



## Conversando con Nizarindandi Picasso sobre el VIH y la violencia contra las mujeres

**Dinys Luciano Ferdinand**

Mi bisabuela decía que el mundo se ve distinto dependiendo de la acera en que una esté parada, y lo cierto es que conversar con Nizarindandi Picasso, miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/sida en México (ICW, por sus siglas en inglés) es como mirar el VIH a través de un caleidoscopio de espejos que conectan a miles de mujeres con su historia de vida. Niza habla de sujetos, políticas públicas, ciclo de vida, riesgos y vulnerabilidades frente al VIH; pero también del cambio personal y colectivo que se produce cuando marcamos el *ubi* diferencial en los espacios en que nos desenvolvemos.

### Los sujetos en la jerarquización de las políticas públicas en torno al VIH

En las políticas públicas son consignados los problemas que han logrado el reconocimiento político necesario para transformarse en prioridades que afectan el bienestar común. En ellas se establecen los grados de competencia, es decir, del más y del menos, -los más afectados, los más necesitados, las primacías- y por ende, la asignación de recursos financieros y visibilidad simbólica.

En América Latina y el Caribe la violencia contra las mujeres (VCM) y el VIH forman parte de la agenda pública, aunque con claras diferencias en términos de jerarquía en las políticas sectoriales. Las intervenciones sobre ambos temas se han desarrollado de manera paralela, con una marginal conexión que escasamente se refleja en los programas de profilaxis post exposición al VIH para casos de violación sexual.

De manera reiterada escuchamos la queja de las activistas de derechos humanos que las políticas públicas en torno al VIH no abordan adecuadamente las necesidades de las mujeres; y por consiguiente, tampoco, los vínculos entre la violencia y la transmisión del VIH. Esta falencia estratégica es el resultado de la aplicación de enfoques en que las mujeres entran a las políticas desde el ámbito de la indiscernibilidad y de su relación con los otros: como madres en los programas de prevención de la transmisión perinatal, parejas de hombres con conductas de riesgo, reservorio del virus, parejas de los usuarios de drogas inyectables (UDIs) y cuidadoras de las y los que viven con VIH.



Nizarindandi Picasso. Miembro de ICW Latina/México. 2007



Pero, entre las madres, esposas, objetos de sexo casual, y cuidadoras, no hay manera de discernir sus necesidades con ciertos parámetros objetivables, porque no están allí desde el principio de individuación. Tal como plantea Niza Picasso: *“Lo que no se ve no existe. Se habla del SIDA y las mujeres en fechas conmemorativas como el 8 de Marzo, Día Internacional de la Mujer, o el 25 de Noviembre, Día de No Más Violencia contra la Mujer. El problema es que miles de mujeres vivimos con el VIH/sida los trescientos sesenta y cinco días del año y no solo el 1 de Diciembre, Día Mundial del SIDA.”* Si la individualidad de las mujeres frente al VIH se troquea una vez por año, es entendible que cotidianamente escuchemos voces que se refieren a la feminización del VIH como un espejismo, aunque la proporción de mujeres en las estadísticas de nuevos casos detectados se está incrementando rápidamente, como por ejemplo en Argentina, donde la razón varón/mujer para los nuevos diagnósticos se ha estrechado hasta 1,3:1 en el 2005 (respecto a 15:1 en 1988). En Colombia, era de 10:1 a comienzos de los años 1990 alcanzando 2-3:1 en 2003-2005; y en Nicaragua de 7:1 en 1998 pasó a 3:1 en el 2003.

Cuando las mujeres entran en las políticas de VIH desde la identidad de enjambre y en función de los otros, no se reparte el poder para decidir, protegerse contra el VIH y participar desde la autonomía; que teóricamente se transfiere a través de los servicios e intervenciones. Más bien, las mujeres son las repartidas dentro de las prioridades, porque ellas no constituyen una prioridad como sujetos en sí mismas. Somos el genérico en bloque.

### **Historias de vida, violencia y el VIH**

Los relatos de Niza hablan de conexiones entre su historia de vida y las formas en que la violencia creó una impronta en sus pupilas a través de la cual se veía a sí misma, a las y los otros; y su contexto. *“La falta de autocuidado con la que crecí, el vivir no protegida, influyó en la forma en que viví y las decisiones que tomé. La agresión física que recibí durante mi niñez fue creando una percepción de mi misma y mi entorno que me hacía difícil darme cuenta en qué momento me estaba poniendo en riesgo y cuando no.”* Las palabras de Niza explican, en parte, las estadísticas relacionadas con la baja percepción de riesgo frente al VIH que comparte una abrumadora proporción de mujeres en América Latina y el Caribe. La violencia sistemática reduce nuestra capacidad de defensa y autoprotección, al tiempo que genera barreras para buscar ayuda: *“Siempre estaba a la defensiva, no dejaba que nadie me ayudara a darme cuenta de lo que me estaba sucediendo. Daba por hecho que sabía muchas cosas y no las explicaba.”*

Pero la violencia y el VIH se entrecruzan en múltiples avenidas y las experiencias de violencia nos hacen más vulnerables al VIH, al tiempo que el vivir con el VIH nos coloca en riesgo de vivir otras formas de violencia en la familia, por parte de la pareja, en la comunidad y las instituciones que están




destinadas a garantizar los derechos ciudadanos: *“Muchas mujeres han vivido diversas formas de violencia –emocional, física, sexual- en las distintas etapas de su vida, y no lo hablan. Sin importar la edad, podemos contraer el VIH a través de la violencia sexual, pero también de relaciones marcadas por la violencia pero que no podemos identificarlas como tal; y por lo tanto no sabemos cómo pararla. Las mujeres que emigran a otros países, en muchos casos de manera ilegal, enfrentan riesgos de violación sexual y extorsión por parte de los traficantes de personas que las colocan en situación de especial vulnerabilidad frente al VIH. Podemos enfrentar otras formas de violencia, de carácter institucional, ya que por ejemplo, nuestros hijos e hijas no son admitidos en las escuelas y la Secretaría de Educación Pública no dice nada absolutamente.”* Y frente a esta expresión de violencia institucional asalta la duda: ¿Porqué las políticas enfatizan en prevenir la transmisión perinatal y al mismo tiempo no protegen a los hijos e hijas de las mujeres viviendo con el VIH de la exclusión social, riesgo tan letal como el VIH en tanto ente biológico?

La violencia que enfrentan las mujeres viviendo con el VIH en sus familias pueden colocarlas en un escenario donde su logos queda literalmente aniquilado y otros se autodelegan como portadores de su voluntad: *“Algunas mujeres viviendo con VIH tienen que regresar a vivir con la familia, no tienen libertad para decidir qué hacer en su vida ya que sus opciones están condicionadas por lo que los otros las dejan hacer. Algunas son tratadas como empleadas domésticas porque no pagan los gastos de la casa en que residen. Vivir con el VIH genera mucha inseguridad y esa permanente incertidumbre se convierte en terreno fértil para que se den situaciones violatorias de los derechos humanos fundamentales.”* ... ¿Dónde están las garantías mínimas del Estado para asegurar una vida digna a las mujeres viviendo con VIH?

### **Poblaciones clave y planificación de políticas sobre el VIH**

Niza plantea que para integrar estrategias VCM y VIH es necesario asumir un enfoque de ciclo de vida que favorezca el empoderamiento de las mujeres desde la niñez: *“Es necesario desarrollar intervenciones desde la infancia porque cuesta darse cuenta qué acciones constituyen una forma de violencia, saber cómo prevenirlas y cómo defenderse de ellas. Necesitamos aprender desde pequeñas a distinguir que es lo que nos daña y cuáles son nuestros derechos.”* Escuchando a Niza una se traslada a múltiples escenarios donde los actores dialogan, negocian prioridades y establecen metas. Y entonces nos asalta la pregunta ¿Cómo se integra un enfoque de ciclo de vida y diversidad en modelos de planificación de programas de VIH que están estructurados alrededor de “poblaciones clave” fragmentadas (hombres que tienen sexo con hombres, UDIs, trabajadoras sexuales, personas privadas de libertad, mujeres embarazadas, inmigrantes, jóvenes, y/u otros) y con estrategias en muchos casos mutuamente excluyentes? ¿Qué hace un programa de VIH cuando tiene que abordar



necesidades de estas poblaciones que en la mayoría de los casos se entrecruzan y permutan entre sí? Por ejemplo, ¿Qué hacer en un servicio de consejería de VIH para jóvenes que además, podrían ser inmigrantes, estar embarazadas, tener sexo por dinero o bienes, ser pareja de UDIs, etc...? ¿Serían estos casos referidos a todas las casillas de servicio especializado para cada grupo de población a la que pertenece hasta que reciba “atención integral” o se perderán en el largo camino de la “atención”?

### **Reconstruyendo la historia de vida, individual y colectivamente**

El proceso de reparación de los daños producidos por la violencia en las distintas etapas de la vida de las mujeres requiere de la conjunción de muchas fuerzas: *“el poder personal, políticas públicas, el apoyo emocional, la propia familia, amigos y otras mujeres.”* Para Niza, construir un presente y futuro que proteja a las mujeres del VIH y la violencia requiere de políticas estatales que garanticen los derechos humanos, donde la violencia en la pareja no sea naturalizada, la migración riesgosa no sea la opción para satisfacer las necesidades básicas, la violación sexual no sea el fantasma recurrente en la historia de vida de las mujeres, entre otros. También es necesario, en el nivel individual *“Conciliar el pasado y el presente. Para estar bien viviendo con VIH, debo estar bien emocionalmente, reconstruir lo que ya pasó. Las mujeres VIH positivas tienen acceso limitado a la asistencia psicológica individual, ya que donde hay apoyo emocional, el mismo se ofrece básicamente a través de los grupos de apoyo; y a veces una no está preparada para compartir abiertamente con un grupo sus procesos y experiencias. La falta de atención psicológica individualizada para personas VIH positivas es una seria limitación para la recuperación de los efectos de la violencia y una barrera al acceso para prevenirla una vez se tiene un resultado positivo. Cuando se han creado condiciones para trabajar las secuelas desde lo colectivo, es gratificante encontrarse con otras mujeres que han vivido una situación similar porque sientes que no estás sola y que se pueden cambiar las cosas colectivamente. Darme cuenta de la vinculación entre mi diagnóstico como positiva y las experiencias de violencia en mi vida, y entender cómo éstas habían afectado, fue doloroso y, al mismo tiempo, liberador.”*

La reconstrucción de los fragmentos de la vida de una mujer viviendo con el VIH también enfrenta barreras tales como la recuperación del derecho a la intimidad, al reencuentro con la sexualidad y el placer: *“Es difícil volver a tener pareja. Muchas tienen miedo de volver a tener relaciones de pareja ya que les tocó enterrar a sus maridos y no quieren volver a pasar por la misma situación. Entre los hombres viviendo con el VIH, éstos llegan a su grupo y pueden*



*encontrar pareja y seguir teniendo relaciones sexuales; sin embargo, en el caso de las mujeres los hombres no quieren tener relaciones con ellas.”*

Niza reafirma que el poder individual y colectivo de las mujeres en general y de las que viven con el VIH, está íntimamente asociado a la erradicación de la violencia en las distintas esferas de sus vidas. El miedo le asalta de vez cuando. Ha estado hospitalizada dos veces y su familia es su soporte y apoyo ya que cuidan de su hijo de 14 años y mantienen una relación de solidaridad, respeto y profundo afecto. Niza apuesta a la construcción de las mujeres como sujetos de un contrato social basado en el ejercicio de los derechos humanos, donde seamos intérpretes de nuestra voluntad y necesidades.

### **Bibliografía**

1. Programa Nacional del SIDA de la Argentina, 2005; Ministerio de Salud de la Argentina, 2004. Citado por ONUSIDA en “América Latina: situación de la epidemia de SIDA. 2006.
2. ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006. Citado por ONUSIDA en “América Latina: Situación de la epidemia de SIDA. 2006.
3. ONUSIDA. 2004. Resumen Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA. Ginebra.

### **Development Connections (DVCN)**

#### **Conectando recursos para el desarrollo sostenible**



1629 K Street NW Suite 300 Washington D.C. 20006 USA

Tel.: (202) 466-Email: [info@dvcn.org](mailto:info@dvcn.org) Webpage: [www.dvcn.org](http://www.dvcn.org)

Comunidad de Practicas DVCN: [www.dvcn.aulaweb.org](http://www.dvcn.aulaweb.org)