

INFORME FINAL

FORTALECIENDO SERVICIOS INTEGRADOS PARA MUJERES INDÍGENAS AFECTADAS POR EL VIH Y LA VIOLENCIA



INFORME FINAL

**FORTALECIENDO SERVICIOS
INTEGRADOS PARA MUJERES
INDÍGENAS AFECTADAS POR
EL VIH Y LA VIOLENCIA**

Investigación Cualitativa para Identificar el
Estado de Situación sobre Violencia y VIH
entre Mujeres y Niñas en Boquerón, Paraguay



ONU MUJERES

Asunción, Paraguay, Octubre de 2016



TABLA DE CONTENIDO

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN	6	5.3.2 Mapeo de Actores y Servicios	20
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	7	5.4 Diseño y validación de instrumentos	22
1. INTRODUCCIÓN	8	5.5 Trabajo de Campo	22
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	9	5.6 Análisis de la Información	23
3. MARCO DE REFERENCIA	10	5.7 Estructura, formato y alcance de los Instrumentos de Recolección de Información	24
3.1 Contexto geográfico, económico y de salud en el Departamento de Boquerón	10	5.8 Aspectos Éticos y Culturales	25
3.1.1 Pobreza	10	6. ALCANCES Y LIMITACIONES	26
3.1.2 Morbilidad	11	7. RESULTADOS	27
3.1.3 Mortalidad	11	7.1 Necesidades de las mujeres y adolescentes indígenas en materia de violencia y VIH	27
3.1.4 Recursos, servicios y cobertura	11	7.1.1 Percepción y Actitudes acerca de la Violencia	27
3.2 Enfoque de DDHH y pueblos indígenas	13	7.1.2 Estrategias de abordaje y solución en caso de violencia	31
4. MARCO JURÍDICO	14	7.1.3 Creencias, actitudes y comportamientos relacionados a la exposición al VIH	35
4.1 Situación Legal en materia de VIH /SIDA y Educación de la sexualidad	14	7.1.3.1 Fuentes de Información y Confianza hacia los mismos	37
4.2 Situación Legal relacionada a la Equidad de Género, incluida violencia contra la mujer	16	7.1.3.2 Actitud hacia las PVV	37
4.3 Situación de Violencia en Mujeres Indígenas en Paraguay	17	7.1.4 Acceso a servicios de salud y solicitud de apoyo en casos de violencia y exposición al VIH	39
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS	19	7.1.4.1 Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, incluido el VIH	39
5.1 Tipo de Estudio	19	7.1.4.2 Atención de la Violencia	40
5.2 Participantes	19	7.1.5 Expectativas y necesidades en relación a la prevención y atención en casos de violencia y a la exposición al VIH	42
5.2.1 Grupos Focales en Comunidades Indígenas	19	7.1.5.1 Servicios de Salud	42
5.2.2 Entrevistas individuales a referentes institucionales	20	7.1.5.2 Mayor Participación en procesos de toma de decisiones	43
5.3 Definición de variables e Indicadores	20	7.1.5.3 Servicios relacionados con el abordaje de la violencia	43
5.3.1 Necesidades de mujeres y niñas indígenas para intervenciones en VIH y violencia	20		

7.2 Análisis de los servicios disponibles de VIH y prevención de la violencia/atención a víctima de violencia	45	7.4 Cuadro Resumen del contexto de las comunidades y pueblos indígenas entrevistados, y los principales problemas identificados por sus pobladores	55
7.2.1 Capacidades Institucionales	45	7.5 Conclusiones y Recomendaciones: Brechas, buenas prácticas y oportunidades de trabajo	62
7.2.1.1 Actividades y Acciones	45	7.5.1 Concepción, percepción y actitud particular relacionados al fenómeno y alcance del concepto de violencia y aspectos relacionados al VIH, como punto de partida para el empoderamiento de las mujeres	63
7.2.1.2 Recursos Humanos	46	7.5.2 Acceso y demanda de servicios de Salud y relacionadas con la violencia por parte de las mujeres y jóvenes indígenas	66
7.2.1.3 Estructura edilicia, Infraestructura, recursos materiales y financieros	47	7.5.3 Fortalecimiento y democratización de las instancias formales de decisión al interior de las comunidades (líderes y consejos)	69
7.2.1.4 Coordinación Interinstitucional	47	7.5.4 Respuesta Institucional a nivel departamental y local en materia de violencia y VIH	72
7.2.1.5 Actitudes y motivación para el abordaje de la violencia y el VIH en poblaciones indígenas y en mujeres en particular	47	7.6 Equipo de Investigación	75
7.2.2 Respuesta institucional en relación a la violencia y VIH en el Departamento de Boquerón y en poblaciones indígenas	48		
7.2.2.1 Referente en el tema Violencia	48		
7.2.2.2 Referente en el tema Salud	50		
7.3 Mapa de actores e instituciones referentes de Violencia y VIH en el Departamento de Boquerón	52		
7.3.1 Sector Salud	52		
7.3.2 Atención y derivación casos de violencia	54		

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Faustina Alvarenga, Consultora e investigadora Principal

Martín Negrete, Consultor metodológico y Co-investigador

Orlando Gómez, Entrevistador (intérprete lengua guaraní)

Daniela Benítez, Entrevistadora (intérprete lengua nivacle)

Maria Elena Chamorro, Entrevistadora

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ARV	antirretrovirales	ONG	Organización No Gubernamental
CDE	Centro de Documentación y Estudios	ONU	Organización de las Naciones Unidas
CEDAW	Convención para eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y sida
CN	Constitución Nacional	PEP	Profilaxis Pre-Exposición
CODEHUPY	Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay	PVV	Persona que Vive con VIH
CODENI	Consejería Municipal por los derechos de los niños/as y adolescentes	SAI	Servicio de Atención Integral
DDHH	Derechos Humanos	SSRR	Salud Sexual y Reproductiva
DGEEC	Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo	STP	Secretaría Técnica de Planificación
RRHH	Recursos Humanos	TB	Tuberculosis
FEDAVIFA	Federación de Asociaciones por la vida y la familia	TM	Tasa de Mortalidad
FIMI	Foro Internacional de Mujeres Indígenas	USF	Unidad de Salud de la Familia
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas	VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
IBS	Indicadores Básicos de Salud	VNU	Voluntarios de las Naciones Unidas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual		
MIPY	Articulación de Mujeres Indígenas del Paraguay		
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social		
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio		
ODS	Objetivos de Desarrollo Sustentable		
OG	Organización Gubernamental		
OIT	Organización Internacional del Trabajo		

1. INTRODUCCIÓN

La investigación cualitativa para identificar el estado de situación sobre violencia y VIH entre mujeres y niñas en Boquerón, Paraguay se enmarca dentro del Proyecto Regional - América Latina y el Caribe para el fortalecimiento de los servicios integrados para las mujeres indígenas afectadas por el VIH y la violencia.

Es así que ONU Mujeres, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU) están trabajando articuladamente sobre la temática de VIH en los pueblos indígenas, y explorando potenciales áreas de mayor trabajo conjunto en los países de América Latina. La sede del programa VNU, que impulsa proyectos interagenciales con fondos semilla, ha demostrado interés en una propuesta que busca reducir la violencia y la vulnerabilidad al VIH entre mujeres indígenas en Paraguay y Brasil. A través de la presente consultoría, las tres agencias buscan conocer la situación de violencia y VIH entre las mujeres indígenas, y los servicios existentes en tres lugares de Boquerón, Paraguay.

Unos antecedentes importantes de esta articulación intersectorial e interagencial dentro del sistema de Naciones Unidas, y con la participación activa y protagónica de referentes indígenas, han sido los estudios realizados en el bienio anterior en Ecuador y Guatemala donde se analizaron los factores que limitan el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de atención integral al VIH, incluyendo las discriminaciones por género, etnicidad y condición socio-económica. Por otro lado, se han identificado los factores que motivan a las mujeres indígenas a demandar y utilizar los servicios integrales de VIH. Este análisis ha permitido avanzar en una de las recomendaciones de la Conferencia Mundial de los Pueblos Indígenas de 2014 respecto al VIH, el cual alienta y promueve a incidir para que los

Estados definan estrategias para superar las barreras y lograr que la atención sea más efectiva, y concordantes con las especificidades y realidades socioculturales de los pueblos indígenas; generando evidencia como insumos para la incidencia a nivel de los tomadores de decisiones a nivel nacional, regional y de las Agencias de Cooperación y de las Naciones Unidas, sobre la urgencia de responder al VIH de manera integral e inclusiva de los grupos vulnerables emergentes.

Tomando en consideración las lecciones aprendidas y la cooperación Sur-Sur, el programa VNU, ONUSIDA y ONU Mujeres planean realizar un diagnóstico preliminar sobre el VIH, la violencia contra las mujeres en pueblos indígenas, y el valor agregado del trabajo de voluntariado, en tres lugares de Boquerón, Paraguay. Un estudio similar se realizará en Alto Solimões, Brasil. Estos dos países fueron escogidos, porque (1) cuentan con diagnósticos de género o estudios similares; (2) han priorizado la necesidad de mejorar los datos e intervenciones sobre VIH/VAW en los pueblos indígenas; (3) existen oficinas/personal de ONUSIDA y ONU Mujeres en los países. Los estudios contribuirán a fortalecer la base de evidencia para propuesta de financiación, que será sometida a la sede del programa VNU, y mejorar los servicios existentes.

Este estudio cualitativo se realizará en tres lugares en Boquerón, Paraguay:

- 1) Filadelfia -Uj'he Lavos, Nivacle -Nuevo asentamiento centro Filadelfia, Ayoreo - Cacique Mayeto, Enlhet Norte;
- 2) Neuland -Cayim O Clim, Nivaclé; y
- 3) Loma Plata Yalve Sanga, Nivaclé y Enlhet Norte y Enxet Sur.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General: El objetivo general es conocer la situación de violencia y VIH entre las mujeres indígenas y los servicios existentes para poder diseñar intervenciones apropiadas, en tres lugares de Boquerón, Paraguay.

Específicos: **i)** identificar las necesidades de mujeres y niñas indígenas para intervenciones en VIH y violencia; **ii)** mapear servicios existentes para el abordaje

integral del VIH y la violencia, así como el mapeo de las organizaciones a nivel municipal y comunitario trabajando en el área de violencia basada en género y/o VIH; **iii)** identificar oportunidades y el valor agregado del trabajo de voluntariado y la cooperación Sur-Sur, incluyendo las redes de voluntariado existentes en el terreno y que pueden ser actores claves.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 Contexto geográfico, económico y de salud en el Departamento de Boquerón

El Departamento de Boquerón es la mayor división político-administrativa del Paraguay (Chaco), con una extensión de 91.669 km² y una población de solo 62.784 habitantes, lo que lo convierte en el tercer departamento del país con menor densidad poblacional, tan solo 0,8 habitantes por km², siendo la media nacional de 16,7 habitantes por km².

Es el segundo departamento con mayor cantidad de población indígena (21,2%) y el tercer departamento con mayor cantidad de comunidades indígenas (46 comunidades que representan el 9,3% del total del país). Del total de comunidades indígenas en Boquerón, el 41% no cuenta con títulos de tierra o tierras propias, siendo el tercer departamento con mayores problemas de acceso a tierras por parte de los pueblos indígenas (STP/DGEEC, 2012)¹.

Este grave problema del acceso a la tierra se profundiza aún más por el recorte del 50% en el Presupuesto General de Gastos de la Nación para el periodo 2016, en la asignación al rubro “tierras”, que es de donde se pagan las adquisiciones y/o indemnizaciones derivadas de las compras o expropiación de inmuebles que deben ser entregadas a las comunidades indígenas². Con menos presupuesto para realizar esta política, menos acceso a la tierra por parte de los indígenas, que perpetúa la situación de migración interna forzada a centros urbanos, pobreza extrema y desigualdades sociales que en su conjunto generan

y mantienen los escenarios de violencia y exclusión descritos en este informe.

3.1.1 Pobreza

El Departamento de Boquerón es uno de los departamentos más pobres del Paraguay. El porcentaje de pobres es del 23% y de pobres extremos 14%. En relación al índice de pobreza según el idioma, se observa una enorme brecha entre los pobres que hablan castellano, el cual se sitúa en el 5,4% y los que hablan lenguas indígenas, la incidencia de pobreza se eleva hasta el 54%. (DGEEC, 2015)³

A nivel nacional, el 63% de los indígenas vive en pobreza extrema, 93% no cuenta con acceso al agua, el 70% está sin energía eléctrica y vive en con casas de piso de tierra, y el 41% de los niños/as de 5 años tiene desnutrición crónica. (Tekoha, 2014)⁴

Boquerón, al ser uno de los departamentos con mayor pobreza y desigualdad, y con una de las mayores poblaciones indígenas, no escapa a este contexto.

A pesar de muchos esfuerzos a nivel político y privado, la población indígena en Boquerón y el resto del país, sigue siendo de las más vulnerables. Empujados por la falta de tierras y de acceso a recursos naturales que han sido históricamente sus fuentes de vida, cada vez más se presenta el fenómeno de la migración interna, donde comunidades enteras se ven forzadas a trasladarse a zonas urbanas en busca de trabajos y recursos para sustentar a sus familias, o se ven obligadas a ceder o vender sus fincas a empresas sojeras y ganaderas.⁵

1 Secretaría Técnica de Planificación-Dirección General de Estadísticas y Encuestas y Censo. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. Censo Comunitario, 2012.
2 Ayala, Oscar (2015). Derechos de los Pueblos Indígenas. En: CODEHUPY, 2015. Informe de DDHH en Paraguay. Asunción, Paraguay.

3 Dirección de Estadística, Encuesta y Censo. Encuesta Permanente de Hogares (EPH), 2015.
4 Tekohá/Unión Europea. Sistematización del Primer Encuentro Nacional de Mujeres Indígenas en el Paraguay. Defensoras de la Identidad y de la Vida. Asunción, 2014.
5 Ayala, Oscar (2015). Derechos de los Pueblos Indígenas. En: CODEHUPY, 2015. Informe de DDHH en Paraguay. Asunción, Paraguay.

3.1.2 Morbilidad

El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer es del 6,5%, por encima de los valores de la región del Chaco y del país. El Departamento de Boquerón es el tercer departamento con mayor incidencia de recién nacidos con bajo peso.

La tasa de Tuberculosis es de 95,8 casos por cada 100 mil habitantes en Boquerón, tres veces mayor a la tasa nacional de 30,5 casos por 100 mil habitantes. Nuevamente, Boquerón se ubica como el tercer departamento con mayor tasa de tuberculosis del país.

En relación a la incidencia del VIH, se encontraron 29,7 casos nuevos por 100 mil habitantes, muy superior a la tasa nacional y de la región del Chaco. Tomando en cuenta la muy baja densidad poblacional, esta tasa sitúa a Boquerón como el departamento con mayor incidencia del VIH en todo el país.

3.1.3 Mortalidad

En relación a los indicadores de mortalidad, Boquerón presenta algunas de las tasas de mortalidad más altas de todo el país, se destacan las tasas para las muertes

neonatales (24,4 en comparación a la tasa nacional de 10,6 x mil habitantes); mortalidad infantil (29,7 en comparación a la tasa nacional de 14,6 x mil nacidos vivos) y mortalidad en menores de 5 años (34,2 en comparación a la tasa nacional de 17 x mil nacidos vivos).

En relación a la mortalidad materna, Boquerón ocupa el 4º lugar a nivel país con una TM de 152,2 en comparación a la tasa nacional de 96,3 x 100 mil nacidos vivos.

Finalmente, la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, Boquerón se sitúa en el 3º lugar a nivel país con una TM de 34,4 en comparación a la tasa nacional de 32,3 x 100 mil nacidos vivos.

3.1.4 Recursos, servicios y cobertura

De acuerdo a los datos sobre recursos, servicios de salud y su cobertura, el Departamento de Boquerón cuenta con el más bajo nº de camas en relación a la cantidad de habitantes, tan solo 0,4 camas por cada mil habitantes; el segundo lugar con menos atenciones ambulatorias y en cuanto a la cobertura de las de salud materno infantil, ocupa el 5º lugar con más

TABLA 1
Indicadores de morbilidad (IBS, 2013)⁶

	% de recién nacidos con bajo peso al nacer	Incidencia de TB. Tasa por 100 mil habitantes	Incidencia de VIH
Total país	6,1	30,5	14,6
Región Occidental	6,3	100,4	22,3
Boquerón	6,5	95,8	29,7
Ranking país	3º	3º	1º

6 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)/ Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES). Indicadores Básicos de Salud. Paraguay 2015.

TABLA 2
Indicadores de mortalidad (IBS, 2013)⁷

	TM General por mil habitantes	TM Neonatal por mil habitantes	TM Infantil por mil nacidos vivos	TM menores de 5 años por mil nacidos vivos	Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos	TM por enfermedades transmisibles por 100 mil habitantes
Total país	4,1	10,6	14,6	17	96,3	32,3
Región Occidental	4,3	14,8	22,3	28,3	199,8	38,4
Boquerón	4	24,4	29,7	34,2	152,2	41,4
Ranking país (de 18 departamentos)		1º	1º	1º	4º	3º

TABLA 3
Indicadores de recursos; servicios y cobertura (IBS, 2013)⁸

	Nº de camas por mil habitantes (MSPBS)	Atenciones ambulatorias de todo tipo por habitantes en el año (MSPBS)	% de partos institucionales	% de madres con 4 ó más controles prenatales
Total país	1,1	1,5	96,2	80,6
Región Occidental	1,2	2	91,6	71,2
Boquerón	0,4	1	94,9	72,5
Ranking país (de 18 departamentos)	Más bajo de país	2º más bajo	4º más bajo	5º más bajo

partos institucionales. En este sentido, el 5% de los partos aún se realizan fuera de los servicios de salud y por otro lado, es el 5º departamento con menos controles prenatales, solo 7 de cada 10 mujeres tienen 4 ó más controles prenatales durante todo su embarazo.

Estos indicadores descritos, posicionan al Departamento de Boquerón, como uno de los departamentos de la Región Occidental con mayor problema de salud, agudizado por la pésima infraestructura y cobertura sanitaria, y por los altos niveles de pobreza y exclusión, concentrado especialmente en las comunidades indígenas.

7 MSPBS/DIGIES (2015) op cit.

8 MSPBS/DIGIES (2015) op cit.

3.2 Enfoque de DDHH y pueblos indígenas⁹

Cuando se habla de discriminación étnica, se refiere generalmente al trato desigual que reciben ciertos grupos de la sociedad basadas en su pertenencia étnicas o lingüísticas. Este trato desigual hace referencia a la falta de acceso y oportunidades en acceso y goce de todos los DDHH garantizados por el marco legal internacional y nacional. Entre los DDHH menos respetados en los pueblos indígenas se destacan el derecho a la tierra, el trabajo, la educación, la salud, vida digna, vida libre de violencia, entre otros.

Los pueblos indígenas luchan por “igualdad de derechos”, sin embargo, esto no debe confundirse con “los mismos derechos”¹⁰ que la población no indígena.

El derecho de vivir su propia cultura en su propio territorio no implica la necesidad de “integrarse” a la sociedad nacional con iguales derechos como los demás, sino el respeto de sus identidades culturales por parte del conjunto de la sociedad paraguaya.

La causa de la discriminación a los pueblos indígenas es el etnocentrismo, un fenómeno universal en todas las sociedades humanas, incluidos los pueblos indígenas. El Etnocentrismo significa la sobrevaloración de la cultura propia en detrimento de las demás.

Este fenómeno convierte siempre a los “otros” en un grupo extraño, amenazante y el cual debe ser puesto bajo control, mediante una serie de mecanismos tanto simbólicos, ideológicos e institucionales.

9 Lehner, Beate (2002). Discriminación a los pueblos indígenas. En: Bareiro (comp.). Discriminaciones. Debate teórico paraguayo. UNFPA/CDE.

10 Un ejemplo de ello es el derecho de los pueblos indígenas a la propiedad comunitaria de los territorios, que se contraponen con la noción de “propiedad Privada” por parte de los no indígenas y que es interpretada como una violación al principio de igualdad ante la ley, y por otro lado, el derecho a la educación formal garantizado por la Constitución Nacional y las leyes, puede ser considerada una imposición a los pueblos indígenas por su contenido, procedimientos y abordajes etnocentrista, el cual es rechazada aún por muchos pueblos indígenas (Lehner, Beate, 2002).

4. MARCO JURÍDICO

Paraguay cuenta a partir de los años ochenta con uno de los marcos normativos indígenas más progresista del continente, como la Ley 904/81 Estatuto de las Comunidades Indígenas que asegura el acceso de las tierras a los pueblos indígenas, reconoce legalmente a sus comunidades y garantiza el respeto de sus normas consuetudinarias¹¹.

Según la Constitución Nacional (CN), vigente desde 1992, el Paraguay se reconoce país pluricultural y plurilingüe, con lo cual se han abierto caminos legales de reivindicación de derechos especiales de los pueblos indígenas. El Capítulo V de la CN reconoce la existencia de los pueblos indígenas como grupos anteriores a la Constitución del propio Estado Paraguayo. Sumadas las leyes 904/81 y 234/93 se configura un entramado legal altamente favorable y respetuoso de nuestra diversidad.

El ordenamiento jurídico paraguayo recoge tratados, recomendaciones y normas internacionales que comprometen al Estado Paraguayo con el cumplimiento de los derechos humanos de los pueblos indígenas, con un número importante de leyes y decretos dedicados al tema. Entre ellos el Convenio 169 de la OIT y la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de la ONU. Sin embargo, este marco normativo es amplio en el reconocimiento de los derechos en el papel; pero la aplicación efectiva dista mucho de ser real para los pueblos y comunidades indígenas.

Un avance importante es que el 7 de setiembre del 2015 el Poder Ejecutivo promulgó la Ley N° 5469/2015 “De la Salud de los Pueblos Indígenas”, por la que se

11 El incluir la noción de “comunidades” en la Ley 904/81 y en la Constitución Nacional ha generado conflictos entre los pueblos indígenas, ya que éstos no han tenido en su cultura la noción del concepto de “comunidad” (la cual es de origen protestante y anglosajón), sino que más bien se organizan tradicionalmente en clanes o grandes familias.

crea la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y el Consejo Nacional de Salud Indígena. Este último es el órgano orientado a garantizar la participación de los pueblos interesados en la gestión pública de los servicios de salud e integrado por cada uno de los 19 pueblos indígenas del Paraguay.

4.1 Situación legal en materia de VIH /SIDA y Educación de la sexualidad¹²

Luego de 15 años de la Declaración del Milenio, en la cual 189 países (incluido el Paraguay) se comprometieron a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aún persisten importantes brechas en el cumplimiento de la universalización del acceso a la prevención, tratamiento y apoyo a las personas que viven con VIH específicamente el ODM relativo a Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades.

No obstante, el Paraguay ha logrado avances importantes en especial en el aumento de la cobertura en la oferta de pruebas diagnósticas gratuitas a todos los servicios de salud, un aumento significativo en el acceso al tratamiento gratuito de las personas que lo requieren y una adecuación del marco legal a través de la promulgación y reglamentación de la Ley N° 3940/2009¹³.

12 Negrete, Martin (2015). Universalizar los DDHH de las Personas que Viven con VIH. Un nuevo desafío para los próximos años. En: CODEHUPY, 2015. Informe de DDHH en Paraguay. Asunción, Paraguay.

13 Ley N° 3940 del 14 de diciembre de 2009. Que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Disponible en: <http://digesto.senado.gov.py/ups/leyes/7946.pdf>.

Sin embargo, pese a estos avances en Paraguay, como se señaló, persisten importantes brechas en el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno, y sobre todo en el acceso a la justicia y reparación en los casos de violación de los derechos humanos (DDHH) de las personas viviendo con VIH (PVV), en especial de las poblaciones particularmente vulnerables, específicamente en las poblaciones clave. En consonancia con esto, la estrategia de ONUSIDA 2011-2015 orientada a “cero nuevas infecciones, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas al VIH” advierte que es poco probable llegar a las metas de reducir las infecciones y muertes, si no se logra reducir el estigma y la discriminación, principales barreras para lograr la detención y el retroceso de la epidemia (ONUSIDA, 2010).

En este sentido, se identifica como una clara barrera la falta de voluntad política para tratar y aprobar el anteproyecto de ley “contra toda forma de discriminación” que una coalición de la sociedad civil viene impulsando desde hace varios años.

La Ley Nº 3940/2009 y la reglamentación de la misma mediante la Resolución SG Nº 675/2014 sigue siendo la única normativa en el marco legal nacional que sanciona explícitamente actos de discriminación, en todo caso, basados en el estado serológico de las personas.

De igual manera, durante el año 2015, no se han identificado avances significativos en relación a la promulgación de leyes complementarias a la Ley Nº 3940, que garanticen el pleno ejercicio de los DDHH de todas las personas y en especial de las más vulnerables¹⁴. El 31 de octubre de 2015 se ha realizado una movilización denominada “Marcha por la vida

y la familia” organizada por organizaciones nucleadas en la Federación de Asociaciones por la Vida y la Familia (Fedavifa), donde el contenido central ha sido una abierta arremetida hacia agencias del Sistema de NNUU, en especial la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la organización de DDHH Amnistía Internacional, las cuales han sido acusadas de tratar de imponer una “ideología gay y de género”¹⁵, evidenciando un claro rechazo a los instrumentos internacionales en materia de DDHH y Salud suscritos por el Paraguay¹⁶.

Esta movilización ha sido una respuesta a las recientes recomendaciones del relator especial de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Dainius Puras, en relación a la necesidad de aprobar una ley contra toda forma de discriminación, afirmando que el “Paraguay es uno de los pocos países de la región que no cuenta con dicha ley y esto representa una deuda histórica con la sociedad paraguaya”. Por otro lado, también recomienda la implementación del Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos a nivel escolar, con énfasis en la educación sexual y advierte las consecuencias de la intromisión en las escuelas de grupos religiosos que socializan información no basada en evidencia, dificultando así una correcta toma de decisiones por partes de los adolescentes en relación al ejercicio de su sexualidad, contribuyendo al aumento de embarazos adolescentes y el riesgo de infección por VIH y otras ITS (Naciones Unidas, 2015).

Los próximos años constituyen una oportunidad para el Paraguay de cerrar las brechas identificadas en el término del periodo de evaluación de los ODM e iniciar una nueva etapa con la nueva agenda 2030.

14 Entre 2004 y 2010, se discutió una serie de proyectos de ley en el Parlamento paraguayo en materia de derechos sexuales, reproductivos y no discriminación en todas sus formas. Estos proyectos son: (1) ley que crea un programa de prevención y asistencia a las víctimas de hechos punibles contra la autonomía sexual y contra menores; (2) de salud sexual, reproductiva y materno perinatal; (3) contra todas formas de discriminación; y (4) marco rector pedagógico sobre educación de la sexualidad. Ninguna de estas iniciativas ha sido aprobada, gran parte como resultado de la presión de grupos conservadores mediante una articulada campaña de desinformación.

15 Diario ABC Color (01/11/2015) Disponible en: <http://www.abc.com.py/nacionales/religiosos-contra-la-onu-oms-y-amnistia-internacional-1422589.html> (Accedido 11/06/16).

16 Paraguay ha ratificado todos los tratados y convenciones en materia de DDHH, excepto la Convención Interamericana contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia y la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia.

A partir del 2015, y basados en los ODM, los Estados Miembros de la ONU establecieron una Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y hacer frente al cambio climático. El objetivo 3 “Buena Salud” adopta una visión integral orientada a una cobertura universal de salud y un férreo compromiso para poner fin a las epidemias de sida, tuberculosis, malaria y otras enfermedades contagiosas hasta 2030.

Los nuevos Objetivos Mundiales y la agenda para el desarrollo sostenible van mucho más allá de los ODM, abordando las causas fundamentales de la pobreza y las desigualdades.

Como complemento a este nuevo compromiso mundial, la Junta de Coordinación de ONUSIDA aprobó una nueva y ambiciosa estrategia para el periodo 2016-2021, con el objetivo de poner fin a la epidemia del sida como amenaza a la salud pública para el año 2030, siendo ésta una de las primeras del sistema de Naciones Unidas que se alinea de forma estratégica a los ODS.

4.2 Situación Legal relacionada a la Equidad de Género, incluida Violencia contra la mujer

Las leyes y políticas existentes forman parte del contexto favorable para fomentar el acceso equitativo a servicios, según necesidades de las mujeres, niñas y adolescentes. Entre las leyes aprobadas y servicios que se proveen de acuerdo a los compromisos asumidos por el Paraguay basados en la Declaración de Beijing y la Convención para eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) se encuentran:

Ley 1/1992: Modificación parcial del Código Civil

Ley 34/1992 Creación de la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República

Ley 834: Código Electoral (Cuota mínima del 20% de mujeres en las listas de candidatos/as en las elecciones).

Ley 1160: Modificación del Código Penal (introduce varios artículos vinculados a la protección de las mujeres ante la violencia).

Anteproyecto de Ley de SSR: Proceso impulsado por la Sociedad Civil. No llega a presentarse al Parlamento.

Ley 1600/00: Contra la Violencia Doméstica.

Ley 1863: Estatuto Agrario (Trato preferencial para la adjudicación de lotes a las mujeres cabezas de familia).

Ley 2907/06: Blinda recursos para SSRR y kit de partos para que los fondos no sean reprogramados.

Ley 3440/08: Modificación del Código Penal (artículos sobre Violencia Doméstica.)

Ley 3940/09: Que establece Derechos y Obligaciones y Medidas Preventivas con relación a los efectos producidos por el VIH y el sida.

Ley 4084/2010: Protección de la maternidad-establecimiento de la protección a las estudiantes en estado de gravidez y maternidad.

Ley 4313/2011: De Aseguramiento Presupuestario de los Programas de Salud. Reproductiva y Aprovechamiento del Kit de Partos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Ley 4675: Que eleva la Secretaría de la Mujer a rango de Ministerio.

Ley 4788/2012: Ley integral contra la Trata de Personas.

Según Line Bareiro, miembro del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de la ONU, en la legislación paraguaya aún persiste el concepto de “habitualidad” en relación a la violencia intrafamiliar, el cual para que un caso de violencia en una relación de pareja vaya a lo penal tiene que haber “habitualidad”, es decir que el maltrato tiene que ser habitual, no basta con que haya acontecido una vez. Asimismo, recordó que el CEDAW

ya recomendó varias veces al Estado paraguayo acabar con el concepto de habitualidad imperante en el derecho paraguayo¹⁷.

4.3 Situación de Violencia en Mujeres Indígenas en Paraguay

Los principales retos que enfrentan los pueblos indígenas en Latinoamérica, en general, y en Paraguay, en particular, siguen siendo la situación de pobreza extrema y la falta de acceso a la tierra. Esta situación, a su vez, afecta de forma desproporcionada a las mujeres y niños/as indígenas, los cuales son los principales afectados por la pobreza, la falta de acceso a la educación, la salud y la justicia, así como mayor porcentaje de monolingüismo que en los hombres, menos probabilidades de acceso a trabajos remunerados, y de movilización fuera de las comunidades que sumado a los sistemas patriarcales que dominan la cultura occidental y muchos de los pueblos indígenas, sitúan a las mujeres en un particular escenario de vulnerabilidad: por ser mujer, pobre e indígena (Sieder y Sierra, 2010)¹⁸. En este caso se observa claramente como las categorías de género, clase social y etnicidad se cruzan generando situaciones de enorme desigualdad.

En este sentido, el Foro Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI, 2006) ha denunciado que la violencia física, psicológica y sexual que sufren las mujeres indígenas está basado en su género, clase social, etnia e historia¹⁹, que se agravan aún más por el contexto de violencia estructural e institucional que sufren los pueblos indígenas en general.

Algunos estudios a nivel local dan cuenta que muchas comunidades estudiadas han expresado que sus

derechos han sido violentados, en especial se observa claramente una violencia estructural e institucional, en especial hacia las mujeres. Se ha reportado en múltiples ocasiones como jueces y fiscales se aprovechan de la falta de información y de formación en temas específicos por parte de los indígenas, en especial por desconocimientos de las normativas y leyes vigentes. Este problema se agudiza en el caso de las mujeres, con menor nivel educativo que los varones y con mayor proporción de analfabetismo. Siguiendo esta temática, otros tipos de violencia institucional son más sutiles y tienden a pasar desapercibidos, inclusive por las mismas mujeres indígenas que muchas veces no son considerados “hechos de violencia”. Es el caso de la exclusión de las mujeres en espacios de toma de decisión, en especial argumentando su “falta de capacidad técnica” para comprender ciertos asuntos. Muchas instituciones públicas, no adecuan los contenidos ni procedimientos para garantizar que las mujeres comprendan los planteamientos técnicos, por otro lado, a nivel interno también se observan barreras para la participación de las mujeres en los espacios de toma de decisión, donde generalmente están sub-representadas. (Oviedo, S; Alvarenga, F y Mongelós, N, 2012)²⁰

A nivel nacional, según Luis Caputo (2013)²¹, tanto la violencia intrafamiliar como la trata en mujeres indígenas están relacionadas con el despojo de sus tierras ancestrales que impacta en el sostenimiento de sus familias (producción y alimentación familiar) agudizado por los modelos de desarrollo económicos vigentes y de la creciente militarización de sus territorios.

Siguiendo a Caputo (2013), la principal violencia en las mujeres indígenas en Paraguay es la violencia intrafamiliar y de género; sin embargo, identifica como los diferentes tipos de violencia se cruzan y entrelazan;

17 Disponible en: <http://ea.com.py/una-mujer-fue-asesinada-cada-11-dias-en-2012-por-razones-de-genero/>.

18 Rachel Sieder y María Teresa Sierra. (2012). Acceso a la justicia para las mujeres indígenas en Latinoamérica. Chr. Michelsen Institute en Bergen, Noruega.

19 Grupo de Acompañamiento a Comunidades Indígenas de Itapúa – GACII (2014). Orientaciones para la Incorporación de la Perspectiva de Género en el documento “Propuesta de Políticas Públicas Elaborado por la FAPI. Itapúa, Paraguay.

20 Sofía Espínola Oviedo, Faustina Alvarenga y Nora Mongelós. Desde la palabra y el sentir colectivo de las mujeres indígenas. Guía metodológica para incorporar el enfoque de género en comunidades indígenas, desde la perspectiva intercultural de abordaje. IEPALA – AECID, 2012.

21 Luis Caputo (2013). Situaciones de violencia y trata contra las mujeres jóvenes indígenas en Paraguay. BASE/Sobrevivencia/IBISS-CO. Asunción, Paraguay, mayo de 2013.

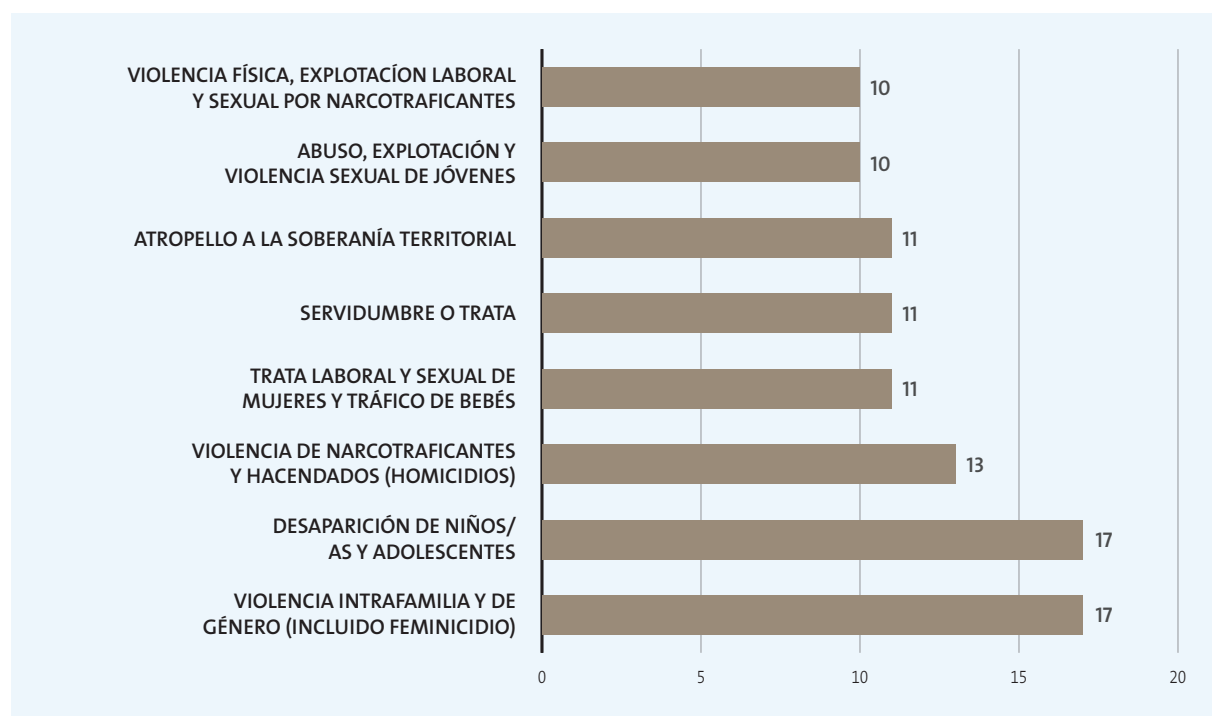
por ejemplo, identificó cómo la explotación laboral se cruza con la violencia sexual y violencia institucional, o la servidumbre con el abuso sexual (violación).

Sumado a lo hallado por Caputo (2013), se pueden adicionar otros tipos de violencia escasamente documentados, pero que las mujeres de diferentes pueblos lo perciben como tal. En las conclusiones de la Sistematización de talleres sobre prevención de la violencia contra las mujeres indígenas en los departamentos de Amambay, Boquerón y Canindeyú²² las mujeres indígenas participantes han identificado otros tipos de violencia, como la cultural, la cual justifica muchos de los actos de violencia donde son

víctimas las mujeres y las adolescentes. Una particular situación es la vida por las mujeres que ejercen el “shamanismo” en algunos pueblos, lo que ha ocasionado, en algunos casos, la muerte de estas mujeres acusadas de “brujería”. Detrás de este tipo de violencia se encontraría la negación del derecho de la mujer indígena de ejercer su poder de sanación y el ejercicio pleno de su espiritualidad.

Por otro lado, se percibe un aumento de violencia hacia las mujeres que forman parejas interétnicas con hombres “paraguayos” (que no pertenecen a ningún pueblo indígena) o la práctica aún vigente de matrimonios forzados en niñas y adolescentes en algunos pueblos.

GRÁFICO 1
Tipos de Violencia hacia las Mujeres Indígenas en Paraguay, según reporte de las entrevistadas (Caputo, 2013)



²² ConVoMujer/Tekoha/MIPY/GIZ. “Promoviendo la No Violencia contra las mujeres indígenas en nuestros Territorios”. Sistematización de talleres sobre prevención de la violencia contra las mujeres indígenas en los departamentos de Amambay, Boquerón y Canindeyú. Informe sin publicar.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Estudio

Para responder a los objetivos general y específicos se planteó un estudio descriptivo de corte transversal y enfoque cualitativo con el fin de caracterizar las necesidades, barreras, fortalezas y oportunidades de

las mujeres y adolescentes indígenas en materia de violencia y exposición al VIH, así como caracterizar la respuesta ante estas situaciones a nivel institucional/comunitario mediante el mapeo de actores existentes en las comunidades del estudio.

5.2 Participantes

5.2.1 Grupos Focales en comunidades indígenas

TABLA 4

Comunidad	Participantes	Nº de participantes	Pueblo
Betania	Jóvenes varones	10	Nivaclé
Betania	Mujeres adultas	7	Nivaclé
Betania- Yalve Sanga	Mujeres y varones adultos	15	Nivaclé
Betania- Yalve Sanga	Mujeres adultas	15	Nivaclé
Yalve Sanga-Comunidad Efeso	Mujeres adultas	7	Enlhet
Cacique Mayeto-Filadelfia	Mujeres	5	Enlhet
Cacique Mayeto-Filadelfia	Adolescentes mujeres	10	Enlhet
Comunidad Guidai Ichai	Adolescente de 16 años	1	Ayoreo
Comunidad Uje Lhavos	Adolescentes y jóvenes varones (una mujer)	10	Nivaclé
Cayin O Clim	Mujeres adultas	7 mujeres y 1 varón	Nivaclé

5.2.2 Entrevistas individuales a referentes institucionales

TABLA 5

Institución	Sector	Organismo del cual depende
Cruz Roja Paraguaya- Filial Boquerón	Salud	Organismo Internacional- Cruz Roja Suiza
Clínica Indígena- Filadelfia	Salud (privado)	Hospital de Filadelfia el cual depende a la Cooperativa de los Colonos Menonitas
Puesto de Salud- Municipalidad de Filadelfia	Salud (Municipal)	Municipalidad de Filadelfia
Centro Regional de la Mujer	DDHH de las mujeres, niños/as y adolescentes	Ministerio de la Mujer
Gobernación de Boquerón	Gobierno Local	Poder Ejecutivo
Municipalidad de Loma Plata	Gobierno Local	Gobernación de Boquerón
USF Cayin o Clim (Colonia Neuland)	Salud (público)	Ministerio de Salud Pública
USF Uje Lhavos (Filadelfia)	Salud (público)	Ministerio de Salud Pública
Consejería Municipal por los derechos de los niños/as y adolescentes (CODENI)- Filadelfia	DDHH de los niños, niñas y adolescentes	Municipalidad de Filadelfia

5.3 Definición de Variables e indicadores

5.3.1 Necesidades de mujeres y niñas indígenas para intervenciones en VIH y violencia

Se explorarán variables relacionadas con las percepciones, expectativas, necesidades demandadas de las mujeres y adolescentes indígenas en relación a la situación de violencia (interna y externa), así como

factores facilitadores y protectores vinculados a la vulnerabilidad ante el VIH y otras ITS.

5.3.2 Mapeo de actores y servicios

Las variables han sido seleccionadas a partir de los objetivos de la consultoría e incluyen el perfil de las organizaciones, sus capacidades institucionales, experiencias de coordinación interinstitucional; y las actitudes frente a la participación institucional en el desarrollo de las acciones relacionadas a violencia y VIH dirigidas a pueblos indígenas en el ámbito local.

TABLA 6

Variables	Indicadores
a) Percepción y concepción de la violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos y escenarios de violencia identificados • Actores involucrados en los actos de violencia • Creencias acerca de la violencia. Motivos y causas • Percepción de la violencia como causa o efecto de determinantes sociales (género, edad, grupo étnico, lugar de residencia, nivel educativo, posesión de tierras, pobreza, acceso a recursos, etc.) • Percepción de la violencia hacia adolescentes y niños/as • Acciones ensayadas para el abordaje de la violencia (interna y externa)
b) Actitudes hacia la violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Justificación de la violencia y normas de género • Evaluación de la violencia de acuerdo al agente agresor (interno y externo) • Inicio sexual (precoz), matrimonios o uniones forzadas y criadazgo en niñas y adolescentes como expresión de violencia de género o prácticas culturales consensuadas • Cultura de denuncia, impunidad
c) Creencias, actitudes y comportamientos relacionados a la exposición al VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias e información acerca del VIH • Fuentes de información sobre el VIH. Nivel de confianza y credibilidad de dichas fuentes. • Valoración y aceptación sobre métodos modernos de planificación familiar incluido el condón masculino • Identifica factores de riesgo y de vulnerabilidad para el VIH y otras ITS • Prácticas ensayadas para prevenir el VIH e ITS • Percepción y actitud acerca de las personas que viven con VIH
d) Percepción de autoeficacia (control sobre sus determinantes sociales)	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de riesgo ante la violencia y el VIH. • Creencia sobre el nivel de control sobre situaciones que exponen al riesgo ante la violencia y el VIH (capacidad de negociación con los varones, control sobre el ejercicio de la sexualidad, toma de decisiones, control sobre los hijos/as, capacidad de acceder a servicios de salud, etc.) • Identifica y relaciona las categorías de género, clase social, etnicidad y edad como factores de vulnerabilidad ante la violencia y el VIH
e) Acceso a servicios y solicitud de apoyo, y ayuda en casos de exposición a violencia y el VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de servicios y recursos disponibles en la comunidad que son identificados por las mujeres • Estrategias de solución ensayadas en casos de violencia y exposición al VIH. • Valoración de estos servicios y recursos • Percepción de confianza hacia los servicios de salud, la policía, justicia, gobiernos locales, ONG, líderes comunitarios, entre otros. • Valoración sobre beneficios y pérdidas en relación a la búsqueda de ayuda/apoyo en caso de hechos de violencia o exposición al VIH (Identificar si las mujeres perciben más barreras que potenciales beneficios) • Nivel de organización de las mujeres y percepción de beneficios o costos sobre su participación en la toma de decisiones en el ámbito público. Motivación para la participación
f) Expectativas y necesidades en relación a la prevención de la violencia y del VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades sentidas y percibidas por las mujeres vs. necesidades programáticas y políticas • Intereses básicos y estratégicos de las mujeres, y adolescentes indígenas • Expectativas en relación a los servicios, instancias y actores disponibles en la comunidad (cómo deben ser y funcionar de acuerdo a las necesidades de las mujeres y sus intereses) • Definición/percepción de salud y calidad de vida, y estrategias identificadas para lograrlo

TABLA 7

Variables	Indicadores
g) Perfil institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de organización • Misión y objetivos • Agenda temática • Ámbito de acción
h) Capacidades Institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades y acciones realizadas sobre violencia, y prevención, atención y apoyo vinculados al VIH en poblaciones indígenas • Población beneficiaria directa e indirecta de las acciones • Competencias técnicas de los recursos humanos en prevención de la violencia y del VIH, así como el abordaje desde una perspectiva de DDHH, género e interculturalidad • Producción de información sobre violencia y VIH en poblaciones indígenas • Recursos organizacionales, planificación, materiales y financieros existentes para sostenibilidad de acciones
i) Coordinación interinstitucional	<ul style="list-style-type: none"> • Articulación con otras organizaciones en relación con la violencia y prevención del VIH • Coordinación dentro de los centros de salud para ofrecer servicios integrados de salud/VIH y atención a víctimas de violencia (PEP, testeo, consejería, salud mental, referencias a otros servicios sociales/de justicia) • Articulación con comunidades indígenas. Mecanismos de participación de las comunidades indígenas en la toma de decisiones. • Actividades intersectoriales • Modalidades de coordinación • Articulación y coordinación con otras instancias locales, en especial con grupos de voluntarios y redes de organizaciones y/o personas
j) Actitudes y motivación de los actores clave al abordaje de la violencia y el VIH en poblaciones indígenas y en mujeres en particular	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción sobre importancia de los temas del Proyecto (violencia y VIH, perspectiva de género e interculturalidad) • Motivación para participar en las estrategias clave del Proyecto en el ámbito local • Intereses programáticos/temáticos • Organizaciones/grupos prioritarios • Estrategias de coordinación • Compromiso institucional

5.4 Diseño y validación de instrumentos

Los instrumentos de recolección de información se elaboraron a partir de los objetivos de la consultoría, así como de las variables identificadas para cada objetivo específico. Ambos instrumentos se validaron mediante revisión por parte del equipo consultor y del equipo técnico de la Oficina Regional del ONUSIDA, el programa VNU y ONU Mujeres. Las versiones finales de ambos instrumentos posteriormente fueron utilizadas para la capacitación al equipo de entrevistadores seleccionados para el trabajo de campo.

5.5 Trabajo de Campo

Posterior a la validación del instrumento, se realizó el trabajo de campo llevando a cabo las siguientes estrategias:

- a) Coordinación con instituciones públicas y organizaciones civiles con trabajo a nivel departamental en la identificación y selección de las instituciones, y actores claves en los municipios/distritos seleccionados. Se elaborará un resumen de presentación de los alcances y objetivos del estudio.

- b) Consulta previa, libre e informada con las comunidades indígenas sujetas del estudio, con presentación de los objetivos del proyecto, así como la elaboración consensuada de un calendario de las actividades a ser implementadas con los referentes de cada comunidad indígena seleccionada para acceder a las mujeres y adolescentes para las entrevistas en los grupos focales.
- c) Una vez identificadas las comunidades indígenas, así como actores claves, instituciones y servicios, el Equipo Consultor formalizó una invitación para participación del estudio mediante el mecanismo adecuado informando a las instancias seleccionadas sobre el proyecto en general y las actividades de la presente consultoría en particular, presentando al equipo de trabajo responsable del trabajo de campo.
- d) Posterior a la comunicación formal a las instancias correspondientes, el equipo consultor fue responsable de coordinar con cada comunidad, institución, servicios y actores clave un calendario de entrevistas. En caso de las entrevistas a las mujeres, varones y adolescentes indígenas, éstas se realizaron *in situ* mediante grupos focales. La calidad de la información fue garantizada por la correcta utilización de los instrumentos de recolección de datos provistos. El equipo consultor ha mantenido reuniones semanales de evaluación y seguimiento con el fin de minimizar las potenciales dificultades de captura de información primaria y secundaria, y garantizar la mayor calidad de los datos obtenidos.

5.6 Análisis de la información

La información fue procesada siguiendo el proceso de recolección de datos-sistematización-consolidación-organización-análisis y difusión.

- **Recolección de datos:** Los datos fueron obtenidos en dos niveles: 1) directamente de las fuentes primarias (informantes clave de instituciones y mujeres indígenas de las comunidades) mediante

entrevistas grupales, individuales o telefónicas utilizando los instrumentos correspondientes de recolección de información y 2) complementados con datos obtenidos de fuentes secundarias (encuestas, estudios previos, documentos institucionales, etc.)

- **Sistematización:** Toda la información obtenida fue organizada y clasificada en biblioratos debidamente codificados con las fuentes de información, personas entrevistadas, lugar y fecha de toma de datos. Estos documentos fueron los medios de verificación que fueron utilizados, y cuya información fueron vaciados y consolidados en una base de datos única. Este proceso es de suma importancia ya que posteriormente la base de datos resultante podrá ser verificada mediante los medios de verificación físicos organizados en los biblioratos en posteriores auditorías y evaluaciones.
- **Consolidación:** Toda la información obtenida mediante el proceso de trabajo de campo fue consolidada en una base de datos electrónica diseñada para el efecto. Esta base fue administrada por los consultores designados y tiene toda la información de las variables presentes en los instrumentos de recolección de información utilizados.
- **Análisis de la información:** Después del proceso de recolección, sistematización y consolidación de la información, se realizó el análisis de dicha información tomando en cuenta las variables seleccionadas. Las entrevistas fueron desgravadas y convertidas en textos, lo que permitió el análisis cualitativo de la información, identificando semejanzas y diferencias a nivel del contenido del discurso de los informantes; por otro lado, las variables exploradas mediante la lista de cotejos fueron clasificadas y agrupadas en una base de datos para su posterior descripción y análisis.
- **Validez de la información:** la validez será garantizada mediante 1) la representatividad de la muestra a ser entrevistada. El equipo consultor junto con otros actores clave (líderes de las comunidades, referentes locales, etc.) identificarán instituciones y actores que representen a todos los sectores involucrados

(gubernamental, municipal, fuerzas públicas, justicia, salud, sociedad civil, confesional, etc.) cuidando que la participación sea proporcional y que ningún grupo o sector este sobrerrepresentado. 2) mediante la triangulación de la información, a través del cruce de información de distintas fuentes (entrevistas a diferentes actores, fuentes gubernamentales, informes de la sociedad civil, informes de agencias multilaterales y bilaterales, datos estadísticos nacionales y regionales, entre otros). Sumado a esto, se decidió realizar entrevistas al equipo de investigación, ya que cada

entrevistador contaba con información importante y complementaria sobre las comunidades con las cuales trabajaron. No toda la información obtenida en las entrevistas está reflejada en las grabaciones, ya que mucha información relevante se da fuera de los grupos y al momento de las entrevistas, todos los encuestadores contaban con su diario de campo donde asignaban y anotaban este tipo de información, y 3) finalmente toda la información será revisada y validada al interior del Equipo Técnico del proyecto y de representantes de la Oficina Regional de ONUSIDA, el programa VNU y ONU Mujeres).

5.7 Estructura, formato y alcance de los Instrumentos de Recolección de Información

TABLA 8

Instrumento	Objetivos (según TDR)	Técnica y tipo de instrumento	Fuente de información	Tipo de investigación	Método de validación
Guía de entrevista para Grupos Focales en mujeres y adolescentes indígenas de Boquerón		Grupo Focal	Una muestra de mujeres y adolescentes indígenas de comunidades de los pueblos indígenas seleccionados del Departamento de Boquerón	De campo Se identificarán y seleccionarán a mujeres que cumplan criterios de inclusión establecidos por el equipo de investigación y se realizarán grupos focales por comunidades seleccionadas	Panel de expertos
Guía de entrevista semiestructurada para actores clave	Mapeo y caracterización de los actores, instancias y servicios involucrados en la prevención y atención de la VCM, y la respuesta al VIH en Boquerón y orientadas a poblaciones indígenas	Entrevistas individuales	Entrevistas a una muestra de informantes clave seleccionados previamente, desagregados por tipo de institución/organización (OG, ONG, privado, confesional, grupo de base, redes, cooperantes, etc.) y nivel de actuación (municipal, departamental, nacional, regional)	De campo Se identificarán y seleccionarán actores clave, y servicios de los municipios y distritos del Departamento de Boquerón que forman parte del área de influencia de las comunidades indígenas del proyecto	Panel de expertos
Lista de cotejo para servicios		Observación y mapeo de servicios	Por otro lado, se visitarán los diferentes servicios e instancias existentes para la aplicación de la lista de cotejos y caracterizar el nivel de respuesta		

5.8 Aspectos éticos y culturales

La participación de las mujeres, varones y adolescentes fue de carácter voluntario, se les invitó previo acuerdo con los líderes y lideresas de la comunidad. Se documentó su aceptación a través de la firma del “Consentimiento informado”²³. Además, en cada comunidad se entregó al/la líder/esa, como también a los puestos de salud, USF y otros referentes claves, una copia impresa del resumen de los alcances y objetivos del estudio.

Para ello, recibieron información verbal en un lenguaje claro, culturalmente apropiado y accesible sobre las características, intervenciones y posibles consecuencias de su participación. El equipo fue acompañado en todo momento por un enlace local y en algunas

entrevistas por un representante de la oficina local de ONUMUJERES.

Las guías, cuestionarios y otros instrumentos de recolección de información fueron revisadas y trabajadas por los/as enlaces en sus propias lenguas, quienes acompañaron a los/as entrevistadores/as en los grupos focales como también en las entrevistas individuales.

El documento final del estudio, no solo del equipo de investigación, se devolverá posteriormente a las comunidades involucradas. El equipo de trabajo de campo, en cada misión visitará previamente a los responsables de las USF más cercanas a la comunidad, en donde se realizará el trabajo de campo para tenerle al tanto del trabajo.

23 Este documento será firmado por el líder, lideresa y/o por los padres según corresponda.

6. ALCANCES Y LIMITACIONES

El estudio realiza un abordaje descriptivo y exploratorio, y de corte cualitativo, por lo que, no es posible generalizar los resultados al universo de las comunidades indígenas de Boquerón; sin embargo, por la cantidad y variedad de sujetos entrevistados, es una buena aproximación en relación a la situación que viven muchos indígenas en la zona de estudio.

En cuanto, al relevamiento de datos, el trabajo de campo se vio limitado tiempo y recursos para una mayor cobertura geográfica, tomando en cuenta las distancias entre comunidades.

Por este motivo, todos los datos fueron obtenidos en un único encuentro con un horario limitado, lo que condicionó a que mucha información no sea captada. Los pueblos indígenas tienen sus tiempos y espacios diferentes a otras culturas, en general necesitan

mayor tiempo para entrar en confianza y brindar información. La metodología del grupo focal puede no estar adaptada a estas particularidades culturales.

Se debe identificar y ensayar abordajes metodológicos que requieran un tiempo mayor de observación, de instalarse en la comunidad para contrastar el discurso con las prácticas cotidianas. (Etnografía, observación participante, entre otros)

En relación a los adolescentes y jóvenes, el grupo focal no sería la mejor estrategia para obtener información. Para este grupo en particular se debe tener un proceso previo y se deben utilizar metodologías más vivenciales y participativas. Una buena estrategia sería contar con el apoyo de las instituciones educativas y de sus maestros, los cuales han formado vínculos con los adolescentes y serían buenos facilitadores del proceso.

7. RESULTADOS

7.1 Necesidades de las mujeres y adolescentes indígenas en materia de Violencia y VIH

7.1.1 Percepción y Actitudes acerca de la violencia

Un punto de partida para describir el ciclo de violencia que viven las poblaciones indígenas, y sobre todo las mujeres y los adolescentes, es indagar y describir la concepción misma de este fenómeno desde la cosmovisión de estos pueblos. La violencia como fenómeno social asociado a las desigualdades, y el desequilibrio de poder en relación a la etnia, la clase social, la edad y el sexo, entre otros, y en especial en las relaciones hombre-mujer, comprende una asimetría cuya función relacional determina el estatus y poder que ejerce un género sobre el otro, en este caso, el hombre sobre la mujer, validado por el sistema patriarcal asimétrico y hegemónico. Esta definición de violencia está objetivada y tipificada en el orden marco normativo y legal paraguayo²⁴. Sin embargo, la percepción de la violencia también posee un elemento subjetivo, ya que nace en el “observador” de los hechos y ello está determinado principalmente por la cultura en general y por otras variables, como la clase social, la edad y el género.

En este sentido, y partiendo desde la construcción subjetiva de qué hechos son considerados “violencia” y cuales no, desde la particular visión de

los entrevistados se realiza el siguiente análisis descriptivo:

En términos generales, para todos los grupos entrevistados (mujeres adultas, varones adultos, adolescentes y jóvenes varones y mujeres) la violencia a priori sería todo acto que genere un daño observable, medible y comprobable, el cual implique alguna consecuencia o secuela visible o secuela. En este sentido, violencia sería sinónimo de “daño”, “sufrimiento” o “desgracia”.

“La violencia es lo que nos hace daño, lo que nos hace sufrir, lo que elimina la tranquilidad y lo que causa las desgracias. Donde más se ve es en las familias y es la última que deja a muchas familias con secuelas graves... porque llega a tocarle a la persona... si el marido le pega a la mujer, la deja con moretones, hinchazón en los ojos por los golpes, fracturas en el brazo, y le dan patadas en el estómago o en la espalda, es la cosa más grave que puede uno sentir, ver en el hogar” (Mujeres adultas – Comunidad Cayin O Clim)

“Yo vi una situación en una familia que tuvieron una pelea muy grande, vi al hombre dándole puñetazos en la cara de la esposa hasta que le echó en el suelo y le daba patadas, hasta que se desmayó, y eso para mí es una violencia grave” (Mujeres adultas – Comunidad Cayin O Clim)

“En seguida te das cuenta que estás ante una situación de violencia...cuando vos ves que le pega” (Mujeres adultas- Comunidad Cacique Mayeto, Filadelfia)

24 Violencia doméstica o intrafamiliar es aplicable a toda persona que sufra lesiones, maltratos físicos, psíquicos o sexuales por parte de uno de los integrantes del grupo familiar, que comprende el originado por el parentesco, en el matrimonio o unión de hecho, aunque hubiese cesado la convivencia, asimismo en el supuesto de parejas no convivientes y los hijos, sean o no comunes. Artículo 1, Ley 1600 “contra la violencia doméstica”.

Pero no en todos los casos, la violencia es interpretada solo como daño físico visible y comprobable. También existe el daño “espiritual”, un daño que no se ve, pero se siente y perturba, sacando la “tranquilidad” y la “felicidad” del que la sufre.

“Otra de las violencias que veo es por ejemplo si querubina (la amante de la pareja/esposo) me viene a reclamar algo y me dice cosas que me puedan ofender, ahí nomás me va a **poner triste y me quita la felicidad**. Eso también es violencia porque trabaja la mente y es peligroso, porque te puede matar. Las dos partes son peligrosas (física y emocional/espiritual), pero también delante del gran espíritu de la persona que intencionalmente te viene a ofender también pone tu vida espiritual en peligro. Esa también es una forma de violencia” (*Mujeres adultas- Comunidad Cayin O Clim*)

“También otra forma es cuando todos los días te vienen a retar y a reclamar, por ejemplo, en mi hogar, en mi casa, si mi marido me dice cosas ofensivas, también eso **mata mi espiritualidad y me quita la felicidad** (*Mujeres adultas- Comunidad Cayin O Clim*)

Otras formas de violencia son el engaño y la infidelidad, así como las mentiras que dañan el honor de la mujer o la violación a la propiedad comunitaria por personas ajenas a ella.

“Otra forma de violencia cuando se dice por vos que hiciste o que tenés un amante, y que no es cierto y que vos sabes que no es cierto es algo inventado y por más que vos niegas, igual tu marido dice que si vos hiciste” (*Mujeres adultas- Comunidad Cayin O Clim*)

“Violencia también es cuando entran gentes o autoridades sin consultar al líder, a tu territorio, sin permiso, y se instalan, es violencia. Ej. Si tenemos un territorio bien cerrado y no se respeta...están violando nuestro reglamento interno y nuestra ley de la constitución” (*Varones jóvenes- Comunidad Betania Yalve Sanga*)

Por otro lado, se observa que en otras comunidades se identifica claramente al menos los tres principales tipos de violencia: física, sexual y emocional, más cercana a la definición de violencia a nivel institucional que se aborda en los diferentes planes y programas estatales. Como nuevo elemento surge de forma particular la violencia ejercida de los hijos hacia los padres/madres.

“La violencia es el sufrimiento, cuando te dicen palabras que dañan...cuando golpean a sus hijos y el abuso sexual también es violencia” (*mujeres adultas- Comunidad Betania*)

“Otro tipo de violencia surge a partir de los hijos contra los padres...nuestros hijos actúan de manera violenta al estar ebrios” (*mujeres adultas- Comunidad Betania*)

Sumado a lo anterior, particularmente para las mujeres jóvenes entrevistadas el concepto de violencia estaría ligado también a situaciones y conductas que “rompen reglas” establecidas o “violan límites” impuestas o consensuadas por personas percibidas como autoridades legítimas (familia, padres/madres, etc.).

“Para mí violencia es salir de mi casa sin permiso de mis padres para ir a farrear (salir a una fiesta)... tatuarse es otro tipo de violencia... responderle mal a mis padres sería otro tipo de violencia” (*mujeres jóvenes-Comunidad Betania*)

“Tengo mi tía que no lo atiende (a su hijo) ni lo cuida, su prioridad es jugar vóley y el bingo, y yo pienso que eso sería otro tipo de violencia” (*mujeres jóvenes-Comunidad Betania*)

Por otro lado, a diferencia de la percepción de violencia de las mujeres y varones adultos, los cuales perciben la violencia como un acto externo cuyo objetivo es realizar algún daño (físico, emocional/espiritual o sexual), las mujeres introducen una variante de violencia que es “hacia uno mismo”.

“Tomar bebidas alcohólicas a mis 12 años es otra forma de violentar contra mi persona” (*mujeres jóvenes-Comunidad Betania*)

En relación a los factores que generan estos tipos de violencia identificados por los/as entrevistados/as, sin dudas y de forma unánime focalizan al alto consumo de alcohol por parte de los varones, en general, y en los más jóvenes, en particular. En este apartado el entrevistador exploró la identificación y toma de conciencia que otros factores más distales o estructurales tendrían también influencia en el fenómeno de la violencia, generando niveles de mayor o menor vulnerabilidad; sin embargo, algunos entrevistados no pudieron identificar la relación entre la violencia y otras variables como el género, la pertenencia étnica, la edad, la pobreza, la discriminación, la falta de acceso a recursos, bienes y servicios entre otros.

“No creemos que violencia está relacionada con eso (género, edad, pertenencia étnica, posición económica, acceso a recursos, entre otros determinantes sociales) sino por las bebidas alcohólicas...A veces los jóvenes por causa de la bebida gritan a sus padres, madres, hermanos y hermanas” (*Mujeres y varones adultos, Comunidad Betania-Yalve Sanga*)

“A veces los jóvenes por causa de las bebidas, gritan a sus padres, madres, hermanos y hermanas” (*Jóvenes varones- Comunidad Betania Yalve Sanga*)

Como explicación alternativa al abuso del alcohol, en algunos casos, sobre todo en mujeres entrevistadas, perciben como causa posible de actos de violencia el factor económico, donde la falta de recursos podría generar conflictos al interior de las familias.

“Si no hay dinero, falta una cosa, le pide a la mamá y la mamá le dice que no tiene y le maltrata a su hijo...y cuando es así su papa (alcohólico) también hace faltar el dinero en la casa”. (*Mujeres adultas-Comunidad Cacique Mayeto, Filadelfia*)

En algunos casos, entre los jóvenes de ambos sexos, también se percibe la violencia como un desequilibrio de poder, donde una de las partes que ostenta el poder ejerciendo el control por medio de la violencia con el fin de someter a la parte subordinada de la relación. En este caso, la violencia como producto de este desequilibrio de poder se interpreta no solo como diferencias de fuerza física, sino también se introduce el factor de poder económico como estrategia de control y poder. Esto sin ser explícito en los discursos de algunas mujeres indígenas se podría interpretar como la toma de conciencia que la violencia también es una manifestación de la subordinación de la mujer hacia el varón.

“La violencia es un abuso de fuerza contra el más débil”; “La mujer indígena siempre es callada”; “Lo que genera violencia son los celos excesivos de los varones y la falta de financiación económica, de ahí vienen también” (*Jóvenes varones y mujeres-Comunidad Betania- Enlhet Norte*)

Sin embargo, se percibe en algunos de los discursos de las mujeres entrevistadas creencias relacionadas al

empoderamiento de la mujer como factores protectores de la violencia.

“Mis padres me aconsejaban y me decían que no fuera una mujer floja, me enseñaron a valorarme por lo que soy y a respetar a mi familia o al que sería mi marido, pero sin olvidar el valor que tengo como mujer...creo que al no tener en cuenta esas enseñanzas y no llevarlas a la práctica es lo que causa cualquier tipo de violencia” *(Mujeres adultas-Comunidad Betania)*

Algunas mujeres han tomado conciencia de este cambio de roles y ha generado un mayor respeto hacia las mismas dentro de la comunidad.

“Somos respetadas al hablar, al menos en esta comunidad...Anteriormente la mujer solo tenía que ir a buscar leña y juntar algarrobo. Solamente debía seguir y acatar la palabra del Cacique, pero hoy en día no hay situaciones así” *(Mujeres adultas-Comunidad Betania)*

En cuanto a la percepción acerca de que grupos son más vulnerables a ser objeto de violencia y por parte de quienes, se identifica con en la mayoría de las entrevistas, tanto en hombres y mujeres, que las principales víctimas de violencia serían las mujeres, adolescentes y niños/as, siendo los principales agresores los varones. La explicación para este reparto de roles sería el mayor consumo de bebidas alcohólicas y en algunos casos de drogas por parte de los varones, tanto jóvenes como adultos.

Siguiendo esta línea discursiva, también para los varones jóvenes, los hechos de violencia estarían vinculados, en su mayoría, con el alto consumo de alcohol. Sin embargo, introducen otras explicaciones como los celos de los varones y la falta de disciplina, sobre todo en el hogar.

“Puede ser también que los hombres son muy celosos. No quieren luego que sus chicas estén con otros, y empiezan a pegarles”; “Son muy desobedientes, entonces las mamás les pegan” *(jóvenes varones- Comunidad Uje Lhavos)*

Como ya se ha descrito, al igual que los adultos mujeres y varones, los adolescentes y jóvenes de ambos sexos también asocian de forma directa la violencia con el consumo de alcohol, en especial por parte de los varones, tanto adultos como jóvenes. Por ello, muchos adolescentes asocian los espacios públicos, las calles en particular, y los fines de semana como aquellos donde existe mayor probabilidad de hechos de violencia y mayor consumo de alcohol.

¿Cuándo y dónde hay más violencia? Los viernes y sábados...cuando hay fiestas, ahí comienza *(jóvenes varones- Comunidad Uje Lhavos)*

Finalmente, el equipo de investigadores aporta desde su experiencia como entrevistadores y conocedores de las realidades de las comunidades indígenas estudiadas, algunos contenidos que refuerzan o amplían lo ya descrito en este apartado.

Desde la mirada de los entrevistadores, la violencia más allá de las definiciones operacionales en el marco de los planes y programas institucionales y del marco legal vigente, es un fenómeno “holístico” que afecta a todo el “ser espiritual” de la persona y no siempre es un hecho concreto, visible y medible:

“La violencia es algo que te succiona, te entristece...es todo acto que daña al ser y al espíritu... cuando toca el espíritu, se pierde la fuerza y la energía vital...no siempre es medible ni comprobable, sino vivenciable (comprobado a través de la vivencia), algo que se siente y que las mujeres lo reconocen y lo comunican en diferentes espacios, no siempre en los espacios formales de entrevista” *(Equipo investigador)*

En relación a los factores que generan estas situaciones de violencia, si bien coinciden con gran parte de los entrevistados indígenas que focalizan como un factor reconocible el consumo del alcohol y de drogas, van más allá de este factor próximo y reflexionan acerca de las “causas de las causas”, es decir, de los determinantes subyacentes que condicionan este alto consumo de alcohol en los jóvenes y adultos indígenas varones, así como en hábitos de juego de azar o de otro tipo que muchas mujeres indígenas están inmersas en algunas comunidades.

El factor estructural fundamental identificado es sin duda la situación de pobreza que estas comunidades están inmersas, y que facilitan una serie de condiciones que finalmente propician el alto consumo de alcohol, drogas y juegos ya descritos

La pobreza, en especial en las comunidades asentadas en centros urbanos genera una cadena de exclusiones, explotación laboral y sexual por parte de personas externas a las comunidades, promoción del consumismo, incluido venta de bebidas alcohólicas, cigarrillos y drogas, acceso a juegos de azar, hacinamientos, etc. Esta exclusión se refleja en diferentes ámbitos y escenarios que generan alta vulnerabilidad para la violencia y la exposición al VIH.

“El tema de la violencia estructural está muy naturalizado. Es de destacar que sí han expresado que, por falta de recursos económicos, es decir por “ser pobres”, no son atendidos o son maltratados en distintos servicios, como el de la salud, en espacios públicos, educación, etc.” (Equipo investigador)

Sumado a la violencia, como resultado del procesos de exclusión que, a su vez, son generados por situaciones de pobreza extrema, se cruza la variable género. Sobre las mujeres indígenas pesa un triple patrón de discriminación: por un lado por “ser mujeres”, el cual tiene un peso tanto en el interior de sus comunidades como fuera de ellas; seguido por el hecho de “ser indígenas”, el cual se ve reflejado al momento de acceder o demandar servicios externos a la comunidad; y, por último, por “ser pobres”, lo que potencia el proceso de exclusión aún más.

7.1.2 Estrategias de abordaje y solución en caso de violencia

Se ha identificado que la decisión de denunciar casos de violencia está relacionada con la percepción de gravedad de los mismos, es decir, la evaluación de la gravedad está dada por el nivel de daño causado o las secuelas ocasionadas en las víctimas.

“Aún no hemos visto un caso muy grave como para denunciarlo” (Mujeres adultas-Comunidad Betania)

Muchos casos no se denunciarían, ya que no se considerarían casos de una intensidad o gravedad suficiente para realizar una intervención; sin embargo, cuando estas condiciones están dadas, la primera instancia resolutoria que todos los entrevistados referencian son las autoridades de la Comunidad.

Como primera instancia de solución de conflictos y problemas, incluidos casos de violencia, es el líder de la comunidad, el consejo y los pastores. En caso de que esta instancia no de resultado o cuando el hecho de violencia es de extrema gravedad, se recurre a instituciones externas a la comunidad, como la policía y la fiscalía.

“Primero se reúne los consejos, y el consejo llama a la iglesia que es el Pastor, y se llama a la familia afectada, para solucionar. Si no hay solución directamente a la fiscalía”. (Mujeres y hombres, Comunidad Betania Yalve Sanga)

“Tenemos un consejo dentro de la comunidad encabezado por el líder, orden público, pastor de la iglesia. Si dentro de este consejo y en orden público no se soluciona se toma otra acción. Llevar a la comisaría o fiscalía”. (Varones jóvenes, Comunidad Betania Yalve Sanga)

“De acuerdo al estatuto de Yalve Sanga CNU (Comunidad Nivaclé Unida)... Al principio del estatuto dice, primero hay que arreglar en la religión (con el pastor), si no hay caso hablar con el líder y orden público, si no hay caso o si no te respeta hacerle llegar a la policía nacional, si no hay solución hacer una denuncia directamente a la fiscalía (son las instancias que debemos hacer si ocurre violencia en nuestra comunidad, y lo que dice el estatuto)”. (*Mujer y hombres, Comunidad Betania Yalve Sanga*)

La estrategia de solución de estas instancias, al parecer es mediar entre las partes afectadas y la solución tiende, en casos de no gravedad a que las partes se reconcilien.

“Si no es tan grave, tuvimos éxito se perdonan otra vez” (caso de la pareja joven). (*Mujeres y hombres, Comunidad Betania Yalve Sanga*)

Para otro sector de los jóvenes, la violencia también implica cierta “complicidad” por parte de la afectada, es decir, por la misma mujer que no denuncia estos hechos por temor a perder beneficios, en especial de tipo económico en casos donde el varón es el principal proveedor de recursos económicos de la familia.

“Pero qué pasa cuando vos te metes en el tema de la familia del otro, te dicen que no te metas, en nuestro problema, porque la propia pareja (mujer) está consintiendo esa violencia dentro de la familia... hay complicidad, la mujer que dice: si le llevan a mi marido (detenido, arrestado) nadie me va a traer comida aquí (en la casa)... esa es la excusa, entonces se deja todo en el oparei (se corta el proceso y termina sin resultado)” (*Jóvenes mujeres y varones- Comunidad Betania- Enlhet Norte*)

En el relato anterior se observa como el factor económico ejerce influencia en la toma de decisiones en las mujeres que están expuestas a situaciones de violencia. En la mayoría de los casos, las mujeres manifiestan una dependencia económica con sus parejas, ya que éstos son los principales proveedores del hogar, por lo que perder este sostén económico podría ser percibido por muchas mujeres como una situación aún más amenazante que la exposición a la propia violencia.

Esta “complicidad” por parte de la víctima de violencia descrita por algunos entrevistados (no denunciar a sus parejas a las autoridades estatales externas como la policía, la fiscalía o el juzgado de paz), estaría reforzada y legitimada por las instancias encargadas de administrar estos problemas al interior de la comunidad: el líder de la comunidad y al consejo, los cuales son reacios a intervención de instancias externas a las comunidades y optan por resolverlos de forma interna.

Las informantes reconocen el poder y autoridad de estas instancias, inclusive por encima de las propias instituciones del estado.

“El líder, junto con el consejo de ancianos, tienen la potestad de resolver los problemas internos en última instancia, si se le puede avisar a las autoridades nacionales. Es un derecho que cada comunidad tiene... de hecho, la policía no tiene permitido entrar en la comunidad más de las 6 (de la tarde)... hasta las 6 pueden entrar, después no tienen derecho”; “El líder tiene un poder absoluto como cualquier juez, si se equivoca el líder se equivocan todos... entonces la persona elegida como líder es juez, es escribano, abogado y todo” (*Jóvenes mujeres y varones- Comunidad Betania- Enlhet Norte*)

“Primero se reúne el consejo, y el consejo llama a la iglesia que es el Pastor, y se llama a la familia afectada para solucionar. Si no hay solución directamente a la Fiscalía” (*Jóvenes varones-Comunidad Betania Yalve Sanga*)

Se percibe, en especial por parte de algunas mujeres adultas entrevistadas, gran confianza en la autoridad y poder resolutivo de conflictos por parte del pastor de la comunidad, lo que reforzaría aún más el rol no solamente pastoral y espiritual de los mismos, sino que tendrían hasta un rol institucional como mediador, y administrador de conflictos familiares y comunitarios, con la autoridad para impartir justicia en casos de daños y reparación.

“Cuando hay problemas de familia van a la iglesia, junto al Pastor...porque los pastores saben mucho...cuando alguien ve violencia en la calle o en la familia, hay que avisar a los pastores” (*mujeres adultas- Comunidad Efeso, Yalve Sanga*)

“La única acción que podemos tomar era recurrir al consejo de ancianos y a los pastores como mediadores, ellos hablaban con la familia o la pareja y siempre hubo éxito” (*Mujeres adultas Comunidad Betania*)

Al parecer, la autoridad de la iglesia a través de sus representantes (los pastores) no solo está legitimada por la comunidad que los perciben como actores clave provistos de autoridad, sino que esta autoridad emana de los mismos estatutos que rigen la organización de algunas comunidades. Los pastores inclusive son la primera instancia de búsqueda de ayuda y apoyo, solo cuando ésta instancia se agota se recurre al líder de la comunidad y a las instituciones públicas.

“Al principio de estatuto dice, primero hay que arreglar en la religión (con el pastor), si no hay caso hablar con el líder y orden público, si no hay caso o si no te respeta hacerle llegar a la policía nacional, si no hay solución hacer una denuncia directamente a la fiscalía...son las instancias que debemos hacer si ocurre violencia en nuestra comunidad y lo que dice el estatuto” (*jóvenes varones-Comunidad Betania, Yalve Sanga*)

En contraposición a esto, se percibe poca confianza en las instituciones y órganos del Estado, afirman que la policía y la fiscalía “no hacen caso a los indígenas”, solo a los blancos. La percepción común es que recurrir a estas instancias externas a la comunidad no genera mayores beneficios y en muchas ocasiones no tienen ningún resultado positivo, por lo que vuelven a recurrir a las instancias internas de resolución de conflictos (líder, consejo y pastores)

“Nosotros acudimos primeramente a las autoridades de la comunidad, yo no hablo de otra familia, yo hablo de mi familia” (*Mujeres adultas de Cayin O Clim*)

“Ninguna (en relación a resultados de denuncias a autoridades externas a la comunidad como policía o fiscalía)... quedan encarpetadas (las denuncias), queda encajonado en la fiscalía y creo que ya han comido todo las ratas” (*Jóvenes mujeres y varones- Comunidad Betania- Enlhet Norte*)

“Si es indígena no se le hace caso si comete error... no es nuestro problema dice la policía, si es blanco, otro procedimiento” (*jóvenes varones-Comunidad Betania, Yalve Sanga*)

En relación a los más jóvenes, se identifica sobre todo en el grupo de jóvenes varones una actitud reactiva ante los hechos de violencia, es decir, la violencia dirigida hacia ellos debe ser respondida con igual o mayor proporción de violencia, como una estrategia de solución.

En el extracto de la entrevista a un grupo focal en varones jóvenes, se observa como este ciclo de violencia se inicia y como la violencia es concebida como una estrategia de solucionar los problemas y cuyo objetivo principal es derrotar al oponente.

En este extracto se percibe como la violencia es concebida como una herramienta de control y de poder

necesaria ante una amenaza que siempre se percibe externa (la violencia es un acto que viene de fuera y deber ser respondida).

¿Si alguien te agrede, te golpea? Voy a responder... ¿Vas a responder de la misma forma? Vamos a reaccionar muy rápido... ¿Y de qué forma vas a reaccionar? Si me estiran el pelo, yo también hago eso, si me apalabra con algo muy grosero yo también le digo otra más, y así comienza la pelea... ¿Y tenés manera de solucionar antes que llegue a ese maltrato? Sí, yo voy a poder solucionar, pero la otra persona no va a querer porque así son todos, no van a querer. Demasiado va a estar enojada y va a querer pelearse para sacar el enojo... ¿Tienen que sacar ese enojo de adentro de alguna forma? Si, si él nos pega y dejamos nomas así... entonces tenemos que reaccionar” (*jóvenes varones- Comunidad Uje Lhavos*)

En cuanto al patrón de búsqueda de ayuda en caso de violencia, al igual que en los adultos, el principal referente para los jóvenes con autoridad para administrar conflictos dentro de la comunidad es el líder, ya que declaran desconocer otras instancias.

“Nosotros a nuestro líder siempre le llamamos” (en caso de hechos de violencia) (*jóvenes varones- Comunidad Uje Lhavos*)

Y según las personas adultas, en caso de los y las adolescentes, éstas generalmente cuando son objeto de violencia no realizan ninguna denuncia, por temor y vergüenza.

“Tienen vergüenza (las adolescentes)... las chicas se esconden y no se quieren mostrar” (*Mujeres adultas-Comunidad Cacique Mayeto, Filadelfia*)

Por su parte, el equipo de investigadores realiza un análisis cruzando las variables género, etnia y pobreza como factores que explican los procesos de

discriminación y exclusión que en especial las mujeres experimentan tanto al interior de sus comunidades como en escenarios externos.

Por ser mujer a nivel interno los líderes no toman en cuenta muchas veces las necesidades ni las demandas de las mujeres, más que para cuestiones menores, o situaciones que afectan a niños y ancianos, dándose por sentado que son roles de protección natural de la mujer y es su responsabilidad.

Muchas mujeres nos dicen “No nos dejan participar, si hablamos, no nos hacen caso” (*Equipo investigador*)

Por otro lado, tampoco sus voces son tenidas en cuenta cuando solicitan servicios externos a la comunidad.

“Aunque en los grupos focales no se haya explicitado, fuera del espacio formal de las entrevistas, las mujeres indígenas detallan las diferentes formas de discriminación como formas constantes de violencia contra ellas, como por un ejemplo la fuerte discriminación que sufren en los servicios públicos de salud por su condición de mujeres pobres e indígenas, porque no hablan el guaraní y/o entienden poco el castellano. La falta de intérpretes y traductores en los servicios de salud, en el ministerio público, policía nacional, juzgados, etc. Son vistos como una forma de discriminación y exclusión social” (*Equipo investigador*)

“Por ser mujeres, en las instituciones públicas no son tenidas en cuenta sus reclamos, denuncias o pedidos, a diferencia de los hombres, quienes son aceptados sin más como líderes...Por ejemplo, en la gobernación no “nos da pelotas” dicen... hasta desinfectan los espacios de reuniones cuando son realizados con presencia de los indígenas...en caso de las mujeres es peor pues a veces ni las invitan”. (*Equipo investigador*)

TABLA 9

Resumen de hallazgos sobre aspectos relacionados a la percepción, actitud y toma de decisiones relacionados a la violencia

Dimensión	Principales hallazgos
Percepción hacia la violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Actos que generan “daños” físicos observables (hombres) o daños “espirituales” (mujeres) que no se ven, pero se “sienten” • Engaño e infidelidad (mujeres) • Violar la propiedad comunitaria (hombres y mujeres) • Situaciones que violan normas/límites o rompen reglas (jóvenes hombres y mujeres)
Factores relacionados a la violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y otras drogas (todos los grupos) • Altos niveles de ocio, que genera adicción a juegos de azar (mujeres) • Pobreza, exclusión y hacinamiento (grupo investigador y mujeres) • Desequilibrio de poder, control y subordinación (jóvenes) • Violencia como estrategia para solución de conflictos (jóvenes varones) • Falta de disciplina en el hogar (jóvenes y mujeres) • Empoderamiento de la mujer como factor protector (mujeres) • Triple patrón de exclusión: ser mujer, indígena y pobre (grupo de investigación y mujeres)
Grupos percibidos como más vulnerables	<ul style="list-style-type: none"> • Niños/as y adolescentes • Jóvenes • Mujeres
Estrategias de abordaje en casos de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Se denuncia casos de acuerdo a una evaluación de la gravedad del hecho percibido (daño físico visible) • Primera instancia resolutive: autoridades de la comunidad (líderes y consejo) • Importante rol de la iglesia y sus pastores en la resolución de hechos de violencia • En caso de extrema gravedad o cuando las instancias comunitarias, y las iglesias no solucionan el problema se recurre a instituciones externas (policía, fiscalía, etc.)

7.1.3 Creencias, actitudes y comportamientos relacionados a la exposición al VIH

Todas las personas entrevistadas independientemente de la edad y del género afirmaron haber escuchado información sobre el VIH y pueden reproducir de forma correcta las formas de transmisión y medios de prevención. Perciben al VIH como una amenaza para la comunidad y existe la noción de que es una enfermedad causada por un virus, y que no tiene cura. También reconocen otros factores que inciden en el curso de la enfermedad (alimentación, estrés, medio ambiente, adherencia al tratamiento).

“El VIH es un virus, bichito que entra pero que está ahí, cuando uno no come bien, cuando uno se quebranta mucho, cuando baja la defensa, ahí el bichito se empieza a multiplicar. Pero cuando la gente vive bien, se cuida, come bien, no se emborrachan, no toma droga, vive tranquilo, tiene buen ambiente en su casa, todo el mundo le quiere, ese ambiente le cuida la gente, si no hay quebranto puede vivir y se va a morir de otra cosa, y no de éste (el VIH). Pero tiene que tomar toda su vida sin fallar su medicamento” (Mujeres y hombres-Comunidad Betania Yalve Sanga)

“Sabemos que es una enfermedad que no tiene cura y tratamos de advertir a nuestra gente pues no hay medicamento para eso (para prevenir)”
(Mujeres adultas- Comunidad Betania)

Si bien, el VIH es percibido como una amenaza, existe la creencia en algunos grupos que la epidemia es foránea, externa a la realidad indígena, y que los principales responsables de introducir el virus al interior de las comunidades indígenas serían los extranjeros (incluidos los paraguayos).

“Por ejemplo, este VIH no es una enfermedad que salió dentro de los indígenas...no es una enfermedad de los indígenas...Nuestros antepasados ninguno murió de SIDA”.
(Jóvenes mujeres y varones- Comunidad Betania- Enlhet Norte)

La percepción de riesgo está focalizada en causas o factores relacionadas a la conducta sexual individual (tener varias parejas sexuales, trabajo sexual, no uso del condón), y otros factores predisponentes, como el alcohol. No se perciben factores distales o estructurales tales como la discriminación, pobreza, falta de acceso a recursos, bienes y servicios. Por lo tanto, se focaliza en una decisión personal, y la responsabilidad en cuanto a la infección es netamente individual, sin que se perciban otros factores o determinantes sociales que condicionan la toma de decisiones de las personas.

“Antes nadie sabía, ni nadie escuchaba esa enfermedad, hoy en día como dicen cada uno de los participantes, son ellos mismos estaban buscando, estaban preparando su forma de vivir, enfermedad. La persona misma planta su vida”;
“La comunidad no sabe bien que es VIH (enfermedad incurable). Pero hay que saber bien. Algunos escuchan la radio y habla de eso”.
(Mujeres y hombres- Comunidad Betania Yalve Sanga)

La creencia que el VIH es una enfermedad de “otros” (personas no indígenas) y que está determinada

netamente por conductas individuales relacionados con la sexualidad, sin identificar otros determinantes sociales como el género, la edad, la pertenencia étnica, la posición socioeconómica, la discriminación y las barreras de acceso a una serie de recursos, bienes y servicios. Estas creencias podrían generar una distorsionada percepción de riesgo que dificultaría la correcta toma de decisiones en materia de sexualidad (el 98% de los casos de VIH se explican por relaciones sexuales con protección) exponiendo a las personas de las comunidades indígenas a situaciones de alta vulnerabilidad.

Si bien se conocen los medios de transmisión y métodos de prevención, se declara una baja tasa del uso del condón, muchas veces por influencia de los pastores de la comunidad. En algunos casos, el condón es visto como un mal necesario, en vista de las consecuencias en caso de no utilizarlo.

“No se usa preservativo. No se concientiza, los pastores no hablan de eso”; “Si alguno va para pedir nomas, entonces es un mal ejemplo”; “Una parte para evitar, pero una parte locura si concientiza a los jóvenes, van a ir a trabajar para comprar nomas ese preservativo y hasta donde van a llegar, pero es mejor también. Por eso llegamos hasta ahí nomás”.
(Mujeres y hombres- Comunidad Betania Yalve Sanga)

Por otro lado, existen creencias que generan actitudes negativas en relación al uso y efectividad del condón como método de prevención: por un lado los hombres mantienen la creencia de que el condón “se puede romper” y algunas mujeres manifiestan temor a que el condón “quede dentro de ellas”.

Al igual que el grupo de adultos, los varones y mujeres jóvenes, al ser indagados sobre los factores de riesgos que identifican para adquirir el VIH, todos coincidieron en focalizar las conductas sexuales: no uso de preservativo, inicio sexual precoz, múltiples parejas sexuales, trabajo sexual y relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Sin embargo, no identificaron relación alguna entre un mayor riesgo y vulnerabilidad ante

el VIH y otros determinantes diferentes al comportamiento sexual: Ser víctima de violencia, estar en situación de pobreza, matrimonios tempranos y/o forzados, y barreras en el acceso a servicios de salud.

Los jóvenes entrevistados no perciben relación alguna entre la vulnerabilidad ante el VIH, y otros determinantes sociales de la salud más estructurales, y solo se percibe como factor de riesgo, la conducta individual de las personas.

Entre todos los factores de riesgo identificados, se destaca como la de mayor riesgo, las relaciones de personas del mismo sexo, específicamente relaciones de hombres que tienen sexo con hombres.

7.1.3.1 Fuentes de información y confianza hacia los mismos

La radio comunitaria en el caso de la comunidad Betania, se emite en lengua nivaclé, es una de las principales fuentes de información, aparte de los servicios de salud. También la iglesia es otra fuente de información importante. Este último genera mensajes contradictorios en relación a la información proveída por la radio y por los servicios de salud, donde el condón se promueve como principal estrategia sanitaria para la prevención del VIH, al contrario de lo que promueve la iglesia, lo cual está basado en la abstinencia y la fidelidad mutua.

En otras comunidades, como Efeso se identifica a la escuela como principal fuente de información sobre prevención del VIH; también están los puestos de salud y las charlas que en ocasiones se organizan desde los mismos.

“En la radio. Escuchamos los programas de salud en la radio comunitaria que depende de ZP 30, y pasan en el idioma Nivaclé. Hay una radio comunitaria en Yalve Sanga (se pasan cada miércoles). Nos enseñan, nos facilitan las informaciones. Los enfermeros no tienen tiempo a veces”. (Mujeres y hombres adultos- Comunidad Betania Yalve Sanga)

“Las congregaciones y los pastores concientizan. Mujer ajena, para nuestro creador es un gran pecado”. Si la persona no cree caerá en un pecado grave, o una enfermedad que no se cura, dice la Biblia. (Mujer u hombre, Comunidad Betania Yalve Sanga)

“Cuando tenemos dudas sobre el VIH o cualquier enfermedad recurrimos a la Clínica o el puesto de salud de nuestra comunidad”. (Jóvenes mujeres y varones- Comunidad Betania- Enlhet Norte)

Se percibe que la participación en actividades informativas y de prevención relacionada al VIH, y a la salud sexual y reproductiva es de responsabilidad exclusiva de la mujer, sin la participación masculina.

“Nos han traído charlas sobre salud sexual para todas las comunidades y la asistencia es prácticamente solo de mujeres, no hay un solo varón en la charla...ni a la consulta (médica) van los varones, somos siempre las mujeres que nos hacemos el chequeo” (Mujeres adultas, Comunidad Betania)

En relación a los jóvenes y adolescentes de ambos sexos, la mayoría identifica como la principal fuente de información acerca del VIH, y otras Infecciones de transmisión sexual a la escuela y el colegio. Los principales proveedores de información son los maestros y de acuerdo a lo reportado por los entrevistados, los maestros/as son fuentes de información confiables en esta materia.

7.1.3.2 Actitud hacia las PVV

Se identifica actitudes antagónicas en relación a las personas que viven con VIH y que son indígenas y están insertas en las comunidades. Por un lado, las mujeres tienden a manifestar actitudes más

maternalistas, donde el apoyo y la compasión serían el abordaje más apropiado; sin embargo, los varones tienden a ver esta situación como una amenaza y en ocasiones han exigido a los servicios de salud proveer los nombres de las PVV con el fin de “proteger a la comunidad”, asumiendo una actitud más controladora y punitiva.

“No en la comunidad no sabemos de nadie (que viva con el VIH), pero si hubiera alguien pasando por eso tendríamos compasión hacia la persona y le daríamos nuestro apoyo” (Mujeres adultas Comunidad Betania)

“Por eso decimos que si existen (personas que viven con VIH) dentro de nuestra comunidad, ape-
ligra a todos nosotros... entonces cómo vamos a prevenir si nadie sabe quién tiene SIDA, ¿verdad?... Nos decían los abuelos que cuando alguien tenía sífilis se comunicaba al pueblo, cuidado con ese que tiene sífilis (en aquel tiempo), pero nos dijo el que hizo la charla (del Ministerio de Salud) que eso (revelar la identidad de las PVV) no se puede” (Jóvenes varones- Comunidad Betania- Enlhet Norte)

TABLA 10
Resumen de hallazgos relacionados con las creencias, actitudes y comportamiento hacia el VIH y Sida

Dimensiones	Principales hallazgos
Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Buen conocimiento sobre medios de transmisión y métodos de prevención del VIH y otras ITS • Conocimiento básico sobre el VIH (noción de un virus que destruye las defensas del organismo) • Percepción de amenaza del VIH y que es una enfermedad incurable y potencialmente mortal • Percepción de la enfermedad como foránea (una enfermedad de los otros) • El riesgo se percibe a conductas ligadas a la sexualidad: múltiples parejas sexuales, inicio sexual precoz, relaciones entre hombres, trabajo sexual • No se percibe relación directa del riesgo con otros determinantes sociales: género, etnia, pobreza, discriminación, entre otros • El riesgo se percibe como una decisión individual: la responsabilidad de la infección es personal • Actitud negativa hacia el condón masculino y bajo uso del mismo. Influencia de la iglesia en su “no uso”
Fuentes de información y credibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Radio comunitaria (en lengua nivaclé) • Servicios de salud • Iglesias • Institución educativa: los maestros son vistos como fuentes creíbles en esta temática
Actitud hacia las personas indígenas que viven con el VIH (PVV)	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes “maternalistas”: comprensión, apoyo y cuidado (mujeres) • Actitudes “controladoras y punitivas”: se percibe a la PVV como un “peligro” para la comunidad, por lo que debe ser “identificado” y puesto bajo “control” (hombres)

7.1.4 Acceso a servicios de salud y solicitud de apoyo en casos de violencia, y exposición al VIH

7.1.4.1 Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, incluido el VIH

En relación al uso de métodos de planificación familiar, los entrevistados adultos afirman utilizar métodos tradicionales, como pastillas e inyecciones para las mujeres. Las decisiones en relación a la cantidad de hijos y los métodos de planificación familiar son en pareja, según afirma la mayoría. Sin embargo, algunas mujeres han afirmado que el varón sigue teniendo gran influencia en las decisiones reproductivas de las mujeres, ya que muchos esposos y parejas “desaprueban” o incluso se “enojan” cuando las mujeres utilizan métodos proveídos por los servicios de salud sin el “conocimiento” de los mismos.

El acceso a los servicios de salud pueden darse por dos vías. Por un lado, el acceso a la red de servicios de salud pública es totalmente gratuito para todas las personas y, por otro, algunas personas de las comunidades acceden a un seguro social (mutual), para el cual deben abonar el 5% de sus ganancias. Este seguro depende de las Cooperativas de las colonias menonitas y para ser beneficiarias de los mismos deben tener algún tipo de relación laboral con colonos. Si el indígena no paga la mutual debe ir a un servicio público donde también reciben insumos de planificación familiar de forma gratuita.

“En caso nuestro si pagamos mutual nos cubre el seguro, o sea accedemos a la atención de salud. Pero si no pagamos, entonces nos vamos al centro de salud de San Miguel (Villa Boquerón). En este público tenemos acceso, pero en el otro cuando no hay plata se nos dificulta”. *(Mujeres adultas - Comunidad Betania Yalve Sanga)*

Si bien como se había citado, las decisiones reproductivas son tomadas en pareja, la planificación familiar sigue siendo responsabilidad casi exclusiva de la mujer, es decir, los métodos de planificación principalmente son pastillas o inyecciones (métodos para las mujeres)

y poco o nada uso de condones masculinos (métodos para los varones).

La cantidad de hijos y la frecuencia de nacimientos, si bien los entrevistados afirman que en la mayoría de los casos es una decisión compartida, se identifica que los principales factores que inciden en la toma de decisión son los recursos económicos para mantener a una familia numerosa y la cantidad de hijos, cuanto mayor es la cantidad de hijos hay mayor probabilidad de tomar la decisión de utilizar algún método de planificación familiar.

Se perciben barreras para acceder a los servicios de salud. Por un lado, los servicios gerenciados por los menonitas no son gratuitos en su totalidad (solo para los programas básicos del Ministerio de Salud), por lo que deben pagarlos; y, en otras ocasiones, cuando acceden a un servicio público se encuentran que algunos proveedores de salud les “recomiendan” que se dirijan a “sus hospitales”, es decir, a los servicios de salud indígenas. Muchos entrevistados perciben discriminación hacia los pueblos indígenas en algunos servicios de salud.

“Confiamos en los centros de Salud y por los resultados estamos conformes. Pero aún debe haber más confianza entre los médicos menonitas hacia las mujeres indígenas y los varones también. Solo que debemos tener plata para que nos atiendan”. *(Mujeres y hombres - Comunidad Betania Yalve Sanga)*

“Por falta económica muchas veces. Ni hay fuente de trabajo, es difícil. En el Centro de Salud San Miguel de Villa Boquerón nos atienden, pero a veces el doctor del centro, que es público, nos dice: ¿Por qué no te vas a realizar consulta en tu hospital? (fuera de micrófono dice: se burla de nosotros), pero igual nos atiende. Ustedes tienen su hospital, nos dicen”. *(Mujeres y hombres - Comunidad Betania Yalve Sanga)*

Por otro lado, en algunas comunidades las mujeres han afirmado que la situación conyugal sería un

RECUADRO 1

Resumen de hallazgos relacionados al acceso a los servicios de salud

- Gratuidad de todos los servicios proveídos por el Ministerio de Salud Pública: testeo de VIH y sífilis, y atención prenatal
- Las actividades de Salud Sexual y Reproductiva son dirigidas principalmente a mujeres adultas con poca y nula participación de los varones adultos y adolescentes
- Decisiones sobre aspectos reproductivos y de salud sexual tomadas con conjunto y en algunos casos solo por las parejas varones
- Uso mayoritario de métodos modernos de planificación familiar: píldoras e inyecciones
- Oferta del test de VIH sesgada. Se oferta solo a mujeres embarazadas o con algún factor de riesgo (trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, etc.). No se oferta a todas las personas sexualmente activas
- Se percibe discriminación en algunos servicios de salud

condicionante para acceder a insumos de prevención y de planificación familiar, es decir, las mujeres solteras o sin parejas estables tendrían mayor dificultad para acceder a dichos insumos.

“Hay una lista de mujeres que van a retirar (pastillas), pero tiene que ser una señora que está casada, que tiene pareja” (mujeres adultas de Yalve Sango- Comunidad Efeso)

Sin embargo, independientemente de tipo de acceso al servicio de salud, todos cuentan con programas del Ministerio de Salud Pública, el cual incluye el test para VIH y sífilis que son gratuitos inclusive en servicios que no pertenecen a la red pública.

La dificultad percibida en caso del testeo es un sesgo al momento de ofrecer las pruebas de VIH y sífilis, ya que los proveedores tienden a ofrecer solo a las mujeres embarazadas y a algunas mujeres con ciertos factores de riesgo, no así con los varones o las personas más jóvenes

Otra barrera importante, en caso de las personas con diagnóstico confirmado, es la distancia entre los centros de testeo, y el centro de referencia para el diagnóstico y tratamiento del VIH. El Servicio de Atención Integral (SAI) funciona solo en el Hospital Regional de Boquerón situado en la ciudad de Mariscal Estigarribia, a 600 kilómetros de algunas de

las comunidades entrevistadas para este estudio. Esto significaría invertir recursos económicos y tiempo de forma mensual o bimensual para acceder al único centro de referencia para el VIH en el Departamento de Boquerón y, en algunos casos, esto constituiría una barrera para una correcta adherencia al tratamiento.

7.1.4.2 Atención a la violencia

Como se ha descrito anteriormente, existe un consenso en todos los/as entrevistados/as que la primera instancia de búsqueda de ayuda en caso de violencia es el líder de la comunidad y el consejo, y por otro lado, se valora también la figura de los pastores de las iglesias evangelistas, como mediadores en este tipo de situaciones.

Este tipo de intervención a nivel interno descrito, en algunos casos colisionaría con las normativas nacionales en materia de violencia, la cual establece un protocolo de atención y flujograma de derivación²⁵,

²⁵ Todo afectado podrá denunciar estos hechos ante el Juez de Paz del lugar, en forma oral o escrita, a fin de obtener medidas de protección para su seguridad personal o la de su familia. Las actuaciones serán gratuitas. En los casos en que la persona afectada no estuviese en condiciones de realizar la denuncia por sí misma, lo podrán hacer los parientes o quienes tengan conocimiento del hecho. En los casos en que la denuncia se efectúe ante la Policía Nacional o en los centros de salud, la misma será remitida al Juez de Paz en forma inmediata. Artículo 1. Ley 1600 “De la violencia doméstica”.

por otro lado, el marco legal estipula que luego de comprobar la verosimilitud de la denuncia, se establecerá una serie de medidas urgentes para la protección de las víctimas, entre las cuales se citan: a) Ordenar la exclusión del denunciado del hogar donde habita el grupo familiar, b) Prohibir el acceso del denunciado a la vivienda o lugares que signifiquen peligro para la víctima (ley 1600, art. 2).

Se puede identificar en este caso, dos abordajes bien diferenciados, por un lado, al interior de la comunidad por medio de sus autoridades legítimamente constituidas (líderes y consejo), y por la influencia de los pastores de las iglesias evangelistas, cuyos representantes son valorados como autoridades comunitarias, los cuales tenderían a mantener el vínculo (familia) entre el agresor y la víctima, promoviendo que ésta última se mantenga en la misma residencia con su agresor. Por otro lado, las instituciones de protección (Fiscalía, Ministerio Público, Juzgados de Paz) obligados por el marco normativo y legal vigente en materia de violencia doméstica, tienen el mandato de proteger a la víctima, en este caso a la mujer y sus hijos mediante medidas de implementación inmediatas y urgentes, los cuales implican en algunos casos (justamente lo contrario a lo recomendado por las autoridades comunitarias), la restricción del acceso del agresor a la víctima.

Para los más jóvenes, esta organización del ejercicio de la autoridad y el deber de impartir justicia al interior de las comunidades, genera un desequilibrio de poder, ya que en las instancias citadas (líder, consejo de anciano y, en algunos casos, pastores de iglesia) la

participación de las mujeres está vedada, siendo una instancia de decisión exclusivamente masculina. En este sentido, se percibe y reconoce que los derechos de las mujeres están lejos de ser garantizados al momento de impartir justicia y resolver los problemas de la comunidad.

“Lastimosamente en nuestra comunidad los derechos de las mujeres no son, hasta ahora, vamos a decir, garantizados porque como siempre se dice en nuestra comunidad, hay una ley consuetudinaria de que no puede entrar ninguna autoridad (externa) y hacer justicia dentro de la comunidad, porque hay un líder que no quiere que las autoridades (externas) se metan, y ahí también está lastimosamente la complicidad de las autoridades entre sí” (Jóvenes mujeres y varones- Comunidad Betania- Enlhet Norte)

En cuanto al acceso a los servicios de salud y el conocimiento de instancias encargadas de la violencia, los jóvenes y adolescentes afirman no conocer las instituciones donde recurrir en caso de hechos de violencia, y solo reconocen al líder de la comunidad como la instancia de resolución de este tipo de problemas. Con respecto a los servicios de salud, si bien conocen los servicios cercanos a sus comunidades, no recurren a ellos para solicitar condones, ya que reportan sentir vergüenza. En este sentido, el condón es conocido por los jóvenes y reconocen su función; sin embargo, no lo utilizan al momento de establecer relaciones sexuales.

RECUADRO 2

Principales hallazgos relacionados con el abordaje y la atención de la violencia

- Colisión entre el abordaje comunitario e institucional: las autoridades comunitarias e Iglesias tienden a solucionar el conflicto sin la disolución de la pareja. A nivel institucional se busca la protección de la mujer y sus hijos mediante acciones de restricción o exclusión del agresor
- Las decisiones de las autoridades comunitarias e Iglesia se perciben como sesgadas: están conformadas casi exclusivamente por hombres
- Los jóvenes y adolescentes no identifican las instancias institucionales donde recurrir, en caso de ser víctimas de hechos de violencia

7.1.5 Expectativas y necesidades en relación a la prevención, y atención en casos de violencia y exposición al VIH

En términos generales, los/as entrevistados/as identifican necesidades y expectativas que podrían agruparse en tres categorías bien diferenciadas: mejoramiento de los servicios de salud, mayor participación en la toma de decisiones y mejor capacitación en las temáticas del VIH y la violencia.

7.1.5.1 Servicios de salud

Las demandas en relación a los servicios de salud están orientadas a dos necesidades básicas:

- 1) Servicios de salud exclusiva para indígenas en sus comunidades es percibido como una necesidad y un derecho, además de ser una manera de evitar conflictos con los no indígenas.

“Siempre hay conflicto, debe haber un puesto de salud o un Hospital para Pueblos Indígenas. Para que no haya conflicto hacia P.I. (también hay discriminación en Villa Choferes, Mariscal Estigarribia, Puesto de Salud de los latinos, Menonitas)” *(Mujer u hombre, Comunidad Betania Yalve Sanga)*

“Porque en los puestos (de salud) de los latinos no les quieren atender a los indígenas” *(Mujer u hombre, Comunidad Betania Yalve Sanga)*

En este sentido, existe la convicción que contar con servicios de salud exclusivos, podría garantizar una mejor atención a los indígenas. Por otro lado, se percibe desconfianza en acudir a servicios de salud no indígenas, ya que se han reportado casos de maltrato, discriminación y la percepción que en

estos lugares las personas no indígenas son tratadas “mejor”.

- 2) Más medicamentos y profesionales de la salud que atiendan con calidad y calidez a los indígenas, en números suficientes para atender la demanda de pacientes, y que sean geográficamente accesibles.

“Hay dificultad en la atención a la salud, por falta de médicos permanentes y con buena atención”. *(Focal Betania del grupo de Agustín Juárez)*

“El Dr. se llena de cosas, se le pide censo, se le pide que cargue los datos, las consultas que hace, dos o tres personas ahí (en el servicio de salud) no le pueden solucionar para 7.000 personas. *(Focal Betania del grupo de Agustín Juárez)*

“Tenemos un hospital indígena que está ubicado a 400 o 600 kilómetros, de nada sirve para el Chaco. Es mejor hacer en el Chaco central; porque a veces se les traslada al paciente y la mitad del camino no resiste más y muere”. *(Mujer u hombre, Comunidad Betania Yalve Sanga)*

Algunas barreras identificadas en los servicios de salud, donde acuden las personas de las comunidades entrevistadas se relacionan con la falta de insumos, la sobrecarga de actividades del personal de salud que incide en la buena atención a los pacientes (deben esperar mucho tiempo para ser atendidos), y las barreras geográficas, sobre todo las grandes distancias que deben recorrer para acceder a algunos servicios de salud.

7.1.5.2 Mayor Participación en procesos de toma de decisiones

En algunos grupos, tanto de hombres como de mujeres se percibe la necesidad de promover una mayor participación en procesos de toma de decisión, sobre todo posicionarse como interlocutores válidos ante las instancias tomadoras de decisiones (gobiernos locales, como la gobernación y la municipalidad, así como otras instancias institucionales del Estado). Para el logro de este objetivo, identifican la necesidad de “conocer” y “comprender” mejor, como se realizan estos procesos de participación. Por otro lado, valoran el trabajo articulado entre las diferentes instancias; reconocen que, para ejercer sus derechos, primero deben conocerlos.

“Nosotros deberíamos conocer un poquito más cuál es la función del Estado, de la Municipalidad y de la Gobernación. No conocemos cuál es su función específica, es por eso que no reclamamos lo que nos corresponde... debemos conocer más y tener más diálogo con el Gobernador, intendente y los demás para poder llegar a que esta comunidad estado cerca de Filadelfia no sufra enfermedades de las que sufren allá lejos que no tienen posibilidades de acercarse a un puesto sanitario” (Focal Betania del grupo de Agustín Juárez)

La organización, tanto de hombres como mujeres indígenas, es percibida como un primer paso para la participación y el empoderamiento.

“Contamos con una organización integrada por 7 personas... ganamos confianza dentro de nuestras organizaciones, tanto de mujeres como varones, porque hablamos más” (Focal Betania del grupo de Agustín Juárez)

Sin embargo, no en todos los casos, organizarse conlleva objetivos políticos y de participación en espacios públicos, sino, por el contrario, muchas mujeres se organizan entre sí con fines religiosos, y desarrollan actividades solidarias y asistenciales en ocasiones.

“En mi comisión integran 12 mujeres. Tenemos secretaria, segunda secretaria, tesorera y de consejos...hay mujeres que tienen experiencia de hablar de la Biblia...estamos visitando así casa por casa, hacemos reuniones y a veces llevamos así cantos a las mujeres y oraciones también...y hacemos ayuno también para orar y mejorar las familias” (Mujeres adultas-Comunidad Cacique Mayeto, Filadelfia)

7.1.5.3 Servicios relacionados con el abordaje de la violencia

En relación a la temática de violencia, no se identifica en las entrevistas necesidades o expectativas específicas o concretas.

Sin embargo, las necesidades están más orientadas a fortalecer la capacidad de respuestas de las instancias internas, como los líderes y consejos, así como los pastores que son considerados actores clave para abordar este tipo de situaciones. La demanda, en este último caso, sería mayor apoyo por parte de los líderes de la comunidad y los pastores.

“Tienen que apoyar para no hacer más peleas, consumo de alcohol...los pastores tienen que dar más consejos” (Mujeres adultas de Yalve Sanga, Comunidad Efeso)

A diferencia de los adultos, los adolescentes perciben en su mayoría la necesidad de mayor capacitación,

tanto para las madres como para los adolescentes en el idioma materno para generar mayor y mejor comprensión en estos temas.

“Tenemos poco y nada charlas sobre violencia, aunque en el colegio nos dan información sobre salud sexual... en la iglesia se organizan actividades, pero no sobre violencia, derechos y otros, por eso no entendemos tanto cuantas clases de violencia existen” (jóvenes- Comunidad Betania)

“Queremos una información clara sobre violencia, VIH y sífilis y sus consecuencias” (jóvenes-Comunidad Betania)

Asimismo, los jóvenes varones identifican como necesidades, contar con mayor seguridad y mayor espacio para reuniones y capacitaciones. Si bien reconocen que existen grupos juveniles, éstos están insertos

en grupos confesionales, donde solo participan los miembros de las iglesias.

“En la iglesia hay (grupos juveniles), reuniones para los jóvenes que son de ahí...para los que son miembros de esa iglesia” (Adolescentes y jóvenes varones- Comunidad Uje Lhavos)

Algunos jóvenes entrevistados no se sienten identificados ni con las iglesias ni con el colegio, ya que no asisten a ninguna de estas instituciones. Para ellos, el colegio no es un punto de referencia para realizar actividades de sensibilización, y capacitación en VIH y violencia. Si bien manifiestan interés por participar en este tipo de actividades, ven con mucho interés la estrategia de intervención por medio de pares, dejando de lado los métodos tradicionales (talleres y charlas) y, en su lugar, adoptando estrategias novedosas como la sensibilización y la educación de la comunidad, y de los jóvenes mediante el teatro u otras actividades artísticas.

TABLA 11
Principales expectativas y necesidades identificadas relacionadas a la violencia y el VIH

Mujeres y Varones adultos	Mujeres y varones Jóvenes y adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en VIH diferenciada para hombres, mujeres y jóvenes • Reconocen la importancia de contar con promotores de salud y voluntarios indígenas insertos en la comunidad. • Más actividades de información y comunicación con intermediarios que puedan traducir en el idioma materno. Se percibe la necesidad de entender y comprender exactamente lo que implica el VIH y la violencia, y como prevenirlas • Reconocen el valor de la radio comunitaria en el lenguaje materno, como principal medio de comunicación e información, y de mayor confianza • Fortalecer las organizaciones locales para otorgarles mayor poder resolutivo ante las situaciones de conflictos o problemas que se generan en las comunidades • Realizar acciones para prevenir el abuso del alcohol y las drogas en las jóvenes indígenas (principal problema identificado por la mayoría de los entrevistados) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar líderes juveniles y agrupaciones espontáneas de jóvenes (fuera de los grupos juveniles en las iglesias) para desarrollar estrategias de sensibilización, capacitación y empoderamiento mediante estrategias no convencionales como el teatro u otras actividades similares. • Identificar e invitar a líderes de grupos juveniles ya conformados (en iglesias y colegios), y formarlos como educadores pares en prevención del VIH y la violencia. • Articular y coordinar acciones y esfuerzos entre las Unidades de Salud de la Familia (USF), los líderes de los clanes de la comunidad, los colegios, las iglesias, y la población juvenil para diseñar e implementar campañas de prevención

TABLA 12

Principales expectativas y necesidades identificadas relacionadas a la violencia y el VIH

Institución	Sector	Organismo del cual depende
Cruz Roja Paraguaya- Filial Boquerón	Salud	Organismo Internacional- Cruz Roja Suiza
Clínica Indígena- Filadelfia	Salud (privado)	Hospital de Filadelfia, el cual depende de la Cooperativa de los Colonos Menonitas
Puesto de Salud- Municipalidad de Filadelfia	Salud (Municipal)	Municipalidad de Filadelfia
Centro Regional de la Mujer	DDHH de las mujeres, niños/as y adolescentes	Ministerio de la Mujer
Gobernación de Boquerón	Gobierno Local	Poder Ejecutivo
Municipalidad de Loma Plata	Gobierno Local	Gobernación de Boquerón
USF Cayin o Clim (Colonia Neuland)	Salud (público)	Ministerio de Salud Pública
USF Uje Lhavos (Filadelfia)	Salud (público)	Ministerio de Salud Pública
Consejería Municipal por los derechos de los niños/as y adolescentes (CODENI)- Filadelfia	DDHH de los niños, niñas y adolescentes	Municipalidad de Filadelfia

7.2 Análisis de los servicios disponibles de VIH y prevención de la violencia/ atención a víctima de violencia

Para realizar la caracterización de la respuesta institucional a la violencia y al VIH en el departamento de Boquerón se han tomado una muestra de 9 instituciones con trabajo en ambas áreas.

Las instituciones que han accedido a las entrevistas fueron:

7.2.1 Capacidades institucionales

7.2.1.1 Actividades y acciones

Se evidencia que en la región existe una sobre-representación de instituciones de salud, y algunas

pocas que trabajan las temáticas de DDHH, incluido violencia en mujeres, niños/as y adolescentes. Esto reflejaría las necesidades básicas no satisfechas en materia de salud de la población de estos municipios y gobernaciones, sobre las necesidades en materia de prevención, protección y atención de la violencia en todas sus formas.

Sin embargo, todas las instituciones han informado que tienen trabajo en Salud Sexual y Reproductiva, y en VIH, a excepción del Centro Regional de la Mujer y la CODENI de Filadelfia. En especial, en el área de la prevención, ya que todas estas instituciones tienen RRHH y acciones orientadas a las comunidades mediante charlas, y talleres informativos y de capacitación, en especial en prevención del VIH y en métodos modernos de planificación familiar.

En relación a la atención y apoyo en VIH, todos los servicios de salud cuentan con testeo voluntario y

gratuito del VIH y de la Sífilis mediante pruebas rápidas, los cuales en caso de presentar casos reactivos son derivados al Hospital Regional de Boquerón, el único Servicio de Atención Integral (SAI) que cuenta con laboratorio, atención médica y farmacia para anti-retrovirales (ARV) en todo el Chaco Paraguayo.

En casos de violencia, en especial la violencia sexual, todos los servicios de salud cuentan con protocolos de atención y un mecanismo de derivación a las instituciones encargadas de dar seguimiento a estos casos. No todos los servicios cuentan con un kit de profilaxis post exposición, por lo que deben ser derivados al Hospital Regional de Boquerón

En relación a la atención, seguimiento y asistencia legal de casos de violencia, cualquiera sea su tipo, así como abordaje de los DDHH, y la discriminación, solo el Centro Regional de la Mujer, la CODENI, la Gobernación de Boquerón y las Municipalidades cuentan con protocolos y estrategias de atención, y personal capacitado para abordar esta problemática. Los servicios de salud se limitan a la primera atención de los casos y la posterior derivación a las instancias correspondientes.

De todas las instituciones, solo la Gobernación de Boquerón cuenta con albergue para víctimas de violencia y sus familias, por lo que la única acción urgente para las mujeres que no cuentan con este servicio en sus comunidades es la restricción y exclusión del agresor de la residencia, donde habitan la mujer y sus hijos. En muchas ocasiones esta situación no se cumple ya que, como se había descrito en apartados anteriores, muchas mujeres son altamente dependientes de los recursos proveídos por sus parejas, y al no contar con dinero y alimentos, y no tener el apoyo institucional se ven obligadas a regresar con sus agresores.

Todas estas acciones son orientadas a la población en general. Según las propias instituciones, no cuentan con estrategias diferenciadas por poblaciones indígenas; sin embargo, se identifican acciones específicas con estas comunidades, en especial las relacionadas con violencia, embarazo precoz, asistencia médica (en

especial a las embarazadas), testeo gratuito del VIH y la sífilis, así como prevención y tratamiento de la Tuberculosis.

7.2.1.2 Recursos Humanos

Todas las instituciones cuentan con un equipo técnico los cuales comprenden, de acuerdo al tipo de institución y sus líneas de acción, diferentes profesionales entre los cuales se pueden citar: médicos, enfermeros, obstetras, abogados, asistentes sociales, psicólogos, administrativos, policías, voluntarios y promotores.

Las únicas instituciones que reportaron contar en su equipo técnico **con voluntarios** son la Gobernación de Boquerón y la USF Uje Lhavos (Filadelfia). En cuanto a los promotores, solo la USF Cayin O Clim (Colonia Neuland) afirmó contar con uno, y el resto de las instituciones cuentan con profesionales pagados y/o asalariados.

Todas las instituciones afirman que sus RRHH son o han sido capacitados en temas de Violencia de género, Salud Sexual y Reproductiva, VIH y DDHH. En cuanto a la autoevaluación institucional, cabe señalar que, la mayoría de sus RRHH cuenta con un nivel de capacitación “medio” los diferentes abordajes seleccionados en el instrumento: DDHH, género, Interculturalidad e Intergeneracional.

Sin embargo, la temática de DDHH y género ha sido la que mayor evaluación positiva ha reportado (Muy capacitados), en cambio en las temáticas de interculturalidad e intergeneracional se han autoevaluado entre “medianamente y poco capacitados”.

Si bien se reporta que tienen trabajo con población indígena, no cuentan con protocolos o estrategias diferenciadas para el abordaje, con una adecuación y perspectiva intercultural. Existen protocolos para la atención en casos de violencia y VIH, pero son los mismos aplicados para todas las personas o la población en general.

Los servicios ofrecidos en su mayoría son de tipo asistencial, orientados a cubrir necesidades básicas como asistencia médica, legal, técnica, psicosocial y sobre todo capacitaciones (más bien informativo y de sensibilización) en diferentes temáticas. No se han identificados programas o proyectos dirigidos a transferencia de capacidades, a excepción del Centro Regional de la Mujer, que reporta contar con cursos de peluquería, manicura y cocina para mujeres. Tampoco se identificó acciones de empoderamiento económico mediante proyectos de emprendimiento, microcréditos para iniciar negocios productivos entre otros.

7.2.1.3 Estructura edilicia, infraestructura, recursos materiales y financieros

Se ha reportado una serie de necesidades en materia de estructura y recursos materiales. Algunas USF no cuentan con locales propios y deben atender a sus pacientes en espacios prestados por otras instituciones que, muchas veces, no cumplen con los requisitos mínimos de comodidad y privacidad. Por otro lado, se evidencia falta de recursos económicos para el mejoramiento de las infraestructuras - edificios y para el pago de algunos RRHH.

Una de las necesidades urgentes, en especial para las instituciones que prestan servicios a la población es la falta de móviles para acceder a las diferentes comunidades y acercar los servicios, bienes y recursos que ofertan. El Departamento de Boquerón es el tercer departamento con mayor extensión territorial del país, y con la menor densidad poblacional; es decir, las comunidades, asentamientos, pueblos, distritos y ciudades se encuentran separados por grandes distancias, lo que dificulta o, en algunos casos, imposibilita a las personas a acceder a instituciones y demandar sus servicios y, por otro lado, las instituciones tampoco pueden hacer llegar sus acciones a las comunidades.

7.2.1.4 Coordinación Institucional

Se observa en términos generales que las acciones coordinadas y articuladas que las instituciones

reportan son más bien a nivel de las actividades, pero no hay evidencia que esto se desprenda de planes interinstitucionales o intersectoriales. Las acciones son segmentadas y con poca participación de otros actores.

Según la información proveída, las áreas de mayor coordinación y/o articulación a nivel de actividades son las áreas de Salud Sexual y Reproductiva, y de VIH, seguida por violencia y pocas acciones en DDHH.

Independientemente del tipo de institución, la totalidad de la muestra reporta que su principal contraparte en los trabajos articulados son los organismos del estado y, en algunos casos, algunas universidades. No se identificó participación o articulación con organizaciones de la sociedad civil.

7.2.1.5 Actitudes y motivación para el abordaje de la violencia y el VIH en poblaciones indígenas y en mujeres, en particular

En general, todas las instituciones entrevistadas mostraron apertura, buena actitud y voluntad política para participar, colaborar y/o coordinar acciones relacionadas con las actividades del potencial proyecto “Refuerzo de los servicios integrados para las mujeres indígenas afectadas por el VIH y la violencia”.

Se observó que algunas actividades mostraban mayor adherencia por parte de las instituciones y otras menos.

Las actividades que presentan una mejor valoración; en cuanto a su viabilidad en el Departamento de Boquerón y en las comunidades indígenas seleccionadas son:

Actividades con valoración “Muy viable”

- 1) Organizar talleres para las mujeres indígenas, los dirigentes locales, los funcionarios de los servicios de salud y otras partes interesadas sobre el VIH, la violencia contra la mujer y los resultados de la evaluación.

- 2) Desarrollar la capacidad del gobierno local y las comunidades para poner en marcha planes, políticas y programas para mejorar la prevención, la atención y el tratamiento del VIH, y los servicios sanitarios conexos orientados a las poblaciones indígenas, prestando especial atención a la discriminación, y a las necesidades y derechos específicos de las mujeres y las niñas.
- 3) Llevar a cabo actividades de promoción conjuntas entre las partes interesadas, nacionales y regionales con el fin de apoyar actividades similares en otras comunidades indígenas.
- 4) Prestar asistencia técnica para integrar los servicios dirigidos a las víctimas de la violencia, entre los que cabe señalar el acceso a la justicia y los servicios sanitarios relacionados con el VIH, en colaboración con los dirigentes tradicionales y el gobierno.
- 5) Elaborar un plan de acción basado en las barreras y prioridades detectadas, en los datos disponibles, en las intervenciones en curso y en las mejores prácticas, acordado por todas las partes interesadas.

Actividades con valoración “Medianamente viable” y “Poco viable”

- 6) Promover servicios no discriminatorios relacionados con el VIH, y orientados a las mujeres indígenas que ejercen el trabajo sexual y a sus clientes, así como a las víctimas indígenas de la explotación sexual.
- 7) Capacitar a las mujeres indígenas que viven con el VIH y están afectadas por la enfermedad en materia de derechos humanos, cuestiones de género, VIH y servicios disponibles, empleando técnicas de voluntariado.
- 8) Documentar las enseñanzas extraídas, las mejores prácticas y los materiales para compartirlos entre los cuatro países, y con el resto de países de la región, utilizando las redes de voluntariado existentes al objeto de llegar a zonas extensas y remotas.

- 9) Capacitar a los dirigentes locales, los hombres y los niños en materia de derechos humanos, VIH, género y masculinidad, empleando técnicas de voluntariado.

7.2.2 Respuesta institucional en relación a la violencia y VIH en el Departamento de Quequerón, y en poblaciones indígenas

Se han realizado tres entrevistas a profundidad a actores clave con información detallada sobre los servicios de prevención, atención, y apoyo en casos de violencia y de VIH. La entrevistada para proporcionar información sobre violencia fue la Lic. Deisi Jara del Centro Regional de la Mujer de la Ciudad de Filadelfia y los referentes de salud fueron el Dr. José Álvarez de la Unidad de Salud de la Familia (USF) de la Comunidad Uje Lhavos y la Lic. Estellita Peña de la USF de Santa Teresita.

7.2.2.1 Referente en el tema Violencia

El Centro Regional de la Mujer depende del Ministerio de la Mujer y es el principal referente en materia de prevención de la violencia de género, incluido violencia hacia niños(as) y ancianos, así como la protección de las víctimas.

Una de sus principales acciones en la socialización de la Ley 1600 “Contra la violencia doméstica” sobre todo en mujeres con el fin que éstas conozcan sus derechos y con ello promover el hábito de la denuncia mediante actividades de capacitación e información. Otras actividades son de prevención y apoyo, no cuentan con servicios de atención, en caso de identificar la necesidad se realiza las derivaciones correspondientes.

Actualmente están llevando a cabo una campaña denominada “Noviazgo sin violencia” dirigida principalmente a adolescentes y jóvenes.

En relación a las comunidades y pueblos indígenas, el Centro Regional de la Mujer trabajó de forma

articulada con la Plataforma de Mujeres Indígenas del Chaco, principalmente en actividades de sensibilización y capacitación. Se ha informado que se cuenta con el apoyo de los líderes de las comunidades, los cuales han manifestado su preocupación por la temática.

Las comunidades con las cuales actualmente están trabajando son: Mayeto, Guaraní, Yalve Sanga y Uje Lhavos.

Según la informante, en el periodo 2014-2015, la mayoría de las personas que han asistido han sido mujeres de las comunidades indígenas. Entre las demandas recibidas están en su mayoría casos de violencia física y también económica, sobre todo lo referente a la prestación de alimentos por parte de las parejas varones.

En este sentido, un grave problema identificado es cuando en casos de violencia comprobado, se realiza el procedimiento de exclusión y luego se inicia el proceso de la prestación de alimentos, ya que en su mayoría las mujeres no cuentan con ingresos propios y dependen de los recursos generados por la pareja. Cuando se presenta esta situación y el proceso de prestación de alimentos se prolonga, muchas mujeres desisten y se ven obligadas a volver con sus agresores.

Muchas mujeres te dicen: “Y mientras tanto ¿mis hijos qué comen?”, “¿A dónde me voy?”... algunos hombres les dicen a sus mujeres: “yo no voy a pagar el alquiler si vos no volvés conmigo” (Lic. Jara, Centro Regional de la Mujer)

Una de las principales barreras encontradas son aquellas mujeres que por privación económica, muchas veces, deben desestimar los procesos iniciados contra sus agresores y volver con ellos, ya que son el único sustento tanto para ellas como para sus hijos. Para agravar la situación, en todo el Departamento de Boquerón no existen albergues ni guarderías donde estas mujeres pueden acceder y así no verse obligadas a regresar a sus casas y convivir con sus agresores.

Para subsanar en parte estas dificultades, el Centro Regional de la Mujer desarrolla actividades orientadas a mejorar las posibilidades de empleo para las mujeres, si bien no son proyectos productivos ni de transferencia de recursos, son capacitaciones en oficios como peluquería, manicura y cocina (panadería y confitería). Estas capacitaciones tienen el objetivo de que las mujeres puedan trabajar desde sus propias casas y generar sus propios recursos económicos.

Entre las principales barreras identificadas estarían la falta de recursos económicos y materiales, ya que no cuentan con suficientes recursos humanos, ni tampoco un móvil que facilite el acceso a las diferentes comunidades, tomando en cuenta las grandes distancias entre ellas; sin embargo, para solucionar estas dificultades han desarrollado un convenio con la Gobernación, el cual les provee de un móvil para realizar las capacitaciones.

A nivel cultural también se identifican barreras, en especial cuando las personas indígenas muestran actitudes negativas en relación con el marco legal y normativo nacional, o cuando buscan soluciones en instancias internas antes que recurrir a las instituciones públicas.

“Nosotros llegamos y hacemos una charla y recogemos opiniones, porque es bueno conocer la cultura y la opinión que ellos tienen de lo planteado...sin embargo, hemos tenido algunas comunidades que te dicen “Tu ley blanca” (sobre la ley 16000 sobre violencia doméstica)...no le queremos cambiar la cultura, pero es necesario que sepan tanto hombres como mujeres que hay una ley que ampara lo que es la violencia doméstica, y que no todo se soluciona con violencia” (Lic. Jara, Centro Regional de la Mujer)

“Ellos tratan primero de solucionar a nivel interno, en caso de que no haya ninguna solución, son los mismos líderes que llaman y acompañan al procedimiento de exclusión y de vigilar que se cumpla” (Lic. Jara, Centro Regional de la Mujer)

A nivel de articulación temática, solo se aborda junto con la violencia algunos aspectos relacionados a la salud sexual y reproductiva, sobre todo en caso de violencia sexual y prevención de embarazos precoces, así como contenidos sobre género, DDHH y no discriminación. En relación al VIH no se realiza ninguna acción actualmente.

Otra barrera identificada es la baja tasa de denuncia. Por un lado, algunas de ellas podrían haber sido administradas al interior de la comunidad a través de los pastores y líderes y, por tanto, no llegan a ser derivados a las instituciones públicas. Sin embargo, se ha identificado una estrategia válida para generar denuncias, la cual se realiza mediante las capacitaciones que el Centro Regional realiza en las comunidades. Se ha visto que, en algunas ocasiones, mientras se pasan algunos instrumentos de evaluación de los talleres, algunas mujeres escriben mensajes anónimos informando que ellas están pasando por alguna situación de violencia

“En algunos cuestionarios te dejan mensajes: ‘Yo estoy pasando por esto’; ‘Gracias por esto’; ‘Hay cosas que yo no sabía y me está pasando a diario, cualquier cosa les llamo’...Entonces antes de terminar los talleres, les dejamos nuestros números, y empiezan a sonar los teléfonos...entonces acudimos, hacemos la verificación de la denuncia... en algunos casos nosotros mismos hacemos la denuncia con el consentimiento de la mujer...hemos trabajado así muchas veces” (Lic. Jara, Centro Regional de la Mujer)

En cuanto al abordaje a varones, el Centro Regional no cuenta con ninguna experiencia ni estrategia para abordar a los varones agresores, en algunos casos solo son derivados a la consejería de la Radio ZP30. A nivel público tampoco existen profesionales que aborden al agresor.

Como estrategias para mejorar las intervenciones y superar las barreras identificadas, se determinan algunas estrategias tales como: i) el trabajo interinstitucional

mediante mesas de enlace entre los diferentes actores e instancias involucradas; ii) promover la participación de las comunidades y en especial de las mujeres en todo los niveles de intervención, desde la planificación de acciones hasta su implementación; iii) promover la incorporación y participación de la fuerza del **voluntariado**, en especial conformado por miembros de las comunidades indígenas que tengan acceso a las comunidades que generalmente están muy cerradas para las instituciones externas.

7.2.2.2 Referente en el tema Salud

El Dr. José Álvarez, de la Unidad de Salud Familiar (USF) de la Comunidad de Uje Lhavos, la Lic. Estelita Peña de la USF de Santa Teresita ²⁶ y el Dr. Iván Vera, del puesto de salud de Filadelfia²⁷ han identificado en la entrevista, una serie de barreras y buenas prácticas que consideran estratégicas abordar para mejorar la prevención, atención y apoyo de las personas afectadas por el VIH en los servicios de salud a sus cargos.

Una de las principales barreras es a nivel estructural. La USF de Uje Lhavos está conformado por tres médicos licenciados y técnicos en enfermería, para una población aproximada de 6.000 personas, más del doble de lo recomendado, que para un servicio de salud de esas características y con la cantidad de recursos humanos no pueden atender a una población mayor de 2.500 personas. Por su lado, la USF de Santa Teresita la conforman dos médicos: un odontólogo y una doctora en Medicina, una licenciada en enfermería, una técnica en enfermería y **una voluntaria**. Esta última USF atiende a un local de Mujeres Guaraníes, prestado por cierto tiempo. El techo no está en condiciones, no tiene protección para las consultas, no cuenta con los servicios básicos, como agua potable o sanitarios. Las enfermeras deben ir a sus casas para acceder a un

26 Las Unidades de Salud de la Familia son servicios públicos de salud que dependen de la Dirección de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

27 El puesto de Salud de Filadelfia es un servicio de salud dependiente del Consejo Local de Salud, de la Municipalidad de Filadelfia.

baño. Tampoco cuenta con un medio para traslado en casos de urgencia. Solo se pueden utilizar vehículos particulares y se necesita rubros para el pago de un **promotor voluntario**.

Por otro lado, se perciben como barreras aspectos culturales de las comunidades que, en algunas ocasiones, genera dificultad para el acceso a los servicios de salud y su vinculación a los mismos. En primer lugar, al no contar con promotores indígenas que hablan los diferentes lenguajes de las comunidades, resulta difícil lograr una correcta comprensión de los participantes durante las charlas y talleres de capacitación.

“Una pasante de enfermería que es de la comunidad me dijo que la gente que asiste a mis charlas no me entiende...y ella me dice que necesitamos a un promotor de salud que nos acompañe y que traduzca las charlas...necesitamos un promotor capacitado” (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

También el profesional de la salud identifica que la influencia de las iglesias tendría un potencial efecto positivo en la toma de decisiones de las personas en materia de su salud.

“En realidad, el manejo todo acá es con la Iglesia y entre sus propias reglas nomás, no se abren mucho, aquí todo se soluciona a través de la Iglesia, no permiten que entre la CODENI, la Secretaría de la Mujer, la policía” (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

Esta influencia de los referentes internos de las comunidades (pastores, líderes y consejos) genera en algunas circunstancias una colisión entre los intereses de las instituciones públicas, que poseen el mandato de proteger a las personas más vulnerables y expuestas a riesgos, y la postura no intervencionista de agentes externos por parte las autoridades internas indígenas.

“Hablar de niñas de 12 años con embarazo es algo que acá se ha vuelto normal...al comienzo lo explicaba a los líderes de que esto es un problema social y que generalmente detrás de estos casos siempre hay violencia...ahí recibí un estirón de orejas, me dijeron que es su problema y lo solucionan entre ellos y que no tengo derecho a llamar a la CODENI, la Secretaria de la Mujer, y no tengo que meterme...me dijeron que si hay problemas de este tipo me mantenga al margen...éstos asuntos lo manejan ellos y evitan que formemos parte” (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

“También mujeres menores de edad (13 a 16 años) hacen su control...a ellas se les controla porque salen a la ruta los fines de semana (trabajo sexual), o sea, hacen control prenatal... Nadie dice nada. Si se embaraza temprano es porque forma parte de la cultura, según dijeron las Manjui” (Lic. Peña- USF de Santa Teresita)

Según el entrevistado, la postura de no intervención de instituciones externas llega al punto de tomar posturas violentas frente a la “intromisión” de actores ajenos a la comunidad.

“Acá es muy difícil que ellos entren (la policía), incluso si entran con la patrullera son agredidos” (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

En relación a la actitud de las personas de las comunidades indígenas bajo la influencia de la USF de Uje Lhavos, el Dr. Alvarez reporta que se encuentran con dificultades al momento de facilitar el acceso y posteriormente, la vinculación de las personas al servicio de salud.

Actualmente la USF de Uje Lhavos ha detectado 4 casos de personas indígenas, ya confirmados de infección por VIH, sin embargo el abordaje a estas

personas resulta dificultoso, ya que según el profesional dos de los casos de adultos “niegan” estar infectados y no están siguiendo su tratamiento, y los otros dos casos son por transmisión perinatal, donde la madre fue diagnosticada durante un control prenatal, pero luego no volvió más al servicio, y a pesar de intentar u con ella, no se logró nada ya que la mujer constantemente cambiaba de domicilio. Solo cuando llegó el momento del parto la mujer volvió al servicio, pero ya no se pudo proceder a una cesárea. Por su lado, en la USF de Santa Teresita se han detectado algunos de sífilis.

“Nosotros intentamos hacer un buen control, salimos a buscarles, pero ellos son muy escurridizos...no tienen conciencia o tal vez la tienen y nos evitan” (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

Por lo expuesto hasta aquí, los entrevistados afirman que es muy difícil realizar campañas de promoción y prevención con las comunidades indígenas desde los servicios de salud. La explicación es que las personas “no cooperan” y hay “muy poca participación social”. En ocasiones no brindan información real sobre sus datos de contacto, lo que posteriormente dificulta el seguimiento y re-contacto en caso de no asistir más a sus controles.

Por otro lado, tampoco cuentan con materiales diseñados y adaptados a los pueblos indígenas. Los materiales y manuales son aplicables para el nivel Central, pero no para las comunidades. No existe una transversalización del enfoque intercultural en ninguna de las estrategias y materiales del Ministerio de Salud.

A pesar de ello, se han ensayado estrategias alternativas que han tenido resultados positivos. Una de las estrategias para motivar a las personas a participar en las charlas y talleres organizados por el servicio de salud es ofrecerles una olla comunitaria posterior a las actividades de capacitación. Esta iniciativa ha tenido éxito y muchas personas participan de la actividad, motivadas por la comida que posteriormente se ofrecerá.

“Al comienzo no nos hacían caso, porque no ofrecíamos comida, pero ahora ofrecemos una olla comunitaria, una merienda, un desayuno y así contamos con buena presencia” (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

“Necesitamos más presupuesto para las jornadas de capacitación, para las mujeres y los hombres, o sino nadie presta atención” (Lic. Peña- USF de Santa Teresita)

Otra estrategia que se está pensando implementar es la utilización de recursos no convencionales para las actividades de capacitación, en este caso, utilizar medios audiovisuales y el cine que, según el entrevistado, llama mucho la atención a las personas indígenas.

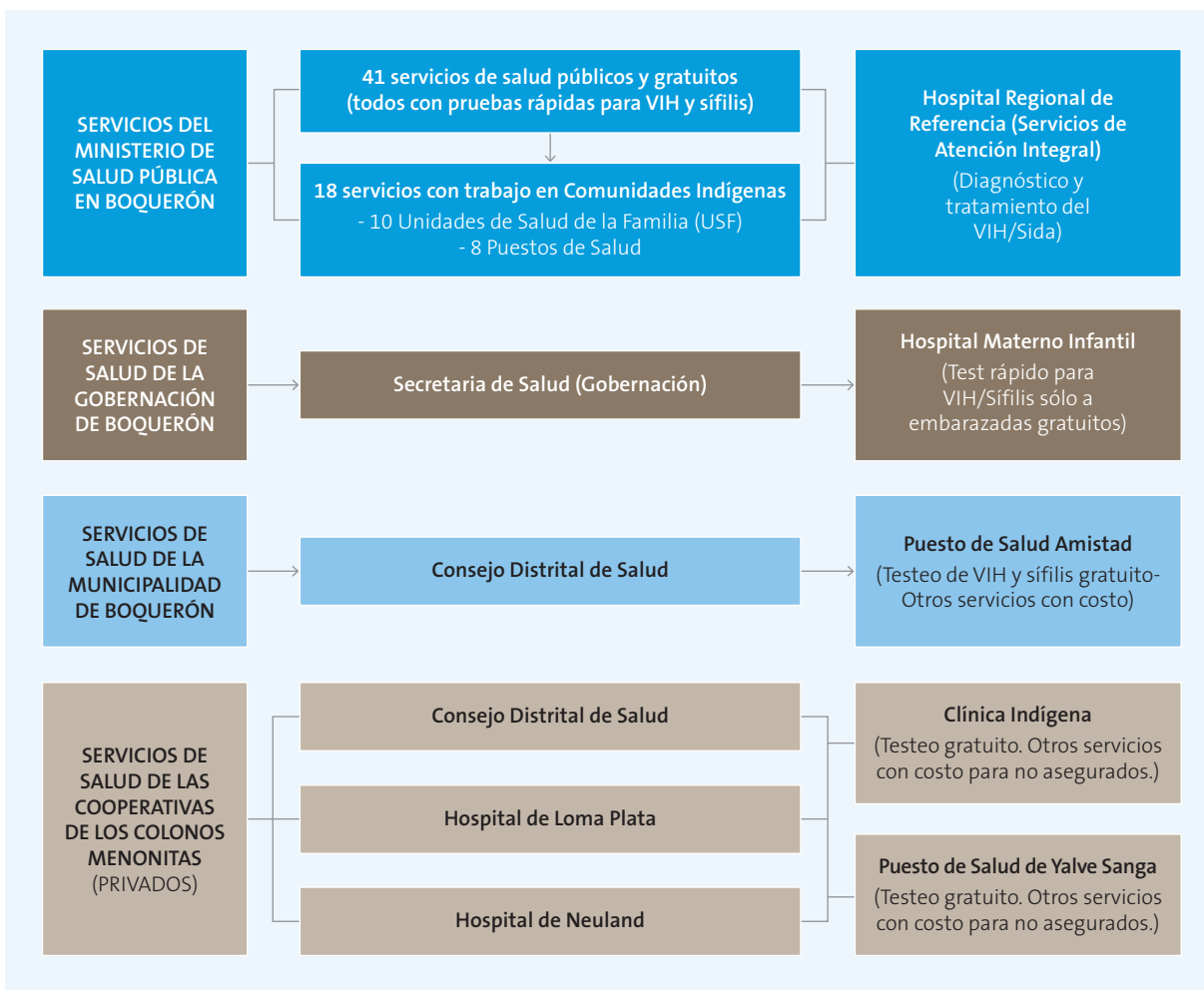
“Estamos pensando utilizar el cine...a ellos les llama mucho la atención...con un proyecto y una computadora podemos 4 noches al mes proyectar videos, serían cosas que podrían ser útiles” (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

7.3 Mapa de actores e instituciones referentes de Violencia y VIH en el Departamento de Boquerón

7.3.1 Sector Salud

La estructura de servicios en el Departamento Boquerón presenta diferentes sectores y actores. Por un lado, el principal prestador de servicios de salud es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que cuenta con una red de servicios públicos integrados que van desde las unidades básicas de atención, como las Unidades de Salud de las Familias (USF), hasta el Hospital Regional de Boquerón, situado en la ciudad de Filadelfia y el cual es un hospital general de mayor complejidad. Este último es el único servicio de toda la Región Occidental (Chaco)

GRÁFICO 2



donde funciona un Servicio de Atención Integral (SAI) para el VIH/sida, el cual provee de diagnóstico, atención y tratamiento de las personas que viven con VIH. Por lo tanto, es el centro de referencia a donde son derivados todos los casos detectados de VIH positivo por parte de todos los servicios, incluidos los privados, autárquicos, departamentales y municipales.

Al tener mayor cobertura de servicios, el Ministerio de Salud también es el principal prestador de servicios de salud a los pueblos indígenas, para ello cuenta con servicios específicos que están instaladas en las cercanías de las diferentes comunidades y los cuales

atienden en su mayoría poblaciones indígenas. En total son 18 servicios de salud (10 USF y 8 puestos de salud) que prestan atención principalmente a la población indígena.

Otros sectores, diferentes al público que prestan atención en el Departamento, es la Gobernación, que a través de la Secretaría de Salud gestiona el Hospital Materno-Infantil de Filadelfia, y a nivel municipal se encuentra el Puesto de Salud Amistad, ambos servicios con gran afluencia de indígenas. Al igual que los dependientes del Ministerio de Salud, estos servicios son gratuitos para todas las personas.

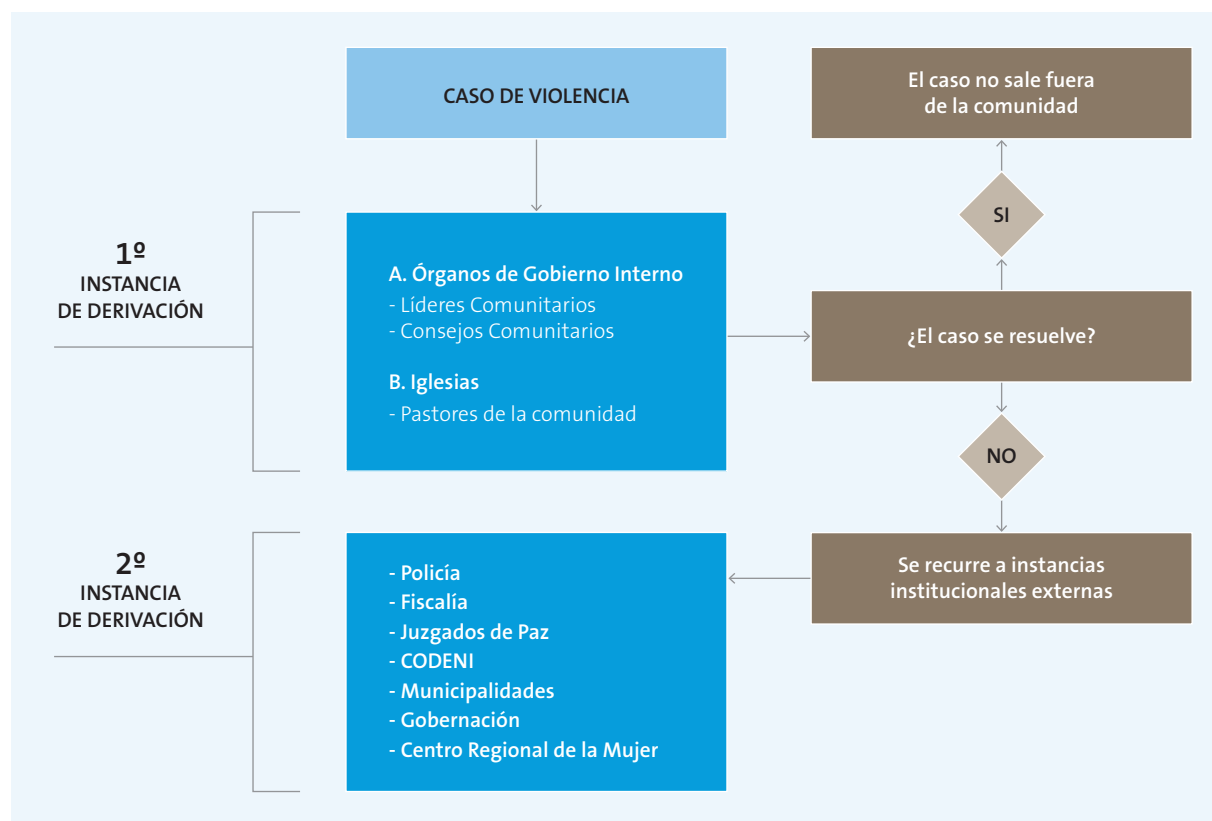
Finalmente, como tercer sector importante de prestación de servicios, se encuentran los Hospitales y puestos de salud dependientes de las Cooperativas de Colonos Menonitas, los cuales son tres y que dependen de la única Clínica Indígena de la región. Esta Clínica Indígena, que depende del Hospital de Filadelfia, atiende de forma exclusiva a poblaciones de las diferentes comunidades indígenas; sin embargo, a pesar de la denominación del servicio (indígena), no cumplen con los criterios de accesibilidad que esta población, sumida en un alto porcentaje de bajo niveles de pobreza extrema, requiere: la universalización del acceso y la gratuidad del servicio. Al ser un servicio de gestión privada, solo acceden a la totalidad del paquete de servicios las personas, en su mayoría colonos menonitas, que aportan a la cooperativa. Solo algunos indígenas que son empleados de los menonitas y que deben pagar el 5% de sus sueldos a la mutual, acceden a los servicios; pero

aun así no es gratuito, ya que deben pagar un seguro mensual. Solo los servicios que dependen de algunos programas ministeriales, en especial los programas de salud sexual y reproductiva, el programa de Tuberculosis y el Programa de VIH son gratuitos en estos servicios, independientemente de la situación laboral, previo convenio con el Ministerio de Salud. El resto de servicios no garantizados por el Ministerio de Salud deben pagarse.

7.3.2 Atención y Derivación de casos de Violencia

Como se ha descrito en el apartado de los resultados, según los entrevistados/as, en caso de presentarse situaciones de violencia que la comunidad perciba como hecho denunciante y se requiera la intervención de alguna instancia formal, como primera opción se recurre

GRÁFICO 3



a las autoridades de la comunidad legalmente constituidas, como los líderes y los consejeros. Por otro lado, de acuerdo a cada comunidad, también se recurren a los pastores de las Iglesias para obtener su “consejo” y apoyo. Muchos casos de violencia son administrados y resueltos en estas instancias, sin necesidad de recurrir a instituciones externas, a excepción de casos que las autoridades comunitarias no puedan resolver o por la gravedad del caso, se comunican y se derivan a instituciones reconocidas como fuentes receptoras de denuncia, en especial la policía, fiscalía, juzgados de paz, en los lugares que carecen de fiscalías y en caso de violencia a niños/as y adolescentes, a los CODENIS.

Sin embargo, de acuerdo a algunos relatos de los entrevistados/as, existirían como acuerdos “tácitos” entre las autoridades comunitarias e instituciones públicas.

En este sentido cuando se presenta un caso que pasa por la autoridad comunitaria y va directo a una institución externa, el abordaje de esta última es solicitar al denunciante que primero intente “resolver” el caso dentro de la comunidad o en su defecto que venga “acompañada” por algún líder o miembro del consejo.

En el caso de la Gobernación, las municipalidades y el Centro Regional de la Mujer (que depende del Ministerio de la Mujer), si bien no son órganos de ejecución, como la policía, fiscalía, juzgados o CODENIS, los cuales tienen la potestad de aplicar la normativa vigente en caso de violencia, éstas pueden decepcionar denuncias y facilitar la derivación a las instancias correspondientes. Estas son instituciones orientadas más a la capacitación, orientación, apoyo, derivación y seguimiento.

7.4 Cuadro Resumen del contexto de las comunidades y pueblos indígenas entrevistados, y los principales problemas identificados por sus pobladores

TABLA 13

Comunidad	UJ'E LHAVOS-Filadelfia
Pueblo	Nivacé
Cantidad de familias asentadas	1050 (5930 personas) según censo anterior. Se estimarían actualmente 7500 personas.
Cantidad de tierras	40 Has, titulado nombre de la comunidad.
Año de asentamiento	En 1995 se iniciaron las limpiezas y se mudaron algunas familias, y en 1997 se mudaron en la nueva comunidad.
Procedencia de los pobladores	San José Esteros, Colonia 22, Fischat San Leonardo, Escalante, Filadelfia.
Servicios existentes en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Una Escuela Básica que funciona desde preescolar hasta 7mo grado. • Una iglesia menonita. • Una iglesia católica. • Unidad de Salud Familiar (Puesto de Salud).
Estructura organizativa de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • La comunidad cuenta con un solo líder elegido periódicamente y mediante una asamblea. Actualmente encabeza la asamblea Agustín Juárez. • Cuentan con 15 miembros del Consejo Comunitario, todos varones. • Existe una comisión de deportes (hombres y mujeres). • Existe una comisión de mujeres que se dedican a la Salud, educación (charlas con las mujeres). • Una Organización de artesanas. • Generalmente se realiza la asamblea cada dos años. Las decisiones se toman en las asambleas comunitarias.

Principales actividades laborales, según género	
Hombres	Mujeres
Albañilería – Pinturas – Taller mecánico – Carpintería – tractoristas – empleados en los supermercados, estaciones de servicios (gasolineras) y de estancieros.	<ul style="list-style-type: none"> • Empleada doméstica en casa de los colonos menonitas - recolección de basuras- recolección y reciclaje de plásticos. • Algunas madres solteras trabajan por la calle (vendedoras ambulantes). • Un grupo de mujeres que integran 15 personas aproximadamente se dedican a realizar trabajos de artesanías.
Principales problemas en niños/as, adolescentes y mujeres identificados por los pobladores	
Niños/as	<ul style="list-style-type: none"> • Problema de aprendizaje y deserción escolar por cuestiones económica. • Pobreza extrema, desnutrición, falta ropas. • Precoz inicio en el consumo de alcohol y cigarrillos (a partir de los 13 años). • Conflictos familiares: “No respetan a sus padres”.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en el aprendizaje – Alta deserción escolar. • Inicio sexual precoz: Parejas tempranas. • Problema de adicciones: cigarrillos, alcohol (según mencionan otros, circula marihuana, incluso drogas y polvo) y CRACK (pasta base derivada de la cocaína, muy barata y altamente adictiva). • Violencia, formación de pandillas (patoterismo). • Falta de trabajo: “No quieren trabajar”.
Mujeres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso e ingresos desiguales a los trabajos (ej. sueldo menor que los hombres). • Obstáculos en la participación en toma de decisiones (liderazgo). • Discriminación por parte de los no indígenas. • Violencia contra ellas por parte de los mismos indígenas y no indígenas (brasileño – menonita). • Algunas se dedican al trabajo sexual callejero. • Inicio sexual temprano. Embarazo precoz. Se concubina en temprana edad. • Casos de tuberculosis TBC (algunos) y SIFILIS (algunos/muchos).

TABLA 14

Comunidad	BETANIA
Pueblo	Nivaclé
Cantidad de familias asentadas	171 (420 personas aproximadamente)
Cantidad de tierras	700 Has, tituladas a nombre de la comunidad
Año de asentamiento	Algunos afirman en 1927, otros en 1970
Procedencia de los pobladores	Zona de Pilcomayo; Mistolar, Pedro. Peña, Yalve Sanga, Nish'a toyi'sh, Santa Teresita.
Servicios existentes en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela Preescolar, y desde el 1er grado al 6to grado. • Una iglesia solo evangélica (menonita).
Estructura organizativa de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Un solo líder y 11 miembros del Consejo Comunitario; todos hombres (incluye Pastores de la iglesia, comisión de deportes, salud, educación, iglesia). • Una organización de mujeres de la iglesia: integran también jóvenes, comisiones de salud, educación, deportes.

Principales actividades laborales, según género	
Hombres	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> Albañilería, Mecánico, chofer, tractoristas, en las estaciones de servicios (gasolineras), en las chacras, En las estancias: limpieza de campo, alambradores, jardineros. En las comunidades: actividades de agricultura. 	Trabajo huerta familiar, carpida en las chacras de los menonitas, recolección de sésamo, poroto. Trabajos en horticultura. Trabajos en artesanía. Empleadas domésticas (Loma Plata, Yalve Sanga, casa de los pastores menonitas).
Principales problemas en niños/as, adolescentes y mujeres identificados por los pobladores	
Niños/as	<ul style="list-style-type: none"> Problema de aprendizaje y deserción escolar por cuestiones económica. En las escuelas falta la merienda escolar. Pobreza extrema, desnutrición, falta de ropa (en especial en invierno faltan ropas de abrigo).
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Dificultades en el aprendizaje: Alta deserción escolar por razones de adicciones al alcohol y otras drogas. Inicio sexual precoz: parejas tempranas. Violencia Pobreza
Mujeres adultas	<ul style="list-style-type: none"> Obstáculos a la participación en tomas de decisiones (liderazgo). Discriminación por parte de los no indígenas. Violencia contra las mujeres por parte de los mismos indígenas y de las instituciones (violencia institucional y estructural). Inicio sexual temprano. Embarazo precoz. Se concubina a temprana edad.

TABLA 15

Comunidad	GUIDAICHAÍ
Pueblo	Ayoreo
Cantidad de familias asentadas	104 (4.286 personas aproximadamente) según censo de 2013. Se estima que actualmente estarían asentadas 130 familias.
Cantidad de tierras	2 Has, tituladas a nombre de la comunidad.
Año de asentamiento	2 de enero de 2015
Procedencia de los pobladores	Campo Loro, Ebetogue, Garay
Servicios existentes en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Falta de servicios básicos: Agua potable deben comprar. Escuela que funciona desde el 1er grado hasta el 4to grado. Tiene dos profesores (una mujer y un hombre). Dos iglesias (1 de mormones y 1 evangélica)
Estructura organizativa de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> No es una comunidad. Los pobladores reconocen que es un Barrio: así lo dice la intendencia Municipal de Filadelfia. Sin embargo, ellos cuentan con representante, no líder. El mismo es encabezado por el actual profesor del Barrio. Tiene cuatro consejos, uno por cada calle. Existe una comisión de mujeres dedicadas a la artesanía y a actividades variadas.

Principales actividades laborales, según género	
Hombres	Mujeres
Albañilería, tractorista, y en las estancias (Los ayoreos se dedican muy poco al huerto, o supermercado).	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas trabajan en artesanía, otras como recolectoras y recicladoras de basura. • Trabajo sexual “Trabajadoras de la calle”. • Empleadas domésticas.
Principales problemas en niños/as, adolescentes y mujeres identificados por los pobladores	
Niños/as	<ul style="list-style-type: none"> • Problema de aprendizaje y deserción escolar por cuestiones económicas. En las escuelas falta la merienda escolar. • Falta de medicamentos en los servicios de salud. • Inicio precoz en “vicios”: cigarrillo y alcohol.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Alta deserción escolar por razones de adicciones al alcohol y otras drogas. • Inicio sexual precoz- Parejas tempranas y matrimonios precoces. • Violencia • Pobreza
Mujeres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia contra ellas por parte de los mismos indígenas (parejas) y de las instituciones (violencia institucional y estructural). • Inicio sexual temprano. Embarazo precoz.

TABLA 16

Comunidad	CACIQUE MAYETO
Pueblo	Enlhet Norte
Cantidad de familias asentadas	250 (1500 personas aproximadamente)
Cantidad de tierras	2 Has, tituladas a nombre de la comunidad
Año de asentamiento	Sin datos
Procedencia de los pobladores	Lugareños, algunos de la zona de Puerto Casado
Servicios existentes en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con servicios básicos: agua potable y energía eléctrica. • Escuela Básica que funciona desde preescolar hasta 7mo grado. • Colegio desde el 8vo a 9no grado. • Puesto de salud • Radio comunitaria FM • Oficina de los miembros del consejo • Una iglesia evangélica • Cancha comunitaria
Estructura organizativa de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Un líder principal • Un consejo comunitario integrado mujeres y hombres. • Tienen comisión de mujeres de la iglesia, deportes, salud y educación. • No hay periodo de mandato, de acuerdo a las decisiones de los pobladores o el líder principal; si no funciona, cambian, y los consejos convocan la asamblea.

Principales actividades laborales, según género	
Hombres	Mujeres
Albañilería, tractorista, y en las estancias (muy poco los ayoreos se dedican en huerta, o supermercado).	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas trabajan en artesanía, otras como recolectoras y recicladoras de basuras. • Trabajo sexual: “Trabajadoras de la calle”. • Empleadas domésticas
Principales problemas en niños/as, adolescentes y mujeres identificados por los pobladores	
Niños/as	<ul style="list-style-type: none"> • Problema de aprendizaje y deserción escolar por cuestiones económica. En las escuelas falta la merienda escolar.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Alta deserción escolar por razones de adicciones al alcohol y otras drogas. • Inicio sexual precoz- Pareja tempranas y matrimonios precoces. • Inicio precoz y alto consumo de cigarrillos y alcohol. • Violencia: maltrato a los padres y madres. • Pobreza
Mujeres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia contra ellas por parte de los mismos indígenas (parejas). • Poca participación en la toma de decisiones. • Inicio sexual temprano. Embarazo precoz.

TABLA 17

Comunidad	CAYIM O CLIM-NEULAND
Pueblo	Nivaclé
Cantidad de familias asentadas	535 (2600 personas aproximadamente)
Cantidad de tierras	281 Has
Año de asentamiento	1954
Procedencia de los pobladores	Pedro P. Peña, San José Esteros, Escalante.
Servicios existentes en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Una Escuela que funciona desde el 1er al 7mo grado. Un Colegio 8vo y 9no. • Un Puesto de Salud indígena y una USF (Unidad de salud de la familia). • Agua, una oficina comunitaria, una radio comunitaria, una cancha comunitaria. • Una iglesia católica, una mormona y una evangélica.
Estructura organizativa de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con dos líderes reconocidos por el INDI (Instituto Paraguayo del Indígena). Uno principal y el otro como vice. Electo por asamblea, de acuerdo a la decisión de la comunidad. • Tiene Consejo Comunitario integrado por hombres y mujeres. • Consejo administrativo – asesor (menonita). • La comunidad cuenta con varias comisiones: deportes, medio ambiente, educación. • Cuenta con Promotoras de salud.

Principales actividades laborales, según género	
Hombres	Mujeres
Albañilería, tractorista, Cooperativa Neuland trabajos varios, estaciones de servicios (gasolineras), empleados en despensas grandes. Talleres de mecánica y gomería de la colonia menonita.	<ul style="list-style-type: none"> • Empleada doméstica en casa de los menonitas, pastores de la iglesia. • Empleadas en el supermercado. • En Hospital Concordia como limpiadoras. • Relectoras de la basura. • Trabajadoras sexuales.
Principales problemas en niños/as, adolescentes y mujeres identificados por los pobladores	
Niños/as	<ul style="list-style-type: none"> • Problema de aprendizaje y deserción escolar por cuestiones económica. En las escuelas falta la merienda escolar.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Alta deserción escolar por razones de adicciones al alcohol y otras drogas • Inicio sexual precoz- Parejas tempranas y matrimonios precoces. • Inicio precoz y alto consumo de cigarrillos y alcohol y otras drogas (Crack). • Violencia: maltrato a los padres y madres. • Pobreza • Casos de sífilis
Mujeres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia doméstica por parte de las parejas. • Falta de recursos económicos (mujeres violentadas deben volver con sus parejas por dependencia económica). • Poca participación en la toma de decisiones. • Inicio sexual temprano. Embarazo precoz. • Casos de sífilis.

TABLA 18

Comunidad	YALVE SANGA-NEULAND
Pueblo	Enlhet
Cantidad de familias asentadas	837
Cantidad de tierras	5.832 Has
Año de asentamiento	1932
Procedencia de los pobladores	Campo Loa
Servicios existentes en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios básicos: agua potable y energía eléctrica. • Clínica indígena • Cooperativa comunitaria • Iglesia (menonita) • Escuela: desde 1er a 7mo grado. • Colegio: desde 8vo grado a la 3ra de la media. • Escuela Agrícola • Internado • Cancha comunitaria

Estructura organizativa de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Un líder principal que encabeza todas las comunidades de Yalve Sanga (Robustiano Alemán). • Tiene Consejo Comunitario integrado por hombres, pastores de la iglesia y mujeres. • Comisión de mujeres: de la iglesia, artesanas y trabajo comunitario.
Principales actividades laborales, según género	
Hombres	Mujeres
Albañilería, tractorista, estaciones de servicios (gasolineras), empleado en despensas grandes. Talleres de mecánica y gomería de la colonia menonita.	<ul style="list-style-type: none"> • Empleadas domésticas en casa de los menonitas, pastores de la iglesia. • Empleadas en el supermercado.
Principales problemas en niños/as, adolescentes y mujeres identificados por los pobladores	
Niños/as	<ul style="list-style-type: none"> • Problema de aprendizaje y deserción escolar por cuestiones económicas. En las escuelas falta la merienda escolar. • Enfermedades respiratorias y gastrointestinales leves y graves.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Alta deserción escolar por razones de adicción al alcohol y otras drogas. • Inicio sexual precoz. Parejas tempranas y matrimonios precoces. • Embarazo precoz • Inicio precoz y alto consumo de cigarrillos y alcohol, y otras drogas (Crack). • Violencia: maltrato a los padres y madres. • Pobreza • Casos de sífilis
Mujeres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia doméstica por parte de las parejas. • Falta de recursos económicos (mujeres violentadas deben volver con sus parejas por dependencia económica). • Poca participación en la toma de decisiones. • Inicio sexual temprano. Embarazo precoz. • Casos de sífilis

TABLA 19

Comunidad	YALVE SANGA-EFESO
Pueblo	Enlhet
Cantidad de familias asentadas	837
Cantidad de tierras	5.832 Has
Año de asentamiento	1932
Procedencia de los pobladores	Campo Loa

Servicios existentes en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios básicos: agua potable y energía eléctrica • Clínica Indígena • Cooperativa comunitaria • Iglesia (menonita) • Escuela: desde 1er hasta 7mo grado. • Colegio: desde 8vo grado a la 3ra de la media. • Escuela Agrícola • Internado • Cancha comunitaria
Estructura organizativa de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Un líder principal encabeza todas las comunidades de Yalve Sanga (Robustiano Alemán). • Tiene Consejo Comunitario integrado por hombres, pastores de la iglesia y mujeres. • Comisión de mujeres: de la iglesia, artesanas y trabajo comunitario.
Principales actividades laborales, según género	
Hombres	Mujeres
Albañilería, tractorista, estaciones de servicio (gasolineras), empleado en despensas grandes. Talleres de mecánica y gomería de la colonia menonita.	<ul style="list-style-type: none"> • Empleadas domésticas en casa de los menonitas, pastores de la iglesia. • Empleadas en el supermercado.
Principales problemas en niños/as, adolescentes y mujeres identificados por los pobladores	
Niños/as	<ul style="list-style-type: none"> • Problema de aprendizaje y deserción escolar por cuestiones económicas. En las escuelas falta la merienda escolar. • Enfermedades respiratorias, y gastrointestinales leves y graves.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Alta deserción escolar por razones de adicción al alcohol y otras drogas. • Inicio sexual precoz- Parejas tempranas y matrimonios precoces. • Embarazo precoz • Inicio precoz y alto consumo de cigarrillos, alcohol y otras drogas (Crack). • Violencia: maltrato a los padres y madres. • Pobreza • Casos de sífilis
Mujeres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia doméstica por parte de las parejas • Falta de recursos económicos (mujeres violentadas deben volver con sus parejas por dependencia económica). • Poca participación en la toma de decisiones. • Inicio sexual temprano. Embarazo precoz. • Casos de sífilis

7.5 Conclusiones y Recomendaciones: Brechas, buenas prácticas y oportunidades de trabajo

Luego de realizar una triangulación entre las diferentes fuentes de información (poblaciones indígenas, referentes institucionales en violencia y salud, y equipo de investigación conformado por algunos

entrevistadores indígenas y todos/as con gran conocimiento de las comunidades de estudio) se han identificado una serie de fortalezas y oportunidades que en su conjunto formarían factores facilitadores para la implementación de acciones de mejoramiento de la respuesta institucional a la violencia y el VIH. Asimismo, también se han identificado debilidades y amenazas que deben tomarse en cuenta para la planificación de las intervenciones, ya que estos factores

constituyen un riesgo programático que condicionaría la viabilidad de las acciones y su eficacia.

Para este análisis se ha utilizado la estrategia FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) para describir los escenarios internos y externos que permitan identificar los aspectos positivos que deben ser mantenidos y reforzados, y los aspectos debilitadores que deben ser minimizados para desarrollar un plan/programa/proyecto/estrategia orientado a los resultados planteados.

Los factores identificados se sitúan entre niveles lógicos: i) nivel individual y colectivo de las mujeres, como sujetos de derechos y políticos a partir de sus creencias, saberes, actitudes y prácticas, ii) un nivel intermedio comunitario que explora la organización del poder y, por otro lado, el acceso a los diferentes servicios, y iii) un nivel de respuesta institucional, que explora la capacidad de responder ante el VIH y la violencia desde las instituciones públicas, así como su nivel de articulación y de trabajo organizado.

Estos factores tienen la propiedad de situarse en diferentes campos del análisis de escenarios, es decir, son a la vez fortalezas/debilidades y oportunidades/amenazas.

Se tomaron como insumos para el análisis, las entrevistas a los diferentes informantes claves (indígenas y actores institucionales) y la elaboración de las conclusiones, y recomendaciones de forma colectiva con el equipo de investigación.

7.5.1 Concepción, percepción y actitud particular relacionados al fenómeno y alcance del concepto de violencia, y aspectos relacionados al VIH como punto de partida para el empoderamiento de las mujeres

Fortalezas y oportunidades: La percepción de la violencia en las comunidades indígenas entrevistadas oscila entre lo objetivo (situaciones concretas) y lo subjetivo (situaciones vividas de forma interna y no siempre observables). Las situaciones objetivas son de tipo situacionales, con factores desencadenantes concretos

y con consecuencias visibles y medibles. Es decir, la violencia sería cualquier acto que está causado por un factor conocido (alcohol, falta de dinero, infidelidad) y cuyo fin sería generar un daño objetivo, visible y/o sentido (heridas, secuelas, dolor, sufrimiento, infelicidad).

Se reconocen los principales tipos de violencia: física, psicológica y sexual. En algunos pocos casos también reconocen la violencia económica.

Por otro lado, la noción de violencia como una perturbación/herida del “ser” y el “espíritu” también se ha identificado en los discursos analizados. Este tipo de violencia no tiene, al parecer, una consecuencia o secuela de forma inmediata no visible, pero genera gran sufrimiento, desequilibrio, perturbación e infelicidad en las entrevistadas, en especial mujeres y jóvenes.

La mayoría de las personas conocen las instancias de denuncia tanto internas como externas, y recurren a ellas de acuerdo a la evaluación de cada caso en particular.

En relación al VIH, todos los grupos muestran conocimientos acerca del VIH (enfermedad infecciosa causada por virus, incurable y con tratamiento crónico). También identifican correctamente los medios de transmisión (la sexual principalmente) y los métodos de prevención (abstinencia, fidelidad mutua y uso del condón). En relación a los factores de riesgo identificados se reconocen los factores vinculados con las conductas sexuales (múltiples parejas sexuales, inicio sexual precoz, no uso del condón, trabajo sexual, sexo con personas del mismo género).

Es un buen punto de partida, contar con información correcta sobre aspectos relacionados al VIH, sin embargo, no es suficiente motivar cambios de comportamientos y asumir conductas preventivas.

Debilidades y amenazas: Otros tipos de violencia no tan abiertamente reconocibles o contundentes, no serían considerados como tales. En el caso de la violencia estructural o simbólica, al no tener secuelas tan evidentes estarían naturalizadas y/o legitimadas culturalmente (el caso de relaciones sexuales precoces o matrimonios tempranos).

También existen “puntos ciegos” al momento de reflexionar sobre las causas o factores de riesgo de la violencia. Solo se perciben factores próximos como el alto consumo del alcohol, drogas, falta de recursos económicos, celos e infidelidad, entre otros.

Se percibe la noción de “causas de las causas”, es decir, de los factores distales que generan los escenarios de vulnerabilidad propicios para la violencia, como el género, la edad, la pobreza, las desigualdades de oportunidades, la pérdida del hábitat y de la tierra, las migraciones forzadas a los centros urbanos, la violencia institucional, la discriminación, etc.

Estos últimos determinantes sociales, si bien no son explicitados de forma directa, son percibidos como factores que se relacionan con la violencia en todas sus manifestaciones.

Se habla que hay problemas de acceso a la tierra y esto genera hacinamiento en una zona urbana, lo que favorece un ambiente de agresividad (alcoholismo, juegos, abuso sexual, etc.). Los entrevistados son conscientes de las causas profundas y distales de la violencia. Se hace referencia al hecho de ser mujer y de intentar gestionar problemas ante las autoridades, donde se presta mayor atención a los hombres. Esto indica que hay cierta conciencia de este factor de género (aun cuando no lo expliciten con palabras o frases técnicamente correctas).

La mayoría, y lo ha dicho de otra forma, ve violencia institucional, especialmente en los puestos de salud, donde no son atendidos, son excluidos por pertenecer a zonas atendidas por los menonitas cuando tienen el seguro. Por otro lado, también perciben como un acto de exclusión (violencia) el hecho de que las instituciones no cuenten con promotores/voluntarios de las comunidades que faciliten la comunicación en lengua materna y la comprensión de contenidos muchas veces técnicos y complejos.

La percepción y actitud hacia la violencia no es un tema menor ni meramente teórico, ya que esta cosmovisión de la violencia determina la conducta de las personas y la toma de decisiones en relación al fenómeno percibido.

Al igual que la percepción de la violencia, las personas identifican claramente los factores predisponentes en relación a la infección por VIH. Sin embargo, el análisis termina con el reconocimiento de los factores más próximos y evidentes, en especial los relacionados con la conducta sexual. Esta noción de riesgo focaliza la conducta y responsabilidad individual; es decir, la persona que adquiere el VIH será porque “algo habrá hecho”, ya que es su responsabilidad individual. No se percibe una reflexión más allá de este nivel, como por ejemplo realizar una vinculación con otros determinantes como la pobreza, el género o la etnia.

El VIH, si bien es percibido como una amenaza, también es considerado como algo “externo” o de “otros”, y esta percepción podría distorsionar la percepción de riesgo tanto individual como colectiva.

A pesar de manejar información correcta sobre el VIH, y sus medios de prevención y transmisión, esto no se refleja en la adopción de conductas preventivas. El alto consumo de alcohol en la población masculina, en especial de los más jóvenes, el inicio sexual precoz legitimado por razones culturales y la percepción de amenazas del VIH como algo lejano y externo (el VIH es una enfermedad de los “otros”, de los extranjeros y paraguayos, no de indígenas) focalizado en “grupos de riesgo” como los HSH y las mujeres trabajadoras sexuales. Principalmente genera una distorsionada percepción de riesgo que condiciona una correcta toma de decisiones. Una buena gestión de riesgo implica la percepción clara de amenazas, por un lado, del VIH y, por otro, la evaluación del propio grupo como vulnerable a la misma mediante la correcta identificación de los factores de riesgo asociados.

El riesgo al VIH está relacionado a conductas “individuales”, es decir, la responsabilidad es personal y no se percibe ni se es consciente de factores estructurales, políticos, económicos y sociales que condicionan a ciertas personas al momento de tomar decisiones, ya que estos factores generan desigualdades y disminuyen la capacidad de control de las personas sobre sus determinantes sociales y factores de riesgo, exponiéndolas a escenarios de mayor vulnerabilidad.

Recomendaciones: Este último análisis, mas contextual y estructural de la violencia, y de la vulnerabilidad al VIH, ha sido descrito por el equipo de investigación en base a los relatos de sus entrevistados/as. Si bien para el equipo está clara la relación entre pobreza, género, etnia y violencia, no siempre este nivel de reflexión se encuentra de forma explícita en los relatos de las personas indígenas.

Las comunidades que fueron entrevistadas en su mayoría están asentadas en centros urbanos y expuestas a diferentes procesos de exclusión y discriminación basados principalmente en la pobreza extrema y atravesada por otras variables como el género y la etnia.

En este sentido, resulta de fundamental importancia generar espacios de análisis y reflexión a nivel comunitario que permitan a las personas reconocer la existencia de factores distales, no siempre visibles, pero que generan y mantienen los procesos de exclusión y subordinación de los pueblos indígenas.

El proceso de empoderamiento comienza cuando las personas en estado de vulnerabilidad identifican y reconocen cuales son los determinantes sociales que disminuyen el poder de las mismas para ejercer control sobre sus factores de riesgo, para poder tomar control de los mismos. En especial en las mujeres, reconocer que el género, la clase social y la etnia son variables que en su conjunto ejercen un control sobre sus procesos de toma de decisión en favor de los grupos dominantes y que perpetúan esta situación de dependencia. Es un paso fundamental para iniciar un proceso de empoderamiento y participación en la toma de decisiones, tanto a nivel interno de sus comunidades como a nivel de las políticas públicas de estado.

Se identifica una serie de supuestos que deben ser tomados en consideración al momento de desarrollar estrategias de empoderamiento en las mujeres indígenas:

- La necesidad de construir un espacio político alternativo. Los poderes se construyen de forma colectiva.
- La toma del poder mediante la organización y participación implica generar cambios al interior de

las organizaciones indígenas. El ejercicio del poder tradicional a través de los líderes y consejos, en su mayoría conformados por hombres necesita un giro hacia prácticas más horizontales, participativas y democráticas. Las mujeres tienen un rol fundamental en este proceso.

- Los liderazgos deben ser desarrollados desde y para las mujeres, como una manera alternativa del ejercicio de poder.
- La participación de la mujer debe ser fortalecida, primero al interior de las comunidades y posteriormente conquistar un espacio público, donde se generen los cambios políticos y culturales.
- Las mujeres para ejercer este rol (liderazgo mediante la participación y el ejercicio del poder) antes deben ser sensibilizadas y empoderadas desde sus identidades culturales, respetando sus orígenes y características. Se debe revitalizar la identidad de mujer indígena.
- La toma y ejercicio del poder no se logra mediante un proceso de empoderamiento individual ni mediante liderazgos únicos, sino que, por el contrario, tomando en cuenta la visión de lo “colectivo” que se tiene desde la identidad de mujeres e indígenas se debe partir de esta premisa. Las mujeres indígenas construyen su poder desde lo colectivo con otras mujeres y para ello la articulación es un proceso fundamental.
- La capacitación es un requisito impostergable. Es inviable que las mujeres demanden sus derechos si estos no se conocen. La noción de “sujeto de derechos” se construye desde el conocimiento de los derechos y de su posterior ejercicio. La capacitación no solo debe estar orientado a generar información y habilidades, sino que debe estar también orientado a construir sujetos políticos con poder de decisión y de esta manera desarrollar interlocutores válidos ante los tomadores de decisiones, tanto al interior de las comunidades como a nivel de las instituciones públicas.
- Se debe garantizar y promover espacios de encuentro, diálogo y reflexión entre las mujeres, con un

seguimiento por parte de instituciones sensibles y capacitadas en un abordaje intercultural y que se desarrollen contenidos relacionados con el poder, la participación, el liderazgo y la toma de decisiones. En este sentido, el rol y la participación en dicho proceso de la Articulación de Mujeres Indígenas del Paraguay (MIPY) resulta fundamental, como primera red de mujeres indígenas de diferentes pueblos organizadas con el propósito de incidir en políticas públicas y empoderamiento de las mujeres indígenas.

- Garantizar los recursos materiales, financieros y humanos necesarios por parte del Estado y de los organismos de cooperación para que este proceso de empoderamiento, participación y liderazgo sea viable.

7.5.2 Acceso y demanda de servicios de Salud y relacionadas con la violencia por parte de las mujeres y jóvenes indígenas

Fortalezas y oportunidades: Todos los entrevistados, independientemente de género y grupo de edad, fueron capaces de identificar de forma correcta las instancias de ayuda y apoyo en caso de violencia, y exposición al VIH, tanto a nivel interno como externo de la comunidad.

A nivel interno, la principal instancia resolutoria en caso de violencia son los órganos de gobierno comunitarios (líderes y consejos) y en algunos casos la iglesia. Sin embargo, reconocen otras instancias externas como la policía, fiscalía, CODENIS, entre otros como fuentes institucionales de ayuda y apoyo.

En cuanto al VIH, a diferencia de la violencia cuyo principal ámbito resolutorio es al interior de la comunidad, las personas entrevistadas reconocen claramente EL sistema de salud (estatal, departamental, municipal y privado) como la principal fuente de consulta, apoyo, tratamiento y derivación.

Un factor que es valorado positivamente y que genera un nivel de confianza mayor hacia los servicios de salud, a diferencia de las instituciones encargadas de

abordar la violencia, es que en estos servicios se encuentran insertos, miembros de las comunidades en calidad de funcionarios, promotores y/o voluntarios. Estos prestadores de servicios al ser pares, tienen la facilidad de acceder y abordar a las comunidades y a las personas que demandan los diferentes servicios de salud no solo en su idioma, sino que el abordaje tiene una adecuación cultural por las mismas características de dichos funcionarios. Estas personas son un importante vínculo entre las instituciones (en este caso servicios de salud), y las poblaciones indígenas.

Los métodos de prevención (condón) y de planificación familiar (métodos modernos como pastillas e inyecciones) son conocidos por los entrevistados y se conocen las fuentes de acceso a los mismos (servicios de salud públicos, y privados). Se identifica una valoración positiva y un uso extendido de los métodos modernos de planificación familiar por parte de las mujeres. También se reporta que las decisiones en relación a la salud sexual y reproductiva se realizan en conjunto con la pareja en gran parte de los casos.

Existe disponibilidad de insumos de prevención, y planificación familiar en los servicios de salud, y de acceso gratuitos.

En cuanto a los medios de información sobre salud y VIH se identifican diversas fuentes de acuerdo a la edad de los entrevistados. Los adultos ven como fuentes válidas de información a los servicios de salud, algunas radios comunitarias y las iglesias en algunos casos. En los adolescentes y más jóvenes se identifica como principal fuente de información a las instituciones educativas y maestros/as, los cuales gozan de confianza por parte de los estudiantes.

En cuanto a la participación en procesos de capacitación, todos los grupos han afirmado haber participado, al menos una vez, en este tipo de actividades organizadas principalmente por los servicios de salud, y otras instancias departamentales y municipales.

Existen profesionales capacitados que gozan de la confianza de las comunidades, ya que son percibidas como autoridades en la temática.

De forma adicional, se han identificado técnicas en enfermería, promotores de salud y voluntarios indígenas que colaboran de forma activa con algunos servicios de salud. Esto facilita el acceso y la vinculación de las mujeres indígenas especialmente a los servicios de salud.

Debilidades y amenazas: Se percibe una gran influencia de las instancias de gobierno interno (pastores, líderes y consejo), las cuales están reforzada entre otros factores, por la poca o nula confianza de las poblaciones indígenas hacia las instituciones del estado, en especial hacia las que trabajan la temática de la violencia (policía, fiscalía, juzgados, CODENI, etc.)

Las personas perciben a estas instituciones ajenas a sus intereses y realidades. Sus instrumentos (leyes y normas) son percibidas como contrarios hacia algunos aspectos de su cultura y tradición (algunos les llaman “leyes blancas”, haciendo alusión a que son solo aplicables a personas no indígenas).

Esta actitud negativa también estaría reforzada por la falta de participación e involucramiento de las comunidades en los procesos de construcción, ejecución y validación de políticas públicas donde sus demandas particulares sean atendidas.

Por otro lado, y a diferencia del sector salud, las instituciones públicas que trabajan la temática de la violencia no cuentan, entre sus recursos humanos, con miembros de las comunidades indígenas en calidad de promotores o voluntarios que realicen el primer acercamiento, los vínculos, enlaces y derivaciones de los casos de violencia detectados en el interior de las comunidades.

Tampoco cuentan con protocolos ni estrategias diferenciadas con un abordaje adecuado culturalmente. La concepción de la violencia y su alcance, como ya se ha descrito, no siempre es la misma en las culturas indígenas que en el resto de la población paraguaya, y esta percepción no siempre está reflejada en las normas y leyes nacionales.

En relación al VIH, la principal barrera identificada es la baja tasa de uso del condón, por parte de los varones principalmente. Existen creencias asociadas al uso del condón que generan actitudes negativas (“el condón

se puede romper” o “el condón puede quedar dentro de la mujer”). Otras explicaciones sería que el condón como método de prevención no estaría culturalmente adaptado a las prácticas de la sexualidad en los pueblos estudiados y, por otro lado, la influencia de las iglesias al interior de las comunidades también constituiría un factor relevante. Las iglesias promueven métodos alternativos al uso del condón como medios para prevenir el VIH y embarazos no deseados. Finalmente, se sumaría a estas barreras, la dificultad del acceso por parte de los varones y en especial de los más jóvenes a los insumos de prevención, a diferencia de las mujeres que acuden con mayor regularidad a los servicios de salud y que facilita el acceso a los métodos modernos de planificación familiar. De acuerdo a lo reportado en las entrevistas con los jóvenes, aun cuando el condón está disponible en los servicios de salud, tanto hombres como mujeres tienden a no solicitarlo, ya que según se reporta sentirían “vergüenza”. En este sentido, los aspectos culturales constituyen importantes barreras de acceso a ciertos insumos y servicios, inclusive por encima de otras barreras de acceso como la disponibilidad del insumo o las barreras geográficas. Aún teniendo servicios accesibles, adecuados culturalmente, e insumos gratuitos disponibles, de calidad y en cantidad suficiente, no necesariamente aumentará la demanda de los mismos, si no se abordan previamente otras barreras de tipo cultural.

Relacionado con el párrafo anterior, el acceso a los servicios de salud en general y en la participación en actividades informativas y capacitación en particular, también estaría condicionado por aspectos culturales, y más específicamente por razones de género. Se reporta que la responsabilidad tanto de la prevención del VIH y la planificación familiar recae principalmente en la mujer. En este sentido, el hombre permanece ajeno a dichas actividades. Generalmente en las capacitaciones se refleja una asistencia mayoritaria de mujeres y muy poca participación masculina. Esto también se refleja en la demanda de los servicios de salud, donde la brecha de acceso en relación a las mujeres sigue siendo importante. Si bien no se cuenta con estadísticas desagregadas por grupo étnico, a nivel nacional, la demanda a los servicios de CTV (testeo voluntario del VIH con consejería) en los hombres es solo del 20%, es decir, de cada 10 personas que acceden al testeo de VIH, solo 2 son hombres y las 8 restantes son mujeres (PRONASIDA, 2013).

Finalmente, otra barrera importante en cuanto al acceso y demanda de servicios de salud, y relacionados a la violencia es el maltrato y la discriminación que muchos indígenas reportan haber sufrido en las diferentes instituciones públicas. Si bien el sector salud se percibe como “más amigable” hacia las personas indígenas, motivadas por la incorporación de miembros de las comunidades en los servicios y también por contar con algunos servicios exclusivos, como clínicas indígenas, aún se reportan hechos de maltrato. En algunos casos esta facilidad antes descrita (contar con clínicas indígenas) se vuelve en una barrera, ya que según se ha reportado, algunos funcionarios de salud “invitan” a las personas indígenas (que acuden a algunos servicios públicos) a que recurran a “sus clínicas” (es decir, clínicas para indígenas), actitudes con sesgos claramente segregacionista. Este tipo de actitudes se perciben más claramente en las instituciones públicas que trabajan la temática de violencia (policía, gobernación, municipalidad, fiscalía, CODENI, etc.).

Se ha llegado a describir en este estudio, como algunas mujeres entrevistadas habían afirmado que sus denuncias no eran tomadas en cuenta en algunas instituciones, y los funcionarios solicitaban a la denunciante que vuelva con la “autorización” de su líder para realizar la denuncia o en su defecto que acuda de nuevo, pero “acompañada” por el mismo. Este tipo de abordaje muestra podría ser interpretado como misógina, racista y clasista, ya que la denuncia de una mujer indígena valdría menos si se realiza sola, en cambio tendría mayor valor si viene acompañada por al “autorización” de un hombre, en este caso el líder de la comunidad.

Este tipo de actitudes y comportamiento generan en muchas personas recelos y mucha desconfianza en las instituciones públicas, lo que genera poca motivación para acudir a ellas en casos de violencia principalmente. Como resultado, las situaciones de violencia tienden a derivarse al líder y al consejo, y el nivel de actuación se queda en un espacio interno y doméstico.

Recomendaciones: Lo logrado en el sector salud mediante la incorporación de referentes locales y de los pueblos indígenas en los servicios de salud en calidad de funcionarios, promotores y voluntarios es una

buena práctica que podría ser replicada para el abordaje de la violencia desde lo institucional.

Ninguna institución que trabaja de forma directa o indirecta la temática de la violencia cuenta con recursos humanos pertenecientes a las comunidades indígenas. Instituciones como la Gobernación, Municipalidad, Policía, Fiscalía, y otros no tienen capacidad para acceder ni vincularse con las personas indígenas que podrían demandar sus servicios, de hecho, la única instancia mediadora son los líderes y el consejo que finalmente tienen el poder de decidir qué casos se derivan y cuáles no.

En este sentido, resulta estratégico formar un grupo de referentes indígenas a insertarlos en dichas instituciones como mediadores y facilitadores del acceso a las personas afectadas por situaciones de violencia. Estas instituciones, como ya se ha descrito, son percibidas como lejanas a los intereses y necesidades del indígena que, sumado a experiencias de maltrato y discriminación, son vistos con gran desconfianza y con poco poder resolutivo.

Contar con funcionarios indígenas, promotores jurídicos, **voluntarios** capacitados en DDHH, género, infancia y adolescencia, y con un buen conocimiento del marco legal existente podría ser un factor facilitador para desarrollar un vínculo de confianza entre las personas y sus instituciones, y mediante ello facilitar el acceso en una doble vía, por un lado, de las personas hacia las instituciones y por otro, el acceso de las instituciones públicas al interior de las comunidades mediante el trabajo extramuros de dichos recursos humanos como agentes vinculantes.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta que no solo el acceso y demanda de servicios está relacionado con la discriminación o la disponibilidad de insumos, sino también es fundamental el aspecto cultural, ya que esto genera pautas de comportamiento en relación a la demanda de servicios de salud. En este sentido, se observa una brecha de acceso a servicios de salud en los varones principalmente y en los más jóvenes de forma particular. No existen estrategias de promoción de los servicios de salud o de abordaje, una vez que se acceda a ellos, adecuados a los varones ni a los

adolescentes y jóvenes, tomando en cuenta sus necesidades específicas. Los servicios de salud, en cuanto a su estructura y funcionamiento esta tradicionalmente orientado a la salud materna infantil.

En relación a estrategias y protocolos de atención a la violencia, no se identifica a nivel institucional abordajes específicos al varón agresor. La violencia es un fenómeno integral que implica el trabajo con las partes involucradas y su entorno, solo abordar a la víctima sin integrar en ese proceso a la familia, la comunidad, y principalmente al varón, tiene sus límites en cuanto al éxito de dichas intervenciones.

Por todo ello, se establecen las siguientes líneas de acción estratégica:

- Identificar, seleccionar y capacitar a referentes de las comunidades indígenas para insertarlos en las diferentes instituciones que trabajan la temática de violencia. Ampliar este trabajo en el sector salud.
- Realizar trabajo de abogacía con autoridades departamentales y nacionales para garantizar recursos económicos para la contratación de RRHH de las comunidades y garantizar así su incorporación formal a las instituciones. El trabajo voluntario debe ser promovido; sin embargo, éste trabajo no puede sustituir el rol de las instituciones y la función de los mismos. El voluntariado es un complemento importante que cumple funciones específicas, en especial relacionado al involucramiento de las comunidades en los procesos de planificación, implementación y evaluación de las acciones. Las comunidades deben percibir que son parte del proceso de toma de decisiones y así apropiarse las iniciativas, solo de esta manera se garantiza la sustentabilidad de las mismas.
- Desarrollar un proceso de adecuación cultural de las acciones emprendidas desde las instituciones. Como se ha visto, las creencias, actitudes y percepciones de los indígenas acerca de la violencia y el VIH son particulares, y éstas particularidades deben ser incorporadas en toda estrategia de abordaje para que tenga impacto en las personas, respetando sus identidades culturales, y en lo

posible, en la lengua materna. Sin esto, el indígena seguirá percibiendo las acciones institucionales como ajenas a su realidad.

- Desarrollar estrategias que aborden las diferencias de género y de edad para aumentar la demanda de los servicios de salud especialmente. Se debe focalizar en el acceso de los hombres y de los adolescentes de forma particular. En todo proceso de toma de decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de la mujer, así como prevención del VIH se debe involucrar al varón. Muchas mujeres a pesar de contar con la información y los insumos de prevención, no tienen control sobre ellos, ya que sus parejas muchas veces toman decisiones en ese sentido (no uso del condón, oposición a métodos de planificación familiar). Los servicios de salud deben identificar las estrategias adecuadas para involucrar a los varones en la toma de decisiones en conjunto con las mujeres.
- Realizar un estudio sobre actitudes hacia el condón como medio de prevención en los pueblos indígenas y en base a los resultados, diseñar estrategias para mejorar la aceptación de este insumo preventivo por parte de los jóvenes principalmente.
- Capacitar y sensibilizar a los funcionarios y prestadores de servicios en temas relacionados con el abordaje desde los DDHH e interculturalidad. Existe un marco normativo y legal que debe ser cumplido por parte de las instituciones públicas. Desarrollar mecanismo de control, seguimiento y monitoreo de la calidad de la atención, y de la satisfacción desde el usuario/a.

7.5.3 Fortalecimiento y democratización de las instancias formales de decisión al interior de las comunidades (líderes y consejos)

Fortaleza y Oportunidades: Como se ha mencionado a lo largo de la exposición de los resultados, las instancias de gobierno interno de las comunidades (líderes y consejos) cumplen un rol fundamental en la vida organizativa de las comunidades.

Como instancias de toma de decisiones y con gran capacidad resolutive para varias problemáticas, su misma existencia y funcionamiento es una oportunidad que bien orientada permitiría lograr cambios, y avances en materia de violencia y exposición al VIH.

Es una plataforma de organización política y de gobernanza elegida por asamblea, necesaria para que las comunidades indígenas tengan una representación ante instancias políticas externas y, por otro lado, necesaria para lograr espacios de diálogo y toma de decisiones a nivel interno.

Por otro lado, es importante tomar en cuenta la influencia que ejercen las iglesias en algunas comunidades, que las posiciona como un actor clave e importantes líderes de opinión, y que podrían configurarse en aliados o barreras que condicionarían o hasta impedirían el desarrollo de estrategias integrales contra la violencia y toma de decisiones en relación a la prevención del VIH.

Debilidades y Amenazas: Los líderes y consejos constituyen la primera instancia de resolución de conflictos al interior de las comunidades, incluidos los hechos de violencia. Son instancias cerradas, que no permiten la participación de actores externos ni las instituciones del estado que trabajan en la temática de violencia. Las denuncias están condicionadas por las decisiones del líder y del consejo que deciden qué casos son derivados a instancias institucionales (policía, fiscalía, CODENI, etc.) y cuáles no.

Por otro lado, estas instancias no cuentan con un abordaje concreto ni definido en caso de violencia, al parecer se aborda de acuerdo a cada caso en particular; sin embargo, independientemente del tipo de situación de violencia, la estrategia de solución tendería a mantener y preservar el “vínculo” entre el agresor y la víctima. Este abordaje colisionaría con las medidas de protección de implementación inmediata establecidas en el marco legal relacionado a la violencia de género, que busca preservar la vida e integridad física y psicológica de la víctima por encima de la relación entre los involucrados.

En algunas ocasiones, los intereses del líder y del consejo no podría estar en sintonía con los intereses

comunitarios en general, y menos aún con las particulares necesidades, demandas y reivindicaciones de grupos en particular, en especial las mujeres, jóvenes y adolescentes, grupos que no son vistos como referentes importantes en la toma de decisiones a nivel comunitario.

La estructura de estos órganos de gobierno interno, tienen un fuerte sesgo masculino, ya que en su mayoría están conformados por hombres adultos. De hecho, algunas mujeres han explicitado que sus derechos están lejos de estar garantizados en estas instancias de estructuras verticalistas y donde el poder está concentrado en manos masculinas principalmente.

Si bien algunas mujeres forman parte de algunos consejos y también forman comisiones, éstas no están fortalecidas ni tienen una participación protagónica en la toma de decisiones al interior de dichos consejos, reconocen algunas entrevistadas.

Volviendo al rol de las iglesias, en algunas ocasiones, la primera instancia a la que acuden muchos indígenas, en especial las mujeres, en caso de violencia es al pastor de la comunidad, inclusive por encima del propio líder o consejo.

El abordaje por parte de la iglesia no es claro ni sigue un protocolo establecido. Sus acciones se limitarían al “consejo”, a la víctima y al agresor y brindar apoyo espiritual. Se ha identificado que el fin de estas intervenciones en la mayoría de los casos sería preservar el vínculo y la familia de los involucrados, lo que promueve la práctica que la víctima quede vinculada con su agresor inclusive en la misma casa.

En relación a la prevención del VIH, los prestadores de salud entrevistados identificaron claramente como una barrera la intervención de los pastores y su influencia en la toma de decisiones en las mujeres principalmente. El uso del codón no es valorado positivamente, al contrario, hasta podría promocionarse su no utilización según los funcionarios de salud.

Recomendaciones: Esta sección está estrechamente vinculada con las recomendaciones sobre la participación, articulación y empoderamiento de las mujeres.

En esta sección se ha descrito como las mujeres están llamadas a acceder al ejercicio del poder mediante la organización y el empoderamiento, procesos que se inician con una mayor participación en la toma de decisiones al interior de sus comunidades. Como se ha descrito en este estudio, si bien existen organizaciones de mujeres, éstas no tienen un fin político, sino más bien asistencialista y con poca relevancia en las decisiones comunitarias, aun cuando en los consejos existan miembros mujeres.

El líder y el consejo concentran gran poder en las decisiones que afectan a toda la comunidad; sin embargo, estas decisiones muchas veces no reflejan el conjunto de necesidades e intereses de muchos grupos, en especial de las mujeres y adolescentes. En este sentido, muchas mujeres ven la necesidad de construir una alternativa válida en cuanto al ejercicio y la práctica del poder, mediante la participación protagónica de las mismas. A su vez, los más jóvenes también demandan mayores espacios de participación y que sus voces sean tomadas en cuenta por parte de sus líderes y consejos.

En el estudio se han visto actitudes ambiguas en relación al rol de los consejos y el tipo de liderazgos de sus representantes. Por un lado, están las personas que aceptan esta organización del poder como parte de la autonomía de la comunidad y una forma de preservarse de la amenaza “externa” de las instituciones “blancas”, y, por otro, están las voces disidentes que cada vez más denuncian y reclaman cambios al interior de estas estructuras que perciben muchas veces como vinculados a intereses políticos y económicos externos (algunas personas identifican intereses económicos de los líderes con ciertos grupos empresariales y políticos partidarios).

En general, no se cuestiona la existencia de estas instancias de poder y gobernanza. De hecho, lo perciben como necesario; sin embargo, cuestionan su rol y funcionamiento, y sobre todo sus decisiones sesgadas, verticalistas y poco democráticas.

Por todo lo expuesto, se identifican las siguientes líneas de intervención:

- Fortalecer las organizaciones existentes de mujeres y orientar sus acciones a fines de participación política y de mayor involucramiento en las tomas de decisiones comunitarias. En el caso de comunidades que no existan este tipo de grupo, promocionar su conformación.
- Identificar, capacitar y empoderar a lideresas comunitarias, elegidas entre sus propias compañeras como puntos focales de cada comunidad y que tengan la autoridad de representar a las mujeres de sus comunidades en diferentes espacios. Capacitarlas en herramientas conceptuales y procedimentales necesarias para negociar con los órganos de poder e incidir en la toma de decisiones que beneficien a las mujeres.
- Crear comisiones de mujeres que tengan influencia en el consejo comunitario y otorgarles la potestad y autoridad de decidir sus procedimientos de gobernanza y elección de sus representantes ante el consejo.
- Incidir en la modificación de los estatutos que regulan el funcionamiento de los consejos y las funciones de los líderes, con el fin de que reflejen de manera adecuada todos los intereses de los diferentes grupos que conforman la comunidad y que no están representados en dichos órganos de poder (mujeres, jóvenes, adolescentes, niños/as y ancianos).
- Fomentar espacios de intercambio de experiencias interétnicas entre mujeres de diferentes pueblos y comunidades con el fin de establecer agendas comunes y acciones articuladas.
- Promocionar espacios de diálogo y reflexión entre adolescentes y jóvenes indígenas, mediante técnicas participativas y vivenciales. La participación de los jóvenes en la toma de decisiones comunitarias tiene un fin, en sí mismo, tomando en cuenta que muchos de los problemas identificados relacionados con la violencia, el VIH y la salud reproductiva los tienen a ellos como principales protagonistas, pero sin una voz propia ante los responsables de la toma de decisiones.

7.5.4 Respuesta Institucional a nivel departamental y local en materia de violencia y VIH

Fortalezas y oportunidades: Existen instancias con diferentes capacidades de respuestas y con RRHH capacitados en la temática. Poseen el mandato de abordar todo tipo de violencia mediante protocolos y estrategias, ya establecidas por el marco normativo y legal vigente.

Las instancias de gobierno local (Gobernación y Municipalidad) y a nivel central (Centro Regional de la Mujer dependiente del Ministerio de la Mujer) realizan actividades de sensibilización y capacitación en mujeres, adolescentes y personas mayores con un abordaje de DDHH y género.

En algunos casos se observa cierta articulación a nivel de las actividades; por ejemplo, si el Centro Regional de la Mujer realiza un taller en una zona alejada, la Gobernación apoya de forma logística y con medios para el traslado.

Existen RRHH comprometidos y capacitados en temas de género, violencia y DDHH.

En general, todas las instituciones entrevistadas mostraron apertura, buena actitud y voluntad política para participar, colaborar y/o coordinar acciones relacionadas con las actividades del potencial proyecto “Refuerzo de los servicios integrados para las mujeres indígenas afectadas por el VIH y la violencia” y valoran de forma muy positiva la incorporación del voluntariado conformado por miembros de las comunidades indígenas como estrategia válida y efectiva de trabajo con esta población.

En cuanto a la respuesta institucional hacia el VIH, es aquí donde mayor trabajo se ha realizado tomando en cuenta que los recursos destinados a la salud son mayores que los destinados a las instituciones que abordan la violencia.

Existe una red integrada de servicios de salud desde los niveles más simples de atención hasta servicios de alta

complejidad. También se valora la existencia de servicios financiados por fuentes privadas que trabajan con la población indígena, es el caso de la clínica indígena de Filadelfia, un servicio exclusivo financiado y gestionado por las Cooperativas de los Colonos Menonitas.

Independientemente del régimen de financiación de los servicios (público, departamental, municipal o privado, o una combinación de éstos) en todos existen convenios con el Ministerio de Salud Pública, lo que permite que algunos programas ministeriales sean ofrecidos desde estos servicios, de forma gratuita. Es el caso, entre otros, de los programas de salud sexual y reproductiva, y de VIH. En todos estos servicios se ofrece la prueba del VIH y la sífilis de forma gratuita.

En caso de personas con diagnóstico positivo para el VIH se realizan las derivaciones al Hospital Regional para su tratamiento.

Otro aspecto positivo y una buena práctica, ya descrita en apartados anteriores es la incorporación de personas indígenas en los servicios de salud. Existen algunas técnicas en enfermería y promotores de salud que trabajan en algunos servicios y que son vínculos con las comunidades.

Por otro lado, desde los servicios de salud se ofrecen de forma sistemática actividades de información y capacitación en temas relacionados con el VIH, a pesar de algunas dificultades de convocatoria y participación, los prestadores de salud han sabido ensayar estrategias alternativas para facilitar el acceso a estas charlas y motivar su permanencia en ellas. Esto refleja de algún modo el interés y compromiso de algunos referentes de salud en las necesidades de los indígenas, aspectos que deben ser reforzados.

Las instituciones nacionales y departamentales reportan contar con datos estadísticos sobre casos de violencia mediante las instancias notificadoras (policía, servicios de salud, fiscalía, juzgados de paz, etc.), así como estadística sobre tests de VIH y casos confirmados. Existen para ambos casos instrumentos de notificación estandarizados, flujo gramas de derivación y protocolos de actuación.

Debilidades y amenazas: La capacidad de respuesta institucional está condicionada a la colaboración de los líderes y consejos comunitarios indígenas. En general, su participación en casos de violencia está vedada por una política de no intervención externa impuesta por las autoridades de las comunidades indígenas. Esto impide abordar de forma integral los casos de violencia al interior de las comunidades mediante la aplicación de los protocolos de intervención ya establecidos (denuncia, verificación, exclusión del agresor y/o restricción de acercamiento a la víctima, protección, apoyo y seguimiento de la víctima).

Por otro lado, estas instancias en ocasiones no reciben las denuncias de indígenas si ésta no viene acompañada por la “autorización” del líder o que la víctima sea acompañada por el mismo líder.

También se ha reportado que, en ocasiones, cuando se realizan las denuncias de forma directa a estas instancias públicas, la respuesta institucional es “regresar” al denunciante a su comunidad e instarla a que busque ayuda en “sus” autoridades (líder y consejo) y, en caso de no llegar a una solución, acudir de nuevo a la institución pública.

Este tipo de prácticas legitiman el poder y la autoridad de las instancias de decisión internas por encima de las instituciones departamentales y nacionales, y generan poca confianza por parte de las personas que denuncian actos de violencia

En cuanto a la infraestructura, si bien las instituciones cuentan con recursos materiales y humanos mínimos necesarios, no son suficientes para atender las necesidades y demandas de la población. Se observan carencias en materia de recursos económicos, materiales y cantidad de RRHH capacitados.

Si bien se visibiliza el trabajo articulado a nivel operativo (actividades), no se comprobó la existencia de una articulación a nivel programático (planes o programas interinstitucionales e intersectoriales de abordaje integral a la violencia, y al VIH).

La respuesta institucional a la violencia y al VIH es más bien segmentada con poco nivel de articulación. En este sentido, las acciones pierden impacto, ya que tienden a ser aisladas y poco sistemáticas, y no están orientadas a indicadores ni metas comunes, ni tampoco se han identificado estrategias consensuadas. Si bien existen políticas, planes y programas nacionales en materia de violencia y VIH, éstos no están operativa a nivel local ni departamental. Asimismo, tampoco los protocolos de actuación están adecuados culturalmente a estas poblaciones, son más bien lineamientos de acción generales para toda la población. Los referentes de salud reconocen que no cuentan con una estrategia eficaz para acceder a los indígenas que han sido diagnosticados con el VIH. Estas personas muchas veces no quedan vinculadas con el servicio de salud y no permiten que se acceda a ellos. El servicio de salud por sí solo no cuenta con los recursos para dar el seguimiento a este tipo de casos y en ocasiones, se pierde contacto con el paciente.

En cuanto al tipo de acciones implementadas desde las diferentes instituciones, éstas están orientadas a cubrir necesidades básicas de la población, como asistencia médica, legal, técnica, psicosocial y sobre todo capacitaciones (más bien informativo y de sensibilización) en diferentes temáticas. No se han identificado actividades cuyo fin sea abordar necesidades estratégicas, es decir, impactar en las relaciones de poder entre los diferentes grupos, sobre todo las relaciones de género mediante acciones de empoderamiento de la mujer y de la promoción de nuevas masculinidades en los varones.

La mayoría de las acciones reportadas quedan a nivel de actividades de información, sensibilización y capacitación. Estas actividades de capacitación están también limitadas por la falta de voluntarios y promotores indígenas que realicen esta tarea con la adecuación cultural para cada comunidad y en su lengua materna. No se evalúa el nivel de comprensión de los/as participantes indígenas de estas actividades.

Solo se ha reportado capacitaciones para desarrollo de oficios en mujeres (panadería, peluquería, etc.), pero estas acciones no están seguidas de monitoreo ni

asistencia técnica posterior ni tampoco se facilitan recursos materiales y económicos para iniciar los micro emprendimientos. Esto genera que las capacitaciones no tengan un resultado concreto, ya que las mujeres carecen de los recursos mínimos necesarios para iniciar sus emprendimientos.

Tampoco se han descrito acciones más de tipo estructurales que intenten modificar los determinantes que generan y mantienen las desigualdades, y que reflejan finalmente hechos de violencia y casos de infección por VIH. A nivel institucional no se han identificado acciones tendientes a mejorar las condiciones de pobreza y exclusión en especial de las comunidades indígenas asentadas en los centros urbanos, las más expuestas a situaciones de marginalización, discriminación y violencia institucional, y estructural.

En relación a la capacidad de respuesta basada en evidencias, no se ha comprobado la utilización de información para la toma de decisiones ni para la planificación y evaluación. Toda la información se deriva a nivel central y el Departamento tiene poco control sobre su propia información estratégica.

Por otro lado, existiría un importante sub-registro sobre todo de casos de violencia en las comunidades indígenas, ya que éstas son derivadas en primera instancia a las autoridades internas (líderes, consejos y pastores de las iglesias). Solo los casos que estas instancias no pueden resolver, o los casos de extrema gravedad, llegan a las instituciones departamentales y nacionales, y pueden ser registrados.

Recomendaciones: Las barreras y dificultades encontradas se podrían clasificar en cuatro ejes principales: i) barreras estructurales (infraestructura inadecuada, falta de recursos materiales, financieros y humanos); ii) programáticas (falta de articulación a nivel de políticas, planes y programas); iii) operativos (acciones y actividades segmentadas, aisladas y desconectadas de planes más amplios e integrales) y iv) monitoreo y evaluación (poco control sobre los datos generados a nivel local que impiden una correcta toma de decisiones).

En base a estos hallazgos se esbozan algunas líneas de acción:

- Promover el **voluntariado** en todos los niveles y en todas las instituciones a nivel departamental. La fuerza del voluntariado es de vital importancia para que las instituciones logren acceder a las comunidades. Las instituciones deben orientarse a las poblaciones y no esperar que las poblaciones accedan a ellas. Se sugiere:
 - Relevar la situación de los promotores de salud en todo el Departamento de Boqueron, especialmente de los médicos y médicas tradicionales, las y los líderes espirituales, los primeros a quienes acuden la comunidad en casos de enfermedad.
 - Apoyar el trabajo voluntario de las parteras tradicionales (empíricas), así como su capacitación, e incorporarlos en el sistema de salud con enfoque intercultural.
 - Valorar el trabajo voluntario de las lideresas y los líderes comunitarios con programas de capacitación, y reconocimiento público de quienes se destacan en su servicio comunitario.
 - Ampliar la prestación de servicios del voluntariado más allá del sector salud e involucrarlos específicamente en las instituciones que abordan la problemática de la violencia: Policía, Fiscalía, Juzgados, CODENI, Municipalidades y Gobernación.
- Desarrollar, validar, implementar y evaluar planes, y programas locales que respondan con las políticas en materia de violencia y VIH ya existentes. Los planes y programas deben contar con indicadores y metas consensuadas, y con estrategias diferenciadas para cada población. Cada institución involucrada debe actuar en su campo de experticia de forma articulada con las demás instancias involucradas.
- Involucrar a las comunidades indígenas, y en especial a las mujeres y adolescentes como segmentos

de la población más vulnerables a la violencia y al VIH en todo el proceso de toma de decisiones, desde la planificación, pasando por la implementación y finalizando con la evaluación de todo el proceso.

- Generar espacios de participación de las comunidades, como mesas de enlace donde miembros de las comunidades representen a sus poblaciones ante autoridades institucionales. La participación debe ampliarse más allá de la presencia de los líderes, ya que debe garantizarse la presencia de los grupos más vulnerables y con menos capacidad de representación en los consejos comunitarios (mujeres y adolescentes particularmente). Estos mecanismos de participación ampliados deben ser negociados y consensuados entre las autoridades institucionales y comunitarias indígenas.
- Realizar abogacía para aumentar el presupuesto destinados a las instituciones departamentales. Se deben garantizar los recursos mínimos necesarios para una correcta implementación de acciones.
- Se deben fortalecer los Consejos Locales de Salud y promover la participación de referentes indígenas al interior de dichos consejos.
- A nivel operativo, las actividades deben ser ampliadas más allá de charlas de sensibilización, informativas o de capacitación de habilidades. Las mujeres y adolescentes requieren procesos de empoderamiento para que sean capaces de generar acciones orientadas al cambio de estructuras que mantienen las desigualdades. Con la sola información y sensibilización sobre temas de violencia y VIH no necesariamente se generan cambios de estas estructuras.
- Existen buenas prácticas en otros contextos que sugieren que la violencia puede ser combatida con éxito mediante el empoderamiento económico de

las mujeres. Se ha descrito en este trabajo como la violencia económica opera en conjunto con las demás manifestaciones de violencia. Muchas mujeres se ven condicionadas a regresar con sus agresores al verse desprovistas de los recursos económicos para sustentar a sus familias. Es importante que se desarrollen planes institucionales de autonomía económica de las mujeres indígenas mediante programas de capacitación en oficios, seguimiento técnico y acceso a micro créditos para inicio de emprendimientos que generen recursos propios a las mujeres más vulnerables.

- Aprovechar la visión comunitaria de las mujeres indígenas y desarrollar estos proyectos productivos de forma colectiva (huertas comunitarias, emprendimientos donde las mujeres trabajen de forma colectiva, cooperativas sociales formadas por mujeres productoras, etc.)
- A nivel de monitoreo y evaluación, promover el desarrollo de salas de situación relacionadas con la violencia y el VIH, que se nutran de las diferentes fuentes de notificación, para que sean insumos para la planificación, implementación y evaluación de acciones a nivel local.

7.6 Equipo de Investigación

Faustina Alvarenga, Consultora e investigadora Principal

Martín Negrete, Consultor metodológico y Co-investigador

Orlando Gómez, Entrevistador (Intérprete lengua guaraní)

Daniela Benítez, Entrevistadora (Intérprete lengua nivaclé)

Maria Elena Chamorro, Entrevistadora

ONU MUJERES ES LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS DEDICADA A PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES. COMO DEFENSORA MUNDIAL DE MUJERES Y NIÑAS, ONU MUJERES FUE ESTABLECIDA PARA ACELERAR EL PROGRESO QUE CONLLEVARÁ A MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE LAS MUJERES Y PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES QUE ENFRENTAN EN EL MUNDO.

ONU Mujeres apoya a los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el establecimiento de normas internacionales para lograr la igualdad de género y trabaja con los gobiernos y la sociedad civil en la creación de leyes, políticas, programas y servicios necesarios para implementar dichas normas. También respalda la participación igualitaria de las mujeres en todos los aspectos de la vida, enfocándose en cinco áreas prioritarias: el incremento del liderazgo y de la participación de las mujeres; la eliminación de la violencia contra las mujeres; la participación de las mujeres en todos los procesos de paz y seguridad; el aumento del empoderamiento económico de las mujeres; y la incorporación de la igualdad de género como elemento central de la planificación del desarrollo y del presupuesto nacional. ONU Mujeres también coordina y promueve el trabajo del sistema de las Naciones Unidas para alcanzar la igualdad de género.



Casa de las Naciones Unidas, Edificio #128, Central,
Ciudad del Saber, Clayton
Panamá, Rep. de Panamá

www.unwomen.org
www.facebook.com/unwomen
www.twitter.com/un_women