

# Imaginarios frente al VIH positivo en mujeres cis y transgénero: una mirada a partir de la intersectorialidad

## Imaginaries regarding HIV positive in cisgender and transgender women: an intersectoral study

Doris Elena Muñoz Zapata 

Doctora en Ciencias Sociales, Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia. Docente Investigadora, Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia. Correo: doris.munoz@upb.edu.co

Recibido: 20 de febrero de 2025 - Aceptado: 14 de julio de 2025  
ISSN 2027-5528



### Resumen

El presente artículo se propone analizar las condiciones de vida e imaginarios de mujeres diagnosticadas con VIH positivo, afrodescendientes cis y transgénero, habitantes del municipio de Tumaco (Colombia), donde confluyen distintos factores de exclusión como el conflicto armado, el narcotráfico, la violencia sexual y el reclutamiento forzado. Metodológicamente, la investigación se llevó a cabo mediante las historias de vida, que permitieron desentrañar las experiencias de ellas, desde asuntos como: su tratamiento y acceso a la atención en salud, y las desigualdades de género que han enfrentado en el ámbito público y privado, debido al estigma social en su diario vivir. Se observó que este inicia en las propias familias y atraviesa diferentes instancias sociales, dentro de las cuales sobresale el sistema de salud. Como conclusión, se aprecia que las mujeres cis y transgénero VIH positivo están inmersas en múltiples vulnerabilidades, a partir de ejes diferenciadores y jerarquizantes como: sexo, sexualidad, género, clase social y raza. Por ello, se plantean asuntos relevantes para la promoción en salud y la atención de mujeres cis y transgénero en perspectiva interseccional.

**Palabras clave:** VIH/Sida, Feminismo, Afrodescendientes, Tumaco.

### Abstract

This article aims to analyze the living conditions and perceptions of women diagnosed with HIV, who are cisgender and transgender Afro-descendants living in the municipality of Tumaco (Colombia), where various factors of exclusion converge, such as armed conflict, drug trafficking, sexual violence, and forced recruitment. Methodologically, the research was carried out through life stories, which allowed us to unravel their experiences, from issues such as their treatment and access to health care, and the gender inequalities they have faced in the public and private spheres due to social stigma in their daily lives. It was observed that this stigma begins in their own families and permeates different social instances, among which the health system stands out. In conclusion, it is clear that HIV-positive cisgender and transgender women are immersed in multiple vulnerabilities, based on differentiating and hierarchical axes such as sex, sexuality, gender, social class, and race. Therefore, relevant issues for health promotion and care for cisgender and transgender women are raised from an intersectional perspective.

**Key Words:** HIV/AIDS, Feminism, Afro-descendant, Tumaco.

**Cómo citar:** Muñoz-Zapata, D. (2025). Imaginarios frente al VIH positivo en mujeres cis y transgénero: una mirada a partir de la intersectorialidad. *Cambios y Permanencias*, 16 (2), pp: 121-136, Doi: <https://doi.org/10.18273/cyp.v16n2-202508>

## Introducción

**E**l virus de inmunodeficiencia humana VIH/sida es un tema de gran preocupación en América Latina, y más aún, en torno a las condiciones de vida de mujeres cis y transgénero con esta enfermedad, la cual está ligada a múltiples asimetrías de poder, enmarcadas en la construcción social machista y patriarcal en la que han crecido, donde “los géneros se encuentran jerarquizados, el masculino es el dominante y el femenino el subordinado” (Varela, 2005, p. 183).

En ese sentido, prevalece el discurso patriarcal frente a las experiencias de mujeres que viven con el VIH/sida, como lo referencia un estudio realizado en Puerto Rico, el cual encontró que “este discurso está presente en la psiquis de las mujeres y con ello las nociones estigmatizadoras sobre su condición; se convierten en entes opresivos de ellas mismas y de las «otras», al culpabilizarse y culpabilizarlas por la infección” (Rivera-Díaz *et al.*, 2015, p. 88).

Respecto al contagio, en América Latina, en los últimos años, se presenta un incremento significativo en países como Brasil, Costa Rica y Chile. También, un descenso en países como El Salvador, Nicaragua y Colombia. Además, la prevalencia del VIH fue más alta entre las personas transgénero (ONU, 2019, p. 5).

En el caso de Colombia, la página web Consultor Salud publicó la cuenta de alto costo de Colombia, donde se presenta el informe sobre la situación del VIH y sida, conforme a los datos reportados en 2021: “las cifras muestran que entre el 1 de febrero de 2020 y el 31 de enero de 2021 se diagnosticaron 9.210 casos de VIH en el país, sin embargo, representa una disminución del 26 % en comparación con el periodo anterior” (Vivas, 2022).

En la costa Pacífica colombiana viven alrededor de 196.316 habitantes; 54,4 % en el área urbana y 45,6 en la ruralidad; 50 % hombres, 50 % mujeres, 7.461 indígenas y 139.496 afrocolombianos. La prevalencia de VIH/sida en la población de 15 a 49 años tiene una tasa de 0,184 (Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2015, p. 16), la cual es superior a otras ciudades del país.

San Andrés de Tumaco es una isla localizada en el océano Pacífico colombiano, en el departamento de Nariño, en el suroccidente de Colombia, cerca de la frontera con Ecuador, y posee un clima tropical húmedo. La mayoría de su población es afrodescendiente e indígena. Debido a su puerto en el océano Pacífico, su frontera con el Ecuador y sus llanuras fértiles, Tumaco ha sido considerado como un lugar estratégico para el desarrollo de diferentes actividades económicas relacionadas con la agroindustria, el embarque de petróleo, la pesca y el turismo (Rocha, 2014).

También, el municipio se caracteriza por padecer las secuelas del conflicto armado colombiano desde finales de la década de los noventa, donde confluían grupos al margen de la ley como las FARC, que se trasladó allí, al igual que los cultivos ilícitos de coca (Rocha, 2014). Tras el proceso de paz llevado a cabo en el año 2016, se mantuvieron en ese territorio las disidencias de las FARC (integrantes que no accedieron al acuerdo de paz firmado).

Las consecuencias de la violencia perpetúan la desigualdad en las condiciones de vida de las mujeres de la costa Pacífica, que, en muchos casos, pierden la identidad autóctona de sus recursos y territorios, al estar sometidas a merced de sus parejas, quienes ejercen poder en su vida y sus cuerpos, además, las limitan a roles de género basados en la sumisión e incluso son forzadas a ejercer el trabajo sexual avalado por los grupos al margen de la ley (Rocha, 2014).

Las problemáticas que convergen en Tumaco —como la pobreza, la violencia estructural, el narcotráfico y, en el caso de las mujeres, también las violencias de género, dentro de las cuales resalta la ejercida por la pareja íntima— complejizan la calidad de vida de la población en general, y dificultan la toma de

decisiones en pro del autocuidado y la prevención del VIH. También se vinculan al contexto descrito asuntos étnicos y raciales, que constituyen los determinantes sociales de la salud de esta población y configuran vulnerabilidades asociadas a partir de otros estudios al contagio del VIH (Alexander, 2020).

Estas situaciones, relacionadas con la baja cobertura en educación, las barreras geográficas de acceso a los servicios de salud y las condiciones socioculturales de la región, determinan un alto riesgo para los eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la violencia basada en género, pues, en algunos países, las mujeres: “también continúan enfrentando altos niveles de violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima: casi el 40 % en el Estado Plurinacional de Bolivia, el 33 % en Colombia, aproximadamente el 11 % en Perú y alrededor del 8 % en Guatemala y México” (Onusida, 2019, p. 13).

En el caso específico del contagio de las mujeres transgénero, diversos estudios evidencian que viven aún más marginadas y vulnerables desde el punto de vista social, lo que hace necesaria la comprensión del VIH en ellas, a partir de la consideración de los contextos de vulnerabilidad que influyen en sus estilos de vida y restringen el goce de los derechos y la toma de decisiones hacia la salud y el bienestar (Ramos-Jaraba *et al.*, 2021).

Además, en el contexto de la atención en salud, en Colombia se ha evidenciado el estigma por parte del personal de salud hacia la población transexual, el cual influye en la prevención y atención del VIH y evidencia necesidades de inclusión social, con perspectiva de género y de derechos hacia las poblaciones con enfoque diferencial (Villamil, *et al.*, 2023).

Lo anterior evidencia la necesidad de comprender la infección como un fenómeno social, donde se trascienda la mirada clínica de la enfermedad y se reconozcan los factores sociales, políticos, económicos, educativos, así como las relaciones entre ellos, teniendo en cuenta la construcción histórica de género que establece expectativas referidas a hombres y mujeres.

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

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

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

En este sentido, las personas trans cargan con el estigma relacionado al VIH/sida, ya que en el contexto de su aparición se relacionó con la transmisión sexual, y “en la mayoría de las sociedades tuvo su impacto inicial en poblaciones con prácticas y/o identidades sexuales diferentes de los patrones hegemónicos” (Bruno, 2008, p. 6).

Estas dos realidades de las personas cisgénero y transgénero dan cuenta de una problemática social en torno a la socialización de género impuesta por la sociedad patriarcal y machista, que pone a las mujeres cis y transgénero en condiciones de vulnerabilidad frente a su salud sexual y reproductiva, donde el riesgo de contraer el VIH es aún más alto, pues las vivencias de estas mujeres enmarcan situaciones violentas que hacen referencia a las desigualdades estructurales en las relaciones asimétricas de poder, en las cuales de manera histórica prevalecen jerarquías que ponen en riesgo la salud, tal como lo referencia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005) de Profamilia, donde se establece que la transmisión del VIH/sida en mujeres colombianas está relacionada con “la desigualdad, con la deficiente educación sexual, con el estilo de comportamiento de la población, con los valores, creencias, tabúes y prácticas” (Lafaurie y Zúñiga, 2011, p. 11).

Esta problemática involucra condiciones estructurales de la violencia en las relaciones de pareja, enmarcadas en la dominación masculina hegemónica, complementada con la subordinación de la mujer, donde se entrelaza el concepto de violencia de género como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (Estrada Montoya y Sánchez Alfaro, 2011, p. 38).

En el Pacífico colombiano la violencia ha sido un acontecimiento normalizado, en consecuencia, de la guerra, y, en este caso, las expresiones contra las mujeres fortalecen el patriarcado negro colonial, donde se equipara hombre a violencia y mujer a subordinación (Lozano, 2019).

Visto de ese modo, con los feminismos (Gamba, 2008) se ingresa en un mundo de cuestionamientos y de empoderamiento social, en el cual se problematizan los roles y estereotipos frente a las mujeres, en búsqueda de poner en tela de juicio los espacios públicos de donde habían sido excluidas, y los espacios privados donde fueron relegadas; salen a flote las situaciones de desigualdad de las mujeres, además de aquellas desigualdades que tienen que ver con la raza, la etnia, la posición social, y que las mujeres viven de forma diferente, como lo menciona Ángela Davis (2005), luchadora incansable de los feminismos negros.

Dichas necesidades de la población, en la que confluyen múltiples elementos de discriminación, fueron indispensables para el abordaje del tema a partir de la interseccionalidad (Viveros, 2016), pues desde el marco que lleva investigar los imaginarios de las mujeres negras cis y transgénero con VIH/sida se deben analizar las desigualdades sociales que conciernen problemas como el sexismo y el racismo.

Aunque las mujeres de alguna u otra manera sufren discriminación de género, existen otros factores como la raza y el color de la piel, la casta, la edad, la etnicidad, el idioma, la ascendencia, la orientación sexual, la religión, la clase socioeconómica, la capacidad, la cultura, la localización geográfica y el estatus como persona que vive con VIH/ SIDA, en una zona de conflicto que se combinan para determinar la posición social de una persona (Jurisdicción Especial para la Paz - JEP 2013, p. 7).

La interseccionalidad entonces es una herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión y privilegio.

La interseccionalidad como herramienta conceptual y metodológica, a su vez, acude a la noción de transversalidad. La transversalidad es una teoría feminista,

una metodología para la investigación y un trampolín para una agenda de acciones en el ámbito de la justicia social. Comienza con la premisa de que la gente vive identidades múltiples, formadas por varias capas, que se derivan de las relaciones sociales, la historia y la operación de las estructuras del poder (JEP, 2013, p. 7).

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

Esa desigualdad interseccional muestra las dificultades de mujeres negras para acceder a los sistemas sociales como lo hacen las mujeres blancas, y les atribuye a las negras un estatus de doble opresión, por lo cual se vincula la mirada del feminismo negro, cuestionador del sujeto universal del feminismo blanco y hegemónico que, a partir de la categoría femenina, excluyó a las mujeres que no son blancas y cuya orientación sexual no es heterosexual, visibilizando las presiones de género, raza clase y sexualidad.

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

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

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

Teniendo en cuenta los planteamientos conceptuales mencionados, se puede decir que, al vivir en una sociedad racista, sexista, clasista, lesbofóbica y transfóbica, donde no existe acceso y atención en salud, se sigue perpetuando a las mujeres negras dentro de los espacios de opresión (Vergara y Arboleda, 2014). Y a pesar del reconocimiento de la importancia de cómo la desigualdad de género impulsa y determina el impacto de las epidemias como el VIH/SIDA, poco se ha hecho para enfocar este asunto, todavía falta

información clave sobre las diferentes formas en que el VIH/SIDA impacta, o puede impactar, a las mujeres y más aún a mujeres negras y transgénero.

Dentro del contexto descrito surgió la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los imaginarios que al vivir con VIH/SIDA y ante las asimetrías de poder en las relaciones interpersonales y la discriminación frente a las barreras de acceso de salud en los procesos de atención al tratamiento construyen las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de Tumaco, Colombia?

## Metodología

Esta investigación se realizó con un abordaje cualitativo, a través del método biográfico (Rodríguez *et al.*, 1996), trabajado desde las historias de vida (De Garay, 1997) de diez mujeres cis y transgénero, habitantes del municipio de Tumaco (Colombia), diagnosticadas en los últimos cuatro años con VIH positivo.

Se realizaron entrevistas en profundidad con quince encuentros con cada participante, diez de ellos presenciales y cinco virtuales (esto en respuesta al contexto de pandemia por covid-19, en el que ellas constituían población de alto riesgo por su debilidad inmunológica). En cuanto a las entrevistas virtuales que permitieron iniciar los primeros encuentros de investigación para poder entablar confianza con cada participante, se logró recopilar datos personales, reconocimiento de cada mujer desde sus sentires de vida y conocimiento de su enfermedad, para comprender los primeros aspectos de este fenómeno coyuntural como es el VIH/SIDA y la vulnerabilidad de estas mujeres cis y transgénero afrodescendientes que viven con este virus. Se desarrollaron cinco entrevistas a profundidad, una por mes; estas se basaron en el seguimiento de un cuestionario, donde la situación de confinamiento convirtió las entrevistas en espacios de desahogo emocional, operando con una pauta guía que incluye los ejes temáticos importantes de abordar, pero sin restringir la posibilidad de que otros temas surjan en el encuentro, asociando entonces las técnicas de entrevistas a profundidad con entrevistas semiestructuradas.

Los encuentros presenciales dotaron narraciones de sus historias de vida, con acercamientos personales en los contextos de vivienda de cada participante en el municipio de Tumaco, siguiendo el guion de la entrevista a profundidad desde los ítems de percepciones del diagnóstico, para conocer sus imaginarios frente al VIH. De manera posterior, se realizaron dos encuentros para el desarrollo de los talleres de observación “Ríos de la vida” (UNESCO) y “Cartografías corporales” (Promoviendo la inclusión educativa, 2015).

Las observaciones directas en sus hogares permitieron conocer rutinas, labores de cuidado, así como sus redes de apoyo. Además, se acompañaron durante cuatro ocasiones diferentes a cada una de las participantes a citas médicas de control de su enfermedad. Para esta observación se utilizó una guía de observación enfocada en las características del trato brindado por el personal de la salud. Estas historias de vida describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas” (Rodríguez *et al.*, 1996, p. 1); esto es posible a través de las narraciones de las entrevistadas.

Se trabajó con diez mujeres que permitieron observaciones directas en sus hogares, lo cual generó acercamientos de confianza, lo que permitió conocer qué hacen, cuáles son sus rutinas, cómo son sus labores de cuidado personal y hacia otros y otras, cómo son sus relaciones interpersonales y si tenían redes de apoyo. Lo anterior, desde una elección propositiva como principio de saturación, donde “las técnicas de muestreo en ciencias sociales y del comportamiento, según Teddlie y Yu organizan las alternativas de acuerdo con los propósitos a los que apuntan. Intentando encontrar situaciones o casos que representen a otros similares y comparando situaciones distintas” (Martínez Salgado, s.f), por lo que se convierten en un registro minucioso de sus historias y procesos.

A continuación, se describen las características de las participantes, cuyos nombres fueron cambiados por motivos de confidencialidad, explicados a cada una de ellas a través de consentimiento informado, en el que se pactó el manejo ético de la información entregada y la narración respetuosa de sus historias y experiencias.

**Figura 1.** Tabla de datos de las participantes de la investigación.

Nombre	Edad	Ocupación	Identidad de género
Tina	58 años	Trabajadora sexual	Mujer transgénero
María	28 años	Ama de casa	Mujer cisgénero
Pamela	43 años	Trabajadora sexual	Mujer transgénero
Cecilia	25 años	Ama de casa	Mujer cisgénero
Paola	56 años	Estilista	Mujer transgénero
Teresa	45 años	Ama de casa	Mujer cisgénero
Dany	33 años	Trabajadora sexual	Mujer transgénero
Ana	20 años	Trabajadora sexual	Mujer transgénero
Sandra	30 años	Ama de casa	Mujer cisgénero
Rocío	32 años	Trabajadora sexual	Mujer transgénero

**Fuente:** elaboración propia.

Dichas mujeres fueron convocadas en el contexto de atención humanitaria, a través de una práctica de intervención psicológica, dentro de organizaciones sociales en las que realizan procesos articulados de apoyo, para visibilizar las diferentes situaciones de violencia y discriminación que sufren las mujeres y niñas y aún más las mujeres afrodescendientes y aquellas que hacen parte de la población LGBTI.

## Resultados y discusión

Este trabajo evidenció cómo las opresiones sociales convierten los territorios en escenarios de desigualdad interseccional; la raza es una categoría importante para destacar dentro de las participantes de la investigación, pues se convierte en punto de partida en la discriminación de las mujeres afrodescendientes, donde las relaciones de pareja son abusivas y normalizadas, desde las prohibiciones, castigos, violencias, estigmas, silencios, miedos, temores y abusos, así, fueron contando las mujeres en sus relatos:

...Nosotras las mujeres negras somos de malas en la vida, vinimos a sufrir, en mi casa mi papá me pegaba porque prefería a mi hermano y vivía malgeniado por lo duro que le tocaba trabajar, ahora con mi marido también hay golpes y palabras y celos y de todo, más encima me toca aguantar sus engaños, ¡ya que!, somos esclavas de la vida diría yo, porque hasta la enfermedad del VIH nos tocó. (Teresa, 2021. Mujer cisgénero de 45 años, afrodescendiente, tiene 3 hijos, diagnosticada hace un año y diez meses).

En el relato anterior aparece una categoría que es narrada en varios de los testimonios de las participantes, y es la violencia de pareja, donde las mujeres “sufren la violencia masculina producto de

este habitué colonial esclavista todavía no superado ni suficientemente cuestionado” (Lozano, 2019, p. 41):

...Mi marido pues no es una perita en dulce, además tiene sus negocios y cosas raras, así le ha tocado, como negros no tenemos opciones, no me gusta que toma mucho y llega de malas —refiriéndose a que le pega—, yo varias veces no quiero estar con él, pero me toca y más si llega con trago encima y me dice cuando está borracho que yo por andar con quien sabe quién me contagié me echa la culpa a mí, cuando él es el promiscuo.... En fin, no puedo hacer nada frente a eso, a uno desde el marido lo discrimina por la enfermedad, cuando él tuvo la culpa. (Sandra, 2021. Mujer cisgénero de 30 años, afrodescendiente, ama de casa).

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

Estas violencias están enmarcadas en los imaginarios de las participantes dentro de sus relatos y su discurso, en el cual las violencias basadas en género se sitúan dentro de las desigualdades de clase, raza y etnia, conectadas con las relaciones de poder y la cultura patriarcal y machista en la que crecieron, lo cual perpetúa la desigualdad interseccional, llevada a los múltiples niveles de opresión como mujeres negras, en los que son sometidas por sus parejas.

Así lo menciona María (2021) en su relato:

...yo no sé mucho de relaciones sexuales, pues ahí toca cumplir con el marido, en mi casa no me enseñaron cómo se debe uno cuidar ni nada, a ese hombre no le gusta ponerse condón, pues desde la organización me han enseñado ya de anticonceptivos y esas cosas... sin embargo ya tengo la infección —refiriéndose a al VIH— mi marido por andar de aquí para allá, ese fue el que me contagió. (María, mujer cisgénero afrodescendiente, 28 años, vive con su pareja hace 6 años, cuando quedó embarazada de su segundo hijo hace 3 años, realizando exámenes de chequeo por su estado de gestación descubrió que tenía VIH).

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

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

Abusos los hay todo el tiempo, porque el hecho de que pagan y se creen con el derecho de hacer absolutamente todo lo que se les ocurra, abusan de su poder. Y en particular hay algo, que también les ha pasado a las demás chicas donde nos pegan, nos maltratan, no usan condón, con todo y teniendo VIH, como que ni les importa, los hombres son malos y los negros sucios, por eso me contagié de VIH... (Paola, 2022. Mujer transgénero de 56 años, afrodescendiente).

Todos estos factores económicos y socioculturales en las asimetrías de poder que viven las mujeres cis y transgénero afrodescendientes dan lugar a que lo masculino se posicione con una sobrevaloración tan fuerte que acceda al cuerpo femenino y a su condición de mujer para violentarlo, pues las mujeres y las personas trans son consideradas inferiores, subvaloradas e invisibilidades aún más si son negras desde su condición históricamente marcada de esclavas, como lo referencian los autores Truth *et al.* (2012): “La comprensión de la condición de las mujeres afrodescendientes debe reflejar así un patrón distintivo de dispersión asociada a

su consecuente esclavitud” (p. 112); así pues, está presente cuando se piensa y se actúa como si fuera natural marginar, maltratar, tener formas de comportamientos hostiles, agresivos y machistas hacia lo femenino y sus acciones y, desde luego, porque por ser mujer, está expuesta al daño y ha sido previamente incapacitada para hacerle frente.

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

...Por andar en la calle a deshora en la noche me han violado, y por confiar, por dejarme llevar.  
- ¿Quieres contar lo de la violación? -

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

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

Desde estas narrativas, entonces, en las mujeres trans también se ejerce un dominio masculino patriarcal, frente a las creencias arraigadas de la heteronormatividad y poca tolerancia a la diferencia de la dicotomía hombre-mujer (Mouffe, 2001).

El relato de las mujeres cis es la precariedad estructural de las vidas trans, sometidas a una dinámica expulsiva que, en el caso de travestis y mujeres, las mantiene separadas de la sociedad y las ubica en un lugar material y simbólico mucho más expuesto a las violencias, como vemos en la narración anterior, donde el travesticidio/tranfemicidio es el extremo de un *continuum* de violencias, las cuales nos dice Maffia (2018), comienzan con la expulsión del hogar; la exclusión del sistema educativo, del sistema sanitario y del mercado laboral; la iniciación temprana en la prostitución/el trabajo sexual; el riesgo permanente de contagio de enfermedades de transmisión sexual; la criminalización; la estigmatización social; la patologización; la persecución y la violencia, fuertemente evidenciados en los relatos de las mujeres transgénero de esta investigación.

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

Cuando mi marido llega borracho me dice que soy una puta, que quien sabe con quién tanto me he acostado que por eso yo lo contagié yo no quiero estar con él y menos sin condón porque el doctor dice que aunque los dos estemos contagiados del VIH, ese virus muta en otras infecciones o algo así, pero mi marido no entiende, yo le digo no quiero, pero él se pone brusco y toca estar si no ...[muestra una reacción de impotencia y dolor en su rostro frente a su narración, quiebra la voz y se desgarró en llanto] (Cecilia, 2022. Mujer cisgénero de 25 años, afrodescendiente).

En el relato anterior se puede cuestionar cómo se normaliza por parte de la participante las relaciones sexuales sin consentimiento como un deber dentro de su relación de pareja, lo cual hace visible: “la violencia

sexual colonial, siendo establecimiento de todas las jerarquías de género y raza presentes en nuestras sociedades” (Lozano, 2019, p. 257).

Desde las observaciones e historias de vida tomadas de las mujeres participantes, se fundamenta dentro de sus imaginarios frente al contagio de VIH/SIDA el apoyo emocional al empezar a relacionarse con mujeres; al entrar a formar parte de organizaciones que apoyan y sostienen a otras mujeres, sin importar su condición, pues dentro de sus narraciones refieren pertenecer a colectivos que marcan un antes y un después luego de conocerse, interiorizar y compartir temas en común, con diferencias y similitudes entre mujeres.

Estos relatos se configuran entonces, en apoyo social, pues por lo general llegan cargadas de miedo, soledad, angustia y cansancio por las vivencias transcurridas, y allí logran aliviar la mochila del sufrimiento al conocer que no están solas como pensaban:

Las asociaciones son valoradas como lugares en los que se reconocen los derechos y en los que pueden derribarse ideas erróneas respecto de su identidad, aquellas en las que, según Bourdieu y lo ilustra el siguiente testimonio, el punto de vista de la clase dominada es el punto de vista de la clase dominante (Fernández, 2004, p. 118).

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

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

Los testimonios de las mujeres evidenciaron cómo “la discriminación sobre una base de múltiples factores, que se afectan entre sí, agrega su peso a la carga general de la desigualdad. Donde se identifican prácticas que encajan con patrones discriminatorios diferentes que enfrentan las mujeres negras” (AWID, 2004, p. 4).

Dicha discriminación no es ajena a los procesos de atención en salud, donde se evidencia que la salud individual y colectiva es una de las necesidades más complejas entre las interacciones de los procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos, políticos y sociales, por lo que el acceso a la educación, al trabajo y a la inclusión social y ciudadana aparece como aspecto básico de una vida saludable.

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

Las barreras familiares, sociales e institucionales hacen a las personas trans vulnerables a la depresión, al abuso de sustancias, al suicidio y a la infección por el VIH. Este riesgo de contagio se acentúa debido a la combinación de la estigmatización; la discriminación; la falta de acceso a la salud, vivienda estable y empleo; el abuso de sustancias, y ser objeto de violencia sexual o la falta de prácticas de autocuidado. Estos

factores también impiden que tengan acceso a la información del VIH/SIDA, la prevención y el tratamiento (Chazarreta, 2015).

En este sentido, el acceso a salud se convierte en un privilegio y afecta a las comunidades más empobrecidas, donde el obstáculo para este acceso vulnera sus derechos a la atención sanitaria. Al respecto, las mujeres entrevistadas mencionan que los horarios de los servicios son inadecuados, así mismo se presenta falta de intimidad durante la consulta, actitudes hostiles o críticas por parte del personal y el carácter grotesco de los y las funcionarias que trabajan en los centros de salud donde estas mujeres deber realizar los controles frente al tratamiento del VIH/SIDA. Esto muestra nuevamente la desigualdad interseccional en los procesos de salud, desde los privilegios para acceder a una atención adecuada y sin discriminación.

Así lo mencionan las participantes:

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

...claro, usted que me acompañó se dio cuenta como me miraban, la frialdad con que me hablan es como si ellos lo juzgaran a uno, y por otro lado ir hacer esas filas para solicitar la cita... mejor dicho... ni para que le digo.... El día que usted fue conmigo no había mucha gente, usted se salvó de esperar todo el día conmigo... (En esta narración, hace alusión a los momentos en que se acompañó a la participante a sacar cita en la EPS<sup>1</sup> y cuando tenía que recibir los medicamentos antirretrovirales). (Pamela, 2021. Mujer transgénero, mulata, de 46 años).

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

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

Las participantes de la investigación no solo reclaman sus derechos por la atención del VIH, sino, también, por otras dolencias físicas que padecen, en las que hay poca empatía del personal de salud hacia ellas, que deben asumir con sumisión, vergüenza y tristeza, como Tina (2021), una mujer transgénero, mulata, de 58 años, que señala en el siguiente relato:

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

Las creencias, vistas desde afirmaciones relacionadas con el ejercicio del trabajo sexual, llevan a pensar que aquellas que ejercen este trabajo, en su mayoría, son coaccionadas; que no han podido decidir sobre el ejercicio de su sexualidad en el desconocimiento de sujetos de derechos con plena autonomía; (Protección Social y UNFPA, 2011). Lo anterior lleva a prejuicios sobre las prácticas sexuales asignadas de las personas

<sup>1</sup> Las entidades promotoras de salud (EPS) son las responsables de la afiliación en salud. Su función básica es organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS). Así, todas las personas se afilian a estas y quedan amparados en su intermediación para acceder a los servicios médicos (Arias, 2021).

trans, evidenciadas en las preguntas dirigidas que les hacen para identificar infecciones de transmisión sexual.

Es claro que la desigualdad interseccional perpetúa un acceso inadecuado a la atención en salud para las mujeres y, más aún, a las mujeres negras con situaciones de pobreza y enfermedades de alto costo como el VIH, además, de que aquellas desigualdades que se observan en sus narraciones dan paso a bajos niveles de educación, donde el desconocimiento y acceso restringido frente a su sexualidad es un factor de riesgo determinante para que ellas puedan hacer un uso efectivo de programas de salud en Colombia.

Sin embargo, al preguntar en las entrevistas a las participantes frente a la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos, se encuentran relatos como los de Cecilia (2021):

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

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

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

Relatos como el de María muestran marcadas situaciones de violencia obstétrica donde “se manifieste, de manera más simbólica y con prácticas más violentas porque no sólo se trata de atender el proceso gineco-obstétrico, sino también considerar otros protocolos médicos y los imaginarios alrededor del ser mujer embarazada que vive con VIH” (Morales Celaya, s. f, p. 125), además, de la falta de información de sus derechos materno-reproductivos en relación a su diagnóstico del VIH, en el momento de enterarse de su embarazo, donde se puede discutir desde que existe una disociación por atender el embarazo y el VIH de entre las cuestiones sociales que atraviesan de forma transversal el tema.

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

## Conclusiones

Comprender los imaginarios que viven las mujeres cis y transgénero afrodescendientes de Tumaco, Colombia, quienes están diagnosticadas con VIH, lleva a distintas experiencias que se mueven dentro de las

estructuras sociales que impone la sociedad, por la fuerza o dominio patriarcal, en la que han vivido estas mujeres toda su vida; dentro de las creencias y construcciones sociales de género y de lo masculino que afectan el cuerpo y la sexualidad de lo femenino y refuerzan la estigmatización por ser mujeres cis y, aún más, para las transgénero dedicadas al trabajo sexual y con la enfermedad del VIH.

Desde los feminismos se defiende la premisa de que lo personal es político; por tanto, lo que ocurre con estas mujeres históricamente ha sido considerado como privado, contexto en el cual es difícil intervenir para desentrañar las prohibiciones y violencias; sin embargo, a lo largo de este trabajo se pudo observar cómo operan las relaciones asimétricas de género en las diversas instituciones de familia, pareja y sociedad, donde la familia ha reforzado los estereotipos sobre los roles de mujeres y hombres, creando desigualdades que se han naturalizado.

En este sentido, las más vulnerables han sido las mujeres cis y las mujeres transgénero, pues sus familias tienen una fuerte heteronormativa monogámica patriarcal que ha constituido un obstáculo para la sexualidad culpabilizando a las mujeres cis y transgénero por su diagnóstico frente al VIH.

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

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

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

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

Las asimetrías de poder en mujeres cis y trans, de acuerdo con los roles de género y desde la desigualdad interseccional, se evidencian más en la población afrodescendiente y en condiciones de pobreza, pues estos relatos marcan una profunda respuesta a las formas de violencia que acompañan las opresiones interseccionales, donde las negras son objeto de múltiples explotaciones (Truth *et al.*, 2012).

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

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

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

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

En este punto resulta necesario que el personal de la salud incorpore en sus prácticas la perspectiva de género y de derechos humanos para responder de manera apropiada a las necesidades y demandas de salud diferenciada según el género. También se debe trabajar en la difusión de la perspectiva de género, salud y derechos humanos, en la comunidad, las familias y en las instituciones educativas y realizar campañas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Se requiere apoyo por parte del Estado para aquellas mujeres trans que ejercen el trabajo sexual y desean salir de ese ámbito. La oferta de un empleo por parte del Estado y de la comunidad en general contribuiría en ese sentido. Promover en estas personas la educación formal, a través de becas o de otro tipo de ayuda, educar en todos los espacios posibles para la igualdad de derechos y de oportunidades independientemente del género, educar con el objetivo de lograr una sociedad libre de violencias, de discriminación y de estigma, en lugares recónditos del pacífico colombiano, donde las oportunidades son pocas y la desigualdad racial, interseccional y de género prevalece y da paso a una hegemonía de poderes masculinos, donde el contagio de VIH se convierte en el desencadenante de las condiciones de vulnerabilidad en las que viven las mujeres cis y transgénero, narradas en sus historias de vida. Conocer sus imaginarios es el primer paso para visibilizar las problemáticas de salud pública vividas en el territorio y en sus vidas.

## Referentes bibliográficos

- Alexander, K. (2020). Determinantes sociales del VIH/SIDA y la violencia de pareja íntima: cuestionando el papel de la raza, la etnia y el color de la piel. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3280.
- Arias, J. (18 de febrero de 2021). *Diferencias entre EPS y una IPS*. Alcaldía de Bogotá. Recuperado de <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/cual-es-la-diferencia-entre-una-ips-y-una-eps>
- Association For Women's Rights In Development. (2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Derechos de las mujeres y cambio económico*, (9).
- Berkins, L. & Fernández, J. (2013) *La gesta del nombre propio*. Editorial Madres
- Bonder, G. (2002). Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina.

- Bourdieu, P. (2001). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bruno, D (2008) De la desigualdad a la diferencia: sistematización de experiencias de prevención del VIH/SIDA con población transexual. 1era ed. Ubatec S.A. Buenos Aires.
- Cartilla UNESCO, (s.f). El río de la vida. Recuperado de: [https://en.unesco.org/sites/default/files/actividad\\_2\\_el\\_rio\\_de\\_la\\_vida.pdf](https://en.unesco.org/sites/default/files/actividad_2_el_rio_de_la_vida.pdf)
- Celaya, A. M. (2019). Condición de VIH/sida como situación adicional para ejercer violencia obstétrica en mujeres que llevan a término el embarazo en América Latina, una revisión documental. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(10), 124-140
- Cruz, L. C. O., Castillo, V. R., Fernández, L. F. P., & Hoyos, N. E. F. (2021). El cuerpo de la mujer como territorio de violencia. *Justicia y Derecho*, 9, 26-35.
- Chazarreta, Irma (2015) Cuerpo y salud de las personas trans: experiencias silenciadas. Publicado en el libro de resúmenes del Seminario Leer pensar y escribir. Organizado por Grupo Género, Política y Derechos INDES – FHCSyS- UNSE. Santiago del Estero Barco Edita
- De Garay, G. (1997). La entrevista de historia de vida: construcción y lecturas. En: De Garay, G. (Coord.). *Cuéntame tu vida. Historia oral: historias de vida* (pp. 16-26). México: Instituto Mora.
- DiPietro, P. (2015). Andar de costado: racialización, sexualidad, y la descolonización del mundo travesti en Buenos Aires. *Andar Erótico Decolonial*, 131-152.
- Estrada Montoya, J & Sánchez-Alfaro, L (2011). Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave Bioética *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 6, núm. 1, 37-61
- Faur, E. (2019). *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo XXI editores.
- Fernández, J. (2004). *Cuerpos desobedientes: travestismo e identidad de género*. Edhasa.
- Gamba, S. (2008). Feminismo: historia y corrientes. *Diccionario de estudios de Género y Feminismos*, 3(0), 1-8.
- Gómez, G. R., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe, 378.
- Instituto Departamental de Salud de Nariño (2015). *PLAN DE SALUD TERRITORIAL- SALUD PARA EL BUEN VIVIR Diagnóstico de la Situación de Salud 2012-2015*.
- Jurisdicción especial para la paz. JEP (2017) *Lineamientos para la Implementación de Interseccionalidad en la Jurisdicción Especial para la Paz*. Bogotá.
- Lafaurie, M. M., & Zúñiga, M. (2011). Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería. *Enfermería global*, 10(4).
- Lagarde, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. Siglo XXI Editores México.
- Lozano Lerma, B. R. (2019). *Aportes a un feminismo negro decolonial: Insurgencias epistémicas de mujeres negras-afrocolombianas tejidas con retazos de memoria* (Vol. 1). Editorial Abya-Yala.

- Maffía, D. H. (2018). Travesticidio/Transfemicidio como crimen de género. *Jueces para la democracia*, (93), 79-92.
- Martínez- Salgado, C. (s. f.). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias: México, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco). Recuperado de: <https://scielosp.org/article/csc/2012.v17n3/613-619/#:~:text=En%20el%20%C3%A1mbito%20de%20la,no%20aparecen%20ya%20otros%20elementos>
- Ministerio de Protección Social & UNFPA, (2011). Guía de prevención VIH/SIDA: Mujeres trans. Bogotá. Acierto Publicidad & Mercadeo
- Mouffe, C., & Lamas, M. (2001). Ciudadanía y feminismo. C. Mouffe, *Feminismo, ciudadanía y política*, 1-14.
- ONUSIDA, (2019). comunidades en el centro: la respuesta al VIH en América Latina.
- Profamilia (2005) Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS. Colombia.
- Promoviendo la inclusión educativa, (20 de octubre de 2015). Cartografías corporales. Recuperado de: <http://tecnicasinteractivas.blogspot.com.co/2015/10/cartografia-corporal.html>
- Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo en América Latina. Aníbal Quijano: textos de fundación. Buenos Aires, Del Signo, 109-158
- Ramos-Jaraba, M., Berbesí-Fernández, Y., Bedoya-Mejía, S., Molina-Estrada, P., Martínez-Rocha, A., & Segura-Cardona, M. (2021). Factores asociados a la percepción de vulnerabilidad al VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38, 232-239.
- Rivera-Díaz, M., Varas-Díaz, N., Coriano-Ortiz, D., Padilla, M., Reyes-Estrada, M., & Serrano, N. (2015). Ellos de la calle, nosotras de la casa: el discurso patriarcal y las experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA en Puerto Rico 1/They belong to the street, we belong to the house: patriarchal discourse and experiences of women living with HIV/AIDS in Puerto Rico. *Cuadernos de trabajo social*, 28(1), 83.
- Rocha, C. (2014). Dinámicas del conflicto armado en Tumaco y su impacto humanitario. Bogotá: Fundación Ideas para la Paz. Recuperado de: <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/52f8ecc452239.pdf>.
- Truth, S., Wells, I., Hill Collins, P., Davis, A., Stack, C., Carby, H., & Ang-Lygate, M. (2012). *Feminismos negros: una antología*. Traficantes de sueños.
- Varela Menéndez, N. (2005). *Feminismo para principiantes*.
- Vergara Figueroa, A., & Arboleda Hurtado, K. (2014). Feminismo afrodiaspórico. *Agenda emergente do feminismo negro na Colômbia*. *Universitas humanística*, (78), 109-134.
- Villamil, L., Mayorga, G., & Castellanos, D. (2023). Estigma y prevención del VIH en personas transgénero que realizan actividad sexual pagada en Bogotá. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 20(2), 84-94.
- Vivas, M. (2022). Situación del VIH/Sida en Colombia 2021- Cifras de la CAC. Consultor Salud. Recuperado de: <https://consultorsalud.com/situacion-del-vih-colombia-2021/#:~:text=reportados%20en%202021.-,Las%20cifras%20muestran%20que%20entre%20el%201%20de%20febrero%20de,la%20regi%C3%B3n%20central%20del%20pa%C3%ADs>.
- Vigoya, M. V. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17.