



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA

ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



Diálogos participativos 2011



**MUJERES Y VULNERABILIDADES
ANTE EL VIH/SIDA
EN LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA**



Diálogos participativos 2011



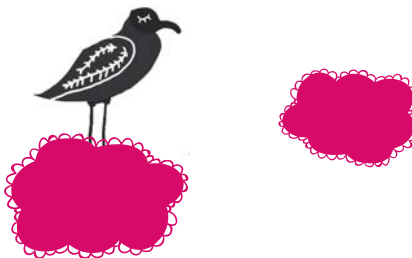
MUJERES Y VULNERABILIDADES ANTE EL VIH/SIDA EN LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA

· CAROLINA MAILLARD MANCILLA · GLORIA OCHOA SOTOMAYOR ·
· XIMENA SOLAR ARRANZ · KAPRIS TABILO VEAS ·

Santiago de Chile, mayo 2012



Germina.
Conocimiento para la Acción
Santiago de Chile, Abril 2012



Mujeres y vulnerabilidades ante el VIH, el SIDA y las ITS en la Región de Arica y Parinacota *Diálogos participativos 2011*

ISBN impreso: 978-956-7569-37-6

ISBN digital: 978-956-7469-38-3

Registro de propiedad intelectual: 217.520

Equipo de Investigación

Carolina Maillard Mancilla

Gloria Ochoa Sotomayor

Ximena Solar Arranz

Kapris Tabilo Veas

Diseño, ilustraciones y diagramación

AJÍCOLOR

Revisión del texto

Victoria Valenzuela, UNESCO.

Stefano Feliciani, ACNUR.

Mariela Cortés, UNFPA.

Carola Lew, UNODC.

Este estudio contó con el apoyo técnico y financiero del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, ONUSIDA. Fue parte del Proyecto denominado Conociendo la Epidemia del VIH/Sida y la respuesta regional en Arica y Parinacota: producción, análisis y acción en base a información estratégica relacionada con las vulnerabilidades frente al VIH de las mujeres en la XV región, desarrollado por UNESCO, UNFPA, ACNUR y UNODC en coordinación con el Servicio Nacional de la Mujer de Arica y Parinacota y las organizaciones de la sociedad civil que son parte de la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual en Arica y Parinacota

Las ideas y las opiniones expresadas en este documento son de responsabilidad de las autoras y no reflejan necesariamente el punto de vista de ONUSIDA.

Los términos empleados en esta publicación y la presentación de los datos que en ella aparecen no implican, de la parte de ONUSIDA, toma alguna de posición en cuanto al estatuto jurídico de los países, territorios, ciudades o regiones, ni respecto de sus autoridades, sus fronteras o límites.



7. Presentación

11. Introducción

17. ¿Qué dicen las mujeres de Arica respecto a las vulnerabilidades ante el VIH/SIDA?

19. Representaciones de género: roles, deber ser y mandatos de género

26. Acceso a servicios de salud e información

35. Vida afectiva y sexual

53. Elementos conceptuales para el análisis de las experiencias y percepciones de las mujeres

54. Sexualidad y relacionamientos de género

55. Dimensión psicológica e intersubjetiva de la sexualidad

57. Tránsitos, trayectorias y contextos de la vida sexual

61. Superando a los “sujetos”: dinamismos sexuales de la región

61. El acceso a servicios de salud para las mujeres en Arica

63. Algunas recomendaciones para prevenir el VIH, el SIDA y las ITS en mujeres que viven o transitan por la región de Arica y Parinacota

65. El capital social, político y cultural de las mujeres de Arica como un recurso para la prevención

66. Elaboración de material educativo y campañas de información

66. Fortalecimiento de las competencias de funcionarios y funcionarias del sector público y articulación intersectorial

67. Generación de conocimiento

69. Anexo. Metodología de trabajo



Presentación





Han transcurrido tres décadas desde los primeros casos de VIH y SIDA en el mundo. Los avances en el ámbito de acceso a tratamientos antiretrovirales han sido indudables. Según los datos del informe sobre la situación de la epidemia de SIDA 2009¹, el número de nuevas infecciones por el VIH se ha reducido un 17% en los últimos ocho años. Desde 2001, el número de nuevos casos de VIH en África subsahariana es aproximadamente un 15% inferior, lo que equivale a unas 400.000 infecciones menos en 2008. En Asia oriental los nuevos casos de VIH se redujeron en torno a un 25% y en la región de Asia meridional y Asia oriental, en cerca de un 10% en el mismo periodo. En Europa oriental, tras un aumento dramático del número de nuevas infecciones de VIH entre usuarios de

drogas inyectables, la epidemia se ha estabilizado. Sin embargo, en algunos países hay signos de incremento en el número de nuevos casos.

América Latina se caracteriza por una epidemia de bajo nivel y concentrada. El número de hombres que viven con VIH en América Latina es más elevado que el número de mujeres debido, en gran parte, a la importancia que reviste la transmisión sexual entre hombres en la epidemia de la región. No obstante, la carga del VIH pareciera aumentar entre las mujeres, las poblaciones indígenas y otros grupos vulnerables². En este sentido, si bien la epidemia ha estado concentrada en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), es necesario considerar que muchos de estos hombres

1. OMS - ONUSIDA (2009) Situación de la epidemia de SIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/restore/2009/epidemic_update_es.pdf

2. Bastos et. Al. (2008) En Op. Cit.

tienen también relaciones sexuales con mujeres. Esta situación puede estar relacionada con altos niveles de estigma y discriminación hacia la homosexualidad, lo que llevaría a algunos “hombres a tener una ‘doble vida’”. También podría estar dando cuenta de prácticas bisexuales que son más frecuentes de lo que se ha logrado documentar, aceptar e incluir en el debate en torno a las políticas públicas en materia de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y de salud sexual y reproductiva.

Un aspecto que ha permanecido ausente en políticas de prevención a nivel global, regional y nacional, es la vinculación entre violencia contra la mujer y vulnerabilidades ante el VIH, las que se relacionan de manera sinérgica, potenciándose mutuamente. Es decir, las mujeres que sufren violencia están más expuestas a la adquisición del VIH y, al mismo tiempo, las mujeres que viven con VIH aumentan las probabilidades de sufrir violencia una vez conocida su situación serológica.

La epidemia del VIH está relacionada también con la discriminación y la desigualdad de género. La población indígena y afrodescendiente es también discriminada en relación al acceso a oportunidades y al ejercicio de derechos, lo que se ve reflejado en las brechas que muestran sus indicadores de desarrollo humano en muchos países del mundo, incluyendo Chile³. Con ello, las vulnerabilidades sociales que viven estas poblaciones se ven acrecentadas.

En Chile, la situación epidemiológica es similar a la de muchos países de América Latina. La Región de Arica y Parinacota ha mostrado de forma sostenida las tasas acumuladas más altas a nivel nacional, tanto de VIH como de SIDA. La tasa de mortalidad a causa del SIDA

es también la más alta del país. Las mujeres afectadas en la región constituyen, proporcionalmente, casi el doble de las afectadas a nivel nacional.

Ante esta situación, el Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA⁴ ha estado contribuyendo al fortalecimiento de la respuesta a la epidemia en Arica y Parinacota desde el año 2008, en un proceso de cooperación técnica liderado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El desafío principal ha sido promover la incorporación de nuevos actores y sectores a la respuesta regional a la epidemia, aspecto que ha sido central en la Política Regional de VIH/SIDA que la Mesa Intersectorial de Prevención del VIH, liderada por la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud, diseñó durante 2011 con apoyo técnico de Naciones Unidas.

Arica y Parinacota⁵ limita al norte con Perú y Bolivia. Está dividida administrativamente en dos Provincias y cuatro Comunas. La población estimada al año 2009 es de 186.147 habitantes. Es la única región de Chile donde se proyecta una disminución del número de habitantes en los próximos años. Un 18,6% de los habitantes vive en situación de pobreza, siendo mayores los índices en mujeres (brecha 1,5 por sobre los hombres). El 36% de los hogares de Arica y el 33% de Camarones, tienen como Jefa de Hogar a una mujer. El 22% de la población regional declara pertenecer a un grupo indígena. De esta cifra, el 90% corresponde al pueblo aymara. La brecha socioeconómica relacionada con el componente indígena se ha mantenido a lo largo de los años.

Al mismo tiempo, las tasas de denuncia debido a situaciones de violencia intrafamiliar y violaciones sufridas por mujeres en Arica y Parinacota han aumentado

3. CEPAL - UNFPA (2010) América Latina: Avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004 – 2009. http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/38948/LC_W.311.pdf

4. Conformado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS); la Organización Internacional del Trabajo (OIT); la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA); el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); el Programa Mundial de Alimentos (PMA); la Oficina de Naciones Unidas para la población refugiada (ACNUR); la Oficina de Naciones Unidas sobre la droga y el delito (UNODC) y el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA).

5. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud (2011) Diagnóstico de salud según enfoque de Determinantes Sociales. Región de Arica y Parinacota. Disponible en: http://www.equidad.cl/biblioteca/fichas_regionales/arica.pdf

sostenidamente⁶. Esto motivó el desarrollo de una iniciativa focalizada en la situación que viven las mujeres frente al VIH, el SIDA y las ITS en Arica y Parinacota.

El estudio que aquí se presenta fue parte del proyecto Conociendo la Epidemia del VIH/SIDA y la respuesta regional en Arica y Parinacota: producción, análisis y acción en base a información estratégica relacionada con las vulnerabilidades frente al VIH de las mujeres en la XV región, desarrollado por el Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en coordinación con el Servicio Nacional de la Mujer de Arica y Parinacota y organizaciones de mujeres presentes en la región que son parte de la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual (Casa de Encuentro de la Mujer – CEDEMU; Todos Juntos por la Vida; Coordinadora de la Mujer Indígena Rural y Urbana; Mujeres Afrodescendientes).

Los organismos de Naciones Unidas en Chile asociados en este proyecto fueron UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación); ACNUR (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados); UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y UNODC (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito). La iniciativa se implementó con el apoyo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y ONUSIDA.

El trabajo realizado tuvo como objetivos sensibilizar a la opinión pública regional acerca de la vinculación entre violencia contra la mujer y vulnerabilidades ante el VIH; levantar información acerca de las vulnerabilidades ante el VIH en mujeres de Arica y Parinacota y abrir espacios de reflexión y debate sobre el tema. Esto, con el fin de contribuir al diseño de estrategias focalizadas con pertinencia cultural y de género, considerando los distintos contextos de vulnerabilidad que pueden enfrentar las mujeres que viven o transitan a través de la región.

6. Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual (2009) Violencia hacia las mujeres. Región de Arica y Parinacota. Disponible en: http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/files/diagnostico_region_arica_parinacota.pdf

Una de las líneas de acción del proyecto fue la elaboración de un diagnóstico participativo sobre las vulnerabilidades que ante el VIH, el SIDA y ITS que enfrentan las mujeres de Arica y Parinacota. Para ello se propuso la metodología de Diálogos Participativos como espacios propicios para la emergencia de diversos discursos de una amplia gama de actores respecto al tema.

Los resultados obtenidos entregan nuevas luces acerca de la dinámica de la epidemia en la región desde la perspectiva de las mujeres, quienes señalaron una serie de brechas que necesitan ser visibilizadas. En este sentido, se espera que este estudio contribuya a profundizar el enfoque de género y derechos que se necesita para un abordaje integral del VIH, considerando el contexto sociocultural de Arica y Parinacota. Esto permitirá avanzar en la implementación del Plan de acción conjunta para mejorar la salud de mujeres y niños del secretario general de las Naciones Unidas y el Marco de acción para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA⁷.



Dr. Rubén Mayorga Sagastume
Coordinador de **ONUSIDA** Argentina, Chile,
Paraguay y Uruguay

7. ONUSIDA (2010). Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH: plan operativo para el Marco de acción del ONUSIDA: Abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Ginebra, ONUSIDA. (http://data.unaids.org/pub/Agenda/2010/20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf, consultado el 9 de diciembre de 2010).



Introducción





El siguiente documento presenta los resultados de los diálogos participativos realizados en la ciudad de Arica entre octubre y noviembre del 2011. En éstos participaron cerca de 80 mujeres. Se convocó a mujeres de origen aymara; mujeres afrodescendientes; mujeres privadas de libertad; mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio; mujeres adultas, jóvenes y adultas mayores. El objetivo de los diálogos fue identificar, a partir de la experiencia y

la percepción de las propias mujeres, las vulnerabilidades frente al VIH y al SIDA que viven quienes habitan o transitan por la región.

La Región de Arica y Parinacota es una de las más afectadas por la epidemia del VIH y el SIDA en Chile. Desde el año 1999 ha mantenido tasas de mortalidad sobre el promedio nacional, ocupando el primer lugar a nivel país. A partir del año 1992 se ha registrado un aumento sostenido en el número de personas notificadas de vivir con VIH, superando en todos los quinquenios los casos de hombres respecto a los de mujeres, tanto en SIDA como en VIH. Sin embargo, en los últimos quinquenios la proporción de mujeres ha aumentado, especialmente en VIH en el período 2004 – 2008. Las cifras señalan que el 27,3% de los casos en la región son mujeres, porcentaje superior al del país que alcanza al 16%. Además, en la región, en los cuatro quinquenios, el grupo de edad que registra las tasas de VIH y de SIDA más elevadas es el de 20 a 29 años, a diferencia de la

nacional que corresponde al grupo de 30 a 39 años. Al analizar el grupo de 10 a 19 años se observa un incremento en el último quinquenio de 2,5 veces respecto del quinquenio anterior (1999 – 2003).

Además, la Región de Arica y Parinacota es una de las tres regiones que presenta mayor incidencia de sífilis⁸ a nivel nacional (año 2009), representando las mujeres el 49,9% del total de casos. En el período 2006 – 2008, las mujeres concentran el 65,1% del total de casos de ITS notificados en el país⁹.

Por qué conocer la percepción de las mujeres de Arica y Parinacota

Existen diversos antecedentes que señalan la necesidad de conocer la situación de las mujeres en relación al VIH y al SIDA. También se ha vuelto relevante la necesidad de diseñar e implementar estrategias de prevención desde sus contextos particulares. Así, por ejemplo, se ha identificado que la “situación de subordinación de las mujeres frente a los hombres, agravada por la dependencia económica y la falta de acceso a información correcta y basada en evidencia respecto del VIH y el SIDA, constituyen importantes aspectos que permiten comprender la vulnerabilidad de las mujeres ante la epidemia”¹⁰.

Chile no cuenta con información epidemiológica desagregada que permita dar cuenta de la salud sexual y reproductiva de personas de origen indígena o afrodescendiente. Un estudio realizado por el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Universidad de Chile¹¹, encontró que en los pueblos origina-

rios la sexualidad suele ser un tema silenciado, lo que lleva, a su vez, a la instalación de un silencio en torno al VIH y al SIDA. Con respecto a la población afrodescendiente y la epidemia del VIH, prácticamente no existe información en Chile. De ahí la importancia de abrir conversaciones sobre el tema, incluyendo a ambas poblaciones.

Existen estudios que muestran cómo la violencia contra las mujeres constituye un importante factor de vulnerabilidad ante el VIH, el SIDA y las ITS. En un estudio realizado por EPES y otras instituciones¹² sobre violencia contra las mujeres y VIH/SIDA, se encontró que el 50,2% de las mujeres encuestadas viviendo con VIH habían sufrido violencia en la pareja antes de la notificación. Asimismo, en dichas mujeres, la incidencia de todos los tipos de violencia se duplicaba respecto de las mujeres que no viven con VIH. Se señala también la presencia de violencia institucional en los servicios de salud que no están especialmente destinados a personas viviendo con VIH. El estudio concluye que el ámbito de la sexualidad es el más afectado en la vida de las mujeres después de la notificación de VIH o SIDA.

En los últimos años, en Chile han aumentado las cifras de personas que emigran de otros países a buscar mejor oportunidades. No obstante, sigue siendo uno de los países con tasas más bajas de población migrante en América Latina. En este proceso, se ha observado un aumento sostenido de migrantes provenientes de países como Perú, Bolivia, Colombia y Ecuador, siendo en su mayoría mujeres jefas de hogar que migran solas.

En los últimos años, han solicitado protección internacional a Chile un gran número de personas, principalmente de origen colombiano, de las cuales más del 50% corresponde a mujeres. De los casi 2.000 refugiados y solicitantes de la condición de refugio que existen en Chile, un 20% vive en la zona norte del país. Esta población se ve enfrentada a muchos estigmas asociados a la población migrante de países de América Latina, situación que se agrava en el caso de las mujeres afrodescendientes, quienes suelen ser vin-

8. Infección de transmisión sexual (ITS).

9. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud (2010) Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Disponible en: <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/file,57839,fr..pdf>

10. Urzúa, A. y Zúñiga, P. (2008) Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. Rev. Saúde Pública en PNUD 2011:25

11. Centro interdisciplinario de estudios de género (2006). En los dominios de la salud y la cultura. Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en pueblos originarios, Colección Publicaciones CONASIDA.

12. PES, GESTOS, FEIM, MYSU (2009) VIH/SIDA + Violencia: Dos caras de una misma realidad. Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA. Estudio realizado con apoyo de UNIFEM en PNUD 2011.

culadas al comercio sexual. Esto se traduce en acoso sexual constante y en mayor riesgo de sufrir violencia sexual. Con ello, las vulnerabilidades ante el VIH, el SIDA y las ITS aumentan.

La situación descrita permite comprender los esfuerzos que se han realizado en los últimos años para conocer las dinámicas y los contextos en que se ha desarrollado la epidemia del VIH en Arica y Parinacota. La respuesta regional a la epidemia ha incorporado, la participación y el compromiso de diversos actores del sector público, liderados por la Secretaría Regional Ministerial de Salud. Ha contado también con el aporte fundamental de organizaciones de la sociedad civil y del Sistema de Naciones Unidas en Chile.

Esta respuesta integrada y multisectorial constituye un recurso preventivo para la región que ha significado sistematizar el conocimiento sobre la epidemia a nivel local, apuntar a la búsqueda e identificación de los factores y condiciones que permitan explicar el mantenimiento sostenido de las elevadas cifras de VIH y SIDA y proponer estrategias específicas que permitan modificar y revertir las tendencias que la región ha presentado hasta ahora. En ese sentido, el contexto particular de la región de Arica y Parinacota expresa diversidades respecto a esta epidemia que influyen en las posibilidades de su comprensión y abordaje. Esta diversidad se expresa en su población, en la condición de frontera y en el sistema productivo propio de la región.

De esta forma, es fundamental conocer lo que las propias mujeres viven y experimentan respecto a su vida sexual y afectiva y las vulnerabilidades ante el VIH, el SIDA y las ITS. Esto permitirá identificar qué piensan las mujeres sobre la epidemia en la región, cómo la enfrentan y de qué manera han podido incorporar prácticas preventivas en sus vidas cotidianas. Dicha información permitirá orientar de mejor manera la respuesta regional al VIH.

Los diálogos realizados tienen un carácter exploratorio y requieren de futuros estudios que profundicen en estas percepciones en cada grupo de mujeres considerado. No obstante entregan importantes antecedentes para conocer cómo las mujeres de Arica están viviendo su sexualidad y cómo esa vivencia se relaciona con sus vulnerabilidades frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual y a su propia situación de género.

Por qué indagar las vulnerabilidades ante el VIH/SIDA

La realización de un “Diagnóstico participativo sobre las vulnerabilidades ante el VIH y el SIDA en mujeres que viven o transitan por la Región de Arica y Parinacota” buscó –desde una aproximación exploratoria– identificar los factores y condiciones que contribuyen a comprender las dinámicas de la epidemia en la región, a través de la aplicación de una de las principales estrategias metodológicas que existen para enfrentar problemas sociales desde un enfoque integral: la participación social.

La vulnerabilidad ante el VIH y el SIDA ha sido por muchos años uno de los dos ejes fundamentales considerados por las políticas públicas de salud para abordar adecuadamente la prevención¹³. La incorporación del Enfoque de la Vulnerabilidad¹⁴ como complemento conceptual, teórico y técnico al Enfoque del Riesgo, apunta a la relevancia de ampliar el estudio y abordaje de los fenómenos asociados a la transmisión/prevenición del VIH, más allá de las conductas individuales de las personas. Efectivamente la epidemia del VIH en el mundo demostró tempranamente un comportamiento caracterizado por su concentración en zonas geográficas y poblacionales que acumulan una serie de condiciones y factores que limitan las posibilidades reales de autocuidado y prevención de esos territorios y grupos. Estas condiciones y factores se han caracterizado por ser de origen social, político y cultural y van desde la dimensión de género, hasta el nivel socioeconómico, pasando por la presencia de fenómenos de estigma y discriminación dirigido a grupos sociales específicos, acceso deficiente a políticas de educación y prevención en salud sexual, edad, situaciones y condiciones de migración, solo por mencionar algunas. Toda condición social, cultural, económica y política –fuente de inequidades entre las personas– terminará convirtiéndose en una fuente potencial de vulnerabi-

13. Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud (2008). Presentación en ppt. “Estrategias de Prevención”, para procesos de formación del sector salud.

14. Enfoque basado en los trabajos de Jonathan Man y otros investigadores de epidemiología del VIH/SIDA de la Universidad de Harvard.

lidad ante el VIH, en la medida que restringe, limita y entorpece las posibilidades reales de autocuidado y prevención en un contexto social particular.

Considerando lo anterior, las vulnerabilidades de las mujeres ante el VIH/SIDA parecen evidentes en países como Chile, donde permanecen aún arraigados paradigmas y mandatos de género que responden al modelo patriarcal de relación entre hombres y mujeres y de aproximación a la sexualidad de las personas, que se expresan en una posición subordinada de las mujeres, en la violencia contra ellas y el femicidio, así como en una visión de la sexualidad heteronormativa. El género, como condición y perspectiva, constituye una dimensión crucial para el análisis de las vulnerabilidades que enfrentan las mujeres, dimensión que requiere complejizarse, asumiendo que una aplicación adecuada del concepto y enfoque de vulnerabilidad al VIH permite un análisis más amplio y comprensivo. Con ello, se incorpora un marco conceptual que explica la interrelación de factores de diversa índole -individuales, sociales, culturales y políticos- que facilitan o dificultan la exposición al riesgo de adquisición y/o transmisión del VIH.

En este contexto, y pese a que todas y todos somos potencialmente vulnerables al VIH, sabemos que las personas o grupos pueden tener una vulnerabilidad condicionada por más de una dimensión o factor; y que algunos grupos sociales específicos en determinados contextos o circunstancias vivirán una mayor cantidad y profundidad de factores de vulnerabilidad, haciendo más urgente y prioritario su conocimiento y abordaje. En este sentido, las mujeres como grupo social heterogéneo y con la diversidad de formas de vida que expresan, mostrarán también diferentes condiciones, contextos y procesos de vulnerabilidad.

Por último, desde el enfoque de vulnerabilidad y la perspectiva de derechos, se hace imperativo conocer las particularidades que adoptan la vulnerabilidad y riesgo de las mujeres en Arica y Parinacota, en un contexto en el que las altas tasas de infección hacen más urgente contar con información precisa para desarrollar estrategias focalizadas y pertinentes.

Desde el enfoque de derechos, es fundamental el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho. Este reconocimiento implica un cambio en la aproximación y forma en que éstas son concebidas

en las políticas públicas, pasando de la percepción de usuarias y usuarios con necesidades que deben ser asistidas a sujetos con derecho a demandar prestaciones y acciones de parte del Estado y los gobiernos y a empoderarse respecto a ellos. Al mismo tiempo, al considerar a las personas como sujetos de derechos se establece un doble desafío. Por una lado, se interpela al Estado y los gobiernos (y a la clase política que lo administra) respecto a su receptividad y capacidades para incorporar este enfoque, cumpliendo, además, con los compromisos que a nivel internacional ha contraído en el plano de los derechos humanos. Por otro, interpela a los actores del conjunto de la sociedad respecto a sus competencias y motivaciones para constituirse en sujetos de derecho y, por lo tanto, a interactuar con el Estado y los gobiernos respecto a su quehacer tomando parte en los asuntos públicos¹⁵. De esta forma, es la voz de las propias mujeres la que nos irá señalando el camino a seguir, permitiendo develar sus propias percepciones, imaginarios y significaciones asociados a su vulnerabilidad, riesgo y también a sus recursos preventivos.

El enfoque de género reconoce la heterogeneidad del sujeto colectivo mujer e introduce las dimensiones de clase, etnia e identidad sexual. Esto permite dar cuenta de la conexión entre distintas desigualdades y concebir el género en un contexto de diversidad. Entendemos género como una construcción social y simbólica que se refiere a cómo se define ser hombre y ser mujer en determinada cultura y las relaciones y distribución de poder que se deriva de dicha definición; asimismo, consideramos género como una categoría que nos permite observar las relaciones entre mujeres y hombres, por una parte, y los efectos de esas relaciones en diversos ámbitos de la vida cotidiana en conjunto con otras categorías: edad, etnia, ubicación geográfica, entre otras.

Lo anterior es fundamental en al menos dos sentidos, por un lado, en la generación de políticas públicas participativas que integren a las mujeres en los espacios de decisión y acción, en el abordaje de aquellos asuntos que las involucran. Por otro lado, la importancia al hablar de VIH y de SIDA de comprender las construc-

15. Ochoa, Gloria (2011). Políticas públicas con enfoque de derechos y organizaciones no gubernamentales en Chile. Germina, conocimiento para la acción.

ciones de sentido respecto a la epidemia y a la sexualidad. Esto significa acceder a los imaginarios, valores y las referencias simbólicas vinculadas a la vida sexual y sus múltiples dimensiones.

La heterogeneidad y diversidad de las mujeres de Arica también se expresa si consideramos la dimensión étnica, ya que es una zona en la que habitan distintos pueblos, siendo el principal el aymara, al que se suma el afrodescendiente, quienes constituyen actores fundamentales para cualquier aproximación al conocimiento de la región y para las estrategias de intervención a realizar en ella.


Respecto al pueblo aymara encontramos algunos estudios sobre género y sexualidad¹⁶, pero no existe material que relacione directamente género-etnicidad-VIH/SIDA en la región, por lo que se hace relevante identificar y conocer la percepción que respecto a dichos temas tienen las mujeres aymaras.

Asimismo, para la población afrodescendiente no se dispone de estudios ni documentos que aborden su experiencia de la sexualidad y el VIH. Es un desafío pendiente generar estudios y estrategias que permitan profundizar en la multiculturalidad propia de la región con el fin de aportar a la discusión e intervención en esta área de interés público. Por ello, la necesidad en esta primera aproximación de recoger su mirada, aunque constituya solo un primer paso.

De acuerdo a lo expuesto, a continuación se presentan los resultados de las instancias de discusión e intercambio realizadas entre mujeres de la Región de Arica y Parinacota, a saber: un diálogo en el que participaron mujeres aymara y afrodescendientes, un segundo diálogo con mujeres jóvenes, adultas y adultas mayores, un tercer diálogo realizado con mujeres privadas de libertad y un cuarto en el que participaron mujeres refugiadas y solicitantes de la condición de refugio¹⁷. Además, se realizó un diálogo de devolución o retroalimentación, en el cual les fueron presentados los re-

16. Carrasco y Gavilán, 2009. Representaciones del cuerpo, sexo y género entre los aymara del norte de Chile. *Chungara* vol 41. 1:93-100; o Gavilán, Vivian. 2002. Buscando Vida...: Hacia una teoría aymara de la división del trabajo por género. *Chungará* vol. 34 N°1; 101.117.

17. Para más detalle ver Anexo, Metodología de trabajo.



¿Qué dicen las mujeres de Arica respecto a las vulnerabilidades ante el VIH/SIDA?¹⁷

Resultados obtenidos en cada uno de los diálogos. En este diálogo final las mujeres tuvieron la posibilidad de profundizar en temas contenidos, así como de proponer acciones para la prevención del VIH en la región, especialmente en mujeres.



a continuación se presentan los resultados de los diálogos participativos realizados en Arica. Dichos diálogos fueron concebidos como un espacio de intercambio de opinión y de experiencias en el que las mujeres expresaron sus inquietudes, dudas, conocimientos y vivencias respecto a los diversos temas tratados, entre ellos: autopercepción/representación de género (roles y mandatos de género), acceso a servicios de salud e información y vida sexual y afectiva, determinados como ámbitos a través de los cuales se podían identificar las vulnerabilidades que

18. Las citas textuales de las mujeres participantes de los diálogos se indican de la siguiente manera: MD1 (mujer, diálogo 1, etnia); MD2 (mujer, diálogo 2, intergeneracional); MD3 (mujer, diálogo 3, devolución); MD4 (mujer, diálogo 4, cárcel de mujeres); MDR5 (mujer, diálogo 5, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio).

enfrentan las mujeres.

Los contenidos que se presentan responden a la visión y percepción que las mujeres participantes en los diálogos tienen sobre los temas tratados, por lo tanto, responden a la subjetividad de cada una de las participantes y a la puesta en común de la misma en un diálogo colectivo (intersubjetividad). Por el carácter exploratorio de los diálogos realizados, estos resultados no buscan ser una visión acabada de la situación de las mujeres en Arica y de sus vulnerabilidades ante el VIH, el SIDA y las ITS, sino que constituyen una primera entrada que permite identificar acciones futuras a realizar con el fin de fortalecer el trabajo que se está realizando en la región en torno a la epidemia.

Existen coincidencias entre las distintas mujeres participantes respecto a ciertos contenidos abordados, principalmente en lo relativo a acceso a servicios de

salud e información; aunque también se evidencian coincidencias en relación a la percepción sobre roles y mandatos de género y vida sexual y afectiva. Al mismo tiempo, emergieron contenidos particulares para cada grupo incluido en el estudio.

Los consensos en los discursos analizados podrían estar relacionados con las características de las mujeres participantes, las que, en su mayoría, integran organizaciones sociales o incluso son dirigentas. Esto significa que han reflexionado en torno a estos temas y otros relacionados con la situación de las mujeres. Asimismo, son mujeres que han nacido en la ciudad o que han vivido largos períodos en contextos urbanos. Además, al encontrarse con otras mujeres logran identificar aquello que les es común y que comparten a pesar de sus particularidades, lo que provocó un significativo espacio de reconocimiento e identificación de género en los diálogos. Por ello, y como se propone en las recomendaciones, para ahondar en la situación de las distintas formas de vivir el ser mujeres en Arica, se deben desarrollar estudios específicos y en profundidad.

Es importante señalar que una primera constatación, a partir del trabajo realizado, es la necesidad -en las mujeres participantes y en su entorno- de conversar y compartir visiones respecto a sexualidad en general y el VIH y el SIDA en particular. La conversación social y colectiva respecto a estos importantes temas se presenta como fundamental en los diálogos, ya que son temas que en general no se tratan en los colectivos o grupos sociales. Al respecto, se evidencia la importancia de llevar al espacio público y ciudadano una conversación abierta y clara respecto a la vida sexual y a la prevención del VIH que permita efectivamente abordar la situación que está viviendo la región respecto a la epidemia. Además, resulta clave que en dicha conversación se integren tanto hombres como mujeres, personas de diferentes edades y diversidades sexuales y étnicas.

Representaciones de género: roles, deber ser y mandatos de género

“(...) también existen mujeres de otro tipo (...), las mujeres que son jóvenes

que estudian en la Universidad con hijos pequeños (...), mujeres de la 3ª edad que (...), hay muchas mujeres separadas, divorciadas, mujeres sin pareja, pero está la mujer separada mayor, la mujer separada joven, que es con hijo que estudia y trabaja, hay comerciantes también (...), trabajadoras de casa (particular) así, hay también, mujeres que trabajan en las minas” (MD3)
“(...) las mujeres migrantes, (...), las mujeres afro y las mujeres indígena” (MD3)

“(...) también existe otro tipo de mujeres como las lesbianas o todos los homosexuales y las homosexuales, porque no las vemos o no se visibilizan” (MD3)

Respecto a los roles, estereotipos y mandatos de género, en los diálogos con las mujeres surgen diversos temas asociados que dan cuenta de la compleja trama de significados y prácticas que conllevan las definiciones y relaciones de género para estas mujeres, las que alcanzan ámbitos específicos de su vida sexual y afectiva como aspectos vinculados a su rol de hija, madre, esposa, pareja y trabajadora. Al mismo tiempo, apelan a las formas de integración que las mujeres alcanzan en la sociedad en la que se desenvuelven y la forma en que ésta las percibe y las define, más aún cuando se habla de mujeres jóvenes, mujeres indígenas, mujeres afrodescendientes, “mujeres extranjeras”¹⁹ y mujeres privadas de libertad. En este mismo ámbito de consideraciones, podemos ver cómo esta trama de significados y prácticas de las propias mujeres y de su entorno constituye un conjunto de particulares elementos de vulnerabilidad frente al VIH y al SIDA, los que pueden ser muy sutiles y, también, muy claros y concretos. En este ámbito es posible destacar cómo los significados y prácticas asociadas a las definiciones de género, pueden ser importantes recursos para el empoderamiento de las mujeres y de transformación de su situación vital y social, constituyéndose también

19. Aquí nos referimos a mujeres extranjeras cuando hablamos de mujeres migrantes, refugiadas o solicitantes de la condición de refugio, ya que desde el imaginario social no existen distinciones entre estas categorías, categorías que corresponden al ámbito de intervención estatal e internacional. Usaremos el término mujeres extranjeras cuando desde “lo social” se hable de ellas.

como importantes recursos preventivos.

En general, en este aspecto los distintos grupos de mujeres coinciden, reconociendo ciertas características propias de cada grupo. En este sentido, una de las riquezas de los diálogos realizados con mujeres indígenas y afrodescendientes fue el que ellas pudieron encontrarse en sus semejanzas sin olvidar sus particularidades.

En el diálogo entre distintas generaciones de mujeres se encontró que a pesar de los avances que han alcanzado las mujeres en sus derechos y empoderamiento, aún en las relaciones afectivas que establecen las mujeres jóvenes siguen operando los patrones convencionales de género. Esto da cuenta de las resistencias a las transformaciones en las relaciones de género que la sociedad chilena en general ha presentado, situación que se ha ido visibilizando en los últimos años conforme se ha avanzado en posicionar el tema de la igualdad de género en la agenda pública.

Así, si bien se reconoce que en la actualidad la mujer está más empoderada, también se percibe la persistencia del modelo cultural impuesto desde el patriarcado (machismo) que exige responder a un modelo hegemónico de feminidad y de masculinidad. Esto explicaría, entre otros elementos, las resistencias culturales para el reconocimiento de los derechos que las mujeres tienen y que han alcanzado. Esta constatación es compartida por los diversos grupos de mujeres participantes en los diálogos.

“Hay mujeres jóvenes que igual a veces se casan a temprana edad y están en la casa, tienen que hacer todo y aunque salgan a trabajar, igual tiene que dejar todo listo, los niños y todo” (MD2)

“... el derecho a decidir si queremos o no queremos tener hijos, el derecho al aborto todavía no está legalizado, los derechos sexuales y reproductivos...” (MD2).

“hoy socialmente está bien aceptado que las mujeres sean sumisas, no está bien aceptado que la mujer levante la voz o que quiera salir a trabajar, porque va a abandonar el hogar y va a abandonar a los hijos y si trabaja afuera tiene que trabajar tres veces porque mas

encima tiene que dejar la casa lista” (MD2).

Por otro lado, la visión convencional de género y los mandatos asociados, se cruzan y se han visto reforzados por la lógica económica mercantilista que facilita la identificación de las mujeres como “objetos”, cuya imagen está a la venta y que además, refuerza estereotipos de género, como aquellos que señalan que las tareas domésticas son propias de las mujeres. Además, la imagen de mujer que el mercado promueve, invisibiliza a las mujeres que no cumplen con ese estereotipo, principalmente indígenas y afrodescendientes; pero también a aquellas mujeres que no cumplen con los patrones de belleza que se definen desde la publicidad. Es decir, el estereotipo occidental de belleza ignora y omite la diversidad, que se expresa en las mujeres indígenas, latinas, afrodescendientes, jóvenes o mayores.

“...en el fondo nos dicen como tenemos que ser porque uno descubre al marido que la engaña “no que estai gorda, que estai canosa, que estai arrugá” entonces tú que haci, te gastai todo lo que tení, te vai a un spa y poco más que te estucaí todo, de nuevo (...)” (MD1)

“nosotros vemos en todas partes fotos de mujer así perfectas en todas partes” (MD1)

La cuestión de la imagen constituye un elemento que cobra fuerza al momento de actuar como mandato cultural para las mujeres, que genera malestar y la sensación de verse “obligadas” a no ser ellas mismas. No obstante, este mandato en muchas ocasiones no puede evadirse. Es decir, existe una tensión no resuelta entre reconocer la existencia del mandato, rechazarlo y cuestionarlo críticamente, pero no poder liberarse de él en la práctica cotidiana.

“...la sociedad nos quiere como imponer un prototipo de belleza yo por mi parte considero que todas somos bellas en nuestra forma y no debemos comparar aunque si igual yo también caigo en que veo una foto y me siento mal porque tal vez no soy rubia, porque no soy flaquita, pero eso es como que creo que a todos nos pasa.” (MD1)

“yo trabajo mucho con mi cara, tengo que estar siempre bien vestida (...) y a veces ando súper desanima, entonces como siempre estoy trabajando con fotos imágenes, a mi me ayuda pero de repente me entra la rabia la impotencia (...) por ejemplo tuve que arreglarme y para mí ha sido fuerte porque no puedo comer de todo.” (MD1)

Sin embargo, también hay mujeres que señalan que la posibilidad de verse lindas, no sólo tiene que ver con un mandato y una exigencia hacia ellas, sino que con un deseo propio de verse bien y que se vincula a una autoestima positiva.

“Del video lo que me gustó [es] que siempre debo arreglarme, pero para mí misma no para el hombre, claro porque para sentirme bien yo po, estar arreglada y todo pero para sentirme yo bien, no que necesariamente vaya a ser para el hombre” (MD2)

Por otro lado, esta imagen o estereotipo de mujer, no sólo impacta la vida privada, sino que también la vida pública y la integración laboral de las mujeres, ya que no cumplir con estos requisitos de belleza significa la exclusión en ámbitos laborales. En este sentido, existe un particular matiz respecto a los requisitos de juventud, que las mujeres mayores perciben como barreras de entrada al mundo laboral. Lo que a su vez se ve acentuado por las condiciones propias de ser mujer, como el rol de madre y cuidadora. Por lo tanto, también las mujeres asocian la demanda de cumplir con el estereotipo y mandato con la necesidad de ser aceptadas e integradas.

“muchas veces te eligen por la presencia, (...) por la sociedad machista por lo general los jefes son hombre, (...) uno no tiene las posibilidades y aparte que la pilla la edad, aparte que no es regia aparte que es mujer, aparte, un montón de cosas y a uno la discriminan la van discriminando por todas partes” (MD1)

“(...) algunas empresas solamente contrataban hombres, porque no piden

permiso, no tienen que estar viendo a los niños, porque muchas mujeres tienen que amamantar, tiene su hora de colación, entonces hay muchas cosas que ponen en desventaja muchas veces a las mujeres en el ámbito laboral, que no se compara con la de los varones, porque ellos no tienen los nueve meses de embarazo (...) poder compartir eso también sería como algo equitativo, ahora el gobierno lo que ha hecho es tratar de promover el trabajo, el teletrabajo, el que se trabaje en el hogar, que también es una forma de esclavitud dentro del hogar” (MD2)

“Es que es más fácil conseguir trabajo para una persona, que tenga un cuerpo, digamos, bien formado, por no diferenciar a nadie, y que sea de apariencia joven y que tenga buena, buena presencia al mirarla. Hoy en día los trabajos se ven así po, necesitan más personas así que a una persona que sea más sencilla, más simple, no la toman y desvalorizan la parte que ella pueda entregar como profesionales eso no lo miran, miran la apariencia” (MD1)

Las mujeres se sienten violentadas psicológicamente por su pareja al no cumplir con los mandatos sociales de belleza y de formas de comportarse. Es decir, el mandato presente en el mundo público se traspasa y vivencia en el mundo privado, lo que evidencia la delgada línea entre uno y otro (si es que es posible establecer dicha distinción más allá de un plano analítico). Esta exigencia se vincula con una desvalorización del trabajo de la mujer en el hogar.

“...yo decía, “No, yo no fui una mujer maltratada, mi marido nunca me ha tocado un pelo” pero me maltrató de la peor manera, que era fea que era gorda, que no servía pa’ na’, ese es el peor maltrato de todos, yo creo que hubiera preferido un golpe antes que eso...” (MD1)

“(...) una violencia por bajo, así como que no se valora lo que hacen las mujeres dentro del hogar tampoco, no lo valora el marido, ni lo

valoran los hijos y los sueldos también po, si también se ven los sueldos, esas mujeres hacen el mismo trabajo que los varones pero reciben menos plata” (MD2).

En términos del rol afectivo que las mujeres “deben” jugar, aparece como relevante la función de sostén emocional y la exigencia de mostrarse felices para mantener el equilibrio de la familia, como uno de los roles más internalizados. Esto aplica a la vida familiar, pero en general, a una función que se percibe propiamente femenina y que se instala en muy diversos ámbitos de la vida social, de manera independiente de las propias necesidades y estado emocional de las mujeres. Esta situación afecta la salud integral de las mujeres, ya que se ven obligadas a esconder y/o reprimir emociones como la tristeza y la ira.

“tratamos de estar alegre todos los días y yo en mi casa llego cansada llego, lo único que quisiera es largar la puerta ver una cama y tirarme, pero no puedo porque tengo que estar alegre para mi hijos también, si me ven triste, apenada o con rabia no soluciono nada o sea al contrario destruyo a los que están dentro de mi vivienda” (MD1)

“...o escucho a las personas, hay personas, caseras que llegan y los conozco por años llegan con problemas, y vieran los problemas que uno tiene y yo tengo así un montón grande de problemas y uno escucha a estas personas yo las escucho y dejo muchas veces de atender, las siento, les convido agüita y trato de tener esa conversación para que la persona se sienta más aliviada, yo digo, lo mío es así” (MD1)

Sin embargo, también hay mujeres que manifiestan que su rol aporta a unir a la familia, concibiéndolo como algo positivo e importante, que significa un esfuerzo —a veces— pero no una exigencia impuesta.

“Yo lo único que disfruto en mi casa es compartir con mis hijos y tener un rato de conversar yo porque eso es bueno, eso yo lo encuentro bien, para mi es algo sagrado, el momentito

que tenemos para (...) sábado y domingo, almorzamos juntos o si no tomamos tecito juntos, ahí lo aprovechamos bien o si no en la nocecita también, cuando estamos ya reunidos, yo les hago respetar eso, porque ellos más soberbios, más liberales, la edad, entonces están en la edad de la adolescencia, pero les hago respetar eso, que tenemos que conversar, eso es lo que me gusta, lo que más me gusta a mi, lo que más amo de mi casa, conversar, siempre conversar porque eso lleva a solucionar también, todas las diferencias” (MD2)

“Yo creo que los roles en sí no son malos porque permiten que se equilibre, el asunto es cómo vivimos esos roles, dentro de qué márgenes nos desarrollamos en esos roles, por ejemplo el rol de mamá no es malo” (MD2)

La pareja constituye un ámbito de relaciones donde se expresan con fuerza los mandatos de género lo que se traduce en obstáculos para que las mujeres puedan disfrutar y decidir sobre su vida sexual. Esta dimensión de género representa una de las formas de violencia en la pareja más difíciles de visibilizar y enfrentar. Además, se trata de una dimensión de vulnerabilidad de género frente al VIH que es particularmente significativa y recurrente en las distintas mujeres participantes de los diálogos.

“eso es ser mujer y saber aguantarlo (...) El saber aguantar todos los días cosas, hasta tu marido que de repente no tienes ganas de hacer el amor y tenís que estar dispuesta a abrirte de piernas...” (MD1)

“es así porque no sentís, placer, no sentí ganas” (MD1)

Un elemento interesante es la visión de las mujeres con respecto a su rol en la educación afectiva y sexual de sus hijos e hijas. En este ámbito se observa un cambio generacional, donde se rompe de alguna manera con las dificultades y tabús de sus propias madres. Sin embargo, también se observa una tensión entre la reproducción de patrones y estereotipos que fueron aprendidos por las mujeres y la visión crítica que tienen respecto a ellos.

“siempre les hablé de sexo, qué era hacer el amor, qué se sentía, hablamos de preservativos, de las enfermedades venéreas, de las ladillas, hablamos de SIDA, de tantas cosas, yo he sido ahí, el pilar fuerte de ellos de enseñarles, porque a mí no me hablaron de sexo, no me hablaron de nada...” (MD1)

Elas reconocen también que dicho modelo sería reforzado por las propias mujeres, por ejemplo cuando se trata de la crianza de hijos e hijas, la que se enfrenta de forma diferente para hombres y mujeres. Sin embargo, el mismo motivo —el rol de las mujeres en la crianza de hijos e hijas— les permitiría propiciar cambios desde lo cotidiano y transformar las definiciones y relaciones de género. Es interesante la convivencia dinámica que las mujeres identifican en su rol de madre entre una actitud conservadora y una crítica y transformadora de los roles de género, al menos en lo discursivo.

“...hay un trato diferente, con la niña que con el joven, frente este tema...” (MD3)

“...tú a tu hijo, “cuidate, ponte un condón, no te vai así, te vai al carrete” (...) pero si es la niña, “con quién sale, quién es él dónde vive, el teléfono, no le vaya a pasar algo, y no va a ver teléfono”, toma otra actitud y si sale embaraza pobrecita...” (MD3)

Mujer: “Pero al final es una la que aguanta eso, una la que le va dando hilo”

Mujer: “No sé si es una la que le aguanta porque igual es como harta la presión social y a muchas igual tiene que ver, para mi forma de ver, tiene que ver con cada familia, cierto, con la forma de ver cada familia y cómo te van criando y también cómo te va educando tu entorno, pero si tú ves y ha habido muchas mujeres que las crían como para ser dueñas de casa y las crían para ser mamás” (D2)

“Y las crían y las educan para buscar su marido y nada y están feliz haciendo sus cosas y ordenando y todo lo demás y con eso tienes que ser una mujer plena y eso tiene que ver con todo su entorno, fíjate con el, no sé po’ en los comerciales de, p’a limpiar casa, mister músculo ¿Quién limpia?” (MD2)

Inevitablemente al reflexionar respecto al propio rol, se reflexiona también respecto al rol de los hombres y lo que la sociedad ha definido para ellos. En este sentido, ven que la posición del hombre es más cómoda, ya que tendría menos exigencias y esas exigencias estarían acotadas a un ámbito específico. En el caso de los varones, también la presión social establece mandatos de género, formas de ser y de comportarse que limitan sus posibilidades de acción y de acompañar a las mujeres en sus propios procesos de desarrollo y expansión.

“También pasa por eso, por qué, nosotros estamos para hacer las cosas de la casa y ellos, para ayudar en la casa, cuando es lo mismo, o sea si los dos viven en la casa y los dos tienen una familia” (MD2)

Mujer: “Igual eso que te decía yo de que uno también se aguanta, porque yo veo que aunque mi pareja igual él comparte todo siempre, nos emparejamos todo, todo, todo, pero él no sale a barrer a la calle”

Mujer: “Ellos también cargan con todo el peso social y es como el sentido contrario de lo nuestro, es como el choque de dos fuerzas” (D2)

Por lo tanto, se van perfilando las acciones cotidianas que las mujeres deben hacer para ir cambiando las definiciones de género. Pero este proceso de cambio no lo pueden impulsar sólo las mujeres, sino que también los hombres, es decir, se percibe como un trabajo a realizar en conjunto.

Mujer: “...el término que ayuda en la casa hay que eliminarlo”

Mujer: “Claro, si te vas a vivir con una amiga, la amiga no te ayuda, aporta, entonces lo mismo en la pareja, más todavía si hay una relación, el cambio, más que amoldar tiene que pasar por nosotras mismas de cerrar (esos patrones) como de sacarlos, desmoldarlos un poco de los roles” (D2)

Mujer: “Porque si lo seguimos conversando entre mujeres, seguimos arreglando el mundo entre nosotros, pero el otro sigue”

Mujer: “Pero por ejemplo si (tú eres la mujer) y te empoderai, te empoderai, pero tu esposo, tu pareja sigue en la casa y tú vas empoderándote, empoderándote pero él sigue siendo el mismo” (D2)

Así, la pregunta que ronda es qué es lo que puede contribuir a que hombres y mujeres dejen de ser “machistas”. Además, surge la pregunta acerca de cuándo las mujeres se encuentran listas para el cambio. Con ello, aparece el mandato que señala que las mujeres deben hacerse cargo de todo. Es posible hallar cierta culpabilidad en estos discursos, en el sentido de un cambio sociocultural que no llega, debido a que las mujeres “no están listas”.

Se destaca que, dentro del reconocimiento de la existencia de este paradigma de género convencional, conviven y coexisten modelos más críticos, que en algunos casos, permiten eludir o restar poder a los mandatos de género convencionales. Un elemento importante, a este respecto, obedece a la existencia de procesos personales difíciles que permiten mirarse más allá de las exigencias sociales y descubrir las propias necesidades, respetarse y aceptarse.

“aparte nosotras no nos embetunamos para ser bellas, somos nosotros no más.” (MD1)

“...hasta antes de ayer, yo soy así, soy muy alegre trato de contagiar, no me gusta ver gente triste, trato de ayudar pero me di cuenta que no era yo entonces yo estaba así como en una, como en un globo y tomé la decisión de empezar a ir a una al psicólogo porque estaba

mal,(...) y es súper fuerte ahora me he dado cuenta que he estado viviendo para los demás, no me había dado un minuto para mi persona, yo quería todo fuera aparentando” (MD1)

Estos logros también se manifiestan en el plano de la vida sexual, donde algunas entrevistadas señalan avances en tomar la iniciativa con el fin de obtener placer y tener una vida sexual satisfactoria, donde expresar sus necesidades y deseos es central.

“...y aprendí igual la comunicación, nos decimos todo, todo, lo que queremos hacer cuando le digo “quiero que me lo” “ya -me dice-está bien” después me dice, “oye mañana me toca a mi aaa” yo he tenido que tratar de llegar así a una convivencia, con mucha comunicación, con mucha sinceridad...” (MD1)

“Pero por lo menos a una, un par le hizo click y esas tiene que ser como (agentes) y ni siquiera (...) de tu casa, no “deja todo tirado” porque tampoco es la idea, pero si empezar a empoderarla como “pucha podrías hacer esto” y de a poco porque como te digo, son procesos o sea es lo que hablábamos, tenemos a toda la sociedad y a todo alrededor diciéndonos lo que teni que hacer” (MD2)

Las **mujeres privadas de libertad**, suman a lo ya señalado, que actualmente las mujeres tendrían más fortaleza, no serían “lloronas”, serían iguales que los hombres y “se la pueden solas”, pues estarían más preparadas “para soportar las cosas de la vida”. De este modo, se percibe a los hombres como más limitados en sus roles, además de tener menos roles asignados y esperados socialmente.

Respecto al rol asignado a las mujeres acentúan un aspecto positivo vinculado a una mayor facilidad para hablar de sexualidad con las hijas. Algunas, si bien reconocen haber conversado con sus respectivos hijos, también señalan que hablarlo con las hijas resulta más cómodo. Perciben además que con ellas se obtuvo resultados positivos en términos de autocuidado y prevención de embarazos.

Las **mujeres migrantes**, principalmente de Perú, Bolivia y Colombia coinciden con el planteamiento anterior, es decir, con los roles y mandatos de género descritos; sin embargo observan y perciben una menor “sumisión” de las chilenas en relación a los hombres, en comparación a sus experiencias en los lugares de origen. La misma percepción tienen las mujeres refugiadas y solicitantes de la condición de refugio.

Las **mujeres aymara**, en tanto, presentan coincidencias con lo expuesto, aunque manifiestan también una vivencia particular de la relación entre hombres y mujeres. La visión de las mujeres aymara participantes de los diálogos puede ser concebida como una suerte de bisagra cultural, que vincula la experiencia propia de la cultura aymara y la relación e impacto que dicha cultura ha experimentado en la convivencia con otras visiones de mundo. Estas mujeres se han debido adaptar a los modos y condiciones de vida de la urbe mestiza, por lo que, su percepción también se encuentra relacionada con esas condiciones y experiencias que pueden ser muy distintas a lo que ocurre en las comunidades aymara rurales de las que provienen.

Esto lleva a que las mujeres aymara sean vistas de una manera particular también por las otras mujeres, lo que se expresa en una aproximación atenta a las diferencias culturales, pero que también debe ser mirada con atención, ya que puede operar como un desplazamiento donde se pone en otro lo que nos afecta.

“...y la cultura aymara hace que la mujer no visibilicen la violencia que vive a diario porque su cultura o culturalmente ellas aceptan el hecho de que “no, que el hombre tiene que salir” o muchas veces no trabaje porque ella es la que tiene que llevar el alimento al hogar, culturalmente son visiones distintas y hay que aceptar también su visión porque tampoco podemos intervenir su cultura pero sí a lo mejor conocerla y respetarla...” (MD2)

Respecto a las **mujeres refugiadas y solicitantes** de la condición de refugio destaca la discriminación que perciben hacia ellas. Para estas mujeres, la primera imagen que las personas generan es que son trabajadoras sexuales y que estarían dispuestas y disponibles

a cualquier tipo de ofrecimiento de índole sexual. Esta situación se ve agravada cuando se trata de mujeres afrodescendientes, lo que da cuenta de la existencia en Chile de marcados estigmas y prejuicios raciales.

El estigma y la discriminación que viven las mujeres refugiadas y solicitantes de la condición de refugio se relaciona también con la posibilidad de acceder a empleos de calidad. Algunas, trabajan en cafés o shoperías, locales asociados al comercio sexual y a la explotación sexual, especialmente en el norte de Chile. Al mismo tiempo, las mujeres que no cuentan con la documentación necesaria para poder trabajar en el país²⁰ son las que se enfrentan a mayores situaciones de vulnerabilidad y riesgo, no sólo ante el VIH, sino también a situaciones de violencia y explotación sexual y/o laboral.

“Vine por motivos de trabajo, pero no es porque uno venga acá a prostituirse y como uno es negra y de todas maneras y a los colombianos, peruanos, toda la gente que son emigrantes que son extranjeros los tienen por el piso, eso sí, no voy a decir que no, porque es verdad, pero uno no puede conseguir trabajo decente, porque por ser extranjero a uno no le dan trabajo, mientras uno no tenga algo definitivo acá, no tenga un papel o un sello, no le dan trabajo a uno, y uno tiene sus hijos y entonces uno viene acá a trabajar decentemente y si uno no se consigue un trabajo, uno tiene que trabajar, pero tampoco uno se está prostituyendo como la gente o varias o las mujeres de acá de Chile, lo tratan a uno como les da la gana, ella no lo conocen a uno para decir lo que piensan” (MDR5)

“Difícil hay mucha discriminación pal trabajo, para todo, como que se complica, pero igual, para vivir es más tranquilo así que hay que adaptarse... Si, cuando uno va a pedir trabajo, siempre “no, es que no” o para alquilar igual “no es que no le alquilamos a extranjeros” o “No, es que yo trabajo con personas de acá” y así” (MDR5)

20. Entre las que se cuentan mujeres migrantes y mujeres solicitantes de la condición de refugio que no han podido acceder a los procedimientos o servicios que les permitan obtener la documentación necesaria.

Sobre las mujeres afrodescendientes, las participantes en los diálogos, y que no son afrodescendientes, las perciben como más liberales, señalan que podrían tener hijos de distintas parejas sin ser este hecho percibido negativamente entre este grupo. También señalan estereotipos vinculados a las mujeres afrodescendientes, los que se expresan en dichos como “la parte negra es la más sabrosa”, o que en el plano sexual serían mucho más desinhibidas que las mujeres que no son afrodescendientes.

“Mujer: Mira yo, como te diré, nosotros estamos organizados, el tema así como tal no se conversa, pero me da la sensación que es mucho la mujer afrodescendiente es más liberal no más

Mujer: Es más liberal no más.

Mujer: Es más liberal y no está a estas ataduras que nos ponen la sociedad

Mujer: De los hombres

Mujer: Quizá, los otros temas que hemos estado viendo los temas de la (...) o del blanqueamiento (...), han sido un problema quizás mayor” (D3).

Acceso a servicios de salud e información

Otro factor que puede ser identificado como una expresión de las vulnerabilidades de las mujeres ante el VIH y el SIDA se refiere al acceso a servicios de salud e información.

En general, existe consenso respecto de la poca información sobre prevención del VIH que ha llegado a las mujeres en la región. En este sentido, se percibe cierta distancia entre las políticas y estrategias implementadas en Arica y Parinacota y las organizaciones de mujeres. También se percibe que no se ha vinculado adecuadamente la violencia contra la mujer y la prevención del VIH.

De alguna forma, las mujeres participantes en los diálogos no se han sentido parte de la respuesta regional a la epidemia y desconocen las iniciativas desarrolladas y las instancias de participación disponibles en la

región. Esto da cuenta de una importante brecha que aumenta las vulnerabilidades ante el VIH y el SIDA entre las mujeres que en ella se encuentran.

“hay distancia, entre la sociedad civil que somos nosotras y los organismos que educan y que trabajan constantemente con ese tema, hay distancia y no sé algo sucede que no llega” (MD1)

“Más que nada yo creo que es la difusión y cómo llegamos a la comunidad en el tema de difundir que existen tales redes, que existe tal material, o que si tienes una duda o consulta puedes llamar a tal teléfono o ir a tal lugar, como que falta un mapeo de todas las instituciones ya sean civiles o sociales y de estatales, gubernamentales que trabajen en ciertas áreas...” (MD2)

“...tengo otra redes de trabajo (...) de la salud, pero también vemos violencia, entonces pertenecemos a distintos grupos de violencia, de identificar que muchas mujeres que han adquirido el VIH ha sido porque han sido violentada en el hogar, trabajamos con la SEREMI de salud, con el servicio de salud, con los consultorios, con algunos centros de madres, con algunas juntas de vecinos, no sé, la gama con la que nosotros trabajamos es muy diversa” (MD2)

“Puse dos, hice dos esquemas, por ejemplo el Estado, los policlínicos y los hospitales o sea es más que nada la función biológica y reproductiva y en la sociedad civil los talleres de mujeres hablan más de sexualidad y afectividad” (MD2)

Para atender las necesidades vinculadas a su salud sexual y reproductiva, las mujeres participantes en los diálogos acuden –en su mayoría– al sistema público de salud. Un número significativo de ellas considera que dicho acceso no es expedito y que no presenta pertinencia cultural. Así, por ejemplo, una demanda importante de las mujeres aymara es que su cosmovisión sobre la sexualidad pueda ser cuidada, considerada y no estar expuesta a todas las prácticas médicas occidentales.

Algo que también se menciona es la existencia de discriminación en los servicios públicos de salud, según la cual se estaría privilegiando a mujeres mestizas por sobre mujeres afrodescendientes e indígenas, situación que también estaría vinculada, además, con la clase social. Las mujeres afrodescendientes tendrían una actitud más activa en exigir sus derechos y un buen trato del personal de los servicios de salud.

“a la mujer blanca se le recibía y atendía primero, segundo se le atendía a la mujer afro descendiente, porque la mujer afro descendiente reclamaba un poco más y a las últimas en atender era a las mujeres indígenas” (MD1)

En cuanto a las barreras de acceso a la información sobre salud sexual, se identifican algunas como los estilos de atención en centros de salud públicos, donde el trato es percibido como arbitrario y definido según la ‘apertura de mente’ respecto de la sexualidad de quien atiende. Esta actitud es un comportamiento que las mujeres identifican como frecuente, el que al mismo tiempo y a través de ciertas expresiones, deja ver “trancas sexuales” de quienes deben realizar las prestaciones de salud, las que serían transmitidas generacionalmente.

“...porque más encima depende de la persona que te vaya a recibir, cuál es su creencia o cuál es su(...)

Mujer: “Tranca”

Mujer: “(...) y te empiezan a juzgar, entonces (...) “oye vi a tu hijo en el consultorio pidiendo preservativos -pero cómo si no, mi hijo no sexualmente no está activo todavía”

Mujer: “Tú hija” peor...” (MD3)

Por otro lado, se plantea la necesidad de acceder a prestaciones médicas que significan un nivel de especialización mayor y por tanto implican un costo económico más alto, situación que pasa a constituir una barrera de acceso para esa prestación. Entre ellos se mencionan exámenes médicos asociados a

salud sexual y reproductiva, como las mamografías y, de manera importante, el acceso a servicios psicológicos y de salud mental. En los diálogos aparecieron casos en los que se intenta acceder al servicio público con objetivos preventivos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sin obtener un resultado satisfactorio, debiéndose redirigir la búsqueda al ámbito privado.

“Ese es el problema que no hay plata (...) Si poh, porque “hágase una mamografía, pero cómo” (MD1)

“En el caso de la psicóloga, cuesta tanto, yo tengo que pagar particular, son 20 mil pesos que hay que pagar” (MD1)

“Si no tienes una chequera, no tienes una cantidad de billetes, (...) no te atienden, yo he me encontrado con la suerte de que he tenido que madrugar, yo el año pasado estuve pidiendo hora todas estas veces con la matrona en el policlínico (...) y te hacen madrugar, tení que caminar sola, yo no tengo vehículo, madrugó me acompaña uno de mis niños o muchas veces me voy con una vecina.” (MD1)

Dado el elevado valor de la atención en el sistema de salud privado y la sobredemanda de atención presente en el sistema de salud pública, las mujeres deben buscar otras opciones para satisfacer sus necesidades de salud. Por ello, Tacna surge como alternativa para acceder a un servicio de salud de menor costo y más expedito, así como de mayor calidad en términos de trato y tiempo de atención.

“No hay para todos, yo fui a la matrona, bueno porque tengo un pololo y quería que me explicara todas las cosas (...) Y nunca encontré hora, nunca, nunca, nunca, y tuve que ir al particular, porque igual me dio (...) “mamá podí pagarme tú” porque yo dije ah si acá es gratis y uno puede ir, ellos te tienen que hablar porque es su trabajo” (MD1)

“Por qué vamos a Tacna, por lo mismo porque la atención es mejor, es más barato” (MD1)

La opinión respecto al sistema de salud privado chileno no es necesariamente mejor que la existente sobre el sistema público, ya que también se percibe sobre-demanda. Además, la molestia aumenta al considerar que si se está pagando un elevado costo, debiera recibirse una atención oportuna, eficaz y de calidad, situación que no siempre se da.

“Yo me espanté en la consulta porque, le dije yo “esto parece consultorio” nosotros llegamos a las cuatro de la tarde, a las 8 de la noche te atienden (...) esta es una falta de respeto hacia la gente (...) te creo, ya media hora, te creo ¾ de hora, pero cuatro horas y más encima pa qué, pa que te den el listado de exámenes, después tienes que volver a venir, entonces es malo, es malo el sistema de salud” (MD1)

Por otro lado, las mujeres también comentan o constatan que son ellas quienes principalmente se preocupan por controlarse en términos de salud, no así los hombres, quienes no se preocupan por su propia salud ni tampoco de la de sus parejas. Esta situación se relaciona con el modelo de masculinidad hegemónico que predomina en amplios sectores y grupos poblacionales de diversas culturas, que sitúa al cuidado por la propia salud y la de otras personas como una característica femenina. En este sentido, si bien en Latinoamérica se ha estado documentando la emergencia de nuevas masculinidades²¹, en Arica y Parinacota prevalece el modelo más conservador²². Destaca en las mujeres asistentes a los diálogos, un interés particular y activo por informarse en temas de sexualidad y salud y en asumir acciones de cuidado.

21. Figueroa, Juan Guillermo y Franzoni, Josefina (2009) Del hombre proveedor al hombre emocional: construyendo nuevos significados de la masculinidad entre varones mexicanos. En Masculinidades y Políticas Públicas: involucrando a hombres en la equidad de género. Aguayo, Francisco y Sadler Michelle (editores). Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en: https://docs.google.com/file/d/0B3FLbfBc-N__NDQwYzhkOTctNzE4ZS00MmlyLWVzYWVtNDkxZTc1NDczNjI5/edit

22. Barker, Gary y Aguayo, Francisco; coord. (2011) Masculinidades y políticas de equidad de género: Reflexiones en torno a la encuesta Imágenes y una revisión de políticas de Brasil, Chile y México. Disponible en: https://docs.google.com/file/d/0B3FLbfBc-N__ZG5Y25YMk1UYk5yZXFzcm1ybnlxZw/edit?pli=1

“Yo en lo personal siempre me estoy informando sobre la sexualidad, me interesa quizás lo mismo, directo que tuve en mi infancia que nunca se me habló de ese tema, siempre me estoy informando, lo mío es sano en salud gracias a Dios soy una persona sana” (MD1)

“Yo me cuido bastante bien, pienso que lo más importante es, aparte de estar en esta tierra viva, uno debe cuidarse su salud” (MD1)

Un elemento que tensiona esta motivación cultural por el cuidado de la salud en las mujeres es que el trabajo remunerado, sumado al no remunerado y/o doméstico las lleva a disponer de tiempos limitados para dedicarse al cuidado de su propia salud. En este sentido, la preocupación y la acción están mucho más dirigidas hacia otras personas que son parte de su núcleo familiar que hacia sí mismas. A su vez, la calidad de los servicios entregados por el sistema público, y el alto costo de los servicios privados, constituyen importantes barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva.

“En los consultorios lo que tiene que disminuir también, es el tema de la espera en la atención, yo me atiendo en consultorio y clínica, tengo que tomar los dos por lo mismo, porque a veces no alcanzo número y tengo mucho ovarios poliquísticos, pero con dolores, así mal así que yo tengo que acudir a mi doctor constantemente, porque en los consultorios, te mandan al hospital a hacer ecografía y ahí ya estamos hablando de más meses de espera” (MD1)

“Yo, continuamente tengo que estar, hoy día me levanté a las cinco de la mañana para que me atendieran si no, no hay atención, porque todo es número al dentista dan seis números y llega cualquier gente a las cuatro de la mañana” (MD1)

Asimismo, las mujeres consideran que los servicios de salud a los que acceden están dirigidos funda-

mentalmente al ámbito reproductivo y no al de la sexualidad ni a la prevención del VIH e ITS. Lo mismo ocurre con el acceso a información respecto a esta materia, pues, cuando existe, se orienta a la prevención de embarazo adolescente. En consecuencia, es extendida la idea del uso de condón como método de prevención de embarazo y no de prevención de ITS y/o de VIH.

“...ellos piensan en comprarse preservativos solamente para no quedar embarazada la niña, no piensan que existe el SIDA y otras enfermedades” (MD1)

“Porque yo lo que he visto se promueve mucho el uso del preservativo es por el embarazo, se ve como objeto de anticonceptivo, digamos, que prevención” (MD2)

Más allá de esto, resulta particularmente preocupante que los insumos preventivos disponibles como los condones, se perciban como de difícil acceso debido a su costo; porque la atención pública resulta engorrosa; o porque no se cuenta con la privacidad o confidencialidad suficiente, ya que es posible encontrarse con personas conocidas en el centro de salud. Asimismo, constituye un alerta importante la percepción de algunas entrevistadas de tratarse de preservativos vencidos.

“En los policlínicos te entregan los preservativos pero te dan un montón de datos, te hacen firmar papeles, te empiezan a preguntar todo, cuando eso debería ser libre y entregarlos en el bien, en cuidado a la juventud” (MD1)

“Yo no sé si a los jóvenes y a las jóvenes le es amigable cómo se les entrega la información, piensa en el consultorio que va la mamá, la vecina, la cuñada, la sobrina, será factible que se sienta cómodo o cómoda recibiendo la información o yendo a pedir preservativos” (MD2)

“Y en las farmacias están vencidos, están vencidos los condones de las farmacias...” (MD1)

Por otro lado, algunos de los contenidos expuestos por las mujeres en las conversaciones señalan que una de las razones de las altas tasas de VIH y de SIDA en la región se encontraría en la falta de políticas de acceso a información y prevención adecuadas, pertinentes, sin juicios valóricos acerca de la vida sexual de las personas. También se señaló la falta de políticas que recojan las particularidades propias de la región y que hayan sido construidas con la sociedad organizada, incluyendo a organizaciones de mujeres.

“...entonces cómo ellos lograron bajar la tasa y nosotros todavía no, porque falta una educación sexual, falta una mayor apertura de los establecimientos de salud en la entrega de la información de que no se juzgue a los jóvenes, ni a los adultos cuando van a pedir preservativos, que se les entrega una gama diversa de medidas de prevención...” (MD2)

“En los consultorios hay un programa que es para prevenir el embarazo adolescente, pero aún así no hacen nada, yo fui a preguntar y dije van a hacer así como esto, como un seminario y dijo “no, no con las conversaciones te van dando panfletos yo digo, y le dije ¿y eso de qué sirve? la gente no lo va a leer”” (MD1)

En cuanto a las fuentes de información, se plantea preocupación respecto a las mujeres que no cuentan con los recursos económicos mínimos para acceder a información a través de la prensa o de Internet para el caso de las mujeres no familiarizadas con su uso o sin acceso a computadores.

“muchas veces se difunden actividades por la prensa y mucha gente no tiene plata para comprar el diario, no es un medio muy, o por Internet, ahora te dicen “ingresen a

la página”, y si la gente que es analfabeta computacionalmente...” (MD2)

En un segundo análisis, surge la familia y los agentes parentales (padres/madres) como una fuente de información para los y las jóvenes, la cual carece de una actitud abierta y no coercitiva o enjuiciadora de la sexualidad, lo que le resta efectividad.

“...los niños les pasa lo mismo, porque se pueden abrir con la educadora y no con los padres, porque los padres antes de que abran la boca ya los están retando pu, yo creo que es a la inversa, primero escucharlos para después reflexionar y darles la orientación, porque si a la primera de cambio tú les llamas la atención, olvídate no te van a hablar nunca más, nunca te van a contar el tema, entonces yo creo que la familia cumple un rol...” (MD3)

Por otro lado, también perciben diferencias entre la población urbana y rural. Para ellas, la población rural sería de cierta forma más inocente y menos abierta al mundo que la población urbana. Además, las campañas informativas estarían destinadas principalmente a la población urbana, sin recoger las particularidades y necesidades de la población rural.

“Pero si la pastilla ya la puedes tomar a los 14 años, ya está abriendo la mente a un niño quizás, yo comparo no sé po, la persona rural con la urbana, la rural todavía están como un poquito más, son pocos los que son más avisados, más despiertos y quizá ellas no, porque salen de la escuela de allá y vienen a la escuela de Arica, se encuentran con otro mundo, con otra gente, con niñas más...” (MD1)

“Y el gobierno, no hace las encuestas, yo creo, donde debería someter las encuestas, dice “no, en rural no hay SIDA”, pero ¿qué parte de rural?

“Putre, Visviri” donde hay solamente adulto mayor, pero no hace las encuestas, no sé en el Cerro La Cruz, y es una población bien potente, bien, hay espacios vulnerables, existe mucho la droga, pero no hacen las encuestas” (MD1)

Las mujeres señalan que un obstáculo para el efectivo empoderamiento respecto a su vida sexual es la escasa información, aunque en general manejen mayores antecedentes que sus parejas por la cercanía que tienen con los servicios de salud. Se perciben a sí mismas con una menor autonomía respecto a los hombres, pero también con una mayor responsabilidad puesto que generalmente se espera que la mujer se preocupe de los temas vinculados a la sexualidad. Esto último estaría asociado a un mayor acceso a los servicios de salud en las mujeres, aunque desde una perspectiva reproductiva, lo que abriría mayores posibilidades para la información y la prevención que estarían negadas para los hombres.

“...Falta de información, porque los hombres también pueden ir a pedir sus preservativos al consultorio, los entregan, los regalan y en el hospital también los regalan, no los cobran; pero uno lo pide como anticoncepción, como un tema de planificación familiar...” (MD1)

Respecto a acceso a información, en particular, las mujeres afrodescendientes mencionan contar con el apoyo y colaboración de redes internacionales específicas, como la Red Afro latinoamericana, Afro caribeñas y de la diáspora.

En un contexto diferente, las mujeres privadas de libertad reconocen un acceso expedito a servicios de salud y mayor preocupación de (o por) ellas en el recinto penitenciario. También otorgan mayor responsabilidad a las familias para la comunicación e información sobre sexualidad y prevención. Es interesante mencionar aquí, que el tiempo que las mujeres privadas de libertad pasan en el recinto penitenciario es un tiempo que les permite preocuparse de sí mismas, realizando los controles de salud que no realizaban antes de ingresar al mismo.

Acceso a información y el rol de la familia

Respecto al acceso a información, las mujeres identifican a la familia como una de las instituciones que debiese encargarse de dicho acceso, promoviendo la

comunicación entre sus miembros. Sin embargo, también identifican las dificultades del diálogo intergeneracional y entre la pareja para cumplir este objetivo.

Las participantes incluyen en el debate respecto al acceso a información a la familia y los valores, calificando de libertinaje ciertas actitudes que identifican en sus hijos, hijas y población joven en general, sin que exista control parental respecto a la sexualidad de los propios hijos e hijas. En ese marco, no queda más que confiar en la educación que les dieron, a pesar de que sienten que sus hijos e hijas viven en un mundo inseguro, no tan sólo por los riesgos asociados a la sexualidad, sino que también por ser parte de un mundo de drogas y alcohol que producen situaciones imprevisibles, donde no hay preparación posible.

“...hay mucho libertinaje en ese sentido, pero también tiene que ver mucho con el sentido de familia, porque ¿Qué hace una niña de 14, 13 años en la calle? y los papás no tienen idea donde está, con quién está (...) digo yo, no saber dónde está su hija y que les de lo mismo, en qué está su hija o con quién está...” (MD1)

“... si uno le permite a los hijos hacer ciertas cosas, con cierto límites, pero qué sabes tú que hace tu hijo de la puerta para fuera, lo único a lo que uno, puede uno, yo lo único que hago en esos momentos... yo apelo a todo lo que le di, todo lo que les he enseñado, todo lo que les he hablado y que les repito y que les canto y me dicen ‘ya me tení aburrída de tanto que me decí’...” (MD1)

Todo esto puede relacionarse con la falta de confianza para establecer una conversación con los padres/madres o adultos cercanos. Las participantes señalan que en sus primeras experiencias sexuales no contaron con información de sus padres, lo que ellas ahora han logrado revertir con sus propios hijos e hijas, en algunos casos. No obstante, no queda claro cuál es la formación que han recibido respecto de la sexualidad, ni tampoco queda claro si manejan información correcta o si están transmitiendo mitos y prejuicios a sus hijos e hijas.

“... están abiertos a todo... los niños... quieren mucho saber... el problema que hay en sus hogares, es eso, la falta de confianza de tocar el tema porque aparte que no todas las mamás o papás están informados también po, bueno yo tengo la suerte de estar informada porque trabajo en el área...” (MD1)

Mujer: “... ver bien hasta dónde pueden llegar, si las cosas pasan a mayores y ustedes no quieren, saber poner límites, saber decir el ¡No!” (...) si yo no quiero no voy...”

Mujer: “Y la prueba de amor que era antiguamente”

Mujer: “Cosas muy fuertes para las niñas, por ejemplo eso...” (MD1)

Percepción respecto a las campañas de información

Las referencias de las mujeres respecto a las campañas de prevención e información muestran que éstas son percibidas como campañas publicitarias que refuerzan una visión estereotipada del VIH, en el sentido de utilizar una especie de caricatura del enfermo de SIDA y, por otra parte, la utilización de un lenguaje metafórico, que no apunta a la comprensión directa y, por lo tanto, a la posibilidad de prevención.

“ya esta es la enfermedad” después “ésta es la otra enfermedad” y llegaban al SIDA y ella estaba en una fiesta muy. O sea, qué onda, todas las personas que tiene SIDA son alegres y andan en las fiestas...” (MD3)

Al comprender que las estrategias de prevención están ancladas en la **institucionalidad** existente, sus reflexiones apuntan también a la existencia de ciertas posiciones de poder, que podrían interferir en la construcción de mensajes y en la construcción de una vida sexual y afectiva plena, sin culpas.

Mujer: “...no se puede hacer nada con las campañas, porque han tratado de hacer y la paran. Si ven una pareja y se ve cierta intimidad, aunque lo hagan en negro, que se vean siluetas y ya es malo, es pecaminoso, pero eso es porque influye la iglesia católica...”

Mujer: “La iglesia católica y la evangélica, todas son iguales...” (MD3)

Las mujeres dieron cuenta además de las transformaciones en las políticas e iniciativas gubernamentales en el ámbito de la educación en sexualidad y la prevención del VIH. En general, se señaló que éstas – a pesar de los cambios percibidos según el gobierno de turno – han sido insuficientes y con poca pertinencia sociocultural, lo que estaría afectando su impacto en la región.

“Si habían muchas charlas en los colegios, en todas partes, y ahora ya no hacen” (MD2)

“Es como un tema tabú y quieren que no haya embarazo adolescente pero al fin y al cabo no te enseñan, no se educa a las jóvenes” (MD2)

En este sentido, las mujeres que participaron en los diálogos consideraron que las políticas y estrategias emprendidas hasta ahora en materia de educación en sexualidad y prevención del VIH tendrían poco impacto debido a que no se han incorporado mensajes claros y directos, especialmente en campañas de comunicación a nivel masivo. Se compara la situación de Chile con la de Tacna, donde las campañas sanitarias de prevención del VIH serían constantes (durante todo el año) y basadas en mensajes contundentes, sobre todo en relación a la promoción del preservativo como método de prevención.

“... ¿por qué en Chile son tan pacatos para hacer las campañas de prevención? ¿Por qué del preservativo no se habla?...” (MD3)

Mujer: “... Yo creo que va a ser muy difícil que en este gobierno se haga una campaña abierta como se debiera hacer”

Mujer: “No porque es un gobierno restrictivo”
Mujer: “Y conservador...” (D3)

Además, las mujeres reflexionan críticamente respecto al carácter centralista de las campañas estatales de prevención del VIH. Enfatizan la necesidad de valorar las capacidades de la región para enfrentar los desafíos de información e intervención.

“Yo lo que digo es que una de las cosas (...) es que todas las campañas de prevención del SIDA a nivel educacional han sido centralizadas en Santiago y no nos permite a nosotros, o sea nosotros debemos ser capaces de focalizar en Arica, porque allá, nos llega el letrero, Arica, Arica” (MD3)

“Nosotros Arica seamos capaces de generar esa forma, una visión más regional, que somos (acusados) habitualmente por los medios de comunicación, como la (...) más alta, pero nos nombran no más, no nos, y la prevención que nos asignan no nos favorece” (MD3)

Dado lo anterior, se evidencia la necesidad de asumir un rol más protagónico desde las organizaciones sociales, las que son identificadas como portavoces válidos para la transmisión de mensajes más directos, lo que estaría legitimado al mismo tiempo, por el conocimiento que tienen de la realidad local.

“...entonces de partida crear un documento que diga las organizaciones, crear un listado de varias y que diga “mire nosotros esto estamos solicitando, estamos demandando” (MD3)

Por otro lado, respecto al acceso a información, se menciona la importancia de diferenciar receptores, diversificar los públicos, no tan sólo centrándose en el mundo adulto, y al mismo tiempo, considerando la ilusión de invulnerabilidad que dificulta la recepción de los mensajes entre personas adolescentes y jóvenes. Es importante esta mención a partir del diálogo de devolución, en el que se habló específicamente de la otredad del SIDA y como esa otredad puede crear

una falsa ilusión de seguridad.

“... siempre cuando hay prevención, siempre se habla de personas adultas, pero no se hace (...) en los niños. Yo creo que sería también, o sea más publicidad, más información, más publicidad...” (MD3)

Mujer: “... A los discapacitados”

Mujer: “A los enfermos mentales”

Mujer: “No será también a la mujer dueña de casa porque tiene ese sistema de “A mí no me va a pasar porque estoy casada”...” (MD3)

Las mujeres también reconocen que puede haber problemas de acceso a información por la propia actitud de las mujeres, es decir, si una mujer es pudorosa o siente vergüenza de tratar estos temas y no se siente acogida, no podrá acceder a la información que requiere. Esta situación sería mucho más evidente en mujeres de origen aymara, donde la cosmovisión pone a la sexualidad en el ámbito privado. Con ello, conversaciones sobre sexualidad en el espacio público se vuelven muy complejas e incluso amenazantes.

Mujer: “Hay gente que está interesada en hacer talleres, ir a hablar, se acuerdan ustedes, de una señora que hablaba del condón, de cómo ponérselo, de todas las cosas, pero hay gente “pucha cómo vas a ir a hablarles de eso”

Mujer: “La gente del altiplano, por ejemplo no creo que sepan”

Mujer: “Uno a veces no sabe, no sabemos, cómo se usa” (D1)

Con ello, se apela directamente a sensibilidades particulares de cada tipo de mujer, vinculadas a su cultura, a la visión de su cuerpo y a las nociones de salud-enfermedad. En este sentido, emerge la necesidad de

acceder a una atención de salud que sea culturalmente pertinente y que promueva un clima de confianza entre el personal de salud y quienes acceden a los servicios.

“No, no me lo creyeron, tuvieron que hacérmelo de nuevo, pero sí me mandó con un varón, yo no le aguanté que me lo hiciera un varón, pedí una matrona” (MD1)

Las mujeres indígenas reconocen su pudor frente a la exposición del cuerpo en el proceso de toma de exámenes.

“Y el tema nuestro de la mujer indígena como somos tan pudorosas, eso hace que no nos vayamos a hacer examen, porque nos da pudor a la mayoría, nos reímos, estamos así y mientras estamos así, podemos estar enfermas. A mí me costó mucho hacerme el papanicolao, (...) hace 4 años, de que mi hija tenía 12 años, de cuando nació...” (MD3)

Una barrera para la educación en sexualidad y la prevención del VIH e ITS estaría también en la actitud de padres, madres y apoderados/as, quienes a veces rechazan que estos temas sean abordados en la escuela. Con ello, se genera una tensión entre docentes y apoderados-apoderadas.

“Hay políticas de gobierno que vienen focalizadas, JOCAS, yo me acuerdo esa vez, donde se les mostró el condón, todo, pero una de apoderados que reclamaron esa vez “¿Qué están enseñándoles a mis hijos?” y al final ya los colegios no quieren tener problemas, ya listo el tema no se toca ¿por qué? Porque los mismos papás están reclamando “ah a mi hijo le están, prácticamente, les están enseñando, los están iniciando” esa estupidez tan grande” (MD3)

Por otro lado, las mujeres identifican en las políticas de educación en sexualidad y prevención del VIH la preponderancia de una mirada heteronormativa

que invisibiliza otras formas de vivir la sexualidad. Con ello, otras necesidades de atención de salud y de acceso a información se ven invisibilizadas también. Esta mirada heteronormativa en algunos casos también sería expresión del estigma y discriminación que funcionarias y funcionarios públicos tienen respecto a la diversidad sexual, incluyendo a las mujeres lesbianas.

“Cuando hablan de derechos sexuales y reproductivos se habla solamente de lo heteronormativo, heterosexual y se deja mucha parte de la población, por ejemplo en el colegio, le van a enseñar a los niños, ya hombre, mujer reproducción (...) la guagua y todo lo demás, pero hay niños que son gay, hay niñas que son lesbianas y quedan así como” (MD2)

“Claro, y en el tono, te lo dicen despectivo, que es lo peor y cosa así y bueno, están descubriendo pu y tengo otra que tiene 18 y te dicen hay pucha te tocó la lesbiana; no se pu me llama tanto la atención, que personas que son profesionales que han participado en capacitaciones con el Servicio de Salud caigan también en esos prejuicios, yo no tengo ningún rollo con eso, como ven que las niñas se me pierden; yo trabajo en un programa que tienen que cumplir condena con trabajos comunitarios, y a veces las chicas se me pierden y bueno voy donde la pareja de ella y le digo y ahí la pesca y la reta y todo, pero no tengo rollo en decir a que es una mujer” (MD2)

Acceso a servicios e información: qué ocurre con las mujeres refugiadas y solicitantes de la condición de refugio

Aunque en general las mujeres refugiadas y solicitantes de la condición de refugio reconocen un acceso expedito a los servicios de salud y educación, también evidencian algunas complicaciones, las que en algunos casos son las mismas que enfrentan las mujeres chilenas. Para ellas, lo importante es que pese a las complicaciones o discriminaciones que deben enfrentar, Chile constituye un lugar seguro en el cual desarrollar un proyecto de vida.

“Bueno la educación, los niños entraron desde que llegaron y la salud si es como un poquito complicada porque, pero igual si nos han atendido si, cuando hemos tenido una emergencia es como complicado acá, pero no sólo para extranjeros, yo veo que para chilenos también, es para todos, todos. Es igual” (MDR5)

“En que a veces usted va, madruga a sacar una cita y se la dan pa un mes o dos meses, y uno la necesita rápido porque está enfermo, entonces yo a mi hijo le saqué una cita, yo vivía en Gallinazo, en la frontera y sólo me daban un día libre, y vine a sacarle cita, vine desde la madrugada, porque allá es difícil coger transporte para Arica y no alcancé, me la dieron para el mes y medio, imagínese ya al mes y medio ya se le había pasado, ya ni lo traje” (MDR5)

De acuerdo a lo que señalan estas mujeres, uno de los principales problemas para acceder a servicios y a información se relaciona con las posibilidades de regularizar su documentación para vivir y trabajar en Chile. A esto se suma el estigma y discriminación que perciben de parte de funcionarias y funcionarios públicos, los que estarían asociados a la condición de extranjeras, y se verían agravados si además se trata de mujeres afrodescendientes, según se explicó anteriormente. Desconociéndose de esta manera el derecho a recibir prestaciones de salud independiente de la condición legal de las personas extranjeras, exponiéndolas a una máxima vulnerabilidad.

“Si igual, igual también en los 10 meses que tengo acá, me negaron el refugio, y estoy ya comprando la visa sujeta a contrata, ya estoy en eso, porque me negaron” (MDR5)

“Acá en Chile, por no tener Rut, no puede como dice ella, no puede conseguir un trabajo de acuerdo a lo que uno es, o sea por ejemplo yo tengo una profesión, mi profesión acá no cuenta, tengo que hacer dos años más para que cuente, qué pasa, uno tiene hijos hay veces que no tengo con qué comer, pagar arriendo y es verdad, a veces creen porque es colombiana,

“ah vienen a prostituirse”, todos dicen y todos porque es lo que uno escucha” (MDR5)

Por ello, frente a situaciones de discriminación y de barreras para la integración, así como para el ejercicio de sus derechos, las mujeres generan estrategias de sobrevivencia principalmente vinculadas a redes, que permiten protegerse y apoyarse entre pares.

“Habemos personas que tenemos familia, tenemos otras que nos hacemos amigas y unas a otras nos ayudamos, nos apoyamos, nos servimos, no nos dejamos morir, y cuando tenemos unas que no somos amigas de Colombia, las hacemos las que vienen acá, pero tenemos unas que las recibimos bien, hay otras que nos reciben mal, como en todas partes” (MDR5)

También identifican redes de apoyo en la población chilena, quienes las apoyan en el acceso a servicios cuando tienen dificultades.

“Correcto, que un día la niña se me enfermó y la llevé a la posta, por no tener Rut chileno, no me la querían atender, me tocó llamar a mi amiga, para que ella fuera y el trato de la que me atendió, no me gustó y cuando llegó ella, la chilena, ahí sí la atendieron y le explicaron educadamente; como yo, porque en verdad no quise discutir, porque igual yo estaba enfadada, porque yo aquí tengo el mismo derecho como lo tiene usted y yo, por ser extranjera y usted chilena, tengo el mismo derecho, porque yo gracias a dios me instruyo muy bien, de hecho me gusta empaparme para que no me pisoteen, porque a veces piensan porque uno no sabe o porque estamos en un país ajeno” (MDR5)

“Mientras tenemos una (...) ilegal, tenemos que trabajar escondido, para qué, para sobrevivir, ayudarnos y ayudar a nuestras familias, pero esto no es lo que estamos acostumbradas a trabajar en Colombia, he hecho más de un amigo, porque nos ven así en todas, en todas las shoperías nosotras, es una

marca que llevamos pero no es así” (MDR5)

Vida afectiva y sexual

Para las mujeres participantes de los diálogos, la vida afectiva y sexual en la región se encuentra condicionada por ciertas características propias del contexto regional, entre las que destacan: la condición de zona fronteriza, el clima y el sistema de trabajo de los hombres (minería, fuerzas armadas) –y también de algunas mujeres– que llevan a que estén largos períodos fuera del hogar. Estas características impactan en la forma de vivir la sexualidad y en las relaciones de pareja. Asimismo, las dinámicas recreativas asociadas al consumo de alcohol, drogas y a la “facilidad” de acceder en Tacna a servicios sexuales, también son elementos que influyen en las dinámicas sexuales en la región, las que llevan a identificar mayor riesgo en términos de salud.

Las significaciones con respecto a la vida afectiva se entrelazan alrededor de sus percepciones con respecto a la crianza, sus relaciones de pareja, sus nociones sobre el autocuidado, la prevención y sus estilos de vinculación (con las parejas, con hijos e hijas, con amistades, en el mundo laboral). Así entonces, se asume la presencia de un mundo afectivo familiar nutrido especialmente por la madre, en donde el padre asume más bien un rol de proveedor casi exclusivo. Por lo mismo, su participación en otras esferas sociales vinculadas a la crianza generalmente es lejana y escasa.

Esta manera de significar los roles afectivos son condicionantes, desde su perspectiva, para diseñar e implementar estrategias de información y prevención del VIH y otras ITS. Esta dinámica de los afectos o de vinculación denuncia también la imagen de un hombre caprichoso en el momento de asumir responsabilidades o posiciones claras respecto a ciertas temáticas vinculadas a la sexualidad y afectividad. Estas percepciones varían su frecuencia o intensidad al agregar la variable edad de estos “hombres” (hijos adultos que son tratados como niños o parejas/maridos adultos que son tratados como ‘jefes’), los que pueden ser más o menos cariñosos, más o menos comprometidos con la crianza y con su pareja y más o menos responsables de proveer al hogar.

Al mismo tiempo, se deja ver en el relato de las mujeres una dinámica sexual y familiar marcada por las condiciones laborales que significan largas ausencias de alguno de los miembros de la pareja y las condicionantes geográficas, ligadas con el clima y la situación de frontera que generan nuevas maneras de significar, validar y normalizar la vida en pareja en la región.

Características de la región y vida sexual y afectiva

En relación al sistema productivo y de trabajo de la región, éste opera sobre la vida sexual de los y las ariqueños, al establecerse sistemas de trabajo y turnos que obligan al traslado de los hombres por períodos más o menos extensos fuera del hogar. Ello genera discontinuidades en la vida sexual de las parejas, así como la sensación de desconfianza por lo que ocurre en los intervalos.

“...el matrimonio es diferente (en Arica) (...) de verdad que los maridos se van para fuera, tienen sexo afuera y llegan acá y también tienen sexo con las esposas, son machistas, es una vida sexual machista, porque la mujer no le puede decir al hombre que no” (MD1)

“No hay marido, porque los maridos se van a trabajar a las minas y se quedan con las otras minas [risas] y se olvidan que tienen, que tienen señoras y que tienen hijos, se quedan por allá, existen muchos días no (...)” (MD2)

“Hay otros hombres que no extrañan mucho a las mujeres porque se quedan revoloteando por allá” (MD2)

“Mi marido trabaja, viene dos veces al mes y ahí la relación se echa a perder en ese sentido, no lo ves todo los días, no sabes lo que hace, se pierde la confianza” (MD1)

En este sentido, que hombres y mujeres desarrollen una vida sexual en paralelo con otras parejas es una posibilidad frecuente durante estos períodos de separación. Las mujeres perciben que la actitud de algunas

mujeres de Arica cambia en este período en que sus maridos se encuentran ausentes.

“...hay mujeres que se aprovechan de la situación y hay hombres que también se aprovechan de la situación. Hay mujeres que están claritas que es su marido y hay otras que no...” (MD2)

Mujer: “Si, no po, si escuchar lo mismo de ahora “No si yo tengo que llegar porque mi marido trabaja en las minas y llega los 7 días acá entonces yo no puedo salir en los 7 días”

Mujer: “Eso es lo que he escuchado, muchas mujeres que de las minas, que los maridos, los 7 días son re sueltas y los otros 7 días no salen “no estoy para nadie, solo me guardo para él porque son 7 días” yo a muchas mujeres las he escuchado, no quieren ni que vayan a golpear la puerta” (MD2)

Tacna, ciudad fronteriza, aparece en el imaginario colectivo como un territorio que otorga libertad sexual y mayor facilidad para desplegar conductas que no se permiten en la vida social ariqueña, como por ejemplo el comercio sexual o las relaciones paralelas.

“No, pero tú decis no te conocen, pero [risas] si la mitad de Arica se va pa allá (...) Y por último si te ven, lo comió y lo bailao no te lo quita nadie” (MD1)

“Hay mucha prostitución allá, entonces los hombres chilenos, no sé ahora, pero hubo un tiempo, pero te lo digo por mi hijo, porque escuchaba a los amigos que se iban a un lugar a Tacna, y era un lugar insalubre, porque llevaron un video que lo captaron de un celular, y ahí se ve un galpón pero grande y puras (...) oye hacían fila y entraba uno, salía el otro, como lo más normal y barato porque les salía como tres, no, le salía como mil pesos un mamón” (MD1)

El comercio sexual es percibido como una actividad donde se ven involucradas personas “socialmente respetables” que se permiten en ese lugar, conductas sexuales de exploración, constituyendo un espacio

significativo para la vida sexual de la región.

“Es que de noche si tú sales a los lugares que frecuentan trabajadoras, prostitutas, hombres y mujeres, hay muchos jóvenes también que ejercen comercio sexual, porque tienen (...) en la noche tú ves abogados, jueces, enfermeras, médicos, de todo buscando vivir experiencias nuevas y es porque socialmente no está bien visto que ellos compartan con gente que no son de su nivel o con gente que (...) son demasiados prejuicios” (MD2)

Respecto al consumo de drogas y alcohol, esta conducta es vista como un factor que determina también las dinámicas sexuales de la región y conlleva un riesgo para la población. El consumo de drogas complejiza la posibilidad de ejercer prácticas preventivas, interfiriendo en la conciencia sobre la prevención, lo que influye necesariamente en las conductas. Con ello, la gestión del riesgo se ve obstaculizada cuando las personas están bajo la influencia de alcohol y/o drogas.

La droga es tal vez una de las situaciones que más convoca consensos al hablar del tema de la protección frente al VIH, otras ITS y embarazos no planificados. Aparece en los discursos el tema de la responsabilidad frente a la propia salud sexual y reproductiva, especialmente en población adolescente y joven.

“... la droga, porque la droga está, de repente es repetitivo, pero está en todos lados y la droga deja tan en blanco a una persona que no sabe qué es lo que está pasando, o es tanta la adrenalina, que la única forma es tener sexo... no les interesa con quién, pero el tema es tener ese placer y no lo hacen como, por lo menos como a una le han enseñado desde chica, que el tema de la relación debiera ser por amor y no por una sensación. Pero en este momento en Arica es por placer, pero ligado a la droga y al alcohol...” (MD1)

“...en Arica tenemos (...) drogas y es muy fácil

que consuman marihuana, que consuman pasta base, entonces eso también deteriora la pareja, se distorsiona, por eso hay muchas mujeres, muchos hombres que buscan tener relaciones sexuales pagadas, con la marihuana, con la pasta base porque caen en ese círculo” (MD2)

Las mujeres distinguen diversidad de formas de vivir la vida afectiva y sexual, esta diversidad es percibida como una característica propia de la ciudad de Arica. Aparece, además, la diversidad entre las mujeres y cómo los distintos tipos de mujeres viven su vida sexual, la que puede ser distinta según la edad y la ocupación.

Mujer: “como lo que decía ella, están los amigos con ventaja”

Mujer: “La vida es ahora como que la pareja tiene menos [informalidad]”

Mujer: “Es que yo creo que más se da acá en Arica, si acá se supone tenemos la tasa más alta de sida, pero no sólo en Arica, porque yo he viajado a Calama y en Calama igual. Pero he viajado a Tocopilla y en Tocopilla no, tengo conocidas ahí y dice que allá es todo más tranquilo” (D2)

Mujer: “yo he conocido mujeres, mujeres mayores de 45 años, y dicen que van a bailar, para encontrar algo rápido no mas y listo y felices, ya ellas no tienen hijos chicos”

Mujer: “pero lo pasan bien, toman un trago y tiene que ver con eso también, una cosa es lo afectivo y otra cosa es lo sexual, acaso tú no tenís que estar enamora pa’ pasarlo bien” (D2)

“Pero también se está dando en minas que están estudiando, trabajando, o sea minas independientes que no están ni ahí con amarrarse todavía” (MD2)

La mantención de parejas sexuales exclusivas sería difícil considerando el contexto descrito en la región.

Las mujeres señalan que serían los hombres los más propensos a ser “infieles”, lo que estaría relacionado con el modelo de masculinidad hegemónico, donde el acceso a múltiples parejas sexuales es considerado una señal de hombría. Las mujeres participantes en los diálogos señalaron que los hombres en Arica aprovecharían cualquier “oportunidad” para tener relaciones sexuales con una mujer, ya que “la ocasión hace al ladrón”. Al respecto, llama la atención la idea de delito asociada a la mantención de múltiples parejas sexuales, especialmente si son simultáneas.

“...en Arica... se ve mucho y también los poderes porque el jefe... caen en el jueguito, igual tienen pareja, igual tienen señora en su casa, pero en el trabajo es otra cosa, sobre todo si tienen autoridad, con mayor razón y otra que lo escuché de un mismo jefe, hay mucha mujer sola, entonces era que la ocasión hacía al ladrón, un poco más, daba a entender eso por lo que decía...” (MD1)

*Mujer: “... yo creo que los dos miran. Las mujeres están más osadas”
Mujer: “En todo sentido, en lo sexual, moral”
Mujer: “Se atreve más...” (D1)*

“... fue buen esposo y buen papá, dónde cometió error: mujeriego, era mujeriego, le di como 3 o 4 oportunidades, la última no le aguanté, y lo seguí, entré a tal casa y le pregunté y me mintió... le dije “tus hijos o la otra”, siempre decía “la otra”, “me estai echando de la casa -¡sí! Te estoy echando” eso fue...” (MD1)

En consecuencia, se percibe que la sexualidad en Arica es vivida por el conjunto de la población “con egoísmo e irresponsabilidad”. Además, convive un discurso conservador (patriarcal) y una práctica sexual contradictoria con dicho discurso. Asimismo, tanto hombres como mujeres no implementan medidas de protección de su salud sexual y reproductiva y falta comunicación para conversar sobre temas como el placer y la satisfacción sexual de la mujer y de las parejas en general.

“Porque a la gente no le interesa, no le importa, es irresponsable” (MD1)

“Entonces a las finales tenemos una sociedad muy “cartucha”, pero que la final no es tan cartucha por que si tenemos la cantidad de VIH que tenemos, no es tan cartucha” (MD2)

Sin embargo, algunas mujeres establecen para sí mismas mecanismos simbólicos de protección frente a la forma en que perciben la vida sexual en Arica, siendo uno de ellos el enamoramiento. Si bien se observan muchas posibilidades de tener sexo en la ciudad, este interés y posibilidad se encuentra más en el hombre que en la mujer, en vista de que persiste entre las entrevistadas la idea de que si ellas se enamoran, tendrían una pareja sexual exclusiva. Con ello, el sexo sin protección deja de percibirse como un riesgo, lo que aumenta las vulnerabilidades en las mujeres. Esta situación no ocurre de igual forma con los hombres, quienes son percibidos como siempre dispuestos a tener relaciones sexuales con múltiples mujeres, estén o no enamorados. Con ello, el uso de preservativo aparece como una medida de prevención de embarazo más que de prevención frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Cabe señalar que esta idea del amor romántico ha sido estudiada y considerada un factor de vulnerabilidad ante el VIH e ITS, principalmente en mujeres²³.

“... la mujer cuando está dentro del matrimonio, es como supuestamente su relación por amor y no usa preservativo, el preservativo lo usa para prevenir un embarazo, pero no para prevenir una enfermedad, tampoco se lo exige...” (MD1)

“... el pensar que nunca me va a pasar porque, no sé pienso que él también está de igual forma enamorado de mí, que yo no veo necesidad de usar preservativo...” (MD1)

Por otro lado, y en un segundo momento de análisis, la dificultad percibida respecto a hablar sobre sexualidad se releva, en el contexto de una sociedad que tie-

23. Paterson, Gillian (1997) El Amor en los tiempos del SIDA. La mujer, la salud y el desafío del VIH. Imprenta Aldecoa, Burgos.

ne un discurso predominantemente conservador, que va transmitiendo y replicando patrones de comunicación en los que la vida sexual se vive, pero no existe la posibilidad de conversaciones abiertas y fluidas sobre ella. De hecho, esta actitud se manifiesta también en la oposición de muchos padres, madres y apoderados/as por abrir espacios de educación sexual en los establecimientos educacionales de sus hijos e hijas.

“Yo creo que todavía nos cuesta hablar de sexo, estamos acá, pero igual nos cuesta, nos cuesta mucho hablar, a lo mejor a los jóvenes no, no lo sé. Yo creo que igual les cuesta a las jóvenes y los jóvenes porque nosotras mismas somos modelos y vamos replicando los modelos: modelo pacato, que nosotras hemos aprendido, a lo mejor no nos han enseñado, pero son los modelos que hemos aprendido, sin que nos enseñen.” (MD3)

“La educación sexual dentro de los establecimientos escolares es fundamental o esencial, porque también desde las familias apoyen este tipo de educación, porque cuando nosotras tratamos de ir a los colegios a implementar el uso del preservativo, las (ETS), muchos papás se enojan, lo toman como si fuera (...), “pero cómo permiten que mi hijo” (MD3)

Resulta ilustrativo el hecho que una de las principales dificultades de prevención sea justamente la imposibilidad de plantear explícitamente los riesgos y la prevención, con parejas estables u ocasionales.

Frente al conocimiento acerca de las altas tasas de VIH y de SIDA en la región, algunas mujeres consideran que no se está tomando conciencia, por lo tanto, dichas tasas tampoco afectan la forma en que la vida sexual se experimenta en Arica. Esto, porque a pesar de reconocer el riesgo, no se siente como algo cercano, sino un acontecimiento que le puede ocurrir a otros y otras que sí se encuentran en un alto riesgo. Sin embargo, en otros casos, la alta prevalencia del VIH genera miedo a la vida sexual activa. Con ello, las personas en Arica y Parinacota viven su sexualidad en un marco contradictorio, donde en las prácticas sexuales el riesgo permanece obviado. Ante las altas cifras de VIH y SIDA, lo que aparece es la tendencia a situar la epidemia en “el otro”, de modo de protegerse a sí mismas de la posibi-

lidad de estar en riesgo o de haber adquirido el virus.

“A mí me da miedo, yo llevo separada 3 años pero me paso todos esos rollos, de contagiarme de algo, porque yo conozco a personas que tienen SIDA y son súper descuidadas con su vida.” (MD1)
“Porque la gran mayoría, que no ha tenido cerca a nadie con SIDA o con una enfermedad sexual, piensa que jamás le va a tocar” (MD1)

La vulnerabilidad según las mujeres

Las mujeres de Arica viven su sexualidad en un marco contradictorio, donde los discursos no son coherentes con las prácticas y donde el propio riesgo permanece obviado, incluso en personas adultas. Ante las altas cifras de VIH y SIDA, lo que aparece es la tendencia a situar la epidemia en “el otro”, de modo de protegerse a sí mismas de la posibilidad de estar en riesgo o de haber adquirido el virus: se piensa que son “los otros” los vulnerables, por tanto, ellas no se ubican en este escenario de sexualidad abierta que presenta la ciudad. Su narrativa se plantea desde afuera, como observadoras periféricas, por tanto, la sexualidad que se vive hoy no tendría que ver con ellas. En general, los ‘peligrosos’ son personas ajenas a ellas (‘a mí’) por alguna característica particular: concriptos, hombres, pobres, drogadictos, homo o heterosexuales, mujeres colombianas afrodescendientes o trabajadoras sexuales. En ese marco, tampoco se observan como sujetos de riesgo o vulnerabilidad (‘son los otros los que tienen conductas riesgosas’). Esta dinámica es frecuente en relación al VIH y a otras situaciones que producen estigmatización.

“... nos cuidamos, yo creo que sí, la juventud también como que bastante más que antes de, por decirte, “no quiero quedar embarazada”... (MD1)

Mujer: “... yo creo que es como más (por la cosa) de la droga, porque ahora tanto las chiquillas como los chiquillos ya el hecho de fumar, ya pierden los estribos, se pierden totalmente a ellos no les importa estar con un chiquillo, con

otro... yo he escuchado hablar de las (discos)”

Mujer: “No, ahí pasa de todo, pasa de todo, mi hija a mí me cuenta”

Mujer: “Y qué crees cuando pasa de todo, ¿Tienen sexo con cualquiera?”

Mujer: “Sííí”

Mujer: “¿Ahí en la calle?”

Mujer: “En la calle, en los vehículos...” (D1)

Existe el mito que son éstos (todos los ‘otros’ y las ‘otras’ distintos y distintas a mí) quiénes provocan los riesgos para las personas chilenas, especialmente quienes son afrodescendientes colombianos, ya que se cree que por ser ‘negros’ tienen mucha actividad e interés sexual. Aparece también en los discursos la posición crítica frente a esta percepción, fundamentalmente en dirigentas con trabajo en VIH y las propias mujeres afrodescendientes. Otras poblaciones que son consideradas más vulnerables ante el VIH son las personas que usan drogas en general, los hombres que tienen múltiples parejas sexuales (“mujeriegos”) y los conscriptos.

“... no es por discriminar, pero quizás las poblaciones más vulnerables es donde está más la droga, es ahí donde empieza la droga, y esos son los, porque una los drogadictos no se alimentan, entonces sus defensas son muy bajas. La necesidad de tener una pareja, no interesa con quien, yo creo que hasta ahí son homosexuales, heterosexuales, el drogadicto va en todas” (MD1)

“... los hombres que tienen plata, los que son más pobres y los hombres mujeriegos...” (MD1)

“... los conscriptos están hasta ahora, por lo menos en Arica, están cero SIDA, el SIDA estaba en el otro grupo de jóvenes...” (MD1)

“... las mujeres dueñas de casa y ahí fue donde recién, no sé pu me habrán sacado la venda de los ojos, que no tenía idea que era la mujer dueña de casa, la con más SIDA... yo misma

quizás estaba estigmatizando a mi misma población afro descendiente, que eran las mujeres colombianas” (MD1)

“... extranjero es el menos con SIDA, también, la estadística de la región Arica Parinacota, el SIDA se, está en la gente que vive y es ariqueña por decirlo así...” (MD1)

Las participantes aceptan que las mujeres que ejercen el comercio sexual se encuentran más protegidas, en vista de que han adquirido más conciencia de los riesgos que corren y porque hay una institucionalidad en salud que hace que deban cumplir regularmente con controles, generando la percepción de que se trata de un grupo que tiene mejores prácticas de autocuidado.

“...Ellas están más protegidas, se cuidan más porque están más conscientes de adquirir enfermedades...” (MD1)

“... Usan preservativos, se hacen exámenes periódicamente, a diferencia de la mujer de casa cuando está enamorada...” (MD1)

Si bien las mujeres reconocen que toda la población está en riesgo de contraer VIH e ITS, consideran que las mujeres casadas tendrían un mayor riesgo “por su confianza” en la relación con su pareja estable y porque perciben o utilizan el condón exclusivamente para la prevención de embarazos. La pareja estable aparece como un espacio donde no es posible implementar medidas preventivas asociadas al uso de preservativo, o a la posibilidad de conocer la situación serológica del otro, ya que frente a la duda o la prevención la pareja reacciona negativamente.

“El marido no le va a decir, bueno ahí es diferente, no le va decir pónete un condón” (MD1)

En este sentido, la propuesta de uso de condón en la pareja se asocia a temores vinculados a reacciones de desconfianza y posibles consecuencias de violencia. Asimismo, se plantea que en ocasiones es conversado su uso, pero no en el momento de tener sexo, sino que en otras situaciones; por lo que, al momento de

la relación sexual no se retoma la conversación previa.

“No, no me animo. Pero yo me paso todos esos rollos, aparte de que me paso todos los otros rollos de que ah, que va a ser igual que mi marido, que me va a gritar, me va a insultar...” (MD1)

“... Lo conversamos, pero no usamos el preservativo, no sé, de repente lo conversamos por conversar, pero estamos serios, pero llegado el momento nunca usamos preservativo y la matrona, a mi por lo menos allá en la posta de San Miguel, cuando voy, porque yo no pido pastillas anticonceptivas, me da un lote de preservativos, claro lo dan gratis, no tiene costo, pero no los uso...” (MD1)

Respecto a la exigencia de contar con preservativos para la actividad sexual se levanta el muro de la negación de los hombres para usarlos, momento en que se debe contar con que la mujer sea lo suficientemente asertiva y lo pida a su pareja. Esto sucede aún en el marco del temor que existe en la población de adquirir VIH. El preservativo es también un punto de discordia incluso como mecanismo de prevención del embarazo, aunque pueda ser más aceptado en ese caso.

“... pero hoy en día, las mujeres, aunque sea en un matrimonio constituido, debe exigir uno, porque nadie sabe donde su esposo (...)” (MD1)

“... se puede exigir, depende de la mujer...”

“... No se puede, el hombre no le gusta...”

“... El hombre no se lo va a colocar...” (MD1)

“... hubo un momento que tuve que reposar de las pastillas y me dio condones y me dijo que me cuidara un mes con eso y se los di a él... y él se enoja, no le gustó... por eso era más lo del condón, no eran tanto por enfermedad, sino por prevenir el embarazo, porque yo no quería tener más guagua...” (MD1)

Los hombres son percibidos como “machistas”, controladores y dispuestos a situaciones de exploración sexual e infidelidad. Esta situación, sumada a la poca motivación masculina por el uso del preservativo, genera situaciones de riesgo importantes, percibidas también por las mujeres privadas de libertad quienes ven agravada esta situación por las escasas posibilidades que tienen de incidir en la vida sexual de la pareja cuando ésta se encuentra fuera del penal.

“Siempre está su mente y sus ojos, mirando en otros lados y no a la persona que tiene al lado” (MD1)

“...es muy difícil que los hombres acepten usarlo o acepten “cuidarse” (MD4)

“los hombres parece que agarran cuando tienen la oportunidad, sin pensar en nada más, se tiran no más y de esta forma no estarían protegiendo a la mujer...” (MD4)

Sin embargo, las mujeres participantes de los diálogos refuerzan el valor de los condones para la protección activa frente al VIH e infecciones de transmisión sexual. En los discursos, se considera que el preservativo masculino contribuye a experimentar una sexualidad más plena.

“entonces todas estamos en riesgo, qué nos protege y cómo nos protegemos. Yo pienso que la mujer tiene que a la edad que sea, usar condón. Cuando uno tiene sexo yo creo que es lo principal, o sea (...) por obligación, por amor, por lo que sea...” (MD3)

“Lo que dice ella yo estoy de acuerdo, porque pienso lo mismo una no está libre. Ahora, una puede tener, tener la confianza en la persona, pero no podí estar al ciento por ciento segura, ahora tú podí estar con una pareja, el hombre se molesta, yo le digo “lo siento, si queri estar conmigo teni que usar si no, no”, no soy mala, pero o sino que obvio; tú va a saber si la persona es leal a mí” (MD3)

“(...) no es tanto por el hombre, ponte tú uno no sabe, uno también puede ser infiel” (MD3)

Las mujeres también se preguntan si realmente existe la posibilidad de vivir una vida sexual abierta y libre, si se encuentran lo suficientemente empoderadas o si existe un discurso liberal y prácticas que en realidad reproducen la sumisión de la mujer en ese ámbito.

Mujer: “pero estamos así como tan libres, estamos tan empoderadas para decir eso no me gusta, hagámoslo así, o que te parece así”

Mujer: “pero estamos tan liberales, para que quede claro que quieres lo que te hagan, para poder disfrutarlo”

Mujer: “yo creo que por acá puede ser mejor, la confianza, la comunicación, de que si la mina es como muy experta de lo que quiere, el pololo la toca, lo que te lo perdiste y es como ¡yaa!” (D2)

Esta reflexión respecto al empoderamiento de las mujeres, también se vincula a la posibilidad de decidir respecto a las circunstancias y lugares en que se tiene sexo. Perciben que no sólo no están totalmente empoderadas respecto a sus derechos, sino que también en relación a la posibilidad de ejercer su sexualidad.

“Tampoco estamos empoderadas de los derechos, mientras vamos a la disco que es mas lejos, hay que caminar más que la “chucha” para llegar, y después, ya ok pero piola” (MD2)

“Bueno y a parte de lo del consultorio, también tenemos el tema del hacinamiento, como ya no hay terreno para construir viviendas, hay muchas familias que están viviendo totalmente aglutinadas y hay casas, que son pequeñas, que cada vez son más pequeñas” (MD2)

El factor generacional

Un elemento significativo que aparece, se relaciona con los cambios generacionales al momento de abordar la vida sexual. Se percibe que las personas jóvenes tienen una menor posibilidad de control y de gestio-

nar su vida sexual. Sin embargo, esta creencia podría estar manifestando la tendencia a situar al VIH en “el otro”, tal como se señaló anteriormente. Con ello, las personas se protegen a nivel simbólico (“a mí no me va a pasar”), lo que constituye un factor de vulnerabilidad, ya que obstaculiza la adopción de conductas preventivas. Esta situación es más evidente cuando se trata de población adulta mayor.

“El joven, su parte, su química del cuerpo, es como muy impulsiva, entonces el joven no tiende a pensar, bueno uno ya con sus años tiene que pensar (...) todo eso el cabro no, es una cuestión de calentura, no piensa, porque si dijera programado “ya el viernes nos vamos a ir a acostar” no, se empilucharon se calentaron y listo” (MD1)

“...tampoco ellos piensan que pueden adquirir VIH o pueden adquirir otras enfermedades de transmisión sexual porque ya están viejos “para qué voy a usar condón, para qué me voy a proteger, no los jóvenes son los que se tienen que proteger, las jóvenes son las que lo tienen que hacer”, la protección es de cada uno, y de cada uno en distintos grupos etáreos, porque la responsabilidad está en cómo tú tienes relaciones sexuales...” (MD2)

Las personas jóvenes son vistas como los ocupantes privilegiados de “lugares riesgosos” en los que tienen sexo, identificados principalmente como espacios públicos. Por lo tanto, ellas serían las más expuestas y más vulnerables. No obstante, se enuncian ciertas distinciones entre personas jóvenes (hombres jóvenes versus mujeres jóvenes), radicadas en el saber o no saber actuar en ese escenario, donde las mujeres jóvenes serían más propensas a ‘perder el control’, debido a su menor resistencia al alcohol y a las grandes cantidades de consumo, convirtiéndose así en un sujeto más vulnerable que el hombre joven. Se percibe que para las personas jóvenes la fiesta o el “carrete” se asocia a tener encuentros sexuales casuales. El problema es que no son conscientes de los riesgos asociados, lo que ocurriría tanto en hombres como en mujeres. Esto aparece como distinto y opuesto a relaciones convencionales, conceptualizadas como ‘normales’ en las que se asocia el sexo con amor y con el conocimiento mutuo.

“... es que la mujer no sabe tomar, pierde al tiro el control, dos o tres copitas y ya estamos arriba de la pelota... en cambio la mujer no, está como recién y como que se envalentona cuando está en grupo, si pa qué estamos con cosas, están todas ahí como “ehhh” todas arriba de la pelota...” (MD1)

“... yo una vez fui, paseando a unos familiares, en una discotec se supone que una va a bailar y empieza el show, con el, cómo se llama, como se llama cuando empiezan a sacarse la ropa... stripis, claro, de hombre o de mujeres, al final a la persona que elige del público, terminan teniendo sexo ahí mismo...” (MD1)

En esta línea, jóvenes, droga, sexo y alcohol, forman una ecuación para una vida sexual activa y aparentemente llena de riesgos, que no es directamente repetible o extrapolable para la población adulta, y en caso de que suceda, no es directamente observable o lo es periféricamente.

“... miramos toda la cosa, la pasamos bien, pero de repente empezamos a ver cosas, no todas caen en el mismo saco, porque hay muchas personas que van con buenas intenciones, van con sus parejas o van a pasarla bien simplemente, no van a hacer otro tipo de cosas; y después vimos personas que ya, eran casadas y estaban ahí con otras personas, pero se empiezan a ver cosas que una no se imagina... entonces fue como raro, pero es la realidad...” (MD1)

También desde una perspectiva intergeneracional, es interesante mencionar cómo algunas de las mujeres participantes, al hablar de prevención trasladan la conversación a la forma en que ellas ven la prevención en otros y no en sí mismas. De esta forma el cuidado de sí mismas se traslada hacia el cuidado de sus hijos e hijas.

“... yo veo mi hijo, es picaflor, entonces yo siempre le estoy diciendo como mamá, hijo cuídate, e incluso he comprado, voy a la farmacia, antes me daba vergüenza ahora no, voy y compro

preservativos y se los regalo...” (MD1)

Se percibe, en algunas referencias, una práctica instalada de tratar al varón como si fuera un “bebé”, lo que hace persistir en la idea de que los hombres son hijos de mamá, quien debe protegerlos ante cualquier trance, lo que de algún modo imposibilita que se instalen prácticas autónomas de autocuidado entre ellos y hace que las mujeres/madres no se ocupen de sus propios riesgos y vulnerabilidades.

“... yo lo cuido a él, y yo creo que todas las mamás deben hacer igual, porque aunque sea mayor de edad, es hijo de uno...” (MD1)

“... veo a mi nuera tiene arriba de 40 y mi hijo tiene 38 recién cumplidos, yo veo un lolo a mi hijo, un niño, un único niño y una niña tengo, entonces para mí son tesoros que yo tengo que cuidar, por eso los compro yo, antes me daba vergüenza llegar a la farmacia, pero ahora no...” (MD1)

Surge una preocupación aún mayor cuando las mujeres son madres de hijos homosexuales y lo saben, ya que perciben un mayor riesgo para ellos.

“... yo tengo un hijo que es gay, ya lo acepté así, en su momento me lo dijo, yo siempre tuve la preocupación, o sea para mí es un tormento pensar qué mi hijo pueda contagiarse, yo converso con él, trato de decirle hijo cuídate, no, no sé para mí es complicado...” (MD1)

Siempre las instancias de conversación y de sincerar las prácticas sexuales de hijos e hijas constituyen un momento de tensión, que se identifica como necesario, pero que es difícil de realizar, pero cuando se logra es valorado.

“... tengo hijas mujeres y para mí fue fuerte poder conversar con ellas y decirle que ya son mayores de edad y que se cuiden, que usen preservativo en la cartera, porque uno no sabe, ella está tan enamorada de su pololo, yo

le digo, de repente uno no sabe si el pololo estuvo con otra persona, tienes que cuidarte, no importa que él no quiera, lo usas...” (MD1)

Por otro lado, también hay mujeres que consideran que las personas jóvenes pueden ser más permeables a incorporar conductas preventivas que las personas adultas. Sin embargo, en la población joven el cuidado estaría más relacionado con la mantención de mandatos culturales convencionales, como lo es la idea de llegar vírgenes al matrimonio en las mujeres. Esto ha llevado a que se privilegie, por ejemplo, la mantención de prácticas sexuales anales y evitar tener relaciones sexuales vaginales. No obstante, la poca conciencia de riesgo y de vulnerabilidad ante el VIH y las ITS se traduce en que no se usa preservativo. Así entonces, el objetivo principal del “cuidado” pasa a ser la “mantención de la virginidad” y la prevención del embarazo.

“Para los jóvenes es mucho más fácil adquirir la costumbre de usar preservativo en sus relaciones sexuales y en las personas adultas cuesta, “no es que no se siente lo mismo, es como usar un calcetín” y un montón de tonteras que le inventan y al final de cuentas te das cuenta que cambiar la visión de los jóvenes es más fácil...” (MD2)

“...en el caso de ser una mujer joven por protegerse del embarazo prefieren hacer sexo anal, con más tranquilidad.” (MD3)

El dominio de la visión heterosexual y heteronormativa

Otro aspecto significativo que es identificado por las mujeres, se relaciona con una visión predominantemente heterosexual en la sociedad que invisibiliza las situaciones y necesidades propias de la diversidad sexual (orientación e identidad sexual). Ello también se asocia a la poca validación de la diversidad sexual en el país y también en Arica, marginándola socialmente.

“...por qué no reconocer que somos diversos, que existen distintos tipos de género que están las trans, están los transgénero, están las lesbianas, están los homosexuales, los bisexuales, los hombres que tienen sexo con hombres que no se consideran homosexuales, entonces por qué no ver eso y visibilizarlo y verlos a los heterosexuales dentro de ese grupo, yo decía que todos estuviéramos en el mismo grupo, no que los heterosexuales se quedan afuera de la diversidad sexual” (MD2)

“Se casan salen del closet, después lo volví a ver y, uno pone más atención, en ese entonces existía una travesti acá en Arica, no era una trans, porque tenía pechuga también, y se subió al auto y a mí se me cayó porque todo el mundo sabía que era gay y él era un hombre bien casado, sus hijos, conocido...” (MD2)

En un segundo análisis, esta predominancia del modelo heteronormativo se percibe como un factor de vulnerabilidad para los y las jóvenes con una orientación e identidad sexual diversa, dificultando su proceso de asunción de una identidad y sexualidad integrada al mundo social que sea aceptada y percibida como normal.

“...siempre tenemos la visión heterosexual de las relaciones, sí, porque disponemos que los hombres tienen que ser con las mujeres y las mujeres con los hombres y también hay una diversidad y los jóvenes que son homosexuales, “no esto es una enfermedad, no yo debo estar enfermo y no es normal, (...) También eso provoca que muchos jóvenes se abran a la vida sexual con depresión y que traten de suicidarse y que (...) que están locos, les hacen bulliyng en el colegio, porque también la normativa a ser heterosexual, es la normativa con la que nosotros hablamos y desde los adultos hacia los jóvenes, nunca vemos la visión que ellos tienen, los escuchamos pero a medias, porque siempre tratamos de imponer nuestra visión como adulto...” (MD3)

Llama la atención la poca presencia en los discursos de alusiones respecto de la situación de mujeres lesbianas. De alguna forma, no están siendo asociadas a la vulnerabilidad ante el VIH, pero tampoco aparecen en las reflexiones acerca de problemáticas que enfrentan las mujeres en el ámbito de la sexualidad.

Mujeres refugiadas y solicitantes de la condición de refugio

Las mujeres refugiadas y solicitantes de la condición de refugio son consideradas simplemente como “extranjerías”. En este sentido, las mujeres participantes de los diálogos no hacen distinción respecto de mujeres refugiadas y de mujeres migrantes. Menos aún conocen el concepto de “solicitante de la condición de refugio”. Esta situación es preocupante si se considera que Arica es la puerta de ingreso más importante del país y que existe un número significativo de mujeres que solicitan la condición de refugio debido a que están huyendo principalmente de conflictos armados y de persecuciones de bandas de narcotráfico.

Las mujeres que son refugiadas o que están solicitando la condición de refugio perciben que en Chile las personas y las relaciones de pareja son más liberales que las que ellas han vivido en sus países de origen. También señalan que en el caso de Chile se ve una relación muy estrecha entre madre e hijo, lo que dificulta las relaciones de pareja cuando éste ya es adulto y ha constituido su propia familia. Perciben además una tensión entre las formas de relacionamiento entre hombres y mujeres, padres e hijos y lo que se espera del comportamiento de unos y otros, es decir, perciben un doble estándar.

“Si, son harto distintos, son más, más [hace una pausa] más fríos, como más machistas, no sé... el hombre chileno es muy atendido y es muy, muy de la mamá... pero acá no, acá todos los días y las mamás iguales “ay mi niño” y quieren estar ahí y como que a uno lo ahogan” (MDR5)

“Es que, es como raro, porque acá, como le explico acá, es que acá a un niño pequeñito lo escucha diciendo palabrotas, hablando de cosas que nada que ver, pero no son

educados sexualmente, entonces es algo muy equivocado lo que tendrían que aprender (...) y uno siempre enseña que el hijo lo respeta a uno pero igual uno tiene que charlar con él y como explicarle igual en los colegios enseñarles sobre la educación sexual, sin que eso lo tomen como vulgaridad” (MDR5)

También perciben el comportamiento sexual que se vive en la región asociado al trabajo con turnos de la minería y cómo este produce ciertas formas de intercambio sexual. Este modo de comportarse lo confrontan con la discriminación que algunas de ellas han sufrido respecto al prejuicio que existe sobre su conducta sexual, ya que han sido calificadas de trabajadoras sexuales sin serlo o de ser más accesibles sexualmente que las mujeres chilenas.

“Es que los esposos están trabajando en las minas y las mujeres están acá con otro, y es porque las he escuchado diciendo “no, él está allá, viene y me dejan la plata, pero yo tengo acá otro”, y eso es, ellas no son más señoras que nosotras, porque entonces si entonces hablan así, si no se valoran ellas mismas, porque si yo tengo mi pololo acá y mi pololo se está sacando el lomo para darme de comer, yo tengo que estar ahí con esa persona” (MDR5)

Aunque estas mujeres al momento de llegar a Arica no tenían información respecto a las tasas de VIH, muestran o evidencian estrategias preventivas y de autocuidado como el uso de preservativo cuando están iniciando una relación. También consideran que las tasas existentes en la región expresan una falta de cuidado de la población respecto al VIH y las ITS. A su vez, identifican que la posibilidad de riesgo se encuentra en toda la población, no sólo en aquellas que habitualmente se identifican en situación de riesgo.

“Claro, no hay preocupación, pues la estadística lo está diciendo, si más bien en todo Chile, que está invadido de VIH o algo así, las estadísticas dicen que son despreocupados, no se preocupan por cuidarse, digo yo” (MDR5)

“Bueno en eso, por ejemplo cuando yo recién empecé con mi pareja él era así como que muy, así de eso de que usar preservativos, eso como que no le gusta... Ya, pero yo le dije, “no es que estamos empezando, ustedes no me conocen bien y yo no lo conozco a usted así que veremos” (MDR5)

“No yo pienso que el riesgo es pa todos, porque a veces uno piensa no, por ejemplo las mujeres que trabajan en la, en negocios en cosas así, tiene más riesgo, pero no porque igual la mujer que está en la casa o el marido que está en la casa igual, porque a veces los hombres se meten con otras personas o las mujeres igual y el que esté más sano igual lo puede enfermar, así que yo creo que el riesgo es para todos y todos debemos de preocuparnos” (MDR5)

Mujeres privadas de libertad

Para las mujeres privadas de libertad, la vida sexual se torna difícil. Las relaciones de pareja se tensionan, e incluso pueden terminarse. Es posible también que se inicien nuevas relaciones al interior del penal. Sin embargo, gestionan mejor el riesgo cuando se trata de parejas establecidas al interior de la cárcel, en comparación a las posibilidades que tienen de gestionar su propio riesgo cuando sus parejas no están privadas de libertad y ellas sí.

En este sentido, las mujeres privadas de libertad conciben a las mujeres en general -a diferencia de los hombres- como mucho más responsables y preocupadas de la protección frente a posibles embarazos y, en cierta medida, frente a la posibilidad de transmisión de infecciones sexuales. Al contrario, los hombres no se “cuidarían a sí mismos ni cuidarían a las mujeres”. Se alude como razón para lo anterior, el que “ellos quedan sin guagua” (no se embarazan) y por tanto son las mujeres quienes tienen mayor conciencia al respecto. Estos resultados son coincidentes con los estudios sobre masculinidades y salud que se han realizado en América Latina, donde el exponerse al riesgo es considerado por los hombres como masculino y cuidar de la salud, una característica femenina.

Mujeres afrodescendientes

La invisibilización de este grupo puede ser considerada como uno de los principales elementos asociados a la vulnerabilidad, ya que no permite identificar sus particulares características y necesidades. Ello implica la ausencia de políticas públicas dirigidas a ellas, tanto en aspectos de difusión y entrega de información como a la intervención en aspectos específicos que pueden aquejarlas.

“Lo malo es que este gobierno no aceptó tampoco censar a los afrodescendientes que lucharon por mucho tiempo por ser identificados como una raza dentro de este país, se va a censar pero fuera de este censo nacional (...) hay discriminación hacia (...) una raza que lleva años viviendo, en Arica es donde mayormente predomina el afrodescendiente, la mujer afrodescendiente ha luchado también por ser visibilizada dentro de su trabajo...” (MD2)

Además, también aparece en las conversaciones del grupo de devolución, que las mujeres afrodescendientes han sido identificadas desde un estereotipo, definiéndolas como “alegres” y “promiscuas”. Este discurso, también tendría una contracara, ya que se identificaría como una característica positiva de las mujeres afrodescendientes el que sean más liberadas sexualmente.

“Es como el símbolo de la promiscuidad” (MD3)

“Y con la palabra como vulgarmente dicen, caliente [se ríe]” (MD3)

“Es más liberal y no está a estas ataduras que nos ponen la sociedad...” (MD3)

“Siempre se ha dicho que la mujer negra es una mujer alegre y que puede ser más alegre...” (MD3)

Mujeres aymara

Fue posible distinguir algunos elementos de la sexualidad aymara, los que están centrados en las experiencias vitales de las mujeres y también en la crianza

que éstas entregaron a sus hijos e hijas, las que se oponen frontalmente a la vida sexual de la ciudad, especialmente la juvenil, la que es calificada como de 'libertina', pasando a instalar otras prácticas en sus propios hijos e hijas, las que se observan cargadas de temor, insatisfacción y culpa.

Algunas mujeres aymara señalan que no contaron con información familiar respecto a la sexualidad, y que la presión por mantenerse vírgenes era muy fuerte. Si no existía información, ni redes de apoyo para saber cómo era posible prevenir un embarazo, resultaba aún más complejo prevenir y asumir la responsabilidad que cada una de ellas tenía respecto al cuidado de su propia salud frente al VIH y las ITS.

"... de mis papás no tenía tanta información pero si leía, me informaba yo sola por último, la misma experiencia de mis compañeras, porque yo sentía que era, no cabra chica, pero no estaba mucho en la onda de pololear, a la edad que mis compañeras todas pololeaban yo no y no tenía así como decir "pucha me estoy quedando atrás, todas pololean" (MD1)

"... pero por el temor igual, "y si quedo embarazada" era un temor quedar embarazada y era como fallarles a mis papás, para mí era un drama fallarle a mis papás..." (MD1)

Entre las mujeres aymara la situación se complejiza por la férrea autoridad que ejerce el padre en la crianza de sus hijos e hijas. Si bien esta autoridad la ejerce casi sin contrapeso, la madre protege y apoya. Sin embargo, esta protección no alcanza al ámbito de la sexualidad. El dominio de lo masculino sobre lo femenino es traspasado del padre al marido, por lo que ante la 'sexualidad', la mujer depende y está subordinada al hombre, desde que es niña hasta que es mujer. Si bien es posible pensar en que en este modelo deben existir espacios de rebeldía, de transgresiones, de ruptura, no se logró profundizar en esta línea; estos espacios de transgresión se pueden presentar como recursos en la propia cultura aymara –como el carnaval- o también en la adopción de costumbres no aymara que permiten desenvolverse de una manera más acorde a los parámetros del entorno.

"... nada, nunca, con ninguno de mis hijos [lo conversé] porque yo estaba sola y quién le contaba, si yo tuve mis hijos por tenerlos y también perdí 2 hijos, mi marido me pegaba y mi papá decía que mi marido, cuando uno se casaba, porque él le recomendaba 'hay que pegarle a la mujer para que...'" (MD1)

Mujer: "... por eso yo pienso que uno puede aprender muchas cosas, pero lamentablemente nosotras estamos criadas y (...) bajo el machismo, y nosotras hacemos lo mismo"

Mujer: "Reproducimos el modelo..." (D1)

Mujer: "... yo igual le digo 'No hija si los hombres son malos'..."

Mujer: "Yo nunca le diría a mi hija eso, que es malo, porque le (amargaría un poco la)"

Mujer: "No, pero no es que un hombre malo, sino que es para que, lo que la va, lo que va a querer de ella"

Mujer: "Pero tal vez otra palabra, no malo..." (D1)

Este temor instalado en las mujeres aymara afecta los procesos de crianza hacia sus propios hijos e hijas, los que en algunos casos dejan de lado la posibilidad de tener una pareja y/o tener hijos, en vista de las malas experiencias de sus madres. Esto, sumado al temor a la sexualidad aprendido desde la infancia, incide en una insatisfacción muy instalada respecto de su vida afectiva y sexual.

"... para mí, fue un (tan grande) decirle "hija ten cuidado" pero no le decía "cuidate" porque para mí que le dijera cuidarse era (...) era como darle permiso para que lo haga... pero resulta que ahora tiene 33 años... reclama porque yo, ejemplo "mamá es que las chiquillas de la institución, todas han tenido hijos y las veo tan bien-y le digo-pero hija quién te va a cuidar tu

hijo” porque yo soy abuela de lejos (...) “mamá que ganas de tener un hijo, yo estoy poniéndome vieja y no tengo hijos” [está soltera] “ya vas a llegar al momento (...) 40 años -no mamá... parece que tú no quieres que tenga hijos-hija (da en el clavo) y ve en la (...)” (MD1)

En el caso de mujeres aymara aparece el uso del condón como algo prácticamente innegociable, puesto que las mujeres son consideradas propiedad del esposo, por lo que tener hijos e hijas es parte del trabajo que una mujer aymara debe hacer, así como tener sexo con la pareja cada vez que éste lo solicite, aún cuando no sea deseado por ella.

“... pa mí ha sido un calvario tener hijos... en primer lugar porque yo lo he tenido que criar sola, porque para mí fue difícil ser mamá, y otra cosa que él no me apoyó, nunca me dio ese apoyo de yo encontrarme sola, entonces como que yo no desee a mis hijos y no hubo amor...” (MD1)

“... fue así como por obligación, o sea a mí me dijeron que la mujer cuando una está casada con el hombre, por obligación tiene que tener sexo; eso me pasó...” (MD1)

En la posibilidad de integrar el condón a la práctica sexual, donde es evidente la negativa del hombre a usarlo y la debilidad que se expresa en las mujeres para establecer un diálogo a la hora de exigirlo, se configura una suerte de violencia simbólica que impacta no sólo en el plano de la prevención de VIH y las ITS, sino que también influye en el deseo sexual por el otro, donde la dualidad ‘querer-deber’ tener sexo marca la relación de pareja y define también los límites que tienen las mujeres para negociar el uso del preservativo. Por tanto, la negociación de un preservativo se complejiza fuertemente en vista del ‘poder’ que el hombre tiene sobre el cuerpo de ‘su’ mujer.

“... es que yo digo que, por más que una de repente toma la determinación de que use el preservativo el hombre, el hombre de

repente no quiere, o sea dice que no y no, no más, o sea de repente pregunta “y por qué queri que use eso”, entonces, realmente es una cosa de que, es difícil de no tener una buena comunicación con la persona, un buen diálogo...” (MD1)

“... era muy pocas veces que yo quería hacerlo porque quería yo sin que me obligara, eso era lo chocante, porque no me gustaba así. Pero yo disimulaba porque si le decía yo sabía que me iba mal con él. Era violento me levantaba la mano, entonces yo calladita no más...” (MD1)

Las percepciones respecto al VIH, el SIDA y otras infecciones de transmisión sexual

En cuanto a las conversaciones sostenidas por las mujeres respecto al VIH y el SIDA, resulta significativa la referencia a la falta de información básica sobre el tema disponible en la región, lo que genera una evidente dificultad y un desafío a superar en términos preventivos. Asimismo, en un segundo momento de discusión, después de analizados los resultados, las mujeres valoran la idea de la “otredad del SIDA” (situar el riesgo en “el otro”) como un factor relevante en la mantención de la epidemia. Ello actúa también como una falsa sensación de protección, asociada a no ser parte de grupos identificados como de mayor riesgo, como ser joven u homosexual.

“He hablado con señoras que el VIH ella que se podía contagiar en los labios, en la saliva o en ocupar esta tasa si la está ocupando ella en ese momento, yo escuchaba no más y yo tenía otra información, el VIH se contagia por medio del sexo...” (MD1)

“Es que la población es como ignorante, piensa que si lo va a saludar nos va a contagiar, si lo vamos a tocar, no tomar el mismo vaso...” (MD2)

“...en la jornada pasada, me quedó dando vueltas algo que se dijo, pero parece que lo dijimos fuera de esto, si no que como ciudadanas, no asumimos nosotros la problemática del SIDA como personal, por eso

lo miramos hacia afuera” (MD3)

“...en un principio que te dijeran que los homosexuales eran el foco del SIDA, entonces “ah como yo no soy homosexual, entonces me quedo, me resguarda y mi marido tampoco así que me resguarda, o sea estoy fuera”” (MD3)

Un tema transversal es la ausencia de conciencia profunda de que el preservativo es una herramienta de prevención del VIH y no sólo el embarazo. Esto se debería a la falta de información y por las indicaciones que se dan en los centros de salud.

“... por el mismo tema de que todavía no hay conciencia del tema del SIDA, porque a nosotros las matronas, cuando entregan la prevención, no la entregan por SIDA sino que por planificación familiar, pa no tener más guaguas no más...” (MD1)

“... era más lo del condón, no eran tanto por enfermedad, sino por prevenir el embarazo, porque yo no quería tener más guagua...” (MD1)

Ejemplo de lo anterior, es la situación que describe una participante en los diálogos y que muestra la invisibilización y poca importancia que se da al preservativo como estrategia de prevención.

“... Yo tengo un tío con SIDA, hace años ya... en cada ciudad [tenía] una polola de repente... muchos años estuvimos “Por qué, por qué” el SIDA, pero yo creo que todos lo teníamos claro, pero nadie quería reconocer que el no tener una pareja estable y no cuidarse con preservativo, le gatilló el SIDA...” (MD1)

En cuanto a la percepción que tienen respecto a las personas viviendo con VIH, lo primero que surge es el escaso apoyo que esa persona puede recibir del entorno y de la sociedad, según relatan las entrevistadas.

“... lo único que quedó solo o sea su familia, su señora lo dejó, los hijos no lo vinieron a ver

más; pero los sanguíneos de él estamos cerca de él. Y aquí en Arica, lo otro es que la gente cuando tiene SIDA, la mayoría llega al suicidio al tiro...” (MD1)

“... hubo un año, que se estuvieron tirando del morro y envenenando seguidito y la mayoría era por SIDA... llega un momento que la depresión los sumerge completamente...” (MD1)

Se reconoce la existencia de ciertos patrones culturales que definen estilos de comunicación intrafamiliar, que interfieren en una efectiva recepción de información respecto a la prevención del VIH. Esta dificultad ocurre por la tensión que provoca en algunas madres y padres conversar de sexualidad y, también, por la percepción de que esta enfermedad sólo afecta a determinados tipos de personas como “la mujer suelta”, “el maricón”, entre otros.

“...y a veces nosotros nos cerramos a abrir nuestras mentes y a abrir nuestras puertas de nuestro hogar, para que se hable del tema con nuestros hijos, porque que es lo que pasa, tal como dice Alejandra que a un maricón le va a pasar esto, que a un weon que le gusta el weveo o que a una mujer maraca le va a pasar...” (MD3)

Se advierte también la imagen estereotipada de la “mujer y hombre indígena”, en donde las percepciones respecto a ellos tienen como referente la forma de expresar los afectos y el estilo de vinculación con sus hijos e hijas. Estas características, se asocian en términos de percepción, con la idea de que sería más difícil “intervenir o prevenir” el VIH en este mundo, si se usa como estrategia la comunicación intrafamiliar.

“... oye hablando de la parte indígena, se dice y está comprobado, que tanto el hombre como la mujer son fríos, no soy así como afectivos de piel, no, son fríos, ellos se preocupan, te criamos y ya y punto y chao. No hay un afecto así considerable de piel, de seguridad yo te quiero...” (MD3)

Estrategias de prevención del VIH

y las ITS

En cuanto a las estrategias de prevención que se podrían implementar respecto al VIH, surgen diversas alternativas de parte de las mujeres, principalmente basadas en la entrega de información adecuada, clara y pertinente según los distintos grupos de población. La educación y la escuela son percibidas como espacios privilegiados para la prevención. Asimismo, la ciudadanía organizada, también adquiere un rol protagónico en las estrategias que las mujeres identifican.

Las mujeres participantes en los diálogos perciben y cuestionan que la respuesta nacional al VIH se focalice principalmente en el nivel individual. De alguna forma, los otros niveles considerados por las políticas públicas no son conocidos por ellas. Se señala que el Estado debe hacerse cargo desde sus distintas instituciones y sectores, no sólo desde el Ministerio de Salud. En este sentido, la percepción es que las estrategias de prevención las ha impulsado sólo el sector salud, a nivel nacional y regional.

“[en la escuela]... deberían meter un taller de sexualidad, le metieron un taller de sexualidad y ella estaba (encantada de asistir) (...) para que ellas vayan tomando conciencia desde pequeñas, ellas y ellos desde pequeños y ser responsables ellos, pero desde pequeños...” (MD3)

“... ya sabemos lo que debería hacer el Ministerio de Educación, ya sabemos lo que debería hacer el Ministerio de Salud, ya sabemos como el Estado debería tratar el tema...” (MD3)

Mujer: “[proyectando el trabajo en grupos] Ahora estamos en la red y nos ganamos un proyecto y tenemos que hacer una campaña de prevención del VIH...” (MD3)

Mujer: “... desde los niñitos chicos para arriba”

Mujer: “Desde el jardín infantil...” (D3)

Mujer: “...trabajaríamos...”

Mujer: “Con trípticos...”

Mujer: “Ya, con folletería...”

Mujer: “Que sea entendible para ellos”

Mujer: “Porque desde ahí comienza la responsabilidad...” (D3)

Las mujeres que participaron en los diálogos enfatizaron que el trabajo con diversos públicos, especialmente niños y niñas pequeños, posibilitaría no sólo difundir mayor información, sino que también permitiría mejorar la calidad de la misma, lo que con el tiempo contribuiría a cambiar la forma en que las personas perciben y se aproximan a estos temas, fomentando a la vez un cambio de actitud hacia el sexo y hacia el VIH y promoviendo conductas saludables al respecto.

“... pero una vez el cabro chico, la niña chica, tiene información, va a hablar con la mamá de alguna u otra forma, pero igual le va a llegar y el papá; el cabro chico va a andar con el condón, va a andar con el folleto, va a entrar al información de alguna u otra manera...” (MD3)

Mujer: “... también a los apoderados, luego a la comunidad...”

Mujer: “Educación integral con los apoderados del Jardín y con los cabros chicos”

Mujer: “Que ellos sean difusores de esto para que la gente se informe, si empezamos a trabajar en los colegios, tendríamos incidencia con los padres y apoderados...” (D3)

Como parte de este esfuerzo, las mujeres también señalan que las estrategias deben estructurarse de acuerdo a los distintos actores que se quiera convocar. En este sentido, no es posible pensar en un cambio de percepción y actitud respecto al tema sexual sin considerar las ideas, conceptos o elementos que configuran la propia identidad, las que muchas veces constituyen barreras que cada persona o grupo mantienen como verdades. De este modo, la estrategia de trabajo con

mujeres debiera ser heterogénea, porque no todas las mujeres son iguales. Lo mismo con todos los demás actores regionales. Por tanto, las formas específicas para llegar a cada mujer, hombre o niño y niña, deben ser también diferenciadas: en las ferias comunales, en el trabajo, los centros de padres y apoderados, a través de obras de teatro, folletos, puerta a puerta, conversaciones entre pares, entre otras posibilidades.

“... se hablaba de la VIF estábamos en la agrupaciones de nosotros... como que de repente te cansa el tema porque siempre escuchai lo mismo y lo mismo y como que a veces te da rabia que la gente no... [No concientice]...le ponen tapujos a los temas... gente que realmente no quiere abrirse y sabe qué hicimos entre 3 organizaciones una obra de la violencia... hicimos un puerta a puerta, llegaron más de 80 personas del grupo familiar... y la gente salió llorando y llegó el mensaje mejor que haberlo hablado... salió espléndido, entonces yo digo, uno tiene que buscar la forma de cómo llegar con los temas, para que la gente lo recibe...” (MD3)

“... en el trabajo hablar con los recursos humanos para que difunda esto porque el trabajador también está expuesto...” (MD3)

“... las mujeres, cómo se llama, que son un poco más cartuchas, que nos les va a gustar mucho que hablemos de sexo...” (MD3)

Desde la perspectiva de las mujeres, son las dueñas de casa y las mujeres rurales, quienes requieren mayor apoyo e información, ya que las perciben como el grupo más vulnerable al VIH, por distintas razones: la confianza con sus esposos y la negación de la posibi-

lidad de que estén en riesgo, en el primer caso; y la lejanía de los centros de información, en el segundo.

“... la campaña se enfocaría más que nada en trabajar con las mujeres dueñas de casa, que son más de más riesgo y las más cerradas a la hora de recibir la información y de hablar el tema...” (MD3)

Mujer: “... y las mujeres que están en zonas más rurales, como le dicen, igual po, son las que menos”

Mujer: “No ven tele”

Mujer: “Mucho menor acceso a información”

Mujer: “Porque esto empieza con las mujeres antiguas, como dicen, que no saben leer, porque antiguamente no sabían leer, entonces educaron con esa base a sus hijos, entonces los niños crecen”

Mujer: “Con esa mentalidad...” (MD3)

En este tema también se destaca el hecho de que las conversaciones informativas sobre sexualidad se siguen concentrando en los aspectos reproductivos, no asociados al placer, a la afectividad o al erotismo, lo que limita los diálogos que pueden establecerse, de ahí la importancia de un trabajo en distintos niveles y con estrategias diferentes según la población destinataria.

“... estamos hablando de sexualidad, pero si habla solo con fines reproductivos, éste



*Elementos conceptuales para el
análisis de las experiencias y
percepciones de las mujeres*





es el pene, ésta es la vagina, la penetra, el espermio va, fecunda el óvulo, el óvulo una guagua, la guagua se desarrolla; pastilla anticonceptiva, los preservativos... pero no se habla de placer, no se habla de erotismo, no se habla de afectividad...” (MD3)

Sexualidad y relacionamientos de género

De los diálogos participativos se desprende la continuidad de un **sistema de relaciones entre hombres y mujeres aún motivados por visiones convencionales y rígidas (patriarcales)**, que establecen desigualdades en la distribución material, el reconocimiento, los roles y el poder entre los géneros.

La dimensión de género opera en conjunto con otras particularidades y posicionamientos sociales, como clase, pueblo (etnia) y generación, delimitando patrones de mayor vulnerabilidad en algunas mujeres.

Destacan en este sentido, las mujeres víctimas de violencia (psicológica, física y sexual), por su involucramiento en relaciones de género marcadas por la desigualdad y un riesgo evidente tanto ante la adquisición del VIH como a su integridad física y psicológica. Así, por ejemplo, si consideramos que las mujeres aymara se perciben como parte de un sistema sexo género particular, propio de su cultura, pero que se encuentra en contacto con otras visiones de mundo, de ser mujer y de experimentar la vida sexual.

Las mujeres refugiadas y solicitantes de la condición de refugio son las que presentan una fuerte vulnerabilidad que vincula las posibilidades de acceso a documentación con las posibilidades laborales. También es importante el estigma presente en mujeres chilenas que asocia a “mujeres extranjeras” con el comercio sexual o con una vida sexual donde hay múltiples parejas sucesivas y/o simultáneas. Este estigma es mayor cuando se trata de mujeres afrodescendientes.

Es posible establecer que las mujeres que viven o transitan por la Región de Arica y Parinacota presentan puntos en común que apelan a vulnerabilidades que pueden ser abordadas en conjunto, pero también presentan especificidades que deben ser consideradas especialmente, a través de estudios que permitan profundizar la situación de poblaciones específicas o en acciones preventivas pertinentes a su forma de ver y experimentar la sexualidad.

Desde el punto de vista de la perspectiva de género, aparece como otro elemento importante el **mandato cultural acerca de la relación unívoca entre identidad de género, orientación e identidad sexual**. En este contexto, existiría aún en Arica, un imperativo que exige a las personas adscribir a las identidades de género de acuerdo a su sexo biológico y a la heterosexualidad como modelo hegemónico (heteronormatividad). En este contexto, otras posibles formas de vivir la identidad sexual y/o la identidad de género son aún invisibilizadas, vistas con distancia o discriminatoriamente. Los discursos de las mujeres reproducen el modelo sexual binario hombre/mujer. Con ello, queda fuera de la conversación y análisis, toda la realidad de la vida sexual con personas del mismo sexo, salvo cuando se habla de situaciones de discriminación observadas en espacios como los laborales.

Dimensión psicológica e intersubjetiva de la sexualidad

Resulta fundamental incorporar en el análisis de la situación de la epidemia en la Región de Arica y Parinacota, y de las mujeres en particular, el hecho que la sexualidad posee una dimensión eminentemente psicológica e intersubjetiva que requiere asumirse para poder analizar y proponer estrategias preventivas realistas. Surge la pregunta entonces si podemos hacer una gestión racional de la vida sexual. En la práctica las conductas sexuales de las personas no son racionales, planificadas o lógicas. Cuando desde los propios discursos de las mujeres se señala que hay que ser “responsables” en la vida sexual, lo que de alguna manera se está diciendo con eso es que la vida sexual es planificable y racional y, por lo tanto, se podría asumir conscientemente lo que ahí ocurre. Efectivamente, en la medida que las personas van desarrollando mayor consciencia, pueden to-

mar decisiones más conscientes también y, en ese sentido, identificarlas como responsables.

Sin embargo, al abordar adecuadamente estrategias o acciones de prevención, no es posible eludir el hecho que junto a la consciencia y a la racionalidad existen una serie diversa e intrincada de fenómenos y procesos psicológicos e intersubjetivos asociados a prácticas sexuales, como el placer, goce, impulsos, irracionalidad, intercambios, revanchas, búsquedas, liberación, abuso, violencia, deseo, amor, confianza, necesidad de seguridad, entre muchos otros. La vida sexual de las personas constituye uno de los aspectos humanos más complejos, que combina tantos significados y relacionamientos distintos que no pasan solamente por la racionalidad o la planificación.

El gran desafío entonces es responder a la pregunta: cómo prevenimos. ¿Podemos considerar adecuadas aquellas estrategias preventivas que suponen un manejo racional de la vida sexual de las personas? ¿Cómo se pueden diseñar estrategias preventivas que integren aquella dimensión psicológica de tanta complejidad en la sexualidad?

En ese contexto, se propone el concepto **gestión simbólica del riesgo**, elaborado en un estudio no publicado realizado por el Ministerio de Salud de Chile²⁴, en relación a la evaluación de campañas de prevención del VIH y que alude a las conceptualizaciones que las personas construyen para resolver la disonancia cognitiva que les significa sentirse en riesgo. Las personas siempre hacen un esfuerzo, consciente o inconsciente, o más o menos coherente y lógico, para sentirse seguras y tranquilas con las decisiones que toman, cuando están enfrentadas a riesgos.

Para vivir tranquilos y para tener vida sexual, las personas hacen supuestos –más o menos consistentes con la prevención- de acuerdo a los cuales las decisiones que toman los tienen a resguardo, los protegen de los riesgos. De esta forma, una persona que usa consistentemente el condón, ejerce -adecuadamente desde el punto de vista preventivo- una acción que lo protege de la transmisión del VIH. Sin embargo,

24. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud (s/f) Evaluación de las campañas de prevención del VIH. Documento de trabajo sin publicar.

existen una serie de supuestos, que se asocian a esta “gestión simbólica del riesgo” que disminuyen la ansiedad de las personas, haciéndolas sentir falsamente seguras. Estos supuestos presentan un problema para la prevención, ya que se vinculan con argumentos y acciones ineficientes como métodos preventivos:

- la pareja estable previene
- el amor previene
- el conocer al otro, previene
- la limpieza del otro, previene
- la honra del otro, previene
- la religión del otro, previene
- el que el otro se vea sano, previene

Todos estos supuestos o falsos argumentos, derivan en una gestión simbólica del riesgo y no una gestión real. Son ideas que surgen en el espacio psíquico como una defensa ante la ansiedad de estar en riesgo, para dar seguridad a las personas. Pero lo complejo es que, justamente, como medidas preventivas no son seguras ni eficaces.

La gestión simbólica del riesgo como proceso psicológico está altamente extendido en Arica -como es pensable en todo Chile y en otros países del mundo-. Es un fenómeno transversal, que requiere ser abordado para desarrollar estrategias preventivas más eficientes. El asunto es cómo se revierte este proceso y se promueve una gestión más consciente del riesgo.

Una de las alternativas para enfrentarla, y que se recoge como argumento en los diálogos de las propias mujeres, refiere al proceso de valorar la propia vida, valorar los propios logros; y cómo estos se transforman en un motor que permite tomar consciencia real de los riesgos que amenazan aquello que se valora y que redundan en tener iniciativa para implementar medidas preventivas eficaces para conservar la vida y la salud. En ese sentido, la posibilidad de exponerse a un riesgo se reduce porque se valora la vida, lo que se tiene, lo que se ha hecho y, particularmente, hay una valoración de sí mismo. Ello facilitaría tener consciencia de los riesgos, de la necesidad de gestionar la protección y tomar decisiones.

El proceso de gestión de riesgo así mediado no es fácil de hacer y debe considerarse en el contexto de lo recién expuesto, es decir, de una vida sexual que no

necesariamente es gobernada por procesos completamente racionales.

La prevención, en ese sentido, aparece como una estrategia que debe fundamentarse en asumir la realidad en la cual se vive la sexualidad y operar sobre esa realidad. En las vidas de las personas, eso significa conocerse, saber cómo se reacciona en distintos escenarios y ante distintos estímulos y situaciones, para prever y enfrentar con más y mejores herramientas diversas situaciones de riesgo. El tema es cómo se lleva la prevención a la realidad concreta, asumiendo la posibilidad de ver los riesgos, conocer las propias reacciones y manejar alternativas preventivas de la forma más consciente posible, en el contexto de saber lo que estamos dispuestos a poner en riesgo, es el desafío que nos convoca.

La “**otredad del SIDA**” es otro concepto que contribuye a comprender la complejidad de prevención en el contexto de los procesos psicológicos e intersubjetivos que participan en la vida sexual de las personas.

Este concepto alude a la masificada tendencia a ubicar el riesgo de adquirir VIH en otra persona, que no comparte mis características, que es diferente a mí y que, por lo tanto, permite, nuevamente, alejar la ansiedad del riesgo de la identidad personal. Este proceso, observado también entre las mujeres de Arica, se expresa en apreciaciones tales como:

- para un heterosexual, el VIH es un asunto de homosexuales
- para los adultos, el VIH es un asunto de los jóvenes
- para las mujeres casadas, es un asunto de trabajadoras sexuales
- para la población mapuche o aymara, es un asunto de “huincas”

Esta acción de desplazamiento, impide que cada persona se haga cargo de los riesgos reales que como individuo enfrenta en su vida sexual, haciendo recaer los riesgos en otros y sub-valorando los riesgos en una falsa seguridad, al sentir que no posee las características de las personas o grupos “asociadas al riesgo”.

Esta es una de las dinámicas que más contribuyen a la vulnerabilidad en las personas, situación preocupante en una población que convive con una epidemia im-

portante, sin percatarse de sus propios riesgos. Es usual escuchar en los diálogos de las mujeres entrevistadas, que los riesgos están en sus hijos o hijas, que los jóvenes poseen características de personalidad que los hacen más irracionales e impulsivos, con la consiguiente posibilidad de vivir una vida sexual más abierta y menos protegida. Sin embargo, los mismos diálogos revelan que ni todos los adolescentes son efectivamente así, ni que el ser adulto permite asegurar una vida sexual carente de impulsividad y riesgos. Por lo tanto, también resultará importante considerar esta dimensión subjetiva de la sexualidad al momento de hacer estrategias preventivas pertinentes, que permitan acercar el riesgo real a las personas y asumirlo con plena consciencia de ser situaciones que las afectan directamente a ellas. Ello plantea el desafío de aceptar aquello que psicológica y emocionalmente se desea evitar, es decir, asumir que se está permanentemente en riesgo.

Un desafío importante que se impone desde el diseño de estrategias preventivas para la población de Arica y Parinacota en general y de las mujeres en particular, se relaciona con el acceso a información. La posibilidad de superar la administración simbólica del riesgo y la otredad del SIDA, supone que las personas se conozcan a sí mismas en profundidad y que manejen información suficiente para percibir y gestionar adecuadamente sus procesos de prevención.

El supuesto de que existe suficiente información en la población y que las personas saben cómo cuidarse ha demostrado ser inexacto en los diálogos realizados. Ha resultado evidente la necesidad de contar con información más precisa y detallada sobre las formas de transmisión vinculadas a diversas prácticas sexuales y sobre la gama y posibilidades preventivas con las que las mujeres pueden enfrentar sus riesgos. Resulta insuficiente para la población saber que el VIH puede transmitirse por vía sexual, si no conoce las diversas prácticas que permitan a las mujeres tomar decisiones con información y en libertad. Esto plantea un desafío a las estrategias preventivas que pudieran implementarse, así como requiere contar con equipos de salud adecuadamente formados en el tema y dispuestos a abordar temáticas sexuales de manera abierta y sin juicios.

En este contexto, otro desafío lo constituye la superación de la percepción —y de las prácticas asociadas a dicha percepción— que señala como principal riesgo de

una vida sexual activa el embarazo no deseado. Esta idea, masivamente instalada en la población y en los servicios de salud, genera dificultades al momento de potenciar la prevención del VIH y otras ITS, dado que en muchos sentidos implica métodos contrapuestos. La falsa seguridad de estar protegidos sólo porque se está previniendo el embarazo, constituye una de las zonas de falsa seguridad preventiva que puede generar consecuencias graves cuando hablamos de prevención del VIH y otras ITS.

En asociación con lo anterior, los diálogos permitieron evidenciar que muchas jóvenes de la región mantienen un repertorio de prácticas sexuales no vaginales con los objetivos de mantener la virginidad y prevenir el embarazo; prácticas que poseen riesgos diferenciales con respecto a la posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, y que no son percibidas como riesgosas.

Tránsitos, trayectorias y contextos de la vida sexual

Los conceptos de **tránsito, trayectorias y contextos de la vida sexual** serán de máxima utilidad para abordar las dinámicas de prevención y riesgo en la región de Arica y Parinacota. Estos conceptos son particularmente útiles para dotar de dinamismo al análisis, superando una visión bidimensional y estática.

Los conceptos de las **trayectorias** y de los **contextos de relacionamiento sexual**, por ejemplo, permiten asumir que la vida sexual de una persona en el presente ha ido variando y evolucionando en el tiempo, planteándola en términos más dinámicos, asumiendo que cada persona tiene una trayectoria que se relaciona con la educación que recibe, con lo que siente, con cómo se percibe en el mundo, con qué se identifica, qué le gusta, qué no le gusta, cómo se inicia sexualmente, cuáles fueron sus primeras aproximaciones, sus primeras parejas, en qué está hoy, qué proyecciones tiene. Todo ello contribuye a dimensionar con más perspectivas el foco de análisis de este estudio. Por ejemplo, cuando se hace la pregunta acerca de “en qué situación están las mujeres hoy en Arica” se debe responder que no están en una situación, sino que **están en muchas situaciones**. Más aún, determinadas situaciones en la vida de una persona que suelen transformarse en categorías poblacionales de análisis - como ser casada, por ejemplo-

no permiten suponer otras situaciones que corresponden al imaginario colectivo, como por ejemplo que:

- se casó con el único hombre con el que ha tenido sexo en su vida
- que no tiene sexo con ningún otro hombre
- que tiene sólo determinadas prácticas sexuales

El hecho que en la actualidad una mujer esté casada, sólo entrega luces de elementos generales, pero dos mujeres casadas pueden, de hecho, tener trayectorias sexuales previas muy diversas y vivir contextos de relacionamiento sexual también muy diferentes entre sí.

El concepto de relacionamiento sexual proviene de la tesis doctoral de Irma Palma²⁵, quien identificó en un estudio con jóvenes –siendo perfectamente aplicable al resto de la población– que básicamente existen 3 contextos en los cuales las personas experimentan su vida sexual:

PAREJA, lo que une sexualmente a otro, por lo menos en lo discursivo, es un vínculo amoroso o al menos, un vínculo de cierta estabilidad afectiva. La vida sexual se desarrolla con la pareja en el marco de una sexualidad constante.

SOCIABILIDAD, lo que une sexualmente al otro es una relación de intimidad. La sexualidad se desarrolla de manera recursiva, con amigos, amigas o con ex parejas.

OCASIONALIDAD se caracteriza por una sexualidad episódica, con recién conocidos o conocidas o con personas que ejercen el comercio sexual.

Estos tres contextos posibles para la vida sexual son bastante distintos entre sí y tienen cada uno sus riesgos potenciales, en términos de las posibilidades de percibir o no el riesgo y de implementar o no medidas de prevención. Por ejemplo, es usual que muchas personas nieguen cualquier posibilidad de riesgo en el

ámbito de relacionamiento sexual con la **pareja**, aún cuando no se haya optado por la medida preventiva de “pareja sexual mutuamente exclusiva”, que requiere de un acuerdo explícito y sistemático y de un testeo para conocer la situación serológica (es decir, si viven o no con el VIH) de ambos miembros de la pareja. Un número importante de mujeres asume que por el solo hecho de tener una pareja estable el riesgo desaparece, con la consiguiente administración simbólica y no real de sus riesgos. El mito de la pareja estable, del amor y de la confianza como método de prevención aparece como argumento recursivo en este contexto de relacionamiento sexual.

En las relaciones de **intimidad**, el hecho de tener vida sexual con personas con quienes se mantiene vínculos amistosos y de confianza dificulta visualizar los riesgos y se percibe que apelar a métodos preventivos compromete el vínculo. El amar, conocer o tener confianza con el otro aparecen como algunos de los argumentos característicos de este tipo de relacionamiento. Este contexto de relacionamiento sexual adquiere un nivel de dificultad mayor en términos preventivos cuando la relación se produce con una ex pareja. Este tipo de encuentros sexuales suelen ser no planificados y, cuando se producen, ocurren en un escenario de poca claridad del vínculo y las consecuencias del encuentro sexual. Es probable que en un encuentro sexual con una ex pareja, ninguna de las dos personas desee saber si hubo relaciones con otros y otras en el intertanto, lo que obstaculiza e incluso puede clausurar la comunicación y la negociación de métodos de prevención.

La **ocasionalidad** de una relación sexual suele ser el escenario donde es más probable la percepción de riesgo. Sin embargo, incluso en estos contextos muchas personas tampoco tienen una aproximación preventiva, por ser situaciones no planificadas o asociadas al consumo de alcohol o drogas.

Es importante considerar que estos tres contextos de relacionamiento sexual no son excluyentes entre sí, y parte importante de la vida sexual de las personas en la actualidad está transcurriendo entre los tres simultáneamente. Más allá de ello, la gran mayoría de las personas pueden presentar estos tres contextos en su trayectoria sexual.

El concepto de **tránsito de identidad de género y de orientación sexual** también aporta a la ampliación de

25. Palma, Irma (2006). Sociedad Chilena en Cambio. Sexualidades en transformación. Tesis para optar al Grado de Doctora en Psicología. Universidad de Chile.

la mirada sobre la situación sexual de la región. Cuando se habla de tránsito en la identidad de género, refiere a superar la noción de la existencia exclusiva de mujeres y hombres, en términos identitarios, para avanzar en la incorporación de las identidades intermedias entre el género femenino y masculino, que transitan, de manera más o menos permanente entre uno y otro; o que no han definido su identidad en términos de uno y otro.

La conceptualización de los **tránsitos en la orientación sexual**, aporta a superar un análisis dicotómico de la realidad, en términos de definir a las personas como “heterosexuales u homosexuales” (o como tercera posibilidad, aunque poco validada, la categoría de bisexualidad). En la práctica, las visiones más modernas vinculadas a sexualidad abren un abanico más amplio en términos de esta categorización, superando las categorías por el concepto de dimensión, entendiendo la orientación sexual como un continuo entre una situación y otra. Ello apunta más que a la identidad (“yo me siento homo, hetero o bisexual”) a las conductas que han formado parte de la trayectoria sexual de las personas, es decir, ubicándolas en un continuo asociado con quién se ha relacionado sexualmente. En la trayectoria de cada persona ocurren experiencias con el propio género o con el género opuesto, y esto podrá (o no) definir un determinado patrón, que, en la práctica, ha demostrado no ser completamente predecible para definir la trayectoria futura. No considerar esta mirada más amplia y dinámica de la sexualidad, nuevamente tendrá el peligro de llevar a suponer conductas y prácticas en las personas, que no necesariamente forman parte de su verdadera trayectoria sexual, con la consiguiente reproducción de zonas ciegas, ajenas a la realidad.

Otro elemento significativo tiene que ver con los contextos de **relacionamiento sexual de las mujeres**, que es una de las discusiones más en profundidad desarrolladas en los diálogos con ellas, es decir, ¿con quién(es) está(n) teniendo vida sexual las mujeres de Arica, cómo y por qué?

Resulta interesante plantear frente a este tema una mirada extendida, un abanico que permita desplegar las diversas trayectorias femeninas en la región. No es que las mujeres de Arica tengan vida sexual con sus parejas, con sus maridos o con sus amantes, sino que en la práctica hay muchas formas de relacionarse sexualmente,

conviniendo en este momento. Uno de los ejes que permiten abrir este abanico de posibilidades refiere a las motivaciones asociadas a la vida sexual: hay mujeres que se enamoran y tienen vida sexual, hay otras que necesitan alcohol o drogas, y tienen intercambios sexuales, hay otras que al estar casadas tienen que satisfacer sexualmente a su marido sin que esté presente su propio deseo, otras que en las que su propia voluntad y deseo guían su vida sexual. Ello plantea una vasta diversidad para prevenir en una situación o en otra, lo que implica desafíos completamente distintos. Las condiciones que se plantean al momento de percibir y gestionar un riesgo serán completamente distintas si:

- fruto de una adicción una mujer recurre a una experiencia episódica de comercio sexual para tener como sustentar su adicción,
- fruto del deseo, el amor o la exploración, una mujer joven tiene sexo con su pololo,
- una mujer casada que nunca ha podido decir nada respecto de cuándo tener o no relaciones sexuales

Resulta, por lo tanto, necesario considerar cómo las diversas situaciones establecen desafíos distintos y en ese sentido es importante que la prevención pueda apuntar a la particularidad de las experiencias.

Otro elemento significativo que emerge de los diálogos, se relaciona con el tema de la **vida sexual en contextos recreativos**, por ejemplo, en contextos de consumo de alcohol y drogas. Se asume que el consumo de ambas sustancias constituye una vulnerabilidad en sí misma, al producir el decaimiento de las medidas preventivas, debido a las limitaciones que producen en el alerta, la psicomotricidad y el estado de conciencia. De esta forma, aun existiendo información, percepción de riesgo e incluso contándose con preservativos, una persona será incapaz de implementar en la práctica medidas preventivas, si es que su conciencia está afectada por el consumo de alcohol y/o drogas. La situación que las mujeres refieren con respecto a este consumo en la región, resulta importante por su impacto en las estrategias de prevención.

La vida sexual en el contexto de **ocasionalidad** y de **ambientes recreativos**, aparece como una dinámica recurrente, observada en los segmentos jóvenes, pero también en el de mujeres adultas, separadas, con hi-

jos mayores, en el marco de una mayor liberalización de la vida sexual y de apertura a nuevas experiencias. En ambos contextos cabe el cuestionamiento acerca del grado de percepción de riesgo que se da en ellos, de las posibilidades reales de implementar medidas preventivas y de la incidencia del uso de alcohol/drogas como un elemento interviniente.

Avanzando en el análisis, aparece como un elemento central en el imaginario la ciudad de Tacna. Tacna se señala sistemáticamente en los diálogos como un espacio asociado a contextos de ocasionalidad sexual, comercio sexual más barato y zona de mayor libertad sexual, por estar alejado de la sociedad ariqueña. Sin embargo, también se la señala como una ciudad con un índice de VIH más bajo que Arica²⁶. Esto nos indica que de alguna manera Tacna está operando como una zona asociada a riesgos desde fenómenos como la “otredad del SIDA” y la gestión simbólica del riesgo, facilitando instalar la idea que el riesgo está allá y no en Arica, cuando la realidad demuestra que está en todos lados y que en toda circunstancia las personas deben protegerse.

Otro elemento de contexto para la **vida sexual** en la región se refiere a que la vida sexual aparece como una serie de **conductas para las cuales no hay un discurso público**. Este elemento es central y evidencia un aspecto sociocultural característico de la región desde la visión de las mujeres, que es el de una sociedad conservadora en el discurso, que propugna no hablar de sexo en el espacio público. Ello contrasta con las conductas y prácticas sexuales desplegadas en la vida social, referidas por las mujeres, que pone el acento en procesos cada vez de mayor apertura, amplitud de prácticas y escenarios para la vida sexual. Esta dicotomía entre las prácticas y el tabú del discurso público, instala la vida sexual como una conducta sin relato, lo que constituye una condición altamente preocupante cuando hablamos de poner en práctica estrategias de prevención. Cualquier medida preventiva al VIH requiere procesos de comunicación que permitan la toma de decisiones, negociación y puesta en práctica de cualquiera de las opciones preventivas disponibles,

26. Como referencia, los casos acumulados de VIH en Tacna entre 1983 y 2009 corresponden a un total de 159. Los casos de SIDA entre 1983 y 2009 alcanzan los 176, de acuerdo al Boletín Epidemiológico mensual de enero 2010 de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú.

lo que hace aparecer a este elemento de contexto como uno de los más preocupantes y urgentes de intervenir. El desafío a este respecto es grande y requiere de una estrategia amplia y de largo alcance. Por ahora podemos aportar con la idea que los cambios a este nivel requieren facilitar la instalación en el discurso público de los temas de sexualidad y vida afectiva y sexual, ya sea a través de iniciativas comunicacionales masivas, en prensa y medios de comunicación social; así como de iniciativas de corte comunitario que permitan la generación de conversaciones, diálogos y debates sobre el tema en diversas instancias sociales.

Por último, la gran área que facilita la comprensión de la vida sexual en la región se relaciona con el vínculo entre **actividad productiva y vida sexual**. Arica se caracteriza por ser un centro de movimiento e intercambio permanente, dada su cualidad de ciudad limítrofe y de ciudad receptora de población extranjera, así como su conformación productiva caracterizada por la presencia de regimientos, mineras y puerto, lo que genera dinámicas específicas de población flotante masculina y circuitos de comercio sexual asociadas a lo productivo. La relación entre ello y las dinámicas en la vida sexual de la región son claras y definen un escenario que al menos incorpora en el análisis:

1. La incidencia de la vida productiva en el relacionamiento sexual de las parejas estables de la región, al estar mediados por lo laboral los ciclos de convivencia y oportunidad de desarrollar vida sexual en el contexto pareja.
2. La generación de “brechas temporales” en la vida sexual en el contexto de pareja, asociado a dichos contextos productivos, abriendo oportunidades más evidentes al desarrollo de vida sexual ampliada a contextos de intimidad y ocasionalidad, por parte de ambos miembros de la pareja.
3. La presencia de sistemas y circuitos de comercio sexual, asociados a la actividad de mineras, puertos y regimientos, con participación de hombres, mujeres y población transgénero, chilenos, migrantes y en tránsito.

4. La presencia de actividad sexual entre hombres (HSH) en distintos espacios de convivencia masculina “obligatoria” o exclusiva, como regimientos, cárceles, mineras; sin mediar necesariamente una identidad homosexual.

Superando a los “sujetos”: dinanismos sexuales de la región

Todo lo desarrollado anteriormente, remite a una idea fundamental y es que, más allá de la necesidad y el imperativo de identificar y abordar factores de vulnerabilidad y riesgo asociados a grupos específicos, se requiere considerar también el dinamismo sexual de la región en su conjunto, dado que es justamente este dinamismo el que genera los circuitos a través de los cuales cualquier persona puede adquirir el VIH. Sobre todo en una región marcada por los tránsitos, movimientos e intercambios permanentes, en el contexto de una vida sexual cada vez más amplia y abierta, pero con pocas posibilidades de ser enfrentada directamente y con la presencia de mitos y defensas que insisten en mantener falsas seguridades con respecto a la prevención.

El acceso a servicios de salud para las mujeres en Arica

Además de las consideraciones previas donde el análisis se centraba en las mujeres de Arica y la forma de acercarse a sus percepciones y prácticas de la vida sexual desde una perspectiva preventiva; en este punto se revisarán brevemente las consideraciones que las mujeres señalaron respecto al acceso a servicios de salud e información, ya que constituyen un factor especialmente significativo.

Al revisar lo que las mujeres señalan es posible distinguir dos perspectivas para la construcción de sus sig-

nificaciones, que se diferenciarán como la perspectiva del servicio y como la perspectiva de la usuaria.

Respecto a la **perspectiva del servicio**, se reconoce la existencia de protocolos de funcionamiento de la red de salud, que no facilita el rápido tratamiento y, por lo mismo, dificulta la prevención frente al VIH e ITS. Esta suerte de lentitud en los procesos, se advierte como arbitraria, ya que al mismo tiempo, para el manejo de otras situaciones, se identifican prácticas más eficientes. A ello, se suma la comparación con las acciones preventivas que existen en otros países, donde la acción de los servicios de salud parece ser más eficiente (en términos de prevención y tratamiento). Además, existe la visión de que falta sincronización entre las redes de salud y lo que efectivamente ocurre en las familias, la calle, las parejas, etc., en el sentido de obviar información relevante en el momento de diseñar campañas o instalar programas de prevención, así como la ausencia de una visión regional en ese sentido.

En cuanto a la **perspectiva de la usuaria**, al reconocerse como tal, ocurre una suerte de empoderamiento que permite reclamar derechos y garantías. Esta posición más activa respecto a la institucionalidad sugiere una gama de acciones que es necesario y urgente compartir con otros que mantienen una actitud más pasiva. Esta percepción se levanta por la constatación de la necesidad de asumir mayor protagonismo en la suerte o destino de la ciudadanía con respecto al VIH e incluso otros temas, lo que al mismo tiempo, denuncia esta normalidad del “paciente pasivo” que asiste a las redes de salud.

Se destaca este hecho porque desde la perspectiva del enfoque de derechos, y como se ha señalado y se señalará más adelante, el Estado debe garantizar a ciudadanos y ciudadanas el acceso a servicios y asegurar las condiciones para el cumplimiento de sus derechos.

Asimismo, el enfoque de derechos considera la participación de las personas en los asuntos que los y las afectan e interesan, por lo tanto requiere de procesos

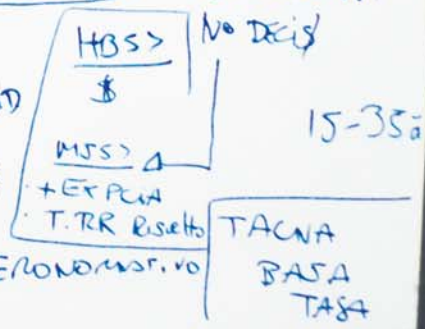
FURIO VIOLENTA

- (MJ AL SERVICIO HB → TRANS FEM) MJ → FINGE, CONFIAA, NEC ROM. DO A DECIR
- IMPOSICIÓN ROLES - VIGILANCIA ROLES TRAD - CRECI! MASC.
- ACTIV. NO REMUNERADAS DE LAS MUJES - REPRODUCCIÓN ROLES
- INCORPORACIÓN DE LOS HBS; INTEGRACIÓN
- MUJER DE CASA / MJ. DE CUIE / MJ NO SEXUAL
- CRITICA SOC. A LA MJ. / CULPA / ACUMULACIÓN ROLES
- FELICIDAD DE LOS OTROS, DESVALORIZACIÓN (SM TAA) FAJSA SEX. MJ. DESAJUSTADA
- EVOLUCIÓN - S. IGUALTARIA

MJ SEX ACTIVA = MJ SEX PROMISUA

ESTADO POLICIAL / HOSP - MAL TRATO - PRESUJICIOS BIOLÓG, HIG / NO SEXUALIDAD
 SOW MJS, HBS → NO HAY RETRÓDIN, RECIPROCIDAD
 CESTAM + CERVINO, SOC CIVIL - TALLERES / S. SEX. FALTA DDER
 MCS, INTERNET → INDIV, NO DIALOGO. 'TERCELOS' HETEROGRADATIVO
 INFO → ¿Dónde? C: DD SOLENSI ONO → DIVULGA EN COM.
 BAO UBEGIOS PR SEX

CONVIVENCIA MENOS FORMULADOS ROLES → TRANSITO (GOB. / AB) DISCURSO // TR
 "LIBERTAD SEX", SIN EMBODENA!; TABU SEX, MJS. LA BAG 'SER MADRE'
 Poca INFO, Y REPROD. "QUE NO TE CADAEN" TEMOR NO AT. GDS
 PLACER, DIVERSIDAD, CLIMA - LIB SEX MJS. NO EMPOD → NO AUTONOMIA
 MACHISMO, RERICA - EXIG. ROL
 "NO ME VA A TOCAR A MI" / ESTAD
 MUNDU LABORAL - TURNOS, MIRAS, PFAA 15-35a
 LIB SEX / EDAD → JOV; > 45a
 - DIV SEX. NO VISIBILIZADA / W HETEROGRADATIVO TACNA BASA TASA
 - FRONTERA → TACNA



*Algunas recomendaciones para
prevenir el VIH, el SIDA y las ITS en
mujeres que viven o transitan por la
región de Arica y Parinacota*





de empoderamiento e incidencia de parte de la ciudadanía y de apertura de parte del sector público o la institucionalidad. Como se ve, las mujeres identifican esta tensión entre una ciudadana pasiva y una ciudadana empoderada y consciente de sus derechos.

algunas recomendaciones para prevenir el VIH, el SIDA y las ITS en mujeres que viven o transitan por la región de Arica y Parinacota

A partir de los resultados obtenidos y de su análisis, surge un conjunto de recomendaciones que también se encuentran presentes en los diálogos sostenidos con las mujeres de Arica. Se considera que un tema central para abordar la prevención del VIH en la región radica en un involucramiento activo de la población organizada en las estrategias de acción que se definan, así como en la necesaria coordinación y retroalimentación entre este sector y los organismos públicos. Si bien la participación social es una reco-

mendación recurrente en toda acción de prevención y de intervención en asuntos de interés público, es cada vez más necesario pasar de su consideración a nivel retórico a su aplicación concreta en el quehacer de los organismos públicos, la que se acentúa con la nueva Ley de Participación Social (Ley 20.500).

En este sentido, y más allá de las consideraciones de una declaración política adecuada y del cumplimiento de las normas legales existentes, la participación responde también a la aplicación del enfoque de derechos en políticas públicas y al cumplimiento de los compromisos que a nivel internacional ha adquirido el Estado de Chile, sobre todo en aquello que dice relación con las poblaciones que han sido invisibilizadas o marginalizadas. En este contexto se incluye a las mujeres aymara, afrodescendientes, privadas de libertad, migrantes, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio, entre otras, quienes debieran tener garantizados sus derechos establecidos en convenios y tratados internacionales. Las mujeres chilenas en general

también constituyen un grupo vulnerable que tiene derechos que deben ser garantizados por el Estado.

Un enfoque de derechos lleva implícito la existencia de mecanismos claros de participación social, lo que implica un doble desafío para las políticas públicas. Por un lado, los criterios y acciones que deben desarrollar los organismos públicos desde un marco garantista, pertinente culturalmente e inclusivo para la participación. Y, por otro, el proceso de empoderamiento de la población, en este caso específicamente las mujeres, para su incidencia en los asuntos públicos que son de su interés o que las impactan directamente²⁷.

Por lo anterior, como eje transversal a las recomendaciones y propuestas que aquí se presentan, se encuentran las consideraciones expuestas, es decir, el enfoque de derecho y la participación como eje central para cualquier estrategia de prevención a desarrollar, lo que incluye un desafío tanto para el sector público como para las personas y sus organizaciones.

El capital social, político y cultural de las mujeres de Arica como un recurso para la prevención

Como lo han mostrado las setenta y siete mujeres participantes en los diálogos realizados, existe un capital social, político y cultural significativo que constituye un recurso extremadamente valioso para implementar estrategias de prevención del VIH, el SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Las mujeres participantes demostraron, en primer lugar, una gran motivación por ser parte de una instancia que convocaba a hablar sobre el tema. Asimismo, presentaron un profundo interés por adquirir información que les permitiera mejorar su propio conocimiento y el de las personas con las que ellas se relacionan, tanto a nivel familiar como profesional y social, respecto al mismo; además, se evidenció también una necesidad sentida de conversar entre pares respecto a la propia experiencia y la forma en que se está viviendo la vida sexual y afectiva propia y de los cercanos (hijos, hijas, conocidos, conocidas y población en general) abierta-

mente sin tapujos ni sobre entendidos, reconociendo la necesidad de superar los propios tabúes.

Sumado a lo anterior, se aprecia que las mujeres participantes, o una gran mayoría de ellas, tienen disposición para participar en instancias de formación y debate en materia de prevención, como también ser parte activa de planes o acciones de prevención que se emprendan y compartir con otros lo que puedan aprender o conocer. Además, a través de los diálogos conocieron acerca de la particular situación de Arica y Parinacota respecto al VIH y el SIDA, lo que también significó una motivación particular de las mujeres respecto al tema.

Por ello, se propone como estrategia de trabajo el fortalecimiento y/o el desarrollo de capacidades en las mujeres para que se transformen en **pares formadoras** como una estrategia central de acción para la prevención. Se sugiere comenzar con las mismas mujeres que participaron en los diálogos. Se propone generar un proceso que considere:

- Identificación y convocatoria de un grupo de mujeres interesadas en formarse y replicar con otras personas.
- Realización de un proceso de formación y generación de capacidades para ser pares facilitadoras.
- Convocar, en conjunto con las mujeres formadas, a pequeños grupos para compartir experiencia e información.
- Generar estrategias de seguimiento y acompañamiento a las pares facilitadoras.

Esta estrategia de formación de pares facilitadoras, deberá ser pertinente culturalmente, es decir, considerar las especificidades de la población con la que se desea trabajar de acuerdo a edad, origen, clase y condición de residencia en Chile, siendo ellas las que mejor pueden identificar las necesidades de sus grupos de origen y la forma de interactuar con ellos. Esto no significa, que se excluyan acciones de integración de los grupos, ya que las mujeres comparten elementos comunes también, principalmente determinados por los mandatos de género presentes en la sociedad ariqueña. Además, la sexualidad no es una experien-

27. Ochoa, Gloria (2011) Op. cit.

cia estática y segmentada, sino que una experiencia dinámica y diversa; por lo que adentrarse en ella requiere de generación de confianza para compartir impresiones e inquietudes.

Elaboración de material educativo y campañas de información

Por otro lado, y también de acuerdo a lo señalado por las mujeres, en estas estrategias de acción se debieran incluir a los hombres, buscando los mecanismos más adecuados para llegar a ellos. Asimismo, se debe poner especial atención en no replicar el modelo heteronormativo ni homogéneo y centralista que se ha identificado en la prestación de servicios de salud y en las campañas de educación y prevención.

En esta misma línea, se propone la **elaboración de material educativo e informativo** en conjunto con los grupos y organizaciones de base, incluidos los/las pares formadores/as, que puedan servir como medio de difusión y prevención para la población. Nuevamente recogiendo los criterios de pertinencia y participación para que la medida sea efectiva y evitar la producción de material que carece de efectividad por no responder a los códigos y sensibilidad de la población a la que va dirigido.

Fortalecimiento de las competencias de funcionarios y funcionarias del sector público y articulación intersectorial

Si consideramos el desafío anteriormente planteado para generar estrategias de prevención, el trabajo con funcionarios y funcionarias públicas es fundamental. Se propone profundizar en la sensibilización respecto al VIH, el SIDA y las ITS, incluyendo la eliminación del estigma y la discriminación hacia la diversidad en general y hacia la diversidad sexual en particular. Este trabajo debiera incluir una confrontación con los mitos, prejuicios y estigmas que a nivel individual cada persona ha contribuido a perpetuar.

En este sentido, el primer paso debe ser fortalecer o preparar a funcionarios y funcionarias que trabajan en el nivel primario de salud con el fin que las estrategias preventivas signifiquen también estrategias

participativas, que incluyan y potencien un enfoque pertinente culturalmente.

En cuanto a las mujeres privadas de libertad, resulta fundamental formar al personal desde un ámbito no sólo de salud, sino que cultural; ya que se requieren estrategias adecuadas al mujeres que se encuentra en estos recintos.

De la misma manera, también resulta fundamental sensibilizar y entregar información respecto a VIH, el SIDA y las ITS a los funcionarios y funcionarias de frontera, que en muchos casos pueden constituir el primer punto de contacto de las mujeres que se encuentran en tránsito por la región.

A su vez, y como es mencionado recurrentemente por las mujeres frente a las posibles estrategias de prevención, el sistema educativo debiera cumplir un rol central en la entrega de información y consejería a la comunidad educativa, incluyendo a estudiantes, (tanto varones como mujeres) y a padres, madres y apoderados-apoderadas.

De acuerdo a lo expuesto, las estrategias de coordinación y de trabajo intersectorial se vuelven fundamentales para lograr una intervención con resultados concretos. Por las propias características de las dinámicas poblacionales y la forma en que en Arica se vive la sexualidad, no se puede esperar de acciones aisladas resultados efectivos. En este mismo ámbito de la necesaria coordinación entre sectores, la relación entre el sector público y la ciudadanía organizada es crucial, tanto para la pertinencia de las acciones como por la efectividad de las mismas. Como vimos anteriormente, el capital social, político y cultural de las mujeres es un recurso extremadamente valioso para que las acciones de prevención tengan un mayor alcance y profundidad.

Respecto a los servicios disponibles para las mujeres y hombres de la región en cuanto a salud sexual e información, el rol del Centro Comunitario de información y prevención del VIH que se inauguró en Arica en septiembre de 2011 debiese ser un lugar propicio y acogedor para que las personas puedan pedir ayuda, informarse y responder a sus necesidades de información y formación sin sentirse expuestas ni juzgadas. Al respecto, es importante invertir en la

difusión de este Centro para que se convierta en un referente regional.

Además, se considera que la institucionalidad pública debe ir actualizando su mirada respecto a las dinámicas sociales y poblacionales de la región. Es decir, incorporar la heterogeneidad de la misma, la que no sólo incluye a los pueblos indígenas como el aymara, sino también a la comunidad de personas afrodescendientes. En la misma línea, la situación de frontera de la Región de Arica y Parinacota releva a poblaciones como personas migrantes, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio. Considerar las particularidades socioculturales que conviven en la región permitirá comprender y abordar las dinámicas relacionales y sexuales, y con ello, se fortalecerá la respuesta regional al VIH y al SIDA.

Esto debe traducirse en políticas públicas específicas, servicios pensados desde y para esta diversidad, incorporación en funcionarias y funcionarios de un enfoque de género, de derecho y perspectiva de no discriminación, interrogación permanente y reflexiva de sus prácticas y quehaceres. Esto incluye programas de formación dirigidos a funcionarios claves y que atienden público, tales como: funcionarios de frontera, policía de investigaciones, servicios de salud, entre otros.

Resulta también fundamental que la propia institucionalidad pública y sus representantes hagan frente a la estrategia de la “otredad del SIDA”, es decir,

cada ámbito del accionar público puede identificar su aporte en la prevención y, al mismo tiempo, no redundar en las argumentaciones que ponen las causas de las tasas del VIH en la región en otros y no en los propios ariqueños y ariqueñas.

Generación de conocimiento

Los diálogos realizados y los resultados obtenidos, dan cuenta de las dinámicas relacionales y sexuales de la región, así como de las percepciones y prácticas vinculadas a ellas y a los mandatos de género. No obstante, aún queda alcanzar profundidad en el conocimiento más específico de dichos elementos y de ciertas poblaciones involucradas.

De esta forma, se propone profundizar específicamente en cada uno de los grupos de mujeres participantes en estos diálogos a través de estrategias de investigación que respondan adecuadamente a sus condiciones de vida y características, es decir, trabajar en profundidad la vivencia de la sexualidad y el género en mujeres aymara, afrodescendientes, jóvenes, adultas, adultas mayores, privadas de libertad, migrantes, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio. Especial atención requieren las mujeres refugiadas y solicitantes de la condición de refugio no sólo porque su situación las hace vulnerables, sino porque también van sumando otras fuentes de vulnerabilidad, como ser afrodescendientes, vivir en situación de pobreza, entre otros elementos. La propia situación de vulnerabilidad de estas mujeres, las hace ser más reacias a hablar de sí mismas y de sus experiencias con otras personas, por lo que se requieren abordajes cuidadosos para acceder a ellas.

Se considera también fundamental conocer las dinámicas que ocurren en otros territorios de la región, para que la referencia no sea sólo la ciudad de Arica, ya que ésta cons-



tituye sólo una parte de la totalidad y complejidad de la zona. Existen puntos críticos vinculados a las dinámicas productivas y de tránsito poblacional de la región necesarios de sondear y conocer en los lugares donde ocurren.

ORGANISMOS INTERNACIONALES	ORGANISMOS PÚBLICOS	ORGANIZACIONES CIUDADANAS
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener y fortalecer las instancias de coordinación inter agencias en VIH y SIDA existentes en el Sistema de Naciones Unidas en Chile. • Dar continuidad al trabajo de apoyo técnico a los organismos públicos de Arica en VIH y SIDA. • Informar y promover los acuerdos internacionales ratificados por Chile según población y vulnerabilidades al VIH y al SIDA en la región de Arica y Parinacota. • Promover el fortalecimiento de organizaciones ciudadanas y el ejercicio de sus derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Generar y fortalecer instancias de coordinación intersectorial para el VIH y el SIDA. • Generar y fortalecer instancias de intercambio, diálogo y trabajo conjunto con organizaciones ciudadanas. • Realizar capacitaciones internas para funcionarios y funcionarias respecto a: i) VIH y SIDA y ii) Derechos Humanos y participación iii) Enfoque de género. • Potenciar y promover la organización y participación ciudadana en áreas vinculadas a VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover acciones ciudadanas destinadas a exigir el derecho a información y atención oportuna. • Promover acciones ciudadanas destinadas a garantizar el derecho de ser parte en la decisión respecto a los asuntos que las impactan directamente. • Promover y demandar espacios de diálogo e intercambio con los organismos gubernamentales.
<ul style="list-style-type: none"> • Generar espacios de intercambio y formación en VIH, SIDA e ITS. • Promover espacios de discusión e intercambio, así como acciones específicas contra la violencia de género y la discriminación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la formación de pares facilitaras. • Realizar acciones informativas y formativas destinadas a la población de Arica, tanto hombres como mujeres. • Impulsar la generación de espacios de intercambio y formación con otras instituciones. • Promover campañas hacia la población y hacia los funcionarios contra la violencia de género y la discriminación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la formación de pares facilitaras. • Elaborar material educativo pertinente a sus propias organizaciones y poblaciones. • Promover y articular acciones contra la violencia de género y la discriminación.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la generación de conocimiento para profundizar en las poblaciones vulnerables y mejorar las estrategias y políticas preventivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la generación de conocimiento para profundizar en las poblaciones vulnerables y mejorar la respuesta que se les otorga. • Sistematizar y evaluar las intervenciones realizadas en el ámbito de prevención del VIH y otras ITS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en acciones de generación de conocimiento que permitan profundizar en las experiencias de las mujeres de la región.



Anexo
Metodología de trabajo





Recomendaciones según actor social involucrado

Descripción del proceso

La iniciativa “Diálogos participativos sobre las vulnerabilidades ante el VIH y el SIDA en mujeres que viven o transitan por la región de Arica y Parinacota” se desarrolló entre los meses de septiembre del año 2011 y enero del año 2012. Convocó a 77 mujeres provenientes de las Provincias de Arica que se reunieron en la ciudad de Arica con el fin de desarrollar una serie de diálogos que promoverían un proceso de reflexión ampliado. Se trató de relevar los discursos de las mujeres a partir de sus especificidades de género, en una zona socioculturalmente muy heterogénea. También se buscó describir los contextos generales y específicos en los que se expresa la sexualidad en la región, para poder establecer las formas en que se configuran las vulnerabilidades particulares de estas diversas mujeres frente a la epidemia del VIH y SIDA.

De acuerdo a lo anterior, el proceso, por tanto, consideró la efectiva conversación y participación de las mujeres convocadas, según las líneas generales de lo que se entiende por diálogo participativo, el que permite generar un ‘método de conversación’ transversal entre Estado y sociedad civil, o entre distintos actores de la realidad, con miras a la legitimidad social y política que impacte en niveles más altos de confianza social en las políticas y programas estatales²⁸.

La descripción del proceso desarrollado se ha estructurado en cuatro áreas:

1. Consideraciones de base.
2. Convocatoria y metodología de los diálogos.

28. Ver Guía metodológica diálogos participativos. Ministerio Secretaría General de Gobierno, División de Organizaciones Sociales, Departamento de Ciudadanía y Gestión Pública, 2007.

3. Contexto de trabajo.
4. Evaluación por parte de las participantes.

Consideraciones de base del trabajo desarrollado

Los criterios considerados para la realización de los diálogos participativos obedecen a los siguientes lineamientos, con el fin de establecer un proceso de conversación e intercambio pertinente:

- Se tuvo especial cuidado en reflejar y respetar, tanto en el proceso de convocatoria como en los diálogos y posterior análisis de resultados, la heterogeneidad de las realidades de las mujeres de la región. Por ello, éstos se organizaron bajo una lógica que permitiera la mayor inclusión y que al mismo tiempo diera cuenta de las características socioculturales específicas de las mujeres que residen o transitan por la región.
- La posibilidad de un efectivo ‘diálogo’ entre las mujeres, invitando a la conversación en un ambiente de confianza, calidez y privacidad, no coartando las intervenciones y desarrollando espacios de apertura y motivación hacia la libre expresión de sus opiniones y demandas referente al tema. Por ello, se optó por organizar los diálogos en un formato grupal, con el fin de lograr la confianza y profundidad requerida en cada una de las instancias de diálogo.
- Una convocatoria abierta e inclusiva.
- Una coordinadora de terreno activa en la región de Arica y Parinacota.
- Un equipo de trabajo multidisciplinario, que cuenta con cuatro antropólogas sociales, una psicóloga, una médico y una educadora.
- Instancias de articulación y coordinación con el Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA, especialmente con las agencias asociadas a este proyecto (UNESCO, UNFPA, ACNUR y UNODC).
- Contar con autorización de todas las participantes a través de la firma de un consentimiento informado de la actividad, respecto al

uso de la información generada en los diálogos, asegurando el anonimato de las participantes y promoviendo la transparencia respecto al proceso que se está llevando a cabo. De este modo, se fortalece el compromiso por parte de las participantes, al saber que de algún modo sus opiniones y percepciones cuentan con la protección del anonimato y se fortalece a su vez el apoyo que las representantes de los distintos grupos prestan a un proceso como el realizado.

- Una encuesta/pauta de evaluación de la actividad a responder por las participantes, que permite mejorar las prácticas asociadas al tipo de actividad desarrollada.

Convocatoria y metodología de los diálogos

Proceso de convocatoria

Se contó con una coordinadora de terreno en la región que logró contactar y convocar a mujeres de los distintos grupos considerados de manera directa.

Como ya señalamos, esta iniciativa consideró fundamental la participación e inclusión de mujeres y organizaciones que respondieran a las características y criterios previstos de acuerdo a los términos de referencia establecidos por el Sistema de Naciones Unidas para esta consultoría, a saber: mujeres privadas de libertad, mujeres afrodescendientes, mujeres aymara, indígenas de otros pueblos, migrantes, refugiadas o solicitantes de la condición de refugio, adultas mayores y jóvenes.

Para esto, se tomó contacto con mujeres y organizaciones de la región, así como con profesionales de SERNAM, Gendarmería y PROSIR con el fin de acceder a las mujeres que forman parte de su misión de trabajo. De este modo, se organizó el proceso en las siguientes etapas:

1. Levantamiento de información de organizaciones de mujeres de la región, para identificar las organizaciones activas y pertinentes a ser invitadas.

2. Levantamiento de información de instituciones y profesionales que trabajan con mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio para identificar mujeres a ser convocadas.

3. Contacto con organizaciones de mujeres identificadas para informar de la iniciativa.

4. Contacto con profesionales que trabajan con mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio con el fin de comunicarles de la actividad y ver en conjunto las alternativas de acercamiento a dichas mujeres.

5. Contacto con el recinto penitenciario de ACHA para coordinar entrevista grupal con mujeres privadas de libertad.

6. Contacto con mujeres para invitarlas a participar, a través de correo electrónico, llamadas telefónicas y visitas personales.

7. Contacto con PROSIR para coordinar entrevista grupal con mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio.

Proceso de implementación de los diálogos: metodología

La metodología de trabajo tuvo como eje promover una conversación libre, sobre la base de un diálogo e intercambio de experiencias de las mujeres en este tema. Al respecto, se optó por trabajar con grupos de pertenencia diferenciados, con el objetivo de lograr mayor comunión en las temáticas que eventualmente surgieran, posibilitando con ello la emergencia y profundidad en los temas compartidos, los que de otra forma tal vez hubieran desaparecido. A lo que se suma lo establecido en las bases técnicas de que debían realizarse cuatro diálogos participativos.

• Respecto a la pauta de entrevista

Se optó por realizar una misma pauta de trabajo para todas las mujeres, por dos razones:

a. Para no interferir ni intencionar distinciones que se esperaba que surgieran del mismo pro-

ceso de diálogo.

b. Para tener una estructura de base que sirviera para la comparación efectiva entre grupos, sobre los ejes propuestos: género, mandatos y estereotipos, acceso a servicios de salud e información y vida afectiva y sexual de las mujeres.

Ahora bien, la estructura del trabajo desarrollado consideraba utilizar material audiovisual diferenciado por grupo, para motivar la discusión de acuerdo a sus propias pautas y códigos de lectura del texto audiovisual. Si bien la pauta de entrevista era la misma para todos los grupos por la razón señalada, el punto de entrada a cada diálogo **fue diferenciado de acuerdo a los grupos**, con materiales audiovisuales apropiados para cada uno de ellos, motivando una narrativa explícita y diferenciada asociada a ser mujer aymara, afrodescendiente, refugiada, migrante, privada de libertad, joven o adulta mayor en Arica, lo que surgió naturalmente en la conversación y que era precisamente lo que se esperaba lograr con el uso de este material.

Es decir, se promueve una facilitación no directiva, sino que co-constructiva con las participantes de los diálogos, donde las diferencias y semejanzas entre las distintas mujeres debían aparecer desde su propio relato y no por la conducción de las facilitadoras o por la estructura de la pauta. Trabajar ya con diálogos diferenciados por tipo de mujeres constituía también una diferenciación que consideramos no era necesario reforzar con una pauta diferenciada también.

Para el caso del grupo aymara y afrodescendiente teníamos la misma hipótesis, al igual que para el resto de los grupos definidos. En este punto, uno de los aspectos más relevantes fue que independientemente del pueblo de origen, o tal vez por ello, el grupo de mujeres aymara y afrodescendientes mostró mucha sintonía mutua, explicitando las distinciones entre ambos grupos, pero al mismo tiempo reconociéndose mutuamente en los aspectos comunes, dejando de lado las distinciones posibles radicadas en mitos y estereotipos, centrándose en lo común y compartido.

El objetivo de contar con una pauta de entrevista común y material audiovisual diferenciado por grupo fue

precisamente generar una discusión que partiera de lo distinto (como soy yo) y llegara a lo similar (como somos las mujeres de estos grupos en esta región), dejando que la conversación fluyera libremente, intentando que cada grupo se moderara autónomamente sobre esta ecuación de lo similar-diferente y de lo que percibo a partir de la diferencia.

- **Respecto a la conformación de los grupos**

En esta conformación se tuvo en cuenta dos consideraciones:

Técnicas: ya se tenía a un grupo imposibilitado de asistir al formato de diálogo propuesto constituido por las mujeres privadas de libertad, por lo que entre los grupos restantes se tenía que organizar a mujeres de grupos étnicos, grupos de edad y distintas situaciones de residencia (considerando que los diálogos solicitados eran cuatro). Ante eso se optó por dar prioridad a los grandes grupos temáticos.

Operativas: por el tiempo y la estructura general, no se lograba construir un grupo con un número de mujeres apropiado para desarrollar los diálogos si considerábamos grupos exclusivos de sólo mujeres aymara, sólo mapuche o sólo afrodescendientes.

En el grupo de mujeres aymara y afrodescendientes (diálogo étnico) es posible constatar que independientemente del origen, las mujeres presentan una relación con lo masculino muy similar, así como también expresan similitudes en la forma en que el resto de los chilenos las observan y en su historia relacional con “lo chileno”, aunque haciéndose cargo también de los estereotipos que “lo chileno” tiene respecto a ellas diferenciadamente.

Lo mismo sucedió en el caso del grupo de jóvenes, adultas y adultas mayores. En este caso, se optó por juntar a estas mujeres por cuanto la riqueza de lo opuesto, más allá de los estereotipos que cada una pueda tener, era lo que interesaba levantar. En este proceso de diálogo se logró muchísima comunión en los temas asociados a la sexualidad y a su relación con lo masculino. Se evidenció que las distinciones generacionales respecto a la sexualidad si bien son distin-

tas, tienen asociados una misma forma de observar y vivir dicha sexualidad; los miedos, información y vivencias pueden ser distintos en grado y formatos, pero estas mujeres pueden comprenderse y aprender mutuamente de sus experiencias vitales, lo que enriqueció tremendamente este diálogo.

De este modo, la organización de los diálogos fue:

Diálogo N°1: mujeres aymara, indígenas de otros pueblos y afrodescendientes. Este diálogo se implementó el día viernes 28 de octubre de 2011 por la tarde y contó con la participación de 29 mujeres de la región con las características establecidas. Además, en este grupo, se incorporaron mujeres que fueron invitadas por SERNAM regional.

Se comenzó la actividad con la presentación del equipo de trabajo y la solicitud de firma del consentimiento informado, documento que explicita que cada mujer participante está ahí por su libre voluntad y establece la confidencialidad de sus datos y de las opiniones que entregue, información que será utilizada sólo con fines de investigación.

La actividad continuó con la exhibición de los audiovisuales que motivaron la conversación posterior. Luego de casi dos horas de trabajo, se presentaron las conclusiones de los cinco grupos en la plenaria, cuyo contenido fue sistematizado inmediatamente por parte del equipo de trabajo, logrando entregar una primera lectura de lo discutido a las participantes.

Se solicitó la presencia de mujeres de este grupo para que participaran en el Diálogo de devolución, a realizarse el 26 de noviembre de 2011. Se inscribieron cinco mujeres.

Luego la actividad fue cerrada y se aplicó la pauta de evaluación y se entregó un presente a las participantes por su disposición y motivación.

Diálogo N°2: mujeres jóvenes, adultas y adultas mayores (intergeneracional), realizado en la ciudad de Arica el día sábado 29 de octubre de 2011, por la mañana. Se inició la actividad con la

presentación del equipo de trabajo y la solicitud de firmar el consentimiento informado. Luego, la actividad continuó con la exhibición de los audiovisuales que motivaron la conversación posterior. Se conformaron 4 grupos de trabajo con un total de 19 mujeres participantes. Además, en este diálogo, se incorporaron mujeres que fueron invitadas por SERNAM regional.

Luego de casi dos horas de trabajo grupal, se presentaron las conclusiones de los 4 grupos en la plenaria, las que fueron anotadas en una pizarra y cuyo contenido fue sistematizado inmediatamente por parte del equipo de trabajo, logrando entregar una primera lectura de lo discutido.

Se solicitó la presencia de mujeres de este grupo para que participaran en el Diálogo de devolución, a realizarse el 26 de noviembre de 2011. Se inscribieron seis mujeres. Luego la actividad fue cerrada y se aplicó la pauta de evaluación y se les entregó un presente por su disposición y motivación.

Diálogo N°3: mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio, inicialmente se realizaría en la ciudad de Arica el día sábado 29 de octubre de 2011, por la tarde. Este diálogo no logró la convocatoria requerida (sólo llegaron dos mujeres a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada) y debió ser reprogramado para el día 24 de Noviembre de 2011, el que se realizó exitosamente con 6 mujeres participantes, todas ellas colombianas. Luego de la actividad se les entregó un presente por su disposición y motivación.

De la experiencia fallida de realización de este diálogo y del éxito de la entrevista grupal, se puede obtener el aprendizaje de que con este grupo de mujeres se debe trabajar en grupos pequeños y en espacios de confianza que ellas previamente conozcan.

Entrevista grupal: mujeres privadas de libertad, realizada en la jornada de la mañana del día viernes 28 de octubre de 2011 en el recinto penitenciario de ACHA.

Esta entrevista se realizó en el pabellón laboral del recinto penitenciario y asistieron 10 mujeres de distintas nacionalidades y edades. Se comenzó firmando el consentimiento informado y se les entregó un presente por su disposición y motivación una vez finalizada la actividad.

Diálogo N°4: correspondiente a la devolución y retroalimentación de la información diagnóstica levantada en los diálogos realizados en octubre y la generación de propuestas de acción por parte de las participantes.

El día 26 de noviembre de 2011 a las 10.00 horas se realizó el diálogo participativo de devolución de resultados. En la actividad participaron 22 mujeres, las que trabajaron distribuidas en 3 grupos, que fueron altamente participativos. Este diálogo se extendió hasta las 13.30 horas finalizando con un almuerzo en el que participaron las mujeres invitadas. Además, se les entregó un presente por su disposición y motivación.

A cada una de las mujeres participantes en esta actividad se le solicitó firmar un consentimiento informado. Asimismo, finalizado el diálogo de devolución de resultados, se solicitó a las participantes que realizaran una evaluación de la actividad.

La estructura precisa de los diálogos fue:

- Presentación de los objetivos del diálogo por parte de las organizadoras.
- Exposición de la temática a trabajar, dando cuenta de algunos conceptos básicos para desarrollar esta tarea, bajo el prisma de la realidad de cada grupo de trabajo convocado.
- Los Temas 1 y 2 fueron trabajados en la primera ronda de conversación y el tercer tema fue abordado en la segunda parte del proceso de diálogo participativo.

1º Tema de trabajo denominado "Género: roles, estereotipos, mandatos de género"

a. Material audiovisual para Diálogo Intergeneracional: Video del deber ser de las mujeres, sobre estereotipos con imágenes y recomendaciones de los años '50 y video de Dove, sobre la construcción artificial de la belleza con fines publicitarios.

b. Material audiovisual para Diálogo Étnico: Video de Comercial de cerveza Brahma.

En el diálogo participativo con mujeres refugiadas y que se encuentran solicitando la condición de refugio, así como en la entrevista con mujeres privadas de libertad, no se utilizaron recursos audiovisuales.

Pauta de trabajo para los videos con todos los grupos:

- ¿Qué vemos en el video?, ¿qué es lo similar/distinto de nuestra realidad cotidiana?
- ¿Qué nos gusta/disgusta del mismo?
- ¿Qué quisiéramos que fuera diferente?
- Plenaria

2º Tema de trabajo denominado "Acceso a servicios de salud y acceso a información"

Pauta de trabajo con papelógrafos:

- Dibujo de las redes de apoyo en salud con las que cuentan (con énfasis en servicios de salud sexual y salud reproductiva) y cómo se relacionan entre ellas y con cada una de las participantes.
- Dibujo de las redes informativas con las que cuentan y cómo se relacionan entre ellas y con cada una de las participantes.

Como ya se señaló, estos dos puntos se trabajaron juntos en la primera parte de los diálogos.

3º Tema de trabajo denominado "Vida afectiva y sexual de las mujeres"

Como cierre de cada uno de los diálogos, se realizó una conversación final que buscaba identificar e intercambiar percepciones, opiniones y creencias de las participantes en relación a la vida afectiva y sexual de "las mujeres" en la región de Arica y Parinacota. El objetivo fue comentar sobre sus experiencias personales, abrirse el diálogo acerca del tipo de dinámicas de relacionamiento afectivo y sexual que observan en su entorno, sus propias percepciones acerca del riesgo y la vulnerabilidad y los contextos sociales y subjetivos en los cuales se despliega la sexualidad, desde su punto de vista, en la región.

Pauta de trabajo tema 3: (ejemplo de preguntas-estímulo)

- ¿Cómo perciben que es la vida en pareja aquí en Arica?
- De lo que ustedes conocen, y han visto, ¿cómo se desarrolla la vida sexual, acá en la región?
- ¿Qué es lo más fácil y lo más difícil de ser mujer, en términos de tener una vida afectiva y sexual satisfactoria, acá en la región?
- ¿Cómo son como parejas (afectivas y/o sexuales) los hombres de Arica?
- ¿Afecta en algo la vida sexual el saber de las tasas de VIH/SIDA que existen en la región? ¿cómo se nota u observa?
- ¿Quiénes creen que están en riesgo de adquirir VIH/SIDA? ¿Por qué?

4º Plenaria, Evaluación del Diálogo y Cierre

Este proceso tuvo una duración de cerca de 4 horas por grupo trabajado. En el caso de las entrevistas grupales (mujeres privadas de libertad, migrantes, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio), la actividad alcanza casi dos horas de conversación y se sigue la misma pauta temática aplicada en los diálogos.

Contexto de trabajo

Existen ciertas características del contexto sociocultural en el que se realizaron los Diálogos Participativos que imponen particularidades, las que incidieron no tan sólo en el desarrollo de los diálogos, sino que también en la metodología trabajada.

En primer lugar, se estableció que el Diálogo con mujeres aymara, indígenas de otros pueblos y afrodescendientes, se realizaría en la comuna de Putre, distante a tres horas de la ciudad de Arica; sin embargo, en vista de que éstas mujeres no se encontrarían en la

comuna y que sus actividades laborales imposibilitarían la realización de la actividad en la misma, se optó por realizar este diálogo en la ciudad de Arica.

Por otra parte, el Diálogo con migrantes, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio, tuvo que ser reformulado a partir de las características de la situación que viven estas mujeres, que han huido de sus países de origen debido a conflictos políticos, armados y/o relacionados con el narcotráfico. Esta vivencia de persecución las lleva a ser particularmente desconfiadas, lo que aumenta cuando no han logrado obtener la documentación necesaria para radicarse en el país. La realización de este diálogo debió implementarse en un lugar protegido, que fuera de confianza y seguro para ellas.

Evaluación

El proceso de evaluación consistió en dar cuenta de seis ámbitos: temas tratados, equipo coordinador, recursos y apoyos didácticos, aspectos operativos, evaluación de los participantes y evaluación de la actividad en general. A modo de análisis general te-

ÁMBITOS	EVALUACIÓN
Temas tratados	<p>Se considera que los temas tratados son fundamentales y enriquecedoras por el interés que despiertan. Se solicita más tiempo de reflexión, con mayor periodicidad:</p> <p><i>“Excelente, ojalá hubieran muchas ... como esta, siempre se aprende algo” (D2)</i></p> <p><i>“Fueron muy buenas y ojalá fueran más seguidos y más temas y cada vez aprendemos más gracias a ustedes...” (D1)</i></p> <p><i>“... el comentario es muy bueno porque se habló de temas que no se habían tratado antes y si se trataba nos costaba o era superficialmente...” (D2)</i></p>
Equipo coordinador	<p>La evaluación indica que las participantes se sintieron acogidas por el equipo coordinador, agradeciendo la calidez entregada en el proceso.</p> <p><i>“Creo que se logró el objetivo en cuanto al tiempo de programación ya que las coordinadoras fueron muy claras y afables a nuestros comentarios” (D1)</i></p> <p><i>“... para mí el trabajo de las facilitadoras fue excelente y me sentí muy acogida y valorada como mujer y persona. Gracias...” (D2)</i></p>

<p>Recursos y apoyos didácticos</p>	<p>Se señala que el uso de audiovisuales fue positivo; hay alto interés por contar con más material para exhibir, especialmente en el tema de VIH y SIDA.</p> <p>Algunas señalan que la posibilidad de conversar grupalmente, en temáticas de interés común, facilitó la dinámica interna y generó mayor grado de confianza para la conversación.</p> <p><i>“Me gustó, muy ameno, muy participativo, generador de confianza para expresar (D1)”</i></p> <p><i>“Excelente el sistema de diálogo porque nos permitió a cada una expresar nuestras opiniones, tener una cercanía con todas las compañeras, resultó una conversación fluida y espontánea, de mucho intercambio personal. Sería importante repetir la experiencia, hubo mucho feeling entre todas. Nos ayudó mucho la facilitadora para ir encauzando las ideas” (D1)</i></p> <p><i>“Muy poco video, hubiera habido uno del SIDA” (D1)</i></p>
<p>Aspectos operativos</p>	<p>Si bien se destaca la buena organización de los tiempos de descanso y comidas, se señala que hubiera facilitado la conversación contar con un salón más grande:</p> <p><i>“El entorno bien ad- hoc para tratar el tema tranquilo y de buen trato...” (D1)</i></p> <p><i>“El espacio muy reducido para la cantidad de invitados” (D1)</i></p>
<p>Evaluación de los participantes</p>	<p>Las participantes destacan su interés por asistir a instancias de este tipo. También aparece el tema de la impuntualidad de algunas participantes, lo que entorpece el trabajo general.</p> <p><i>“En general la actividad fue buena. Acoto la impuntualidad de algunas participantes” (D2)</i></p>
<p>Evaluación de la actividad en general</p>	<p>La evaluación en general da cuenta de una necesidad por conocer los resultados de una iniciativa como esta. Las participantes señalaron, asimismo, la necesidad de contar con más talleres de este tipo, es decir, de carácter participativo en el que ellas puedan colaborar, más que charlas informativa.</p> <p><i>“Me gustaría un monitoreo sistemático y difusión de resultados” (D1)</i></p> <p><i>“Agradezco la instancia de participación ya que es un tema que nos atañe a todas. Me gustaría que en una próxima actividad se incluyera a algunos hombres para la toma de conciencia” (D1)</i></p> <p><i>“... debo reconocer que no estaba entusiasmada para participar pensando que sería lo mismo de siempre: ‘diálogo informativo y no participativo’ Muchas gracias por contradecirme...” (D2)</i></p> <p><i>“Me gustó mucho esta actividad, por lo tanto me gustaría que fuera más masiva. Ojalá se pudiera tener más facilidad de información en general. Muchas Gracias” (D2)</i></p>



Correo-e:
gochoa@germina.cl
germina@germina.cl

Web:
www.germina.cl

Teléfono:
(56-2)
482 02 66

Móvil:
(56-9)
7 125 84 70

Dirección:
Rafael Cañas 270,
Of. 28, Providencia





Diálogos participativos 2011



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura

Con el apoyo de la
**Oficina de
Santiago**



UNODC
Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito