

“Tarde me di cuenta de que el matrimonio no me protegía del VIH”:

MUJERES, PROCESOS DE EXCLUSIÓN Y VIH EN MÉXICO

Ana Amuchástegui

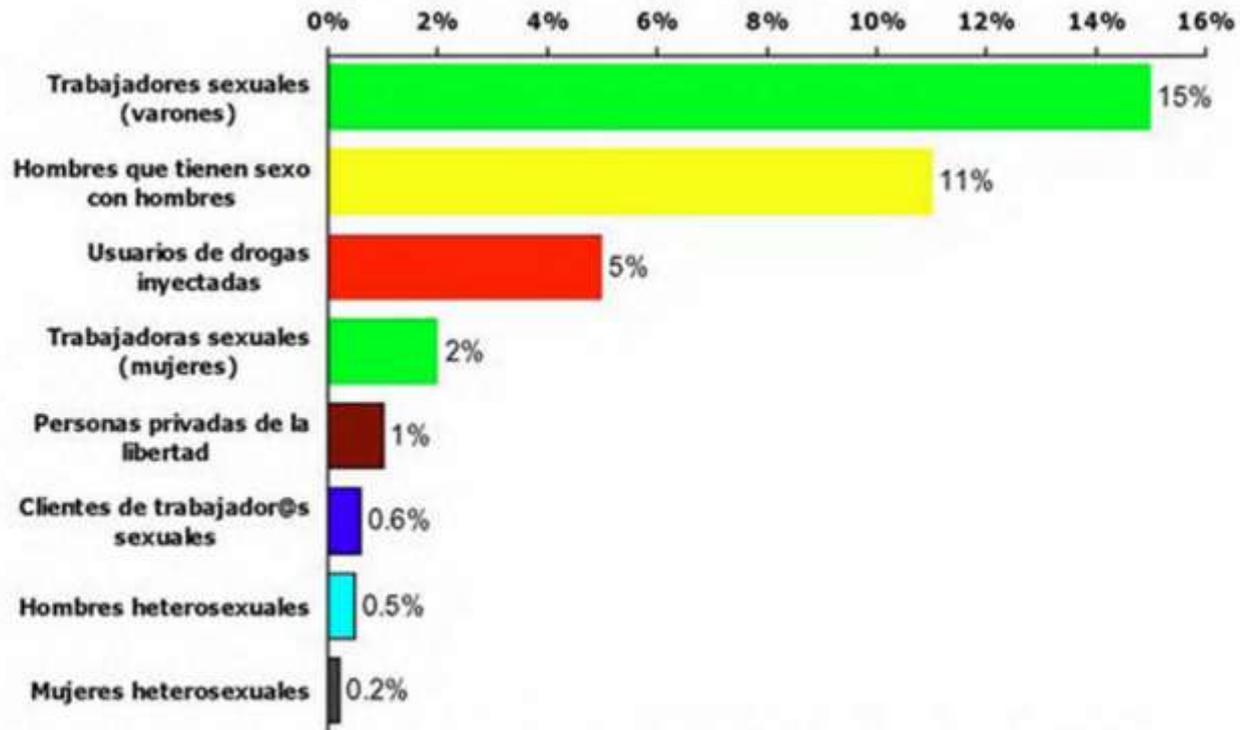
Seminario Internacional
Perspectiva de igualdad de género en salud en el marco de los derechos humanos: avances y retos para México

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Septiembre 2013

EPIDEMIOLOGÍA, MUJERES Y VIH EN MÉXICO

Gráfico 7

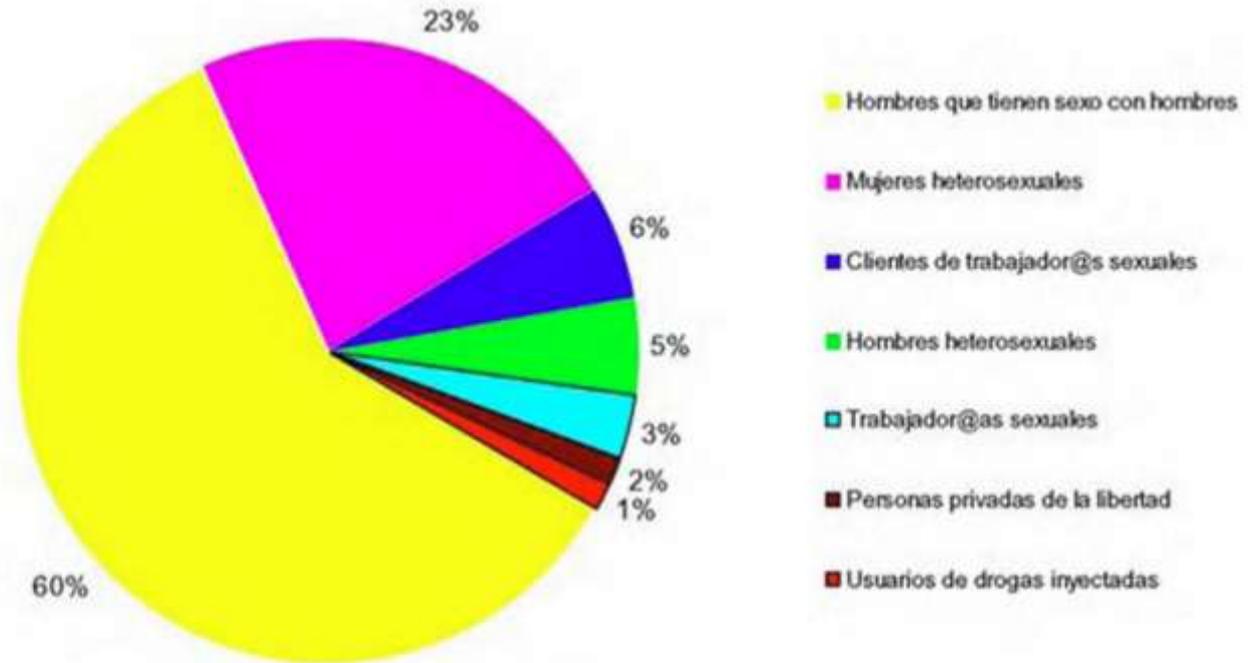
Prevalencia estimada de VIH en los distintos grupos de población de México



Fuente: Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca. El VIH y sida en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones. México: CENSIIDA, 2008.

Gráfico 8

Distribución de las 220,000 personas que viven con VIH en México, 2009



Fuente: Estimaciones conjuntas ONUSIDA y CENSIDA, 2009

- Reducción de razón de casos hombre/mujer:
11 a 1 en 1985 /4 a 1 en 2009
- 95% de las infecciones en mujeres: por transmisión heterosexual
- Relaciones desprotegidas con una pareja estable: factor de riesgo de VIH
- La prevalencia más alta en mujeres VIH+:
 - no entre trabajadoras sexuales (*sic*) (salvo cuando se combina con uso de drogas inyectables).
 - en promedio tres compañeros sexuales / desconocen estatus positivo de parejas

INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA

Mexicanas en Acción Positiva

- Entrevistas autobiográficas narrativas
- 21 Mujeres entre 17 y 60 años de edad
- Entre 2 y 20 años Dx
- Transmisión heterosexual / pareja estable
- Unidas/Casadas/Viudas
- Entre 1 y 3 parejas sexuales consecutivas
- Cuando menos un/a hijo/a (Algunos VIH+)
- Usuarias del sistema de salud pública
- No se describen como trabajadoras sexuales

1. EXCLUSIÓN “EPIDEMIOLOGICA” Y CULTURA

Construcción social de la epidemia/“grupos de riesgo”:
“HSH”, “TS”, UDI’s



Homosexualidad masculina – “promiscuidad” femenina

PRODUCCIÓN DE GÉNERO/MUJERES



Desconocimiento / negación del riesgo

Ajenidad/no son sujetos de infección

Ausencia de identificación con el *campo sexual* ligado al VIH

IMPOSIBILIDAD ESTRUCTURAL DE “PERCEPCIÓN DE RIESGO”

Modelo conductual de comprensión de la epidemia/insuficiente

1994

“Fue notable que la tasa de infección por VIH en mujeres que no se consideraban en alto riesgo de infección fue siete veces mayor que en las prostitutas (*sic*) que, obviamente, tenían múltiples parejas”

Valdespino JL, García García ML y Martínez Palacios M (2009) El diagnóstico epidemiológico 1981-1995 y el primer Programa Nacional de Prevención: 1990-1994, Córdoba J, Valdespino JL y Ponce de León, S (eds.) 25 años de Sida en México. Logros desaciertos y retos, SS/INSP, 2ª ed, México.

***Mujeres heterosexuales con parejas estables:
población vulnerable al VIH***

INFECCIÓN

Hombres/conductas de riesgo

Mujeres/vulnerabilidad social

Yo ni siquiera sabía lo que era el VIH, o sea, sabía que existía y que causaba el SIDA pero pensaba “a mi no me va a pasar”, porque en los volantitos que nos daban decía que lo podías adquirir si TÚ tenías muchas parejas, pero no si TU PAREJA tenía muchas parejas. ¡Si no lo dicen con todas sus letras no podemos verlo!

Miriam, 42 años, divorciada, nueva pareja negativa, un hijo, servidora pública.

*El VIH no es ajeno a las mujeres, no porque estés en tu casa no te va a dar
Fabiola, viuda, maestra*

TRANSMISIÓN SEXUAL: ESTIGMA

Organización social de la sexualidad: dos lados de la misma moneda

Matrimonio e "inevitabilidad de la infidelidad" masculina
(Hirsch, 2009)

Infecciones "inocentes"/monogamia

"Pero ¿cómo?, tanta gente que anda por ahí en la vida, con tantas parejas.. ¿por qué esto a mi? Fue algo que yo no me busqué"
Federica, 43 años, casada, pareja e hijo VIH+, empleada

Infecciones "culpables"/ "promiscuidad"

"Nomás así pensé 'yo me lo busqué, yo me lo merezco' o sea, esa forma, ese trato (del personal de salud), me hizo sentir así, que yo tengo la culpa, por promiscuidad... pero ella no sabe mi vida, nunca me preguntaron cómo has vivido, qué te ha pasado, nada, nomás te piden la información de cuántas parejas has tenido"
Pamela, 42 años, empleada, tercera pareja VIH-, hija VIH+

TEOREMA DE LA EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH

La sexualidad es siempre culpable

MUJERES VÍCTIMAS/HOMBRES PERPETRADORES

(Dowsett, 2003)

“Lógica de género: letal en el contexto del VIH”

(Liguori & Lamas, 2003)

Trabajadoras sexuales/“prostitutas”
Esposas/sospecha de prostitutas

Deseo homoerótico masculino
Impensable/impronunciable

↓
Sexismo
↘

+

↓
Homofobia
↙

Ejes que permiten culpar del VIH a mujeres y “homosexuales”

ESTRATEGIA BIOPOLÍTICA ANCLADA EN EL VIH COMO ASUNTO DE LA
MORAL –no de salud-



PRESERVACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD

SEXUALIDAD —————> **¿CAMPO DE DAÑO?**

Ausencia de control sobre uso del condón
Imposibilidad estructural de prevención

INFECCIÓN POR VIH

Daño como plataforma de individuación



Autorización de construirse a sí mismas como sujetos de cuidado



Exigencia a pareja VIH+

“Después pasa todo ese proceso de entender la infidelidad y yo ya entendí que a mí me toca que conmigo tiene que usar condón. No me importa si hace o deshace, pero conmigo el condón. Así tenía que ser desde el principio, pero no tuve la información y no lo hice”

Enriqueta, 41 años, pareja VIH+, dos hijos

REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES



PREVENCIÓN ENTRE HOMBRES

2. EXCLUSIÓN INSTITUCIONAL

Democratización y “participación ciudadana”

Nuevas formas de relación

Estado \longleftrightarrow sociedad

VIH

Sociedad civil \longrightarrow políticas públicas

Movimiento gay



Institucionalización de la relación con el Estado

MOVIMIENTO GAY  MUJERES

Estado asistencialista y clientelar



↓
“Ciudadanía”

Experiencia (prácticamente) desconocida



Estado interpela a un sujeto inexistente:
Profesionalizado – ciudadanizado – institucionalizado (“AC”)

+

Ausencia de reconocimiento de condiciones sociales de las
mujeres/dificultad de responder a la convocatoria

Mujeres = “víctimas”

Lógica del rescate

Deja fuera sexualidad, deseo y placer
Producción de gradiente de vulnerabilidades



¿nuevas formas de relaciones de género?

INICIO DE LA PARTICIPACIÓN

Demandas asistenciales/"apoyos" coinciden con políticas "sociales"
(vivienda, guarderías, pasajes, despensas, etc.)



Borramiento de derechos sociales y económicos

ENTRENAMIENTO/"TRADUCCIÓN" DEL LENGUAJE DE LA EXPERIENCIA AL LENGUAJE INSTITUCIONAL

PRODUCCIÓN DE UN INTERLOCUTOR

"Nuestra intención no era formar una organización; nuestra intención era que nos escucharan y que vieran nuestras necesidades. Más adelante nos dimos cuenta de que eso era una organización civil, ¿no?, para poder ocupar espacios en donde se toman decisiones"

Miriam



Reconocimiento de derecho a servicios de salud
(Medicamentos, ginecología, cumplimiento de las NOM, etc.)

“Nos empezamos a reunir por aparte, éramos ocho mujeres VVIH y empezamos a hacer la carta que nos pidieron, empezamos a ver las necesidades de cada una pero ni sabíamos pedir, no sabíamos ni cómo empezar a hacer la carta”

Rosi, 42 años, casada, un hijo VIH+

3. EXCLUSIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA

- Ausencia o deficiencia de consejería pre y post: equivalencia VIH-muerte
- Violación del derecho a la confidencialidad
 - Interacción VIH/fisiología femenina
 - Salud sexual e ITS
- Derechos reproductivos (aborto legal, anticoncepción, deseo de embarazo, etc.)
- Ausencia de TARV específico (afectación por lipodistrofia, etc.)
 - Prevención vertical
 - Cesárea/presión para parto natural
 - Suspensión y alternativas a la lactancia
 - Tratamiento para embarazadas

4. EXCLUSIÓN POLÍTICA

Respuesta a la epidemia



Exigencia de “participación ciudadana”

Necesidad de construcción de *sujeto político*



a) *Construcción de identidad colectiva*

b) *Politización de identidad colectiva*

Movimiento gay

Reivindicación de identidad / orgullo

Sexualidad/placer y deseo

VIH : estigma + posibilita legitimación

Mujeres VVIH

No hay identidad que reivindicar /
naturalización

Sexualidad/daño

VIH: estigma/deslegitimación

a) Construcción de identidad colectiva/PVVIH:

Contacto EN servicios de salud
Inclusión inicial en organizaciones mixtas de PVVIH

b) Politización de identidad colectiva:

Reconocimiento del carácter político del VIH



Aprendizaje del lenguaje político del *VIH = materia de derechos*

Demanda fundamental: acceso universal a tratamiento



- Exclusión de demandas específicas de MVVIH:
 - “Oigan, ¿y un ginecólogo”?
 - Detección temprana
 - Prevención vertical
 - Derechos reproductivos
- Exclusión de procesos de toma de decisiones

a) **Construcción de identidad colectiva/MVVIH:**

VIH: desecho/sujeto inexistente

“yo llegué a pensar que ya no servía para nada por el hecho de ser positiva” (Jacaranda)

“El médico le dijo a mi marido, ‘¿para qué quieres que se opere si se va a morir? No voy a arriesgar a las demás mujeres por una que tiene SIDA’” (Naomi)



Grupo/identidad colectiva

“no soy la única”

Solidaridad/ *“ayuda a otras”*



Sujeto útil y necesario/ EXISTENTE

“a trabajar con nosotras mismas, porque el impacto es diferente de aquellas que no tienen VIH” (Rosi)



Ruptura del confinamiento al ámbito privado

Irrupción en el ámbito público



Autonomía/proyecto personal

EXCLUSIÓN EN LA RESPUESTA A LA EPIDEMIA

RECONOCIMIENTO DE CONDICIONES ESPECÍFICAS



¿ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS PARA PROMOCIÓN DE
SUJETO POLÍTICO?

“Cada que hay una conferencia había reunión entre nosotras, las Mexicanas, para decir quién iba a salir con los medios de comunicación y siempre alguien decía: “yo no, por mi familia”. Es algo que una no quiere, ¿no? La necesidad te lleva a hacerlo”

Miriam

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CUERPO, SUBJETIVIDAD Y CIUDADANÍA: METODOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE SUJETOS DE DERECHOS EN EL CAMPO DE LA SEXUALIDAD

Investigadores principales:

Ana Amuchástegui

Rodrigo Parrini

UAM Xochimilco

GIRE

Fundación Ford