esposo me llevó a conocer a su mamá y en el acto me quedé viendo y dirigiéndose a su hijo le dijo: *“No se de donde sacaste a esta mujer, pero yo, ya elegí a tu esposa y te vas a casar porque ya pedí su mano y vos vas hacer lo que yo diga, así es que ve a tirarla a su casa”*. El hijo se quedó en silencio y reaccionó para pedirle dejarlo estar esta vez conmigo a lo que la madre respondió: *“aprovecha que eres hombre”*. Así, me trasladé a vivir a su casa, con la mamá que no me quería, creí que iba a cambiar y verme como hija y como la mujer que quería a su hijo, pero no.

“Tu mujer salió con un hombre”, le decía, y con intriga como estas que sembraban la desconfianza los golpes también llegaron rápido. Eran golpizas las que me daba bajo amenaza que si abandonaba la casa me mataba. *“Si no la maltratas no eres hombre”*, le decía, por lo que creo que la influencia negativa de la madre en mi contra lo llevaba a golpearme. Eso era suficiente para que el me agrediera, me pateara y en la noche me buscara sexualmente a la fuerza. Y mientras a mi no me estaba yendo bien con mi pareja, mi padrastro había comenzado a maltratar a mis hijos que habían quedado al cuidado de mi mamá como la manera de presionar para que yo *“volviera”*, en una estrategia ruin para continuar con los años de abuso, sometimiento y esclavitud sexual.

¿Su violencia era influenciada por la mamá o porque siempre fue violento?

El era tan violento que me golpeaba a puño cerrado, me daba fajazos y con todo lo que encontrara en su camino. Al año ya no pude seguir soportando la violencia y volví de nuevo mi mamá. Detrás llegó el *“prometiéndome cambiar”*, pero los golpes siguieron y la violencia escaló a espacios públicos.

¿Cuándo comenzó la historia asociada al VIH?

En medio de pleitos y separaciones, un día descubrí ganglios que me llamaron la atención, tampoco sabía que eran, comencé a angustiarme y decidí consultar al médico quien inmediatamente me mandó una biopsia y la prueba de VIH y mientras llegaban los resultados, inmediatamente comenzó la consejería. Por los síntomas, el doctor sospechaba que era VIH.

“Con el diagnóstico comenzó el infierno”

Cuando los resultados de la prueba le llegan al doctor me dice: *“su examen le salió VIH positivo”*, y alarmada pregunté: ¿qué es eso?, es que “siempre había escuchado hablar de sida, y no sabía que era VIH. Agarre el examen, tomé un taxi y llegue a casa y lloré y lloré y dije: Ay Dios mío, me voy a morir, no sabía que hacer”. En mi desesperación exigí a mi pareja venir al cuarto y le dije: *“¿Porqué a mi?, no es justo, yo te amaba”*. La respuesta de él fue que no me dejaría, que lucharíamos juntos, al momento que admite que es VIH positivo, dándole la razón a mi certeza que el me había contagiado.

En medio de la insertidumbre afloraron sentimientos de culpabilidad y compasión, y así transcurrieron tres meses hasta que decidí dejarlo, pero siempre volvíamos.

El miedo al rechazo

Me deprimí, no comía, no dormía y vivía angustiada, me puse amarilla. Tenía miedo que la gente lo supiera porque me iban a rechazar. Y Cuando mi mamá se enteró lloraba porque tenía miedo que la contagiara. Comencé a ser rechazada y obligada a no tocar a nadie *“porque le iba a pasar el SIDA”*, plato, cuchara y vaso aparte, y después de bañarme, entraba al baño y le echaba cloro y agua hirviendo. Era un martirio.

En MIFAMILIA estaban entregando paquetes de alimentos destinados a personas con VIH y fui por el apoyo. El susto me lo llevé al llegar al trabajo cuando se me aproximó una trabajadora diciéndome: *“Vos tenes Sida. Yo manejo perfectamente bien los nombres y algunos están frente a mi. Mi hija me lo dijo”*. Yo me quedé escuchándola y me fui muy molesta a quejar ante la institución que reprendió a las personas involucradas en la discriminación y la falta de confidencialidad de la información. Otro día, esta misma persona se le acercó y le advirtió *“no entrar al baño”, no lo toques porque hay mucha gente infectada y vamos a echar agua caliente y cloro, porque ahora todo mundo anda con SIDA”*.

8.6.1 Entre el Prejuicio, el Estigma y la Discriminación

El abuso y el silencio bajo amenaza de la víctima

Abusada sexualmente cuando el mundo debía protegerla, alcanzada por la violencia machista, subalternizada y silenciada sistemáticamente desde ambientes familiares y laborales hostiles, estigmatizantes, maltratadores y naturalizantes de la violencia que la rechazaba y excluía desde prácticas abusivas y de poder reafirmantes de ausencia de empatía y sororidad y legitimadoras de barreras para gozar de armonía espiritual y bienestar integral. En el relato, la discriminación era reforzada desde otras mujeres que estigmatizaban y ponían en desventaja a afectadas por el VIH.

Esto explica en parte porqué personas con VIH abandonan la posibilidad de acceder a paquetes alimenticios destinados por el programa de respuesta del VIH, a elevar calidad de vida y sistema inmunodeficiente, adherencia al tratamiento y coadyuvar a la reacción adversa que de acuerdo a mujeres y hombres consultados por este estudio, les provoca los antirretrovirales. Pero, en definitiva, tampoco se necesita destinar ayudas bajo la etiqueta *“para personas con SIDA”*, en alusión a una práctica lesiva a la privacidad, la confidencialidad e integridad de mujeres, hombres, adolescentes y niñez con VIH.

El relato de la afectada profundiza en una violencia de pareja, legitimada socialmente como lo explica Ortega (2017), desde la actitud de la progenitora que instiga al hijo a golpearla para hacer valer su “hombría”, mientras la afectada negaba el problema y justificaba el trato severo bajo la excusa que los golpes llegaban “cegado por los celos”. Reconocía que en el día era golpeaba y por la noche era buscada sexualmente y poseída a la fuerza. Esta manera de sostener la violencia, hacía difícil en la víctima, identificar que los golpes no eran “por amor”, y que la agresión respondía a una práctica violenta de la pareja y que por tanto, su comportamiento no era aislado y que merecía ponerle atención.

La violencia ejercida por el hombre hacia su pareja resulta mucho más compleja cuando esta debe mantenerse en el espacio privado de la familia y no en el público donde también ocurren los eventos de violencia como lo relata y recoge esta entrevista.

Desde lo que este estudio llama modelo de búsqueda o de rechazo de la ayuda, la afectada de la violencia ha tenido dos opciones: reconocer el problema, buscar ayuda, elegir el tipo de ayuda o, no darles importancia a las agresiones constantes porque “tiene esperanza que el abusador cambie” lo que la lleva a asumir una actitud pasiva y de sumisión que erosiona por completo su capacidad para identificar que vive una situación de violencia que podría poner en riesgo su propia vida.

8.2.6.1 El “contagio provocado” como dimensión de la violencia machista

Después que su pareja sentimental la infectara de VIH, la violencia comenzó a tomar otras dimensiones asociadas a la infidelidad frecuente del hombre quien llegó a reconocer que los encuentros sexuales con otras parejas se daban sin protección, agravado porque siendo paciente VIH abandonada reiteradamente el esquema de tratamiento, situación que ponía a su pareja en una posición altamente vulnerable frente a la co-infección y al resto de personas, proclives a infectarse de VIH.

En el marco del proceso de observación del contexto, se constató que hombres que infectaron a sus parejas, siguen teniendo relaciones múltiples sin protección, y lo hacen evocando la Ley 830, porque según, los protege, lo que hace suponer desconocimiento de todas las normas que protegen en sus derechos humanos, privacidad, autonomía e integridad a las personas con VIH, lo que lleva a exigir a la sociedad respete, no se le denigre, que no se le discrimine, que no se le excluya y olvidando esta parte significativa de la Ley, promueven relaciones sexuales con mujeres que no tienen VIH y además, ejerce violencia contra su mujer, contra esa misma que infectó con VIH, en abierta violación al Código Penal (Ley 641).

La norma penal, en su artículo 156, califica esta acción deliberada por delito de *Contagio Provocado*: “*Quien a sabiendas de que padece una enfermedad de transmisión sexual cualquier otra enfermedad infecciosa grave, ejecutare sobre otra persona actos que importen peligro de transmisión o contagio de tal enfermedad, poniendo con ello en peligro su salud, integridad física o su vida (...)*”. (La Gaceta, Diario Oficial, No. 83 al 87, del 5 al 9 de mayo, 2008).

Otros delitos involucrados son la violación sexual, la esclavitud sexual, el incesto, la violencia y el trabajo infantil.

Desgraciadamente tenemos una ley en este momento que no está contemplando los derechos del otro, y por tanto, como institución se está obligado a guardar el sigilo profesional, el secreto y la ética. No hacerlo así, se enfrentaría un problema legal de grandes dimensiones y la que llevaría de ganar es la persona que está con VIH. Realmente, aquí habría que replantearse algunas cosas desde el punto de vista legal. Practicamente se convierte en un delito porque lo están haciendo con toda la intención de dañar que trasciende más allá porque si infectas a la mujer y al hombre esto va a tener consecuencia en su núcleo familiar, en su barrio, en su comunidad, en su espacio laboral. (Entrevistado 3, 2019)

Desde todo lo dicho, resulta lesivo a los derechos humanos de niñas y mujeres indígenas protegidos por el Estado, y por tanto, no coinciden con preceptos constitucionales establecidos en el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 287), la Ley 779: Ley Integral Contra la Violencia Hacia Las Mujeres, en su derecho a vivir una vida libre de violencia, a su libertad e integridad, al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos sus derechos humanos y libertades, “Ley 820: Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su prevención y atención”,) y que tiene como objeto garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos con énfasis en la atención integral de la salud, relacionado a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Código Penal (Ley 641).

8.2.6.2 El patriarcado reforzado desde las “normas” y “la tradición”

Las siguientes opiniones, dan cuenta desde dos posturas distintas “*en lo que se tiene y no se quiere*”, y “*en lo que se perdió y hay que recuperar*”, para volver a vivir en ambientes comunitarios amigables, solidarios y libres de violencias.

“Las madres miskitas ven la violencia como una forma de educar a los hijos para que crezcan con un carácter fuerte, pero es una educación que convierte a hombres violentos y machistas. Mientras, a la mujer la educa para ser sumisa ante sus hermanos, primos, tíos, padre, con roles de mujer con más obligaciones y menos derechos. La influencia de la iglesia también es responsable de esta sumisión en donde el hombre si puede estudiar y la mujer no, el hombre debe ser atendido por la mujer, pero el no hace lo mismo con ella, por eso es que tenemos muchos hombres preparados, pero aún tienen el machismo arraigado en ellos, y allí es donde entra en conflicto la educación endógena con la exógena porque esas Almuk (jefas en miskito) jamas van a cambiar ese patrón, son las que promueven y dan fuerza y vida al patriarcado”. (Entrevistado 18, 2019)

“En las comunidades quienes mandan son las mujeres, muchas de ellas en su niñez también fueron abusadas y crecieron siendo rechazadas como víctimas de la violencia, en un proceso en el que fue acumulando dolor y duelo que se fue transmitiendo y generando un sentimiento de inferioridad. El poder que ejerce la mujer en la comunidad deconstruye las relaciones desiguales, y hoy tenemos una violencia que es estructural y es social, porque dentro de la violencia hay una mirada estratificada de una cultura que se mantiene estática, y en donde negociar la integridad de una niña se vuelve revictimizante para quien sufre la violencia o para quienes la acompañan, en un contexto particular del talamana, que no legitima a la mujer como sujeto de derecho. (Entrevistada 15, 2019)

Las historias narradas advierten la existencia de un patriarcado reforzado desde su columna vertebral por mujeres (las Almuk/las jefas), quienes en algún momento de sus vidas sufrieron y registran una historia de violencia machista que ha permeado y desconfigurado el matriarcado que perdió su ruta y ha dejado de tener ese carácter que fluye desde un sistema de vida de gran reconocimiento en otras sociedades, porque procuran la paz y ambientes pocos reñidos por la violencia.

Por ende, la situación de las niñas abusadas sexualmente, no es ajeno a este patriarcado que ha influenciado al matriarcado al grado que lo ha desarticulado y lo ha puesto a su servicio. Es el quiebre del vivir bonito y vivir bien que tenían las comunidades antes de los efectos de la guerra y la migración masiva impactada por los niveles de extrema pobreza, marginación y desigualdades detonante de una violencia que queda en la impunidad muchas veces en un contexto en el que las violaciones ocurren fuera de la comunidad y lejos del alcance del fuero comunitario, pues no hay derecho consuetudinario alguno que persiga y castigue a los responsables del hecho punible. De allí que los alcances de la justicia invocada desde el derecho consuetudinario sea limitada y poco eficiente frente a delitos graves cometidos y que quedan indetectados. Esto, sin duda es base importante, de las formas de violencias que viven mujeres con VIH en el territorio.

Este planteamiento, redirecciona hacia la eficacia del derecho consuetudinario al momento en que delitos como el *talamana*, y que desde Moreno (2013), debería significar la activación de dispositivos legales y jurídicos y reducir delitos agravados contra la integridad, la libertad, la autonomía, los cuerpos, las mentes y la vida de niñas, adolescentes y mujeres.

Tanto el *talamana* (*el pago por la sangre*) como el *playamana* (*el pago por los favores sexuales*), como lo advierten las entrevistadas 15,16 y 18, representan un acto legitimado desde la norma cultural, lesiva a la paz y a la vida de mujeres lo que cuestiona la efectividad del derecho consuetudinario porque sin duda, desde allí se configuran las raíces de la violencia sexual justificada desde una tradición permisible de delitos ya calificados por el Código Penal de este país como delitos graves donde no cabe ni la mediación, mucho menos el pago por sangre. Agravado en el caso de la niña de 12 años, abusada sexualmente e infectada por el VIH en un contexto marcado por la impunidad y el ostracismo/es decir, el silencio comunitario.

El *playamana*, hace referencia a otra “de las violencias ejercidas por hombres en nombre de la tradición”, contra niñas/mujeres que son abusadas justificado por “la costumbre”, y por el cual el hombre/pareja/esposo, se paga con haberse metido a vivir con una mujer con hijos anteriores, en una especie de pago por no haber llegado “virgen” a la relación, situación denigrante y lesiva a los derechos de niñas y mujeres miskitas, y que desde Caudillo-Ortega y Flores-Arias (2017), justifica “el respeto a los usos y costumbres” lo que conlleva a no denunciar y a callarse la violencia que sufren, lo que explica en parte, porque la violencia contra las mujeres sea un tema privado y no uno público. Estas son las grandes desigualdades y violencias estructurales a las que este estudio hace alusión. Y que no sólo es un tema porque vivimos la pobreza extrema en un país que hace esfuerzos impresionantes para avanzar, y porque somos el segundo país más pobre de América Latina, sino porque socialmente estamos mal, hemos perdido tantos valores (por las causas que sean), lo que confirma que las buenas prácticas ancestrales preservadas por nuestros pueblos han sido erosionadas por la individualidad.

Mujeres congregadas en iglesias del municipio abordadas por este estudio reconocieron que en la intimidad son sus esposos quienes deciden cuándo tener sexo y cuándo embarazarse, asegurando que tienen prohibido operarse para no tener más hijos, por considerarse un pecado ante los ojos de Dios, que es el hombre el que tiene la capacidad de administrar el dinero del hogar y por tanto, es relegada en esta función, que él es la imagen de la congregación y que por tanto él tiene que estar bien vestido, que esto no está destinado para las mujeres.

8.2.7 SÉPTIMO RELATO:

Marcada por la violencia y la desconfianza en el entorno comunitario

Fue desplazada de zonas de conflictos militares en los 80, cuando apenas tenía 7 años. A los 17 años tuvo su primer hijo. La violencia de pareja la comenzó a vivir a los 18 años cuando era cruelmente golpeada frente a su hijo de 2 años y 6 meses y ella estaba embarazada, asegurando que esta persona: *“Pateaba mi vientre cada vez que me pegaba”*.

Después de ese evento doloroso, lleva 17 años con el diagnóstico que le cambió la vida en el 2006 cuando fue diagnosticada con VIH, ese día supo que había sido infectada desde el 2004 por su pareja. El miedo a morir, la llevó a decidirse en el 2007, a separarse y quedarse sola. Su apoyo son sus hijos y su madre, no confía de su padre, por expresiones de discriminación.

Al preguntársele *¿cómo vive una mujer con VIH en el contexto de la familia y la comunidad?*, responde que *“resienten cómo son vistas por la sociedad que no quiere comprender que las afectadas aquí somos nosotras”*. (Entrevistada 28, 2019).

En el relato de esta Historia de Vida es notoria la falta de confianza en el patriarca de la familia, lamentando la no solidaridad de la comunidad quien en vez de apoyarlas las discrimina y las violenta, lo que hace aumentar su desconfianza en un entorno que las estigmatiza y las lleva a la frontera del miedo:

“Que se enteren que soy una mujer VIH, porque en pueblo chiquito, infierno grande. La familia miskita es bien dura al momento de rechazarte”.

Siempre tiene presente ese 24 de mayo del 2004 en el que tuvo un diagnóstico que confirmaba su condición. La devastó y sentía que se iba a morir. Reconoce que entre el 2004 y 2006 abandonó el tratamiento y los controles que eran disciplinados, “por falta de confianza en el personal de salud de su comunidad”. Volvió a retomarlo en el 2007 cuando decidió trasladarse a vivir a Bilwi y allí fue acompañada desde el Centro Clínico Bilwi *“quien nunca me dejó de llamar”*.

El día de la prueba y ésta dar positivo, pidió a su esposo decirle si el tenía VIH y éste le respondió: “varios tienen VIH, pero nadie se da cuenta”. Yo lo había visto tomar pastillas, pero nunca me dijo que tenía VIH hasta que yo comencé a tomar el mismo tratamiento, concluí que lo había tenido siempre. Con mi traslado a Bilwi, él se quedó en la comunidad y un día me comentó que lo trasladarían a otro punto de la región y yo presentí que se marcharía y no volvería nunca más, y así fue, al final asegura que la abandonó y volvió con su expareja.

Reconoce que no se está alimentando bien y eso al comienzo del tratamiento parecía que no la afectaba, pero ahora cada vez que toma la pastilla le provoca problemas en el estómago. Asegura que su papá la remite al cocimiento de *“palo de hombre grande”* para paliar el dolor en los huesos y el *“bejuco chino sainikudka”*, para abrir el apetito. Hace poco se hizo la carga viral y salió muy bien. Reconoce en la atención brindada en el Policlínico de “muy buena”, sin embargo, necesitan aumentar la frecuencia de sus exámenes PAP, exhudado, gota gruesa y el control de sus pulmones. A sus primeros hijos los llevó a realizarse prueba de VIH y salieron siempre negativos.

8.3 TERCER OBJETIVO:

Los elementos que sostienen y configuran las desigualdades estructurales en detrimento de mujeres con VIH.

8.3.1 El impacto de la pobreza en el paciente VIH

“La pobreza no daba para comer ni para tener calzones sin hoyos. Mis hermanitas tenían piojos y yo me sentía enferma. Mi tía era muy pobre y con costo nos daba que comer. Decidí irme donde mi madrina porque estaba cansada de ser una niña cuidando a otros niños, y de aguantar la pobreza y la violencia”. (Entrevistado 17, 2019).

El relato concuerda con el registro que hace INIDE (2008) y que confiere al municipio de Puerto Cabezas, la calificación de un territorio altamente empobrecido en un país, el segundo más pobre de América Latina, seguido de Haití. Así se explica y comprende, que la incidencia de la pobreza en los grupos afectados por el VIH y el SIDA en la Costa Caribe Norte del país, se refleja en la falta de oportunidades para acceder a fuentes de empleos como alternativa para elevar calidad de vida, marcados por el estigma y la discriminación que provoca la enfermedad en una región de estigmatizadores y estigmatizados.

” Muchos están desempleados y el tratamiento provoca mucho dolor de estómago. Las mujeres con VIH sufren por la alimentación que es solamente a base de yuca, banano o lo que ellos tienen para consumir por temporadas. Para tomar los antirretrovirales deberían estar bien alimentados y no lo están, lo que los lleva a descontinuar y no adherirse al tratamiento”. (Entrevistados 1 y 11, 2019)

A estos factores de pobreza y desigualdades, se suman las condiciones humanas con las que ellas asumen y se enfrentan a la enfermedad, en donde la alimentación y las condicionantes laborales, materiales, económicas y espirituales son fundamentales para alcanzar también la adherencia gravitada por el estrés que provoca que la gente conozca que se vive con VIH, el aislamiento y la depresión que actúa de manera negativa en el estado de ánimo en un sistema inmunológico debilitado y en consecuencia se reducen todas las posibilidades para resistir a cualquier enfermedad oportunista (co-infección).

Se identifican como causas el impacto de la distancia, la pobreza, la droga, el alcoholismo y la violencia.

“Solo en Bilwi hay unos 7 pacientes fuera del programa porque son alcohólicos y drogadictos, otros saben que son positivos, pero abandonaron el programa y se mantienen cambiando constantemente parejas, no se cuidan y tampoco toman su tratamiento”. (Entrevistado 12, 2019)

La generación de empleos pensado con visión incluyente, llegaría a asegurar emplear a mujeres y hombres por sus capacidades y no por su condición VIH, por que hacerlo siguiendo este indicador sería discriminatorio.

Y aquí es fundamental apuntar a revertir brechas de pobreza y desigualdad desde enfoques de equidad e igualdad que disminuya el impacto que el VIH y el SIDA está provocando en territorios indígenas *“donde el impacto es mucho mayor por todas las condiciones socioeconómicas y culturales en las que se vive”*. (Entrevistado 3, 2019).

8.3.2 Exclusión Social

En este escenario de pobreza, el consumo del alcohol y droga ha alcanzado a un grupo importante del capital social del país y la región, adolescentes y jóvenes:

“El tema del alcohol y la droga es preocupante. Es un problema enorme porque sin estos no hay diversión. Obviamente, los mecanismos de defensa de los jóvenes no están funcionando como debería porque a esto se suma los niveles de los expendios de drogas, están en cada esquina, y cada barrio tienen hasta 3 expendios. Por eso es difícil aquí hablar de periodos de ventana prolongada”, posiblemente hace tiempo atrás estos periodos eran mas dilatados, pero ahorita como está esto difícil. Y por eso siento que cuando vas a las personas que están documentando los datos te dicen que cada día aparece uno, dos, hasta cinco casos positivos de VIH en jóvenes que al hacerse la prueba directo salen positivos. (Entrevistado 5, 2019)

Desde Benítez-Arvizú, et al, (2017), y García et al (2011), el período de ventana aludido, se refiere al intervalo de tiempo entre la infección y la presencia de anticuerpos o seroconversión y que se caracteriza por presencia ADN proviral, ARN-VIH, antígeno p24 y ausencia de anticuerpos específicos, lo que supone que el diagnóstico de la infección por VIH sólo puede establecerse de modo definitivo por métodos de laboratorio e implica por tanto, desde la lógica planteada por el entrevistado 5, que esta negatividad en la prueba serológica, implica una detección temprana que promueva el seguimiento e intervenciones oportunas. Este tiempo cuando el sistema inmune reconoce al virus y produce anticuerpos para que la prueba los identifique oscila entre las 3 y 12 semanas y hasta tres meses, después de una práctica de riesgo.

Este escenario planteado coincide con el establecido en el 2007, hacía 12 años atrás, por el informe de UNICEF (2007) registrando una Costa Caribe de Nicaragua con una historia de exclusión social y aislamiento geográfico que hace de este territorio especialmente vulnerable a factores como la pobreza, alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual, el inicio de la vida sexual activa a temprana edad, prácticas sexuales de riesgo y debilidades en el sistema de salud, explicando en parte, el comportamiento del VIH y el SIDA en esta parte del territorio nacional.

A estos factores estructurales causantes de la aparición y la prevalencia del VIH y el SIDA, se suman la exclusión que le toca enfrentar a la mujer miskita con VIH en un escenario asimétrico y complejo en el que resulta imposible hablar de “igualdad”, y cuando precisamente es esta mujer la que tiene que enfrentar el impacto social, cultural, económico y espiritual que provoca la enfermedad y que como problema de salud pública configura también barreras de desigualdad de género en esferas laborales y que este estudio evidencia desde este relato que impacta en la vida de una mujer miskita excluida desde patrones de desigualdad consignados desde su narrativa:

“Por problemas de salud me mandaron tres meses de subsidio. Cumplido ese tiempo y al intentar integrarme de nuevo a mis labores me dijeron que me iban a llamar, y en esa espera pasaron dos meses más por lo que pensé que había “gato encerrado”. La jefa me dijo que no respondía si me pasaba algo, pese a que me sentía bien. Después de tanto insistirle en volver me planteó lo siguiente: “el médico me dijo que ya no servís, y si el médico me dice eso para que te voy a tener. ¡Lárgate! Y yo me pregunté, con cual médico habría hablado y que haya dicho que yo no servía, pensé en demandarla, pero sabía que estaba en desventaja porque ella era la jefa y yo una simple trabajadora y se lo encargué a Dios. Después de eso la ignoro, no la he visto y no se quien es. De ese incidente laboral, donde fui discriminada y violentada con toda la fuerza del odio de mujeres, no existen llamados de atención ni precedentes”. (Entrevistada 17, 2019).

La postura asumida por ONU Mujeres, rescatado por este estudio, es que parte de las desigualdades que viven hoy las mujeres tienen expresión en los impedimentos y las barreras al momento de negociar prácticas de sexo más seguro en abierta alusión a dinámicas de poder desiguales que las mujeres tienen respecto a los hombres.

De esta manera, este estudio desvela condicionantes de desigualdades e inequidades sociales históricas que impactan en la calidad de vida de mujeres indígenas miskitas con VIH en el Caribe nicaragüense, agravado por las políticas de exclusión social históricas que han permeado una región altamente pobre.

8.3.3 Desigualdades estructurales

El financiamiento fue importante para poder lograr tener grupos tan activos y continuos en su trabajo, cuando el presupuesto se redujo, algunas cooperaciones tuvieron que salir, pues ya no nos reuníamos igual, la cantidad de actividades que hacíamos se redujo a un nivel extremadamente, en casi nada. Porque también hacíamos diplomado con el tema de VIH y estos se quedaron sin hacerse. A quienes estaban dirigidos estos diplomados y quien certificaba académicamente estos. Estrategias de educación en el tema del VIH. Había un diplomado que fui a dar a Mulukuku dirigido a jóvenes específicamente. En Bilwi, también se hizo un curso dirigido a grupos religiosos. Todo ese trabajo que ya tenía como una base fuerte recayó cuando el financiamiento se fue, no había sostenibilidad las acciones que cayeron rápidamente. Fue un trabajo que ayudó mucho a que los índices pasaran a los extremos en que los estamos viendo ahora. (Entrevistado 3, 2019)

Desde el planteamiento de Gomez y Romero (2009), la pobreza y la desigualdad en el caso de la Costa Caribe responde a construcciones sociales que se fueron consolidando a partir de estructuras y procesos históricos heredados desde tiempos de la colonia, situando a la mujer miskita con VIH entre las vertientes de esa herida colonial, situación que desde el impacto del VIH lleve a replantear la respuesta desde políticas públicas e intervenciones descolonizadores de una pandemia que en el contexto de pueblos indígenas sigue sin comprenderse.

De allí, que los cambios se piensen desde las maneras de vivir bien, en ambientes permeados por una cultura de paz. Y justo, desde esa herencia colonial también tenemos el VIH y el SIDA, que para desconolonizar su impacto, esto pasa por reconocer formas milenarias que tiene la medicina ancestral para tratar enfermedades socioculturales, asegurando procesos de armonización entre la medicina occidental y el modelo de Salud intercultural en la Costa Caribe.

“Somos una región multiétnica. Y por tanto, no podemos hacer estrategias en todo lo referente a las áreas de desarrollo en la región, si no tomamos en cuenta las cosmovisiones de los pueblos. De nada nos sirve hacer una estrategia bonita exportada donde no va a tener su efecto o lograr lo que queremos en población indígena, afro e incluso de los mestizos rurales que tiene una forma de pensar muy diferente y que no se les integra (incorpora). Eso, para nosotros es la columna vertebral, y por tanto, sino tenemos expuesto esto en nuestra región, basado en el tema del vih, vamos a tener buenos resultados pero nos va a tomar mucho tiempo y eso implica que vamos a tener más generaciones con VIH. (Entrevistado 4, 2019)

La procedencia podría explicar según la procedencia real probablemente encontremos que la mayor prevalencia está a nivel rural que por el mismo tema de estigmatización, discriminación, exclusión y mantener su secreto. Aunque la ubicación de la mayoría de los casos es a nivel urbano, pero no deja de afectar a nuestros territorios indígenas donde el impacto va a ser mucho mayor por todas las condiciones socioeconómicas y culturales en las que ya se vive en cada territorio. (Entrevistado 3, 2019).

Ambos enfoques son contundentes desde la postura asumida por Castillo y Escobar (2013), cuando advierte la presencia en el caso de la Costa Caribe, de desigualdades e inequidades sociales históricas que impactan en la calidad de vida de mujeres indígenas miskitas con VIH, agravado por las políticas de exclusión social históricas que han permeado una región altamente pobre, con limitadas posibilidades de acceder de manera suficiente a la prevención, la atención y al tratamiento del VIH.

En resumidas cuentas, la pobreza, la exclusión y las desigualdades han profundizado en la desarticulación de la comunidad y el sistema de convivencia desde una cultura de paz y solidaridad.

Hay que recordar que es una enfermedad que puede producir mucho estigma. El hospital tiene un área para la atención del “portador” (para este estudio es afectado) y una vez identificado le pueden dar seguimiento, pero también todo el estigma que se genera en los centros, puestos de salud y hospital. Probablemente estos procesos de discriminación y violencias son más fuertes en la ciudad. En las comunidades puede ser que esas enfermedades pueden generar algún tipo de solidaridad con las mujeres y sus familias. En las comunidades hay que recordar que la vida comunitaria funciona distinta a la ciudad y ver cómo entonces se presentan los estigmas allí en ese contexto que probablemente sean de otra manera y la violencia hacia las mujeres se experimente de otra manera. (Entrevistado 8, 2019)

Sin embargo, este es un planteamiento que no coincide con la postura asumida por Lorena Cabnal (2016), feminista comunitaria guatemalteca y que sostiene que la comunidad experimenta la desarmonización de la red de la vida, es decir, relaciones desiguales causado por las múltiples violencias que hoy se manifiestan en el entorno comunitario; tampoco coincide con los relatos de mujeres con VIH consultadas por este estudio; no encaja con las propias realidades vividas hoy en el seno de las comunidades, muchas de ellas desarticuladas, quedando evidenciado que es en el entorno familiar y comunitario donde la mujer con VIH experimenta una profunda discriminación, estigma y rechazo.

De hecho, aquellas comunidades que se conocían por su contribución a la paz también han cambiado; la armonía que se vivía en ellas no es la que prevalece hoy; algunos testimonios de mujeres con VIH confieren desconfianza a la comunidad, por lo que no es opción que esta sepa de su condición, situación que produce un silenciamiento a nivel de las familias, donde pocas veces el padre es identificado como aliado importante, tampoco el líder/hombre comunitario.

Lo cierto es, que mujeres han abandonado su comunidad y se han trasladado a la ciudad, lo que confirma una especie de “destierro” sostenido desde el estigma en el que están involucrados las familias, lo que no concuerda con la vida en comunidad planteada por Saballos (2019), asociada a un actuar colectivo, solidario, cooperativo, fraterno, de actitudes y comportamientos de empatía, reciprocidad, confianza y calidez. Sin duda, son valores a los que hay que retornar.

“Hay que reconocer que la comunidad vive un proceso de transculturalización que favorece al hombre llevando a las mujeres a ser expulsadas de su comunidad porque rompieron el silencio y reafirmaron el estereotipo de quedarse sola. Desde el contagio del VIH se culpabiliza a la mujer, porque es un desprestigio para la comunidad, lo que hace pensar que el VIH es transmitido por mujeres, pero no es así, dado que es el hombre el que infecta intencionalmente. Lo otro que ocurre es que el VIH se detecta en la mujer porque los hombres no van a los puestos de salud, ni se hacen una prueba y cuando sospechan que tienen el VIH, siguen viviendo en completa normalidad, lo que explica el flujo de contagio acelerado en la comunidad y que es indetenible en un marco legal de protección el cual aprovechan. Y lo más grave, es que las violaciones se registran desde casos dramáticos donde los victimarios le dicen a la víctima, “te estoy contagiando de SIDA”. (Entrevistada 15, 2019).

El Programa Nacional del Desarrollo Humano 2018-2021 (2017), podría ser sin duda una gran oportunidad para analizar y tratar con urgencia la escalada de violencias contra mujeres, la explotación sexual comercial, la corrupción que involucra niñas y adolescentes quienes a cambio de dinero están accediendo a relaciones sexuales en riesgo. Otras acciones congruentes con los ejes son el fortalecimiento del modelo de atención de la salud intercultural en la Costa Caribe Norte de Nicaragua, relevante para avanzar en la respuesta del VIH desde intervenciones que se articulan desde el MOSAFC y el MASIRAAN, y con ello, avanzar con el reconocimiento de la práctica de la medicina tradicional y ancestral cuya contribución llevó al Estado de Nicaragua, a aprobar una Ley.

8.4 Limitaciones del Estudio

a) Del investigador:

- ⇒ Acceder a información oficial desde las instancias que diera cuenta de las estrategias y políticas dirigidas a la respuesta del VIH en la región.
- ⇒ Experimentar desde las autoridades del SILAIS en Puerto Cabezas el desinterés al estudio, pese a que se explicó que se buscaba contribuir a la respuesta del VIH en la región.
- ⇒ Observar cero importancias a un tema altamente sensible en salud pública en el Caribe Norte del país, afectado por el VIH y el Sida y la malaria. Y siendo un tema que involucraba a nuestros pueblos y grupos vulnerables, debió ser de interés.

b) De credibilidad:

- ⇒ Que debido a la desconfianza que tiene la mujer con VIH involucrada en el estudio por ser identificadas, se haya tenido que tomar la decisión de hablar con ellas en compañía de personas de confianza ligadas a unidades de salud para recoger su experiencia desde su propia lengua materna.

c) De tranferibilidad:

- ⇒ Si bien es posible que este se trate de un modelo transferible, se corren los riesgos que, por el mismo tema tratado, este grupo sea único.

d) De fiabilidad:

La pregunta a saber, es: cómo hacer un rigor cualitativo cuando se trabaja con la comunidad, en contexto de alta desigualdad económica y social. Esto sin duda, se traduce en esfuerzos significativos desde el estudio y al informante clave, asegurar presencia desde comunidades dispersas y alejadas geográficamente lo que conlleva a proveer, traslado alimentación y estancia.

8.5 Lecciones Aprendidas

- © Es un estudio que utiliza el feminismo decolonial para visibilizar la opresión patriarcal, la subalternidad, la exclusión y las violencias que viven mujeres indígenas miskitas con VIH y que nadie se atreve a plantear, recuperando de esta manera las voces de las afectadas por la pandemia desde historias de vida. No obstante, es un tema cuya complejidad obliga a profundizar desde otros estudios e incorporando a hombres con VIH, en categorías como sexo-género, la heterosexualidad obligatoria, la interseccionalidad y los derechos humanos.
- © En el proceso de construcción del Protocolo se modificó el objetivo que indagaría en los elementos configurativos de una posible relación entre la medicina tradicional y ancestral con la respuesta del VIH. Sin embargo, el análisis de los datos fue arrojando categorías como el *Mito de Liwa* sugeridos desde el abordaje del VIH y el SIDA, desde la medicina ancestral, lo que nos llevó a ir ampliando algunas entrevistas, de manera que coadyuvara a la comprensión del fenómeno. Pese a todo, la afectación de los dos huracanes y la pandemia del COVID-19, limitó ampliar el marco conceptual.
- © *La importancia de los estudios en un territorio.* Estudios como este y otros que responden a problemáticas relevantes que se viven en la comunidad y sensibles a la salud y a la vida, deberían interesar a las instituciones involucradas en la respuesta del VIH y el SIDA en la región y el país. Esto sin duda, implica reconocer que en cada estudio existe una contribución. Pensarlo así, ayudaría a empoderar y concientizar a la ciudadanía desde el propio impacto de la investigación. La experiencia con este proceso, hace notar que el SILAIS/MINSA en el territorio, no estuvo interesado, ni en un tema que afecta seriamente el municipio ni en involucrarse, silenciando y excluyendo con su actitud, la labor de esta investigadora. Esto debe servir para evaluar los compromisos personales e institucionales con la respuesta del VIH y cambiar de actitudes recordando que los estudios son para tomar decisiones, favorables para la salud pública y el bienestar integral de la gente.

CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES

A partir de lo ampliamente discutido y expuesto, este estudio permite establecer las siguientes conclusiones:

1.- Mapeo del proceso de producción de las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el Sida, analizado desde el circuito de la cultura, como factor determinante de las representaciones sociales.

Este estudio consigna que la ausencia hoy de intervenciones holísticas, integrales e interculturales que por períodos importantes definieron las acciones de la respuesta en la región desde un paradigma influyente de la concertación, la articulación, la participación, contribuyen al reforzamiento de actitudes y prácticas individuales y colectivas nocivas a la salud y al bienestar integral de mujeres particularmente. Evidencia el afianzamiento de representaciones sociales que se han ido formando y naturalizando en el imaginario colectivo de algunos grupos, configurativos de prejuicios, estigmas y discriminación.

Que la sostenibilidad de la respuesta debe trabajarse desde estrategias con abordajes intra-interculturales que deconstruya la violencia, desde concertaciones y el empoderamiento de amplios sectores. En conciencia esto llevaría a reagrupar a toda la sociedad, iglesias, militares, el liderazgo político y comunitario, la familia, y al centro de todo, las/los propios afectados por el VIH y el SIDA.

Que la promoción de la prevención del VIH/SIDA debe asegurarse desde campañas interculturales que vuelvan a ser un éxito de la participación y la promoción desde los programas de radios, los foros, los congresos nacionales e internacionales, y desde una agenda nacional, regional, municipal y territorial que incorpore transversalmente el tema del VIH.

Que desde el Mito de Liwa, presentado por médicos tradicionales consultados por este estudio, no se descartaría una posible relación entre la medicina ancestral y la respuesta del VIH como un tema que inflexiona en pruebas confirmatorias, en control de carga viral (CD4) y en acciones que aseguren la complementariedad y el diálogo entre la medicina occidental y el modelo de salud intercultural.

Y pese a que no se ha realizado ningún estudio que establezca esta relación, podría significar una nueva teoría sujeta a estudios inmunológicos, bioquímicos y farmacológicos, en un esfuerzo por alcanzar algún nivel de evidencia científica.

Que en vista que la pandemia del VIH SIDA es una entidad más del perfil epidemiológico de cada país, y que por ende afecta en mayor o menor proporción a unos mas que otros, las personas que están al frente de la conducción de las acciones en todos los niveles deben asumir el compromiso por la respuesta, con empatía, respeto, confidencialidad e integridad.

2.- Los elementos fundantes de la violencia estructural que afecta a mujeres miskitas con VIH y el Sida.

Justamente, el mundo lleva más de tres décadas, entre conferencias mundiales, convenciones, declaraciones, protocolos, resoluciones, informes, recomendaciones y diagnósticos, discutiendo sobre la violencia que viven las mujeres en escenarios críticamente complejos, desalentadores, desfavorables y desarticuladores de la vida. Dramáticamente, son mujeres que están afrontando los prejuicios, el estigma, la discriminación, la violencia y las desigualdades estructurales, gravitadas por su sexo, raza, color de piel, etnicidad, edad, y situación de pobreza.

En virtud de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, este estudio doctoral evidencia que mujeres miskitas con VIH en el municipio de Puerto Cabezas, enfrentan dimensiones de la violencia, por mujer, por indígena, por pobre y porque tienen VIH, y que las formas de violencia y discriminación cotidiana lesionan y violan sus derechos humanos y deterioran su propia salud por lo que la violencia debe desaparecer de la vida pública y privada de las mujeres.

En consecuencia, no basta reconocer que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública y de derechos humanos.

No basta seguir diciendo que esta violencia se gesta en lo más profundo de la cultura patriarcal tradicional, sino que hacen falta voluntades y estrategias que aseguren profundos cambios, en la familia, en la comunidad, en las instituciones y en la sociedad. Por todo lo discutido, se necesitan medidas especiales más firmes y con prontitud para prevenir, frenar y erradicar la violencia contra las mujeres, principalmente indígenas.

Consecuentemente, este estudio concluye evidenciando que mujeres indígenas miskitas con VIH están sufriendo en completo silencio y abandono el impacto de la violencia que las perjudica en el plano físico, cultural y espiritual. En tal sentido, llama poderosamente la atención que a 38 años de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, las principales afectadas de la violencia y la discriminación sigan siendo mujeres, agravado cuatro veces más su situación, por su condición de mujer, indígena, pobre y vivir con VIH o Sida. Los testimonios son desgarradores y producen una suerte de impotencia, frente a una sociedad y sistema que necesita incluirlas en igualdad de condiciones y de derechos.

Son mujeres en duelo, afectadas por una pandemia incomprensible desde sus propias cosmovisiones, y cuyo efecto profundiza la discriminación, la exclusión y dolor causado por los prejuicios de las familias, las parejas, el entorno comunitario y la sociedad en general, lo que pone en evidencia prácticas lesivas a la integridad, autonomía, y libertad de mujeres, en una situación lamentable que perpetúa violaciones sistemáticas a sus derechos humanos y al derecho que tienen de vivir dignamente, en ambientes seguros y libres de violencias y opresiones.

Todo lo dicho, hace alusión a la complejidad con la que las mujeres indígenas miskitas enfrentan la violencia estructural y por tanto, pone en entredicho la capacidad de los Estados, la sociedad, la comunidad y la familia en avanzar hacia ciudadanías interculturales de género proyectado por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en una acción que demanda de intervenciones, estrategias y planes dirigidos a frenar la violencia que agrava su situación y amenaza su vida.

3.- Los elementos que sostienen y configuran las desigualdades estructurales en detrimento de mujeres con VIH.

Este es un estudio que analiza y desnuda el modo en que la pobreza y la extrema pobreza, expone a las mujeres indígenas miskitas con VIH a formas de violencias que las estigmatiza, las excluye, las silencia, las discrimina, las violenta y dispara las desigualdades de género. Sus relatos abren heridas coloniales que permean las condiciones en que les toca vivir en el contexto de una sociedad y comunidad altamente deshumanizada y prejuiciosa.

Pese a los avances registrados por el sistema de salud el testimonio de mujeres miskitas con VIH consultadas en la Costa Caribe Norte de Nicaragua, devela la persistente desigualdad y las prácticas discriminatorias, expresadas en distintos aspectos de su vida lo que lleva a considerar el contexto en el que se llevó a cabo el estudio, de impactante y complejo para la violencia que la mujer registra en los espacios privados y públicos, muchos tan naturalizados que pasan desapercibidos.

CAPÍTULO X. RECOMENDACIONES

- a) Al Ministerio de Salud, Comisión Nicaragüense del Sida (CONSIDA), Comisión Regional de Lucha Contra el Sida (CORLUSIDA), y Consejo y Gobierno Regional Autónomo de la Región Autónoma del Caribe Norte (RACN):

El replanteamiento del abordaje del VIH en contexto de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en la Costa Caribe Norte de Nicaragua, sobre la base de consideraciones éticas, intra-interculturales, intergeneracionales, actitudinales, incluyentes del liderazgo territorial, comunitario, municipal, regional, en una práctica que ponga al centro de todas las estrategias a las/los afectados por el VIH y el Sida.

Definir una Política y Estrategia de Comunicación Intra-intercultural del abordaje del VIH y el SIDA desde las que se articulen acciones dirigidas a promover campañas en alianzas con los medios de comunicación en el territorio, la región y el país, con impacto en las redes sociales y demás plataformas digitales; programas de capacitación con médicos expertos dirigidos a todos los sectores promoviendo el diálogo intercultural y la articulación con instituciones educativas, colegios, institutos, centros técnicos y universidades, incidiendo con esto en la reducción del estigma, la discriminación, y las violencias.

Acompañar a la medicina tradicional y ancestral desde la materialización: (i) de los centros de sanación espiritual que asegure la conexión ancestral de los guías espirituales; (ii) rescate de sitios sagrados que conectan con la sabiduría ancestral y que conllevan sesiones con los guías espirituales; (iii) producción de medicamentos y junto a ellos, (iv) el resguardo de la propiedad intelectual ancestral aún vigente y revitalizada por la familia en cada comunidad.

Actualizar el Plan de CORLUSIDA, incorporando acciones dirigidas a reducir el impacto de los prejuicios, el estigma y la discriminación contra las/los afectados de la pandemia del VIH y el sida en el entorno comunitario, familiar, institucional/laboral y sanitario. Integrar en la agenda, el tema de violencia contra mujeres.

- b) A las universidades del país con enfoques en salud pública e intercultural:
(CIES-UNAN en el Pacífico y URACCAN en la Costa Caribe de Nicaragua)

Promover la investigación desde nuevos paradigmas epistemológicos como la epidemiología intercultural en salud y VIH/SIDA entre otros estudios que contribuyan a la aportación sistemática y sostenible en temas relevantes y significativos en prejuicios, estigma, discriminación, homofobia, vulnerabilidad frente al VIH y el SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual, embarazo a temprana edad, uso y negociación del condón, salud sexual y salud reproductiva, el modelo de salud intercultural, la medicina tradicional y ancestral, espiritualidad, el duelo y la sanación.

Habrà que fundamentar desde la epidemiología intercultural, las principales causas que promueven la violencia y por tanto, profundizan las desigualdades de género, margina a las propias mujeres, las excluye, las lastima, las subalterniza, las oprime y las marca desde la violencia que es sexual, psicológica, física, espiritual y económica. En este escenario se hace urgente descolonizar la violencia con nuevos indicadores desde la salud pública, articuladores de la problemática en el contexto de pueblos indígenas, y que asegure indicadores que generen evidencias sobre el estado y tendencias de la situación de salud en mujeres indígenas con VIH o SIDA, incluyendo la violencia como factor de desequilibrio en la salud.

Ampliar estudios en los tratamientos de medicina ancestral, lo relacionado con la farmacológico que lleve a afirmar o descartar la relación de las plantas medicinales con los comprimidos antirretrovirales que se les suministra a las personas que viven con VIH identificando en este proceso los componentes. Plantearse estudios multidisciplinarios (complementariedad de la relación sistema de salud-paciente-comunidad, que incluya la facultad de medicina-sociología-agroforestal-laboratorios, para las propiedades curativas de las mismas.

Se sugiere investigar en temas que afianzen conocimiento y reduzcan prácticas sexuales de riesgo afines a derechos sexuales y reproductivos; vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes frente al VIH; las violencias (domésticas, laboral, sexual y en nombre de la tradición); micromachismos; explotación sexual; corrupción de menores, alcoholismo y drogadicción como indicador de completo deterioro del estado de bienestar de afectados por el VIH y el SIDA, depresiones, suicidios, patriarcado y misoginia.

Se recomienda emprender un estudio desde la descolonización en la transculturalización de los pueblos indígenas en su conexión con la violencia, el VIH y el Sida, y muy particular en el tema de la zoofilia, identificando esas comunidades, las causas que promueven el aumento de esta práctica, y su relación con el VIH.

c) Al Ministerio de Educación (MINED):

Formar a especialistas en derechos sexuales y derechos reproductivo desde herramientas que fortalezcan competencia que aseguren abordajes interculturales con pertinencia, sin tabúes ni sesgos, como estrategias educativas del ministerio para incidir positivamente en el respeto a la integridad, la autonomía, la intimidad de las personas, la tolerancia y la aceptación de la diferencia.

Implementar desde las escuelas y centros técnicos de formación, programas de salud sexual y reproductiva, que contribuya al empoderamiento de adolescentes, jóvenes y adultos y a la comprensión del VIH, las Infecciones de Transmisión Sexual, los embarazos no deseados, desarticulando con estas acciones el estigma, la discriminación y la violencia de género que se perpetúa desde las familias, la escuela, el sistema de salud, la comunidad y la sociedad.

Elaboración de materiales didácticos enfocados en los derechos humanos y el VIH, mediados pedagógicamente e implementados en campañas educativas y de sensibilización de impacto social que fortalezca y contribuya a la cultura de paz.

En la búsqueda de potenciar estudios críticos en la línea del VIH que amplíen conocimientos y saberes, se sugiere hacer estudios que incluyan las perspectivas de hombres con VIH y comparar respecto a mujeres también con VIH, profundizando roles y estereotipos de género bajo la categoría de análisis del sexo-género. Profundizar en el impacto de la violencia de género que provoca las relaciones de poder.

CAPÍTULO XI. BIBLIOGRAFÍA

- Adichie, Ch. (2015). Todos deberíamos ser feministas. Traducción de Javier Calvo. Literatura Random House.
- Appel, Lisboa & Coiro. (2014). Representation of Gaucho Female identity: Cultural media analysis of the documentary "Ciranda Cultural de Prendas – 40 Anos", pp. 21-29
- Almeras, D., y Calderón, C. (Coord.) (2012). Si no se cuenta, no cuenta. Información sobre la violencia contra las mujeres. Cuadernos de la CEPAL No. 99. Recuperado en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/27859>
- Alcántara, A. (2012). Vivir con el VIH: Influencia de la vía de transmisión en el afrontamiento a la enfermedad. Universidad de Leida. Tesis Doctoral.
- Asamblea Nacional (2012). Ley 820: Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su prevención y atención. Recuperado en: <http://legislacion.asamblea.gob.ni/SILEG/Iniciativas.nsf/0/e254db0fc9127ecc062577dd0059242d/%24FILE/Ley%20No.%20820%20VIH%20y%20Sida%20final.pdf>
- Adichie, Chimamade. (2009). El peligro de la historia única. Recuperado en: https://www.ted.com/talks/chimamanda_ngozi_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=es
- Amnistía Internacional (2004). Mujeres, violencia y salud. Recuperado en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLACT770012005>
- Awid (Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo) (9 agosto 2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. Recuperado en: <https://www.awid.org/es/publicaciones/interseccionalidad-una-herramienta-para-la-justicia-de-genero-y-la-justicia-economica>
- Ackermann L, Klerk GW (2002): Social factors that make South African women sexual lives. The rampant spread of this disease can only be stemmed if the subordinate position of women vulnerable to HIV infection. *Health Care Women Int*, 23(2):163–172. DOI: 10.1080/073993302753429031
- Asociación Médica Mundial (AMM). (1964). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Avert (S.F). HIV and AIDS discrimination and Stigma. Recuperado en: <http://www.avert.org>
- Bonilla, I. (2018). VIH/SIDA, una meta más allá del 90-90-90.
- Benítez-Arvizú, G., Franco-Gomez, N., Flores-Sánchez, I., Ojeda, JJ., Moreno-Alcantar. (2017). Estudio de un periodo de ventana documentado por técnica de ácidos nucleicos. *Revista Mexicana de Medicina Transfusional*, 10 (1), 18-21.
- Balladeni, P. (2015). "La salud global se construye entre todos". OMS/OPS. Recuperado en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=9858:la-salud-global-se-construye-entre-todos&Itemid=225
- Barbeyto, A. (2014). Mujeres Miskitas, Ciudadanía y Justicia: Violencia Doméstica en KrukiraW. Tesis Doctoral en Ciencias Sociales. FLACSO, Guatemala.
- Balladeni, P. (2014). Los desafíos de la Salud Global. OMS/OPS. Recuperado en: <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Salud%20Global%20U%20San%20An%20dres%202014.pptx?ua=1>
- Bárcena, A. (2014). Prólogo. En: Comisión Económica para América Latina y el Caribe(CEPAL) (2014). Informe anual 2013-2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe (LC/G.2626). Santiago de Chile.
- Bloch, A. (2013) Betty Friedan: el trabajo de las mujeres, el liberalismo posterior a la Segunda Guerra Mundial y los orígenes de la liberación femenil en Estados Unidos. *Signos históricos*, 15 (30), 64-106

- Blazquez, N., Flores F., y Ríos, M. (Coord.) (2012). Investigación Feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales. México: UNAM. Colección Debate y Reflexión.
- Banco Mundial (2011). Análisis Social de Nicaragua. Programa de Desarrollo en la Costa Caribe y Alto Coco. Recuperado en: https://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/costacaribe/pdf/programa_caribe.pdf.
- Berian, J. (2006). "Cruzando la delgada línea roja: las formas de reclasificación de las sociedades modernas". *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 11 (32), 11-38.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2004). Inclusión Social y Desarrollo Económico en América Latina. Recuperado en: services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/612378.pdf
- Buvinic, M. (2004). Introducción: la inclusión social en América Latina. En: Buvinic, M., Mazza, J., Pungiluppi J., y Deutsch, R. (Eds) (2004). Inclusión social y Desarrollo Económico en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo, pp.3-36.
- Behrman, J.R., A. Gaviria, A., y Székely, M. (eds) (2003). Who's In and who's Out: Social Exclución in Latin América. Washington, D.C: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Butler, J. (2002). Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Paidós, Buenos Aires.
- Banchs, MA. (2000). Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales.
- Bunch, Ch., Frost, S., y Reilly, N. (2000). Las redes internacionales y la traducción de las dimensiones globales a las esferas locales (A manera de introducción). En: Bunch, Ch., Hinojosa, C., y Reilly, N. (Edit) (2000). Los Derechos de las mujeres son derechos humanos: Crónica de una movilización mundial, pp.26-44.
- Bryman, Alan. (1988). Quantity y Quality in Social Research, Ed. Routledge, Londres. Traducción María José Llanos Pozzi. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Banchs, MA. (1986). Concepto de "Representaciones Sociales": Análisis Comparativo. Revista Costarricense de Psicología, 8-9, 27:40. Bryman, Alan. (1988). Quantity y Quality in Social Research, Ed. Routledge, Londres. Traducción María José Llanos Pozzi. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Campillay, M. y Monárdez M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, 47, 93-107.
- Caudillo-Ortega, L., y Flores-Arias, ML. (2017). Análisis de los determinantes sociales de la violencia de género. *Ra Ximhai* 13 (2), 87-96.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2017). Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2017). Panorama Social de América Latina. Recuperado en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42716-panorama-social-america-latina-2017>
- CORLUSIDA (2017). Plan Estratégico Regional 2017-2020. Secretaría de Salud del Gobierno Regional Autónomo de la Costa Caribe Norte (GRACCN). Documento inédito.
- CEPAL (2017). Ejes del Programa Nacional del Desarrollo Humano 2018-2021. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, Nicaragua. Recuperado en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/ejes-del-programa-nacional-de-desarrollo-humano-2018-2021-de-nicaragua>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2016). Panorama Social de América Latina. Recuperado en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41598-panorama-social-americalatina-2016>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2016). Panorama de la situación de derechos humanos derivado de la labor de monitoreo de las relatorías temáticas. En: CIDH (2016). Informe Anual.
- Curiel, O. (7 de Noviembre del 2016). Feminismo Decolonial. Prácticas Políticas transformadoras. Conferencia. Recuperado en: <https://www.youtube.com/watch?v=B0vLlIncsg0>

- CIOMS (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Cabnal, L (2016). El Feminismo Comunitario. Entrevista a Lorena Cabnal, feminista comunitaria indígena maya-xinka en el marco del seminario “Los velos de la violencia: Reflexiones y experiencias étnicas y de género en Chile y América Latina”. Recuperado en: <https://www.youtube.com/watch?v=87DqYYliSro>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2014). Informe anual 2013-2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe (LC/G.2626). Santiago de Chile.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2014). Reunión de expertos sobre los derechos humanos de las mujeres indígenas.
- Creighton, H. (2013). (De)construir la otredad: las mujeres inmigrantes en la prensa escrita española. *Revista de Paz y Conflictos*, 6, 78-106.
- Castillo, R., y Escobar, A. (2013). Prólogo. En: Estado Plurinacional de Bolivia y Ministerios de Salud de Perú y Bolivia (2013). Encuentro sobre prevención y otros servicios de ITS y VIH dirigidos a Pueblos Originarios Indígenas y Amazónicos de Bolivia y Perú. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 21 al 23 de agosto del 2013. Pp. 10-11
- Chong, F., Fernández, C., Huicochea, L., Álvarez, G., y Leyva, R. (2012). Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/sida. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas. *Estudios Fronterizos, nueva época*, 13 (25), 31-55.
- CONISIDA (Comisión Nicaragüense del SIDA). (2012). Medición del gasto en Sida. Recuperado en: <http://www.unaids.org>
- Cornejo y Salas. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 10 (2), 12-34.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2011). Segundo informe sobre la situación de las defensoras y defensores de los derechos humanos en las Américas.
- Consejo Regional del Sida (CORESIDA) y Secretaria de Salud RAAS (MINSA) (2009). Vigilancia Comunitaria de las Infecciones de Transmisión Sexual. Región Autónoma del Atlántico Sur. Recuperado en: http://en.unicef.org.ni/media/publicaciones/archivos/Vigilancia_Comunitaria_IT S-RAAS.pdf
- Canclini, N. y Manticón, A. (2007). Políticas culturales y consumo cultural urbano. En: Canclini, N (Coord.) La antropología urbana en México. Fondo de Cultura Económica, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, y Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 168-195.
- Chakravorty, S. y Giraldo, S. (2003). Nota Introductoria. En: Chakravorty, S. y Giraldo, S. (2003). ¿Puede Hablar el Subalterno?. *Revista Colombiana de Antropología*, (39), 297-364
- Cobo, R. (1995). Fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jacques Rousseau. Ediciones Cátedra, S.A. Madrid: España.
- Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética (S.F). Código de Nuremberg. Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947. Universidad de Chile. Recuperado en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76028/el-codigo-de-nuremberg>
- Cuñat, R. (S.F). Aplicación de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) al estudio del proceso de creación de empresas.
- Damas, L. (2019). Teoría Fundamentada en Datos como alternativa investigativa para significar el cuidado en la enfermería cubana. *Revista Cubana Enfermería (Internet)*, 35 (3)
- Deossa, G. (2009). Inequidades en salud relacionadas con el VIH/SIDA. Perspectivas en Nutrición Humana. 11(1), p.93-97, Universidad de Antioquia, Medellín Colombia.
- Dixon, B., y Torres, M. (2008). Diagnóstico de género en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe. Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo.

- du Gay, P. (1997). Introduction. In: du Gay, P., Hall, S., Janes, L., Mackay, H., & Negus, K. (1997). *Doing Studies: The Story of the Sony Walkman*, pp.1-5. Sage Publications (in association with) The Open University.
- du Gay, P., Hall, S., Janes, L., Mackay, H., & Negus, K. (1997). *Doing Studies: The Story of the Sony Walkman*. Sage Publications (in association with) The Open University.
- Durkheim, E. (1895). *Las reglas del método sociológico*,. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.
- Etienne, C. (2015). Prefacio. En: OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2015) *La Violencia Contra la Mujer*. 54 consejo Directivo y 67 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA. La Violencia contra la mujer; Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para abordar la violencia contra la mujer.
- Estévez, A., y Serlin, J. (2013) Ostracismo organizacional: núcleos conceptuales para la comprensión del fenómeno. *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)*. 18 (64), 567-583.
- Ejea, T. (2012). Circuitos culturales y política gubernamental. *Sociológica*, 27 (75), 197-215.
- Escobar, G. (2009). "Discriminación Social hacia Mujeres viviendo con el VIH y Sida: Una mirada desde la cosmovisión Indígena miskitu". Tesis de Maestría en la Gestión para la Atención y Prevención del VIH y Sida con Enfoque Intercultural. Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN).
- Franco, Y., y Morillo, J. (2016). Glasser y Strauss: Construyendo una teoría sobre apropiación de la gaita zuliana. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, XXII, (4), 115-129.
- Flores, C. y Paiz, G. (2015). Representación Social del Proceso de Autonomía Regional de la Costa Caribe de Nicaragua. *Revista Ciencia e Interculturalidad*, Volumen 16, 8 (1), 76-91
- Flores, F. (2014). Vulnerabilidad y Representación Social de Género en Mujeres de una comunidad migrante. *Península*, IX (2), 41-58.
- Flores-Palacios, F. (2014). Presentación, pp. 9-16. En: Flores-Palacios, F. (Coord.) (2014). *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fernández, M. y Fernández-Alameda, C. (2013). Hacia un nuevo modelo mundial de comunicación intercultural. *Methaodos, revista de ciencias sociales*, 1 (1), 114-122.
- Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas (2013). Estudio sobre la incidencia contra las mujeres y las niñas indígenas teniendo presente lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 22 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social.
- Femenías, M. (2012). Feminismo y multiculturalismo: Voces y cuerpos "marcados" en la era de la globalización. *Revista Europea de Derechos Fundamentales*. 19, 75-93
- Foro Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI) (2006). Mairin Iwanka Raya. *Mujeres Indígenas Confrontan la Violencia*. Informe Complementario al Estudio sobre Violencia Contra las Mujeres del secretario general de las Naciones Unidas.
- Fitouss, JP., y Rosanvallon, P. (1997). *La nueva era de las desigualdades*. Ediciones Manantial. Argentina.
- Galeano, M. (2018). *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Fondo Editorial FCSH, Segunda Edición.
- Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (2017). *Ejes del Programa Nacional del Desarrollo Humano 2018-2021*.
- Gutiérrez, S. (2014). Emociones y representaciones sociales. Reflexiones teórico- metodológicas, pp.17-44. En: Flores-Palacios, F. (Coord) (2014). *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gherardi, N. (2012). La violencia contra las mujeres en la región. En: Almeras, D., y Calderón, C. (Coord.) (2012). *Si no se cuenta, no cuenta*. Información sobre la violencia contra las mujeres. Cuadernos de la CEPAL, (99).

- Gargallo, F. (2012). Feminismos desde Abya Yala. Entrevista a Francesca Gargallo. A propósito del Libro Feminismos desde Abya Yala. Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos en nuestra América. <https://www.youtube.com/watch?v=xjgHfSrLnpU>
- Gavidia, V y Talavera M. (2012). La construcción del concepto de salud. Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales. 26, 161-175. Doi:10.7203/DCES.26.1935
- García, F., Alvarez, M., Bernal, C, Chueca, N, Guillot, V. (2011) Diagnostico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29 (4), 297-307
- Grimson, A. y Caggiano, S. (2010). Respuestas a un cuestionario: posiciones y situaciones. En: Richard, N. (Edit.) (2010). En torno a los estudios culturales. Localidades, trayectorias y disputas, pp. 17-30. Editorial ARCIS-CLACSO, Santiago de Chile
- Gómez, G., y Romero, J.L. (2009). Desigualdades y exclusión social en Centroamérica: alternativas de políticas públicas. Caso de Nicaragua. Centro Inter-universitario de Estudios Latinoamericanos y Caribeños (CIELAC).
- Gómez, A. (2009). El sistema sexo-género y la etnicidad: Sexualidades digitales y analógicas. *Revista Mexicana de Sociología*, 71 (4), 675-713.
- García-Moreno, C., Jansen, AF., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, Ch. (2005). Who Multi-Country study on women's health and domestic violence against women. Ginebra, OMS.
- Guerra, MA. (1999). La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. *Revista Atención Primaria*, ELSEVIER, 24 (7), 387-441.
- Goffman, E. (1963). Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu editores, Buenos Aires, Madrid.
- Gracia, J. (S.F) Interseccionalidad y Violencia de Género. Una mirada hacia la violencia de género ejercida contra las mujeres mayores y las mujeres con discapacidad.
- Garnnik, C. (S.F). Estereotipos Sociales y Medios de Comunicación: Un Círculo Vicioso. *Question 1* (23). Recuperado de: <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/826/727>
- Hernández-Arteaga, I. (2012). Investigación cualitativa: una metodología en marcha sobre el hecho social. *Rostros*, 14 (27), 57-68.
- Hall, S. (2010). El espectáculo del "Otro", pp.419-445. En: Restrepo, Walsh y Vich (Edit.) (2010). Sin Garantías: Trayectorias y problemáticas en estudios culturales. *Instituto de estudios sociales y culturales Pensar, Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador, Envión Editores*.
- Hernández R., Fernández C., y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. Mc Graw-Hill Interamericana.
- Hall, S. (2003). Introducción. ¿Quién necesita identidad?, pp. 13-39. En: Hall, S. y du Gay, P. (Eds.) (2003). Cuestiones de Identidad Cultural. Amorrortu editores.
- Hinojosa, C. (2000). El movimiento internacional de mujeres: una nueva lectura del mundo viaja por diferentes idiomas. En: Bunch, Ch., Hinojosa, C., y Reilly, N. (Edit) (2000). Los Derechos de las mujeres son derechos humanos: Crónica de una movilización mundial, pp.45-60.
- Hall, S. (1997). Introduction. In: Hall, S. (1997) (Edit). Representation: Cultural Representations and Signifying Practices, pp. 1-14. Sage Publications (in association with) The Open University.
- Harding, S. (1993) Ciencia y Feminismo. Ediciones Morata.
- Harding, S. (1987) Feminism and Methodology. Social Science Issues. Indiana University Press.
- INIDE (2008). Puerto Cabezas en Cifras. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional.

- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48 (2), 141-150.
- Iglesia-Caruncho, M., Jaime, P., y Castillo, M. (2003). *Acabar con la pobreza. Un reto para la cooperación internacional*. IPADE, Madrid.
- INIDE (S.F). Nicaragua. Reporte de Pobreza: Desafíos y Oportunidades para la reducción de la pobreza. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional.
- JASS Mesoamérica (2012). *Diccionario de la Transgresión Feminista*. Organización Internacional Feminista.
- Jodelet, D. (2007). Imbricaciones entre representaciones sociales e intervención. En: Rodríguez, T., y García, M de L. (Coord.) (2007). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, pp.191-217.
- Johnson, AM & Laga, M. (1988). Heterosexual transmission of HIV/AIDS. London, England, 2 (1), S49-S56. Recuperado en: <https://doi.org/10.1097/00002030-19880000100008>
- Jodelet, D. (1985). La representación social: fenómenos, concepto y teoría, pp.469-494. En: Moscovici, S. (1985). *Psicología Social II*, Buenos Aires, Paidós.
- Ki-Moon, B. (2015). Prólogo. En: *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. Naciones Unidas, Nueva York. Recuperado en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- Kickbusch, I, y Ivanova, M. (2013). The History and Evolution of Global Health Diplomacy, pp. 11-26. En: Kickbusch, I, Lister, G, Told M, y Drager N. (2013). *Global Health Diplomacy. Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora And Cases*. Doi: 10.1007/978-1-4614-5401-4
- Ki-Moon, B. (2008). El factor estigma. Recuperado en: https://www.un.org/es/sg/oped/2008/op-ed_el_factor_estigma.shtml
- Kornblit, A. (Coordinadora) (2007). *Metodologías Cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Editorial Biblos, Buenos Aires.
- Knapp, E., Suárez, M del C., Mesa, M. (2003). Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría Representación Social. *Revista Cubana de Psicología*, 20 (1), 23-34.
- Kipling, W. (2001). *Ostracism: the power of silence*. Editorial The Guilford Press. New York.
- Krieger, N. (2001). Glosario de Epidemiología Social. En: OPS (2002). *Boletín Epidemiológico*, Organización Mundial de la Salud, 23 (1), 7-11.
- León, ME. (2015). Breve historia de los conceptos de sexo y género. *Revista Filosofía Univ. Costa Rica*, LIV (138), 39-47.
- La Gaceta, Diario Oficial (18 de Febrero del 2014). *Constitución Política de Nicaragua con sus Reformas incorporadas*.
- Lema, S., Toledo, S., Carracedo, M., Rodríguez, H. (2013). La ética de la investigación en seres humanos en debate. *Revista Médica Uruguaya*, 29 (4), 242-247.
- Leve, A. (2012). The circuit of culture as a generative tool of contemporary analysis: examining the construction of an education commodity. Joint AARE APERA International Conference, Sydney.
- La Gaceta, Diario Oficial (22 de Febrero, 2012). Ley 779. Ley Integral Contra la Violencia hacia las Mujeres.
- Lagarde, M. (2010). El derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia. En: Maquieira d'Angelo. (Coord) (2010). *Mujeres, globalización y derechos humanos*. 477-534.
- La Gaceta, Diario Oficial, No. 83 al 87. (Del 5 al 9 de mayo, 2008). Ley No. 641. Código Penal.
- Lagarde, M. (2007). Por los derechos humanos de las mujeres: la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. *Cuestiones Contemporáneas*, Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 49 (200), 143-165

- Lamptey, P., Johnson, J., y Khan, M. (2006). El desafío mundial del VIH y el SIDA. *Population Bulletin*, 61 (1). Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Lindgren, T., Rankin, Sh., y Rankin, W. (2005). Malawi women and HIV: socio-cultural factors and barriers to prevention. *Women Health*, 41 (1), 69-86.
- Lugones, M. (2005). Multiculturalismo radical y feminismo de mujeres de color. *Revista Internacional de Filosofía Política*, 25, 61-75. Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México.
- Lamptey, P., Ruckstuhl K., y Cates, W. (2002). "HIV/AIDS Evolving Impact on Global Health", en *Dawbugb Answers; How the HIV/AIDS Epidemic Has Strengthened Public Health*, ed. Ron Valdiserri (Nueva York: Oxford University Press.
- Lamas, M. (Comp) (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. En: *Revista Cuicuilco, Escuela Nacional de Antropología e Historia de México*, 7 (18), 1-24.
- Lamas, M. (Comp) (1996). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Universidad Autónoma de México.
- Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales, 37. Recuperado en: <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.pdf>
- Ministerio de Salud. (MINSA). (30 de noviembre, 2017). Analizan resultados del estudio de poblaciones claves para fortalecer respuesta ante el vih. Recuperado en: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/noticias-2017/3805-analizan-resultados-del-estudio-de-poblaciones-claves-para-fortalecer-respuesta-ante-el-vih>
- Matus, P. (2016). Representaciones e imaginarios del medio ambiente en la publicidad de Empresas en Chile. Una aproximación desde avisos en diarios. (Tesis Doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile).
- Mignolo, W. (2016). La opción decolonial como proyecto, una entrevista con Walter Mignolo. Recuperado en: <https://www.youtube.com/watch?v=xjgHfSrLnpU>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MMPV-Perú). (2016). Violencia Basada en Género. Marco Conceptual para las Políticas Públicas y la Acción del Estado.
- Mireles-Vargas, Olivia. (2015). Metodología de la investigación: operaciones para develar representaciones sociales.
- Mignolo, D. W. (2014). El concepto de (de) colonialidad y América Latina. Conferencia Walter D. Mignolo en FHCE/UDELAR. Recuperado en: <https://www.youtube.com/watch?v=xjgHfSrLnpU>
- Moreno, E. (2013). El Wihita en la legislación nicaragüense: su función jurisdiccional y competencial en la aplicación del artículo 20 del Código Penal de la República de Nicaragua. Tesis de Maestría. UNAN, León. Nicaragua.
- Muñoz, G. (2013). Consumo (¿O más bien pro-sumo? en el Siglo XXI. *Questión*, 1 (37), 20-30.
- Movimiento de Mujeres Wangki Tangni (2012). Violencia contra mujeres miskitus. Comunidades del Wangki. Nuestra madre tierra, nuestros pueblos y nuestros cuerpos ya no aguantan. Municipio de Waspam, Río Coco.
- Martín-Barbero, J. (2012). De la Comunicación a la Cultura: perder el "objeto" para ganar el proceso. *Signo y Pensamiento* 60, XXX, 76-84.
- Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativas y cualitativas. Guía didáctica. Neiva: Universidad SurColombiana.
- Marley, A. (2010). Análisis Intercultural y Cosmogónico del VIH/Sida en las experiencias de los Miembros del Club de Vidas Futuras de Bilwi en la RAAN. Tesis inédita para optar al grado de Máster en Salud Intercultural. Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN).
- McCall, L. (2008). The complexity of intersectionality. *Signs*, 30 (3), 1771-1800.
- Mayobre, P. (2007). "La formación de la identidad de género: una mirada desde la filosofía". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12 (28), 35-62.

- MINSA/CONSIDA(2006). Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida. Nicaragua 2006-2010. Comisión Nicaragüense del SIDA.
- Mason JK, & Laurie GT. (2006) 2 Public health and the state/patient relationship. In: Mason and McCall Smith's, Law and Medical Ethics. 7th ed. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Miguens, J. (1970). Prólogo, p.9-18. En: Rose, A. (1970). El origen de los prejuicios. Editorial Hvmánitas, Buenos Aires, Argentina.
- Moscovici, S. (1961). El Psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul.
- Nureña, C., y Caparachín, C. (2019). ¿Por qué no dejan a los hombres violentos? Aspectos sociales y culturales vinculados con el mantenimiento de las relaciones en mujeres afectadas por maltrato conyugal. En: Hernández, W. (Editor) (2019). Violencias contra las mujeres. La necesidad de un doble plural. Pp. 61-86. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). Lima, Perú.
- Naciones Unidas (22 junio 2016). Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. (Resolución aprobada por la Asamblea Nacional General el 8 de junio de 2016)
- Naciones Unidas (2015). Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas. Victoria Tauli Corpuz.
- Naciones Unidas (2014). Los derechos de la mujer son derechos humanos. Oficinas del Alto Comisionado. Nueva York y Ginebra.
- Noreña, A., Alcaraz-Moreno., Rojas, J., y Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichán, 12 (3), 264-274.
- Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer. (Resolución de la Asamblea General 48/104). Recuperado en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Ortega, Jhon (2019). ¿Por qué las mujeres víctimas de violencia de pareja en el Perú no buscan ayuda?. En: Hernández, W. (Editor) (2019). Violencias contra las mujeres. La necesidad de un doble plural. Pp.87-113. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). Lima, Perú.
- Orozco, T. (octubre 29, 2019). Mujeres Indígenas del Wangki, Nicaragua, "Tejiendo Autonomía y Paz". Recuperado en: <https://www.culturalsurvival.org>
- OMS (29 de noviembre de 2017). Violencia contra la mujer. Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- ONUSIDA-GLOBAL AIDS Update (2017). Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020. Acelerar la prevención del VIH para reducir el número de nuevas infecciones en un 75%.
- ONUSIDA (2017). En el Día Mundial del Sida, ONUSIDA advierte que los hombres tienen menos probabilidades de acceder al tratamiento del VIH y mayores de morir de enfermedades relacionadas con el sida. Recuperado en: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/november/20171201_blind_spot
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016). Estrategia Mundial de Sector de la Salud contra el VIH 2016-2021. Hacia el Fin del SIDA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). La Violencia contra la mujer. Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para Abordar la Violencia Contra la Mujer para el período 2015-2020.
- Olamendi, P. (2013). La Protección de las Mujeres Víctimas de Violencia, Una Obligación del Estado. Recuperado en: <https://poderjudicial.gob.ni>

- ONUSIDA (2012). La CIDH, la CIM, ONUSIDA y la OPS llaman a los Estados Miembros de la OEA a erradicar el estigma y la discriminación en relación con el VIH en las Américas. Recuperado en: <http://onusidalac.org/1/index.php/sala-de-prensa-onusida/item/1883-la-cidh-la-cim-onusida-y-la-ops-llaman-a-los-estados-miembros-de-la-oea-a-erradicar-el-estigma-y-la-discriminacion-en-relacion-con-el-vih-en-las-americas>
- Organización Mundial de la Salud y Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres. (2010). Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. OMS/OPS Ginebra.
- ONUSIDA (10 de noviembre, de 2009). Reportaje. La violencia contra la mujer y el VIH. Recuperado en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/november/20091110vaw>
- ONU (2007). La ONU y la Mujer. Compilación de Mandatos. Centro de Información de las Naciones Unidas para la Argentina y Uruguay.
- ONUSIDA/OMS (2005). Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005: y ONUSIDA, Informe sobre le epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial (Ginebra: ONUSIDA, 2004).
- OPS (2001). "Hacia un Modelo Integrado de Atención a la Violencia Intrafamiliar: Ampliando y consolidando las intervenciones coordinadas del Estado y la Sociedad Civil". 1998-2001. San José, Costa Rica.
- ONUSIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). (2004), Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis. Recuperado en: www.unfpa.org
- OPS/OMS (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 21-25 de julio, 1997. Recuperado en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
- OEA (1994). La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer "Convención de Belem do Pará".
- OPS (1987). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá, 21 de noviembre de 1986. Recuperado en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- ONU (1979). Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MMPV-Perú). (2016). Violencia Basada en Género. Marco Conceptual para las Políticas Públicas y la Acción del Estado.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio. Recuperado en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- ONU MUJERES (S.F). VIH y SIDA. Recuperado en: www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids
- OPS/OMS (S.F). Cobertura Universal en Salud. Recuperado en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392%3Auniversal-health-coverage&catid=6253%3Auniversal-healthcoverage&Itemid=40244&lang=es
- ONUSIDA (S.F) 90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Recuperado en: <https://www.unaids.org/es/resources/909090>
- Puyol Á. (2010). Salud y justicia global. *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*. 43, 479-502
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS – related stigma and discrimination: a conceptual frame work and implications for action. *Social Science & Medicine* 57 (1), 13-24.
- Pattón, M. (1990). Qualitative evaluation and research methods. (pp. 169-186). Beverly Hills, CA: Sage.
- Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. Buenos Aires: CLACSO.

- Quijano, A. (2000). "Que tal raza!". *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 6 (1), 37-45.
- Ramjee, G., y Daniel, B. (2013). Women and HIV in Sub-Saharan Africa. *AIDS Research and Therapy*. Recuperado en: <http://www.aidsrestherapy.com/content/10/1/30>
- Ruiz, J. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Richard, N. (2010). Introducción. En: Richard, N. (Edit.) (2010). En torno a los estudios culturales. Localidades, trayectorias y disputas, pp. 9-13. *Editorial ARCIS, CLACSO*.
- Restrepo, E., Walsh, C., y Vich, V. (2010). Práctica crítica y vocación política: pertinencia de Stuart Hall en los estudios culturales latinoamericano, pp. 7-14. En: Hall, S. (2010). Sin Garantías. Trayectorias y problemáticas en estudios culturales.
- Ramjee, G., Kapiga, S., Weiss, S., Peterson, L., Leburg, C., Kelly, C, Masse, B. (2008). The Value of Site Preparedness Studies for Future Implementation of Phase 2/IIb/III HIV Prevention Trials. *Epidemiology and Social Science. Acquir Immune Defic Syndr*, 47 (1), 47-93.
- Ramírez, J. (2007). Durkheim y las representaciones colectivas. En: Rodríguez T. y García, M.de L. (Coord.) (2007). Representaciones sociales. Teoría e investigación, pp.17-50.
- Rubín, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, VIII (30), 95-145.
- Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Relaciones* 93, vol. XXIV. Universidad de Guadalajara, México.
- Rose, A. (1970). La ignorancia acerca de otros grupos humanos, causa de prejuicios, pp.29-34. En: Rose, A. (1970). El origen de los prejuicios. Buenos Aires. Hvmantas, Buenos Aires. Argentina.
- Saballos, JL. (2019). Universidad, efectividad del desarrollo con identidad y apropiación comunitaria. Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN).
- SILAIS BILWI (2016/2017). Enfermedades infecciosas. Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN). SILAIS Bilwi. Recuperado en: <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-silais-bilwi-raccn/>
- Sohini, P. (2016). Intimate Partner Violence and Women's Help-seeking Behaviour: Evidence from India. *Journal of Interdisciplinary Economics*, 28 (1), 53-82.
- Sánchez, C. (2014). Reflexiones en torno al concepto de representaciones y su uso en la historia cultural. *Questión*, Revista especializada en Periodismo y Comunicación, pp.1-15.
- San Martín, Daniel (2014). Teoría Fundamentada y Atlas Ti: Recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación educativa*, 16 (1), 105. Recuperada en: <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/727/891>
- Scherecker T. (2012). Alcance global, profundidad local y el futuro de la equidad en salud. *Med. Soc.* 7 (2), 113-120.
- Sequeira, G., Perera, JF., Cruz, M., y Quino, N. (2008). "Evaluación de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud Reproductiva y VIH/SIDA en estudiantes de la universidad URACCAN, Recinto Bilwi, durante el período de agosto 2006- 2007". Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN).
- Sen G., Östlin P., y George A. (2007). La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla.
- Silverman, D. (2006). Interpreting Qualitative Data. Third Edition. Sage Publications.
- Stern, F.A. (2005). El estigma y la discriminación. Ciudadanos estigmatizados, sociedades lujuriosas. Ediciones Noveduc (Novedades educativas). Buenos Aires.
- Scott, J. (1999). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Navarro, Maryssa y Stimpson. Catharine (Comp). Sexualidad, género y roles sexuales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Strauss, A., y Corbin, J. (1998). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Sage, Publicaciones.
- Silverman, D. (1993). Beginning Research. Interpreting Qualitative Data. Methods for analysing Talk, Text and Interaction. Sage Publications. Sandoval, C. (1996). Investigación cualitativa. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior (ICFES).
- Tinoco, W., Guerrero, J., y Quezada, C. (2018). Evolución de la investigación científica. En: Escudero, C., y Cortez, L. (2018). Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. Editorial Universidad Técnica de Machala, Ecuador (UTMACH), pp.26-41.
- Tinoco, N., Cajas, M., y Santos, O. (2018). Diseño de Investigación Cualitativa. En: Escudero, C., y Cortez, L. (2018). Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. Editorial Universidad Técnica de Machala, Ecuador (UTMACH), pp.42-56.
- Tallada, J. (3 de julio 2014). Salud pública y salud global: parecido no es lo mismo. Health IsGlobal. Recuperado en: <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/salud-publica-y-salud-global-parecido-no-es-lo-mismo/90694/0>
- Tsakoglou, P., y Ppadopoulos. (2001). Identifying Population Groups at High Risk of Social Exclusion: Evidence from the ECHP. Documento para el debate 392. Institute for the Study of Labor, Bonn.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de los significados. Edición Paidós, España.
- UNICEF (2017). Cómo prevenir el Abuso Sexual contra nuestros hijos e hijas. Guía para padres y madres de familia. Recuperado en: www.unicef.org
- UNAIDS (2017). Blind Spot. Reaching out to men and boys. Addressing a blind spot in the response to HIV.
- UNICEF (2007). La epidemia del VIH en Nicaragua. Recuperado en: <https://www.unicef.org/lac/Hoja.pdf>
- UNAIDS (S.F). Informes nacionales sobre avances en respuesta al sida – Nicaragua. Monitoreo Global del Sida 2019. Recuperado en: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/NIC_2019_countryreport.pdf.
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista* 52, 1-17. Recuperado en: www.debatefeminista.pueg.unam.mx
- Vilasanjuan, R. (2014). Objetivo Salud. En: La importancia de la salud global. Recuperado en: <https://www.isglobal.org/-/objetivo-salud-01-la-importancia-de-la-salud-global>
- Volio, R. (2012). Reflexiones necesarias en torno al binomio “Violencia y Pobreza” de las Mujeres. *Revista Europea de Derechos Fundamentales*. 19, 95-122.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2009). Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa. *Forum Qualitative Social Research*, 10 (2), Arto. 30 (1-26).
- Worley, H. (2005). “Obstacles Remain to Wide Adoption of Female Condom”, Population Reference Bureau. Recuperado en: www.prb.org,
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en la salud. OPS/OMS, Washington, D.C.
- Zambrano R., Castro D., Lozano M., Gómez, N., y Rojas, C. (2013). Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia. *Investigaciones Andina*, 15 (26), 640-652.

XII. ANEXOS

Anexo 1:

Aval para pre-defensa y defensa de tesis doctoral



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA



“2021: AÑO DEL BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA DE CENTROAMÉRICA”

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

"Por una cultura de investigación, innovación y mejoramiento"

Aval para pre-defensa y defensa de tesis doctoral

Por este medio avalo que **GRETTA JANNETTE PAIZ MALESPÍN** de nacionalidad **nicaragüense** se inscriba al proceso de defensa de tesis doctoral ante la secretaría académica del CIES-UNAN Managua para proceder al nombramiento del comité de evaluación de tesis doctoral.

Título de tesis doctoral:
Las Representaciones Sociales sobre VIH/SIDA en Mujeres Indígenas Miskitas en Puerto Cabezas, Costa Caribe Norte de Nicaragua 2018-2019: Una Mirada Crítica desde el Feminismo Decolonial.
Nombre del tutor: María Sol Pastorino
Grado Académico: PhD en Ciencias Sociales
Institución: CIES
País de residencia: Chile/España
Fecha: 10/12/2021

Observaciones: _____

(Firma del tutor)
(Nombre del tutor)

Anexo 2:
Resumen artículos publicados



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua



Título del Artículo 1:

Representaciones sociales sobre VIH/SIDA en mujeres indígenas miskitas en Puerto Cabezas, Costa Caribe Norte de Nicaragua. Una Mirada Crítica desde el Feminismo Decolonial.

Nombre de las Autoras:

Gretta Paiz Malespín y María Sol Pastorino.

DOI:

<https://doi.org/10.5377/10.5377/rci.v28i01.11459>

Cómo citar el artículo:

Paiz Malespín., & Pastorino, M. (2021). Representaciones Sociales sobre VIH/SIDA en Mujeres Indígenas Miskitas en Puerto Cabezas, Costa Caribe Norte de Nicaragua. *Ciencia E Interculturalidad*, 28 (01), 56-75. <https://doi.org/10.5377/rci.v28i01.11459>

Dirección URL:

<http://ecampus.uraccan.edu.ni/index.php/Interculturalidad/article/view/907>, y
<https://www.camjol.info/index.php/RCl/article/view/11459>.

Revista ciencia e interculturalidad
Año 14, Vol. 28, No.1, Enero-Junio, 2021.

ISSN 1997-9231 (Print). ISSN 2223-6260 (Online).
DOI: <https://doi.org/10.5377/10.5377/rci.v28i01.11459>

COPYRIGHT © (UNAN-AN). TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS.

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-NoDerivadas



Representaciones sociales sobre VIH/SIDA en mujeres indígenas miskitas en Puerto Cabezas, Costa Caribe Norte de Nicaragua

Una Mirada Crítica desde el Feminismo Decolonial

*Social representations about HIV / AIDS in Miskito indigenous women in Puerto Cabezas, North
Caribbean Coast of Nicaragua*

A Critical Look from Decolonial Feminism

Título del Artículo 2:

¿Qué pasó con las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el Sida en el municipio de Puerto Cabezas, Nicaragua?. Un punto de inflexión crítico desde las Representaciones Sociales.

Nombre de las Autoras:

Gretta Paiz Malespín y María Sol Pastorino.

DOI:

<https://doi.org/10.5377/farem.v10i39.12615>

Cómo citar el artículo:

Paiz Malespín, G., & Pastorino, M. S. (2021). ¿Qué pasó con las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el Sida en el municipio de Puerto Cabezas, Nicaragua? Un punto de inflexión crítico desde las Representaciones Sociales. *Revista Científica De FAREM-Esteli*, 10(39), 44–65. <https://doi.org/10.5377/farem.v10i39.12615>

Dirección URL:

<https://rcientificaesteli.unan.edu.ni>

Nota: Ambos archivos se adjuntan en PDF.

Revista Científica de FAREM-Esteli

Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano

Año 10 | Núm. 39 | Julio-septiembre, 2021

ISSN: 2305-5790

<https://rcientificaesteli.unan.edu.ni>

DOI: <https://doi.org/10.5377/farem.v10i39.12615>

44

¿Qué pasó con las estrategias dirigidas a la respuesta del VIH y el Sida en el municipio de Puerto Cabezas, Nicaragua?
Un punto de inflexión crítico desde las Representaciones Sociales

What happened to the strategies aimed at the response to HIV and AIDS in the municipality of Puerto Cabezas, Nicaragua?
A critical turning point from Social Representations?

Anexo 3:
Consentimiento Informado



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de esta carta es ayudarla/o a tomar la decisión de participar en la presente entrevista.

A través de esta entrevista se busca conocer identificar la percepción, valoración y conocimientos que tienen mujeres indígenas del municipio de Puerto Cabezas sobre el VIH y el SIDA, con el fin de determinar el sistema de representaciones que se configuran socialmente, y que agrava la situación de las mujeres indígenas con VIH y Sida en esta parte del territorio nacional.

En este contexto, el punto de vista de ustedes es de gran relevancia para realizar un análisis integral de la problemática. Por ello, se les invita a responder la siguiente entrevista de carácter personal y anónima, que es guiada por preguntas cerradas y abiertas que usted podrá responder en completa libertad teniendo en cuenta que su honestidad es de suma importancia para la calidad de los resultados.

Dado que esta es una entrevista en el contexto de una investigación con fines estrictamente académico, ésta no presenta riesgos personales para usted.

Se mantendrá una total CONFIDENCIALIDAD con respecto a cualquier información obtenida en esta entrevista, garantizando la omisión de su nombre y antecedentes relevantes que puedan identificarle. La entrevista se realiza mediante una guía de preguntas que van a orientar nuestra conversación. Usted debe saber que NO está obligado/a de ninguna manera a participar en esta actividad y puede retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia por ello.

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta actividad, así como consultas o preocupación respecto a sus derechos como participante, puede contactar a la Dra. Marcia Ibarra Sub Directora del CIES y Responsable Académica del Programa de Doctorado, al correo mibarra@cies.edu.ni, al Dr. Abraham Salinas, Director del Doctorado en Ciencias de la Salud II Cohorte, al correo asalinas@cies.edu.ni, a la Tutora de esta Tesis, María Sol Pastorino PhD, al correo mpastorino@cies.edu.ni, al Dr. Jairo Vanegas, Docente del Doctorado II Cohorte, al correo: jvanegas07@gmail.com, al Dr. Sergio Gutiérrez, al correo: sgutierrez@cies.edu.ni.

Al aceptar participar en este estudio usted autoriza el uso de esta información con fines estrictamente de investigación y académicos en el contexto de la Tesis Doctoral en Representaciones Sociales del VIH en Mujeres Indígenas.

He tenido la oportunidad de leer esta Declaración de Consentimiento Informado, y acepto participar.

Nombre y Firma de el/la Participante. Fecha
Nombre y Firma del Representante de la investigación. Fecha
Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora.

Anexo 4:
Consentimiento en Miskito



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



CARTA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO TRADUCIDA AL MISKITO

Man ra mai paiwan sa VIH – SIDA dukiara makabi wali aisikaikanka kum briaia dukiara. Naha aisikaikanka ka na, skul tara kum tanta mankaia wark dauki kum ra yus munan kaisa, baha wark ka ba, Greta Paiz Malespín ta brih dauki aula sa, witin ka ba, *doctorado en ciencias de la salud* skul ka dimi sa, baku sin URACCAN skul ka watla tara wal ai maisa wilki tawuan bila ra upla nani tila ra diaria nani taki ba tanka pliki, stadi muni uplika pain kum sa. Naha warka tanka pliki stadi munan ka ra, pura kaiki aula ba, Dra. María Sol Pastorino (PhD) sa. witin ba, skul watla tara wal kum CIES wiba ra skul yabi, upla wala nani ra smalki, baku sin diara nani tanka pliki stadi mamun ra mairin ka kum sa

Naha wauhkataya wal pliki sa man luki kaiki laki kaikma sip kama sapa naha wark ka dauki na wal, lukankam kahbi, aisi kaikaia wilin takma sapa

Naha aisikaikanka wal pliki sa, indian mairka nani Bilwi baiki sakanka sirpi bila ra bahngwi nani ba, nahki pit kat VIH - SIDA dahra ai tanka brisa sapa, kakaira sa, an dia lukanka nani brisa sapa pliki laki kaikisa. Baku tnatka ra lika laki kaikaia sip kabia, wan kuntri ka bila ra. naha warkka dauki uplika aikuki, naha tasbaika piska tanira takaski mair ka nani VIH – SIDA wal iwi bahngwi ba rayaka ka ba kau sauhkaia apia yabalka nani pliki yus munaia

Baku bamna, man nani dia luki bahngwisma ba yang nani maipara kulkanka tara pali brisa, kan baku lika sip bahngwi kamna man nani kaikankam wqal laki kai kau oain wan tanka brih waia naha trabilka na dukiara. Baha mihta, kupiam krawki sa, naha makabi wali aisanka na kupiam param wal aisi banhgma, ninam nani ba skaras kaisa, man nani kumi bani yakan lukan kam ba bapi bahnma nit sa, makabanka nani kum kum bara kabia sturi kuhnku lal kat wan wiaia, baku sin makabanka nani wala bara kabia, baha nani lika man dia luki sma ba selp bilam wal aisai ai wiaia, taiban laka apu kira wal, ban sakuna, man nani wina want kamna, kupiam aiska wal ai aisi bahngma, kunin apu kira wal. Baku lika yang nani sip kamna naha satdi muni laki kaiki wark na wal, naha tawuanka yamni ka dukia ra ma yamni kum kaikaia.

Naha makabi wali aisikaikanka wark ka na skul satka kum dahn daukaia dukira dauki sa bamna, man mapara trabil takaia yabalka sat kumi sin apusa, baha mihta sibri kapara.

Naha ra dia aikuki aisabia ba, NAHA KAT TAKAS KAN KABIA. Naha sturka wal dia sut daukbia nani ra, ninam nani ba baku sin man dahmra sturka nani wala bara takbia sa kaka sin sakras kabia. Naha makabi wali aisanka daukaia dukiara, yang nani makabanka nani ulbi ridi brih yus muni kamna. Ani pyua ra, man nani mihta naha aisanka wal kau wan taura impakaia apia lukmsa sa kaka, sip sma wan maisa paki naha aisanka na alki takaskaia, an baha daukuma wal, man mampara trabil satka kum sin takbia apia.

Ban kra, naha wark ka dauki na dukiara makabanka nani ban kra brisma kaka, sip sma naha uplika nani ra ulbi walaia: Dra. Marcia Ibarra, CIES ta bri uplika kum sa baku sin, naha sat skul ka warka nani asla dauki laki kaikaia warka sin witin mihta ra sa; witin ra ulbaia sip kama naha correo electrónico ka ra: mibarra@cies.edu.ni; Dr. Abraham Salinas, witin ba Doctorado Ciencias de la Salud II Cohorte ta bri sa CIES bila ra, witin correo electrónico ka ba asalinas@cies.edu.ni sa; baku sin naha makabi aisikaikanka warka dauki na pura kaiki aula uplika ba Maria Sol Pastorino PhD ra sin ulbaia sip sma naha correo electrónico ka ra: mpastorino@cies.edu.ni, Dr. Jairo Vanegar, Doctorado II Cohorte smasmalkrika waitna kumi k asa, jvanegas07@gmail.com, smasmalkra witna PhD Sergio Gutiérrez, sgutierrez@cies.edu.ni.

Naha warka daukaia ra au takisma pyuara yang nani wal au taki sma naha wal dia laki kaikanka sturka nani takbia ba yang nani warki *Tesis Doctoral en Representaciones Sociales del VIH en mujeres indígenas* ulbi sakaia ra yus munaia, baku sin skul smlakanka nani ra yus munaia, ninam sakras kira tnatka ra.

Naha wauhkataya na yang aisi kaikaia sip kapri bara bapan ka nani mankan ba sut tanka briri sa, baha mihta yan au taki sna naha makabi wali aisi kaikaia warka na ra yang lukanki nani aisi bapaia.

¡Tinki Pali!

Anexo 5:
Guía de Entrevista de Profundidad



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua



Guía de Entrevista de Profundidad
Identificar las Representaciones y los imaginarios en VIH y SIDA que a nivel
social se naturalizan desde actos que estigmatizan, discriminan y estereotipan

Historias de Vida de Mujeres con VIH

Edad

Casada, soltera o con pareja.

Comunidad de procedencia

¿Que edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?. ¿Ambos se protegieron?

¿Sabías que con tu primera relación sexual sin protección podías quedar embarazada o haber contraído una infección de transmisión sexual?

¿A qué edad te infectaron?

¿Quién te infectó?

¿Qué edad tenía la persona que te infectó? ¿Era tu novio, pareja, esposo, amigo o un desconocido?

¿Sabías que te podían infectar de VIH por no usar un condón? ¿Qué te habían dicho y qué sabías del VIH y el Sida?

¿Por qué no exigiste a tu pareja usar un condón? ¿Crees que pudiste haber exigido el uso del condón?

¿Cuáles fueron los síntomas o malestares que te llevaron a buscar ayuda? ¿A dónde fuistes? ¿Al Centro de Salud de tu Comunidad? ¿Al Policlínico de Puerto Cabezas? ¿A Tesis? ¿A la Comisión de Lucha Contra el Sida del Centro Clínico Bilwi? ¿Al médico tradicional? ¿A la curandera/o?

¿En qué momento decidistes pedir una prueba de VIH?

¿Qué pasó cuando la prueba confirmó que estabas infectada con el VIH?. ¿Qué pasó por tu mente en ese momento? ¿Cuáles fueron tus reacciones?.

¿A quien le contaste por lo que estabas pasando?. ¿A tu mamá? ¿A tu papá? ¿A tus hermanos? ¿Al pastor de la comunidad? ¿Qué dijo tu familia? ¿Qué dijo la comunidad?. ¿A tu pareja? ¿A tus hijos?

¿Qué ha pasado desde el día que te dijeron que tenías VIH? ¿Cómo es tu vida? ¿Qué pasó con tu pareja, seguís con él o se separaron? ¿Si supistes que fue tu pareja la que te infectó por qué seguistes con él? ¿Cómo te trata tu pareja? ¿Te ha llegado a golpear o no? ¿Qué dice tu familia? ¿Quiénes saben que tenés VIH?

¿Cómo se comporta la comunidad? ¿Qué dice el Pastor de la comunidad sobre el VIH? ¿Te sentís apoyada? ¿te sentís discriminada, excluida o violentada? Si llegaste a ser discriminada, ¿dónde sufriste más la discriminación, en el hogar, el trabajo, en la iglesia, en la comunidad? ¿Cómo se expresó para vos la discriminación?

¿Qué pasa con las mujeres miskitas que tienen VIH? ¿Se quedan en la comunidad o prefieren salir de ella? ¿En el caso de decidir abandonar sus comunidades, qué razones las llevan a tomar esa decisión? ¿Conoces a otras mujeres que se vieron obligadas a buscar otros horizontes, lejos de todo mundo?

Una vez confirmado que tienen VIH, ¿a dónde se atienden y cómo acceden a los antirretrovirales?, ¿cómo son recibidas? ¿En qué consiste el tratamiento y el seguimiento? ¿Cómo hacen para continuar con sus vidas?. ¿Trabajan o no? Si trabajan, ¿saben en tu trabajo que tenés VIH? ¿Cómo te tratan en el trabajo? ¿Sentís diferencias en el trato con tu persona?

¿Te has preguntado porque tenés VIH?

¡Muchas Gracias!



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua**



MAKABI WALI AISIKAIKI TA BRIH WAIA WAUHKATAYA

Mani an brisma
Marit, mayas, waitna kum wal iwisma/takaski sma
Tawuan kam nina

Mani an bri kapram taim pas trip waitna kum wal yapram? Kainam suni bahngam?

Man nu kapram ki pas trip waitna kum wal prawram taim kwuihra tiwaia sip kapram ba, baku sin waitna wal prawan siknis ka kum mai luaia sip kan ba?

Mani an bri kapram taim sikni yula ba man ra mai luan?

Ya mihta sikinis yula baman ra mai lukan?

Baha uplika ba mani an bri kan? Man wal kut sipi kapram, man wal takaski kan, mayam kan, pamni ka kum kana pia kaka kakaira apia uplika kum kan?

Man nu kapram ki condon kum yus munras taka mihta siknis yula ba mai luaia sip kan ba? Dia pali ba man ra VIH an SIDA dukiara mai aisan kan, apia kaka man dia pat nu kapram baha dukia ra?

Dia mihta baha waitni kara condon yus munaia makabras kapram? Condon yus munaia taibi munaia sip kapram luki sma?

Dia siknis ka sainka nani man ra takan wina aitani lukram help kam plikaia? Ani ra waram help kam plikaia dukiara? Tawuan kam puesto ka? Bilwi policlinico ka ra? TESIS ra? Bilwi bila ra apis kum Comisión de lucha contra el SIDA wi ba ra waram? Sukia kum ra? Apia kaka curandero/a kum ra waram?

Ahkia taim VIH examen ka kum daukaia makabram?

Dia takan baha examen kara man VIH brisma ba nu takram ninkara? Sinskam ra dia lukram baha minit k ara? Dia pali daukram baha pyuara?

Ya uplika ra wiram baha sikniska bris ma ba? Mamikamra? Papikam ra? Lamkra ra? Tawuan kam sasmalkrika ra? Famalikam uplika nani dia aisin? Tawuan kam uplika nani dia aisin? Mayam ra? Luhpian nani ra?

Dia nani takan sa raya kamra baha pyua VIH bri sma un takram ba wina? Rayakam ba nahki sa? Mayam wal dia takram, witin wal ban sma apia kaka dakui taki bahngam? Mayam mihta siknis yula manra mai lakan ba nu takram kaka dia mihta wal ban bri sma o bri kapram? Mayam ba nahki man wal iwisa, pain mai brisa? Mai pruki latwan maiki sa apia kaka mai prukras? Famalikam diam ai wisa? Ya uplika wala nani nu sa man VIH yula bri sma ba?

Tawuankam uplika nani ba nahki man wal ai daukanka nani yabisa? Tawuankam sasmalkrika ba dia luki sa VIH dukiara? Upla tam baiki sa damra wali sma? Apia kaka upla nani mihta rau mai sauhki tnayara mai laki sa, saura damra wali sma? Ban kra tnayara mai lakan baku damra wali sma kaka ani pliska nani ra kau saura mai munan damra wali luki sma: wamtla ra, wark kam plis kara, priaskam watla ra, tawuankam bila ra? Man mampara nahki takan baha rausauhkanka ba?

VIH wal iwi mairka nani ba dia taki sa? Ai tawuan ka ra takaski bahnwisa api asa kaka ai tawuanka wina laihwra wisa? Ai tawuanka wina mahka auya kaka dia pali mihta munan mahka wisa? Man mairin wala nani kakaira bri sma ki nahmuna rayaka sat ka wal taibi munan baku ai dara wali ai uplika lama wina laihwra taki wan?

VIH brisa nu takuia pyua ba wina, ani pliska nani ra kainam suni kulkaia yula kahbanka nani brisa? Nahki tnatkara antiretroviral nani ba brisa? Nahki ai mihta ra brisa? Dia sat saika nani bara yula kahbanka nani daukisa? Nahki dauki sma rayakam wal kainamra impakaia dukia ra? Wark taki sma apia kaka wark takras? Wark taki sma kaka, wark takisma pliska uplika nani ba nu sa ki VIH yula bri sma ba? Wark kam uplika nani ba nahki s aman wal? Man damra wali sma baha uplika nani ba man wal ai daukanka sat wala brisa sapa?

Bankra man mamkabi walram sa ki dia mihta VIH yula bris ma sapa

¡Tinki manas!

Anexo 7:
Guía de Entrevista con Actores Claves



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua



Guía de Entrevista con actores en Bilwi

Preguntas generadoras:

¿Cuáles son los significados asociados al VIH en Bilwi (Puerto Cabezas)?

Desde tu propia perspectiva, ¿qué piensan y hacen las personas ante el VIH y el Sida?

¿Logras identificar estrategias para prevenir o de cuidado del VIH? ¿Cuáles deberían ser estas estrategias?

Se habla de estigma y discriminación, ¿qué hacer para reducirlos? ¿Cómo romper con las barreras del prejuicio?

¿Logras identificar creencias (viejas y nuevas), y desafíos respecto al VIH? Ultima pregunta.

¿Conocés a personas con VIH o Sida en tu comunidad?

Normalmente, ¿cuál es el comportamiento de la gente al saber/conocer que alguien tiene VIH?

¿Qué significa hoy, el VIH en la región? ¿Cuál es el discurso que se configura respecto a la epidemia?

¿Cómo describir el contexto del VIH y el Sida en el territorio, en comparación a hace una, dos o tres década, por ejemplo?

Anexo 8:
Guía para la discusión de grupos con Médicos Tradicionales



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



Guía para conducir el grupo de discusión con integrantes de la Asociación Multiétnica de Médicos Tradicionales con Conocimientos Ancestrales de la Costa Caribe de Nicaragua.

Preguntas:

¿En qué etapa de la enfermedad las personas con VIH recurren a los médicos tradicionales?

¿Recurren a la medicina tradicional porque no encuentran explicación a lo que están padeciendo? ¿Cuál es el relato con el que se presentan ante el/la médico tradicional?

¿Cuándo se sospecha que la persona que llegó a la consulta, tiene VIH?

Cuando se sospecha que el tema tratado es VIH, ¿existe un proceso de consejería en la medicina tradicional?

¿En qué momento del proceso, el médico tradicional, confirma que la persona que lo llegó a consultar, tiene VIH?

Cuando el médico tradicional supone que esta persona tiene VIH, ¿qué sigue a esa primera conversación?

¿Se practica la referencia al sistema de salud? ¿Cómo se sabe que esa persona se presentó ante el Centro de Salud, Hospital o al Centro Clínico Bilwi? ¿Hay manera de saber eso?

¿Cuándo interviene el médico tradicional, en caso de confirmado el VIH?

¿En qué consiste un tratamiento efectivo para hacerle frente al VIH?

¿Existe seguimiento desde la medicina tradicional, o no existe?

Anexo 9:

Guía para la discusión con integrantes de la Asociación Vida Futura



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua



Guía para la discusión con integrantes de la
Asociación Vida Futura

¿Cuál es la situación actual de las personas con VIH en el territorio?

¿Cómo acceden a sus tratamientos antirretrovirales? ¿A dónde son atendidos?

¿Quién les da seguimiento?

¿Cómo se vive con VIH en la familia y la comunidad?

¿Qué saben de la discriminación? ¿cómo lo enfrentan?

¿Cómo es vivir en el contexto de una familia y una sociedad teniendo VIH?

Qué recuerdan de las estrategias de trabajo en la región para enfrentar el VIH.
Principales avances en el período. Dificultades y desafíos.

Propuestas.

Anexo 10:
Figuras, Cuadros y Tablas contenidas en el Informe:



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua



Figuras, Cuadros y Tablas contenidas en el informe

Descripción	Nombre	Página
Figura 1	Organigrama Institucional de la Salud Intercultural en la RACCN, para la Respuesta Regional al VIH/SIDA.	14
Figura 2	Mapa de Pobreza de Puerto Cabezas.	35
Figura 3	Circuito de la Cultura.	49
Figura 4	Modelo de búsqueda o de rechazo de la ayuda.	61
Figura 5	Concepciones y prácticas culturales respecto al VIH y al SIDA	82
Figura 6	Atributos asignados a estigmatizadores y estigmatizados	124
Cuadro 1	Esferas de pertenencia de las Representaciones Sociales	46
Cuadro 2	Formas, manifestaciones y escenarios de la violencia contra mujeres.	58
Cuadro 3	Producción asociada a la respuesta del VIH, en la región	98
Tabla 1	Observando desde lo inadvertido e invisibilizado	76
Tabla 2	Resumen de técnicas y composición de la muestra de participantes	77
Tabla 3	Criterios éticos	79
Tabla 4	Rigor de calidad	80
Tabla 5	El Mito de Liwa y el VIH.	88

Fuente: elaboración propia, 2021.

Anexo 11:
Carta dirigida al MINSA Bilwi (Primer año del estudio)

Puerto Cabezas, 15 de Agosto del 2018.

Dr. Rolando Sevilla
Dirección Asuntos Médicos – SILAIS
Sus Manos.-

Estimado Dr. Sevilla:

Mi nombre es Gretta Paiz Malespín, estudiante del Doctorado en Ciencias de la Salud del CIES-UNAN Managua (Cohorte 2017), y me encuentro en la fase de formulación y articulación de mi estudio doctoral dedicado a indagar en los procesos de representación e imaginarios sociales que tienen mujeres miskitas con VIH en Puerto Cabezas. En rigor ético y científico reivindica las Historias de Vida.

Son objetivos preliminares del estudio, indagar en la percepción que pacientes mujeres infectadas tiene respecto al propio VIH y Sida; indagar en la pertinencia de la medicina tradicional y ancestral en el tratamiento de la infección; analizar aspectos relacionados a tratamiento y acceso a terapias antirretrovirales, estrategias interculturales en la configuradas en la respuesta.

En este contexto, la importancia de presentarme ante el SILAIS de la Región, es para coordinar y solicitar todo el apoyo necesario para acceder a pacientes mujeres con VIH atendidas por el Ministerio de Salud desde el programa articulado por el Policlínico en Bilwi y así invitarlas a participar en el estudio, asegurando el respeto a su privacidad, sus derechos humanos y la confidencialidad de todo el proceso.

Particularmente, el interés es también poder acceder a información oficial y actualizada en materia de VIH y Sida.

Agradeciendo de antemano la posibilidad de avanzar con este proyecto, reafirmo mi compromiso personal, profesional y militante, en trabajar y hacer de este estudio, una contribución a la respuesta del VIH y el Sida en la región.

Sin más al respecto me suscribo presentando ante usted mis muestras de consideración y estima.


Gretta Paiz Malespín
Estudiante Doctoral

Managua, 5 de Noviembre del 2019.

Dr. Lázaro Téllez
Director SILAIS – Puerto Cabezas
Su Despacho

Estimado Dr. Téllez:

Soy Gretta Paiz Malespín, funcionaria de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y, Doctorante en Ciencias de la Salud del CIES-UNAN Managua (Cohorte 2017), dedicada a la fase última del trabajo de campo y realización de entrevistas con actores claves en Bilwi, en el contexto de mi estudio doctoral que discute el tema del VIH en Puerto Cabezas, particularmente en cómo éste, afecta a mujeres miskitus.

La investigación, que es guiada con rigurosidad por las normas y leyes nacionales en materia de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y el Sida (Ley 820), persigue “reconstruir” la realidad tal y como la observan las y los actores del estudio, registrando con singularidad, las propias vivencias contadas por mujeres miskitus con VIH en Puerto Cabezas. El estudio preserva principios de autonomía, privacidad, consentimiento informado y, confidencialidad de las entrevistas y las/los entrevistados.

Explicado lo anterior, resulta sumamente relevante incorporar al estudio (en fase última) las voces y perspectivas institucionales del Ministerio de Salud en el Territorio, razón por la que recurro ante su autoridad para que se valore mi solicitud de conversar con distintos actores del SILAIS y Policlínico sobre acceso, fortalezas, dificultades y desafíos en materia de respuesta del VIH en la región, particularmente, en el municipio de Puerto Cabezas, sede del estudio. La solicitud de estas entrevista se enmarca en la última gira de campo a Bilwi, programado del 11 al 17 de Noviembre del 2019.

Agradeciendo de antemano la posibilidad de integrar la mirada institucional del SILAIS/MINSA a una investigación que solamente busca contribuir a la respuesta del VIH y el Sida en la región y el país, desde una perspectiva intercultural de género, me suscribo esperando sus comentarios, momento que aprovecho para hacerle llegar mis muestras de respeto, consideración y estima.



Gretta Paiz Malespín
Doctorante CIES/UNAN Managua

Managua, 6 de noviembre del 2019.

Lic. Verónica Watson Warman
Presidenta Asociación Vida Futura Región Autónoma Costa Caribe Norte
Sus Manos.-

Querida Compañera Watson:

Soy Gretta Paiz Malespín, funcionaria de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y, Doctorante en Ciencias de la Salud del CIES-UNAN Managua (Cohorte 2017), dedicada a la fase última del trabajo de campo y realización de entrevistas con actores claves en Bilwi, en el contexto de mi estudio doctoral que discute el tema del VIH en Puerto Cabezas, particularmente en cómo éste, afecta a mujeres miskitus.

La investigación, que es guiada con rigurosidad por las normas y leyes nacionales en materia de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y el Sida (Ley 820), persigue “reconstruir” la realidad tal y como la observan las y los actores del estudio, registrando con singularidad, las propias vivencias contadas por mujeres miskits con VIH en Puerto Cabezas. El estudio preserva principios de autonomía, privacidad, consentimiento informado y, confidencialidad de las entrevistas y las/los entrevistados.

Explicado lo anterior, resulta sumamente relevante incorporar al estudio (en fase última) las voces y perspectivas de integrantes de la “Asociación Vida Futura Región Autónoma Costa Caribe Norte”, razón por la que recurro ante tu persona para que se valore mi solicitud de dialogar con un grupo conformado de 8 a 10 personas, sobre acceso a tratamiento antirretroviral, dificultades y desafíos hoy. Esta solicitud se enmarca en la última gira de campo a Bilwi, programado del 11 al 17 de noviembre del 2019.

Agradeciendo de antemano la posibilidad de integrar la mirada de la Asociación Vidas Futuras al estudio, quedo atenta a los comentarios y la manera en que nos vamos a organizar para asegurar el diálogo.



Gretta Paiz Malespín
Doctorante CIES/UNAN Managua

Anexo 14:
Carta dirigida a la Asociación de Médicos Tradicionales

Managua, 6 de Noviembre del 2019.

Sr. Pablo McDavis
Presidente Asociación Multiétnica de Médicos Tradicionales con
Conocimientos Ancestrales de la Costa Caribe de Nicaragua.
Sus Manos.-

Apreciable Pablo:

Soy Gretta Paiz Malespín, funcionaria de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y, Doctorante en Ciencias de la Salud del CIES-UNAN Managua (Cohorte 2017), dedicada a la fase última del trabajo de campo y realización de entrevistas con actores claves en Bilwi, en el contexto de mi estudio doctoral que discute el tema del VIH en Puerto Cabezas, particularmente en cómo éste, afecta a mujeres miskitus.

La investigación, que es guiada con rigurosidad por las normas y leyes nacionales en materia de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y el Sida (Ley 820), persigue “reconstruir” la realidad tal y como la observan las y los actores del estudio, registrando con singularidad, las propias vivencias contadas por mujeres miskitus con VIH en Puerto Cabezas. El estudio preserva principios de autonomía, privacidad, consentimiento informado y, confidencialidad de las entrevistas y las/los entrevistados.

Explicado lo anterior, resulta sumamente relevante incorporar al estudio (en fase última) las voces y perspectivas de Médicos Tradicionales en el Territorio que estén tratando el VIH. De allí, la solicitud de reunirnos el día martes 12 de Noviembre en el Centro de Innovaciones “Siilma”, en Bilwi, de 2 a 5 de la tarde, para dialogar en aspectos que lleven a identificar prácticas importantes implementadas desde la Medicina Tradicional en la respuesta del VIH, en contextos de Pueblos Indígenas.

Agradeciendo de antemano este espacio de diálogo con Médicos Tradicionales en Puerto Cabezas en el que me acompaña mi colega Teresa Moreno, me suscribo. Atentamente.



Gretta Paiz Malespín
Doctorante CIES/UNAN Managua

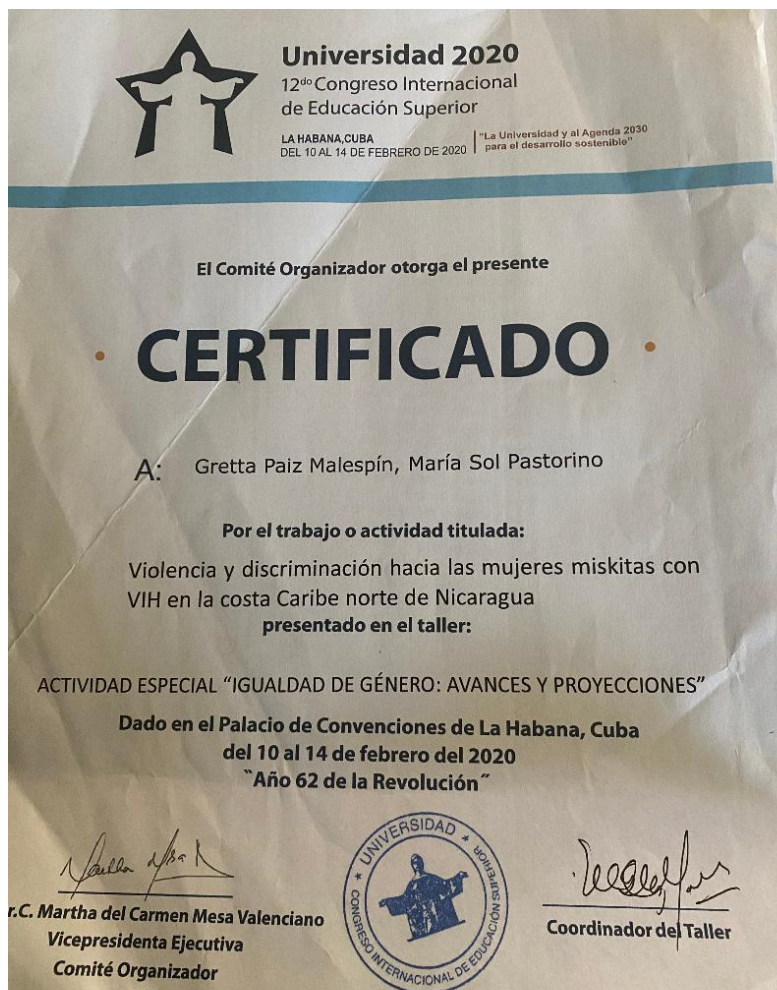
Anexo 15:

Certificado del curso que me entregó herramientas y competencias en la protección de los derechos humanos y la integridad de Mujeres Indígenas en el proceso de la investigación.



Anexo 16:

Certificado de Participación como Panelista en el "12do Congreso Internacional de Educación Superior: La Universidad y la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible", realizado en La Habana Cuba, del 10 al 14 de Febrero del 2020.



Anexo 17:

Certificado de Participación en el “V Encuentro Bienal de Investigación y Posgrado. Centroamérica y El Caribe, Honduras 2021”, con la ponencia “Representaciones Sociales sobre VIH/SIDA en mujeres indígenas miskitas en Puerto Cabezas, Costa Caribe Norte de Nicaragua”, realizado en la modalidad a distancia el 25 de Noviembre del 2021.

