



Vita

**MUJER, SIDA Y ACCESO A LA SALUD
EN AFRICA SUBSAHARIANA:
ENFOQUE DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES**





**MUJER, SIDA Y ACCESO A LA SALUD
EN AFRICA SUBSAHARIANA:
ENFOQUE DESDE LAS
CIENCIAS SOCIALES**

Edita

Medicus Mundi Catalunya

C/Elisa 14, bajos

08023 Barcelona

Tel. + 34 93 418 47 62. Fax. + 34 93 418 48 66

E-mail: catalunya@medicusmundi.es

<http://www.medicusmundi.es/catalunya/>

Coordinación científica y técnica

Maria Cristina Álvarez Degregori, Dirección científica del Proyecto, Medicus Mundi Catalunya

Esther Leandro Reguillo, Directora del Dto de Proyectos, Medicus Mundi Catalunya

Susan DiGiacomo, Coordinación científica del Grupo de Trabajo Interdisciplinario, Medicus Mundi Catalunya

Yamina Guidoum, Coordinadora Técnica, Medicus Mundi Catalunya

Grupo de Trabajo Interdisciplinario

Elizabeth Madraa, Ministerio de Salud, Uganda

Cristiano Matsinhe, Universidad Eduardo Mondlane, Maputo- Mozambique

Ana Maria Loforte, Universidad Eduardo Mondlane, Maputo- Mozambique

Harriet Birungi, Population Council, Nairobi- Kenia

Ezekiel Kalipeni, Universidad de Illinois en Urbana-Champaign- Estados Unidos

Elsa Jacinto, Ministerio de Salud- Mozambique

Noerine Kaleeba, TASO- Uganda

Susan Levine, Universidad de Ciudad del Cabo - Sudafrica

Arachu Castro, Universidad de Harvard- Estados Unidos

Joanne Wreford, Universidad de Ciudad del Cabo - Sudafrica

Joan Muela Ribera, Pass-International y Universitat Autònoma de Barcelona- España

Iqbal Hussain Shah, Organización Mundial de la Salud (OMS)

Maria Cristina Álvarez Degregori, Grupo Interdisciplinario de Investigación sobre Cultura y Salud (Grupo ICS), Medicus Mundi Catalunya

Colaboraciones

Joan Muela Ribera, Pass-International y Universitat Autònoma de Barcelona- España

María Fernández Hontañón, Miembro junta directiva, Medicus Mundi Catalunya

Amalia Fernández, Departamento de Comunicación, Medicus Mundi Catalunya

Margarida García, Departamento de Comunicación, Medicus Mundi Catalunya

Xavier Gabarró Díaz, Voluntario, Medicus Mundi Catalunya

Con la financiación de la Agencia Española de Cooperación (AECI), en el marco del Programa VITA

El Programa VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África, nace en enero de 2004, impulsado por la Agencia Española de Cooperación Internacional, del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación y constituye un esfuerzo para obtener la máxima coordinación y complementariedad española para el desarrollo en el sector de la salud en África.

El Programa VITA cuenta con la participación de los Ministerios de Sanidad y Consumo, de Economía y Hacienda, de Educación y Ciencia y de Industria, Comercio y Turismo; y de las siguientes Comunidades Autónomas: Generalitat de Catalunya, Xunta de Galicia, Junta de Andalucía, Gobierno de Cantabria, Región de Murcia, Gobierno de La Rioja, Generalitat Valenciana, Gobierno de Aragón, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Gobierno de Canarias, Junta de Extremadura, Gobierno de Navarra, Gobierno de Illes Balears, Comunidad de Madrid y Junta de Castilla-León.

www.aeci.es/vita

Traducciones

Santi Madero - Oknos Biomedical PM Services SL; Traduït; Enrique Góngora Padilla; Lydia Brugué Botia

© Medicus Mundi Catalunya

Reservados todos los derechos

Medicus Mundi Catalunya

C/Elisa 14, bajos

08023 Barcelona

Diseño y maquetación

Joan Luzzatti

Ilustración

TEMBE (Mozambique)

Depósito legal: B-9865-2007

Imprime: Gráficas Lluís S.L., febrero de 2007

Puede descargar gratuitamente este libro, en formato PDF, en www.aeci.es/vita y www.medicusmundi.es/catalunya

Costumbres y ritos... instituciones fuertes, incorruptibles. Resistieron al colonialismo, cristianismo, islamismo... resistieron la tiranía revolucionaria...resistirán siempre porque son la esencia del pueblo, el alma del pueblo. A través de ellos hay un pueblo que afirma frente al mundo que quiere vivir a su manera.

Paulina Chiziane. Una historia de poligamia

PRÓLOGO

Leire Pajín Iraola

Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación

Con ocasión del Día Internacional de la Mujer del año 2006, se celebró en Maputo (Mozambique) el *I Encuentro de Mujeres por un Mundo Mejor* en el que participaron representantes de distintas organizaciones y de los gobiernos de España y de varios países africanos. Por iniciativa de nuestro Gobierno y el del país anfitrión, y por primera vez en la cooperación española, tuvimos la oportunidad de sentar las bases de un trabajo eficaz para el desarrollo de África con la premisa del enfoque de género.

Uno de los frutos del encuentro de Maputo fue la “Declaración de Mozambique”, donde podemos leer entre otros compromisos el de *mejorar el acceso de las mujeres a los recursos y servicios sanitarios para promover mayores niveles de salud y bienestar y adoptar medidas destinadas a mitigar el impacto del VIH/Sida*.

El Plan Director 2005-2008 de la Cooperación Española ya destaca el compromiso de trabajar desde este enfoque al definir la equidad de género como una de sus prioridades horizontales, considerando el aumento de las capacidades y la autonomía de las mujeres como una dimensión imprescindible en todas las acciones de cooperación.

También hay que destacar como mecanismo de coordinación de actores el Programa VITA¹, que cuenta entre sus líneas de trabajo con la lucha contra las enfermedades transmisibles con especial atención al VIH/sida. Así, desde su secretaría ejecutiva se ha apoyado esta publicación, que supone el comienzo del cumplimiento del compromiso adquirido en la reunión de Maputo.

Por otro lado, el Plan África 2006-2008 destaca la relevancia política que se le quiere dar al continente más cercano a nuestro país. Con la redacción y puesta en marcha de este plan, se sientan las bases de un compromiso real con el continente y con la región de África subsahariana en concreto. Debemos tener en cuenta la cercanía en todos los sentidos de los ciudadanos y ciudadanas africanas y cómo la globalización, a pesar de haber acentuado en parte las desigualdades internacionales, ha acercado también la realidad de los países más empobrecidos a la de los países más enriquecidos.

Con estos puntos de partida se fortalece el compromiso del Gobierno español de trabajar por la promoción y la igualdad de hombres y mujeres poniendo especial énfasis en la autonomía, el acceso a los recursos y la toma de decisión de las mujeres.

La primera etapa en la materialización de este compromiso se desarrolló durante las jornadas celebradas en noviembre de 2006 en Barcelona bajo el título “Las ciencias sociales y el acceso de las mujeres africanas a los servicios de salud sexual y reproductiva / VIH/sida”. En esas jornadas participaron expertas y expertos internacionales destacando la implicación de africanas y africanos que expusieron cómo se está trabajando en África para reducir el impacto de la enfermedad y sobre todo

¹ Ver www.aeci.es/vita

qué enfoques de carácter social y comunitario son necesarios para que ese trabajo sea efectivo.

Es necesario reconocer la relevancia de los condicionantes estructurales que hacen que determinadas poblaciones tengan un riesgo mucho mayor de sufrir determinadas enfermedades. La calidad de los servicios de salud y los servicios públicos en general, las comunicaciones y los transportes, la defensa de los derechos humanos, la calidad de los sistemas educativos, el concepto de la sexualidad y la feminización de la pobreza, entre otros, son factores directamente relacionados con las probabilidades de contraer la enfermedad del sida o de acceder al tratamiento. También es necesario tener en cuenta la importancia de la construcción social de la enfermedad y lo imprescindible de afrontar el problema desde una perspectiva multidisciplinar y amplia.

El fruto del trabajo originado en Maputo y puesto en marcha en Barcelona, las experiencias de sus participantes y los consensos y conclusiones a los que se llegaron son los resultados que se vierten en este libro. Esperamos que este documento llegue a las instituciones públicas y privadas, españolas y africanas que trabajan en la lucha contra la enfermedad, y que enriquezca su labor. Pretendemos así aumentar la calidad de las acciones de desarrollo enfocadas a la disminución del impacto del sida para que juntos luchemos por la consecución de la meta número 7 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, horizonte de la cooperación española.



Agradecimientos:

A todos los compañeros y compañeras con quienes compartimos las Jornadas ***Contribución de las Ciencias Sociales en la Salud Pública y los Programas de VIH/sida en el África Subsahariana***, celebradas en Barcelona en abril de 2006, y que no participaron en este grupo de trabajo por tratarse de un tema más focalizado, pero que sin duda nos transmitieron la confianza y el entusiasmo que nos animó a avanzar un paso más en la experiencia:

Anna Cirera, Josep Maria Comelles, Manuel Corachán, Helena Drobna, Silvia Ferazzi, Juan Garay, Asunción García, Emidio Gune, Sara MacKian, Ángel Martínez, Alphonse McDonald, Clément Mufuzi, Michael Muyonga, Claudia Quiceno, Izabella Rohlf, Oriol Roman y Gustavo Wilches-Chaux.

Así como los invitados y las invitadas, Nee Mensah Afiavi, Ngary Sylla Ba, Assumpta Lucienne Françoise Bella, Atte Diop, Joyce Doodoo, Margaret Kimoli, Gebre-Egzbiabher Kiros, Damen-Haile Mariam, Muluken Melese Aseresa, Marina Margarida Montenegro Agorostos Karagianis, Chiratidzo Ellen Ndhlovu, Elizabeth Mwikali Ngala, Etienne Nhomzo'o, Samson Hezron Winani, Tsegay Legesse Woldeyohannes y Justine Zue Essono.

A Laura Mascarella, que nos aportó sugerencias especialmente útiles para plantear la metodología con que trabajamos los días en que estuvimos reunidos compartiendo ideas, discutiendo contenidos y elaborando este libro.

Al equipo del Programa VITA, a las Oficinas Técnicas de Cooperación de la AECI y a las embajadas españolas en los países de origen de los participantes, que facilitaron la tramitación de visados y otras gestiones.

Y por último, a todos los miembros del Grupo de Trabajo, participantes en la construcción de este libro, que respondieron positivamente a nuestra primera llamada, a pesar del corto tiempo disponible y del esfuerzo que significaba cumplir con los plazos que teníamos.



CONTENIDOS

Introducción	13
Preámbulo	18
Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en Mozambique: Un análisis de la cultura organizacional y los obstáculos institucionales Cristiano Matsinhe	20
Desigualdades y valores en salud reproductiva. La vulnerabilidad de las mujeres en un contexto de feminización del sida Ana Maria Loforte	28
Consideración de la sexualidad: respuesta a los sueños y los deseos de los jóvenes ugandeses con VIH por transmisión vertical Harriet Birungi	36
Las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad frente a la epidemia de VIH/sida en África: una perspectiva sociológica Ezekiel Kalipeni	44
La experiencia de la participación comunitaria en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en Mozambique Elsa Jacinto	62
Superación de los obstáculos para la provisión de asistencia, apoyo y tratamiento frente al VIH/sida a través de una asociación de carácter público, privado y civil: la experiencia de TASO en Uganda Noerine Kaleeba	70
Los <i>media</i> como intervención médica: El VIH/sida y la lucha por una asistencia de salud reproductiva para las mujeres en Sudáfrica Susan Levine	80
Sexualidad y Relaciones de Género en la Transmisión de VIH: Propuestas de Investigación en el Área de la Prevención Arachu Castro	88
¿Acercamiento o resistencia? Uso de los principios y práctica de la curación tradicional para mejorar el tratamiento del VIH/sida en Sudáfrica Joanne Wreford	94
Pluralismo médico en África Joan Muela	104
Abordaje de las necesidades de la salud sexual y reproductiva: Uso apropiado y oportuno de los métodos de investigación cualitativa Iqbal Shah	116
Perspectivas de la antropología médica crítica sobre la circuncisión masculina para prevenir el VIH María Cristina Álvarez Degregori	126
Conclusiones generales	139



INTRODUCCIÓN

María Cristina Álvarez Degregori
Dirección Científica del Proyecto
Medicus Mundi Catalunya

Al mes siguiente del *I Encuentro de Mujeres por un Mundo Mejor*, Medicus Mundi Catalunya¹ realizó en Barcelona unas Jornadas sobre la “Contribución de las Ciencias Sociales a la Salud Pública y los Programas de VIH/sida en el África subsahariana”² dentro del marco de los proyectos VITA³. Aquellas jornadas fueron planteadas bajo el prisma de que muchos de los indicadores clave para medir el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio están relacionados con el estado de salud de la población mientras resulta evidente que, en gran medida, estos dependen de un importante conjunto de factores relacionados con las desigualdades e inequidades existentes entre norte-sur, con debilidades estructurales de los propios países y sus sistemas de salud, o con factores socioculturales cuya interacción con los determinantes biológicos de la enfermedad definen un escenario complejo en el que los determinantes sociales juegan un papel importante, a veces definitivo, en el éxito o el fracaso de los programas

Las jornadas tuvieron como objetivo sensibilizar a los participantes sobre la contribución y el potencial de las ciencias sociales para un abordaje holístico, interdisciplinario y multisectorial de la pandemia VIH/sida, enfocando la salud pública en general y en este caso en especial, desde una perspectiva amplia donde las ciencias sociales pueden contribuir con marcos conceptuales e instrumentos útiles para la planificación, análisis, implementación y evaluación de proyectos o políticas de salud.

En aquella oportunidad reunimos expertos en ciencias sociales, locales y extranjeros, muchos provenientes de África y representantes de la OMS, UNESCO y Fondo Global para presentar un itinerario conceptual y aplicado de los principales objetivos del abordaje a los programas de salud pública desde las ciencias sociales. También invitamos a catorce profesionales –cuadros técnicos de instituciones sanitarias del África subsahariana implicados en los programas locales de combate contra VIH/sida–, y convocamos para la participación en el encuentro a ONGs, agencias de cooperación, instituciones internacionales, entidades financiadoras y actores implicados en el análisis, investigación o implementación de programas de salud, con especial interés en aquellos destinados a la lucha contra el sida en África; es decir, actores que interactúan desde el ámbito español con los países africanos.

La idea de este libro se concibió en el marco de aquellas jornadas cuando en los trabajos de grupo, para construir de forma conjunta unas conclusiones del evento, los propios participantes manifestaron el interés de profundizar en los temas abordados, con la misma perspectiva pero focalizado en temas claves para la salud pública, y al mismo tiempo de mantener aquel espíritu de intercambio de conocimientos, interdisciplinario, interterritorial, intercontinental, interinstitucional e incluso interpersonal, que había resultado tan rico en aquellos dos días intensamente compartidos. Un intercambio de conocimientos y experiencias capaz de trascender el ámbito del encuentro y ser de utilidad para todos aquellos que lidian con problemas de salud pública atravesados por realidades sociales y culturales en cuyo enfoque y mejor comprensión pueden contribuir las ciencias sociales.

El tema de este libro surge de la propia Declaración de Mozambique en la que se acuerda mejorar el acceso de las mujeres a los servicios y prestaciones de salud y luchar contra las enfermedades transmisibles y tropicales, especialmente contra el VIH/sida” (Declaración de Mozambique sobre Mujer y Desarrollo 2006). También se inspira en la experiencia de Medicus Mundi Catalunya en Mozambique, ya que precisamente hemos planteado un abordaje sociosanitario para trabajar sobre el acceso de las mujeres a los servicios de salud, abordaje del que estamos obteniendo resultados muy enriquecedores a través de un proyecto de investigación aplicada

1 <http://www.medicusmundi.es/catalunya>
2 <http://www.jornadaSidafrica.org>
3 <http://www.aeci.es/vita/>

desde las ciencias sociales con un equipo formado por médicos, antropólogos, educadores sociales, geógrafo social.

En este contexto, **mujer y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva configuran las primeras ideas** “clave”, que se balancean entre dos realidades coexistentes; una relacionada directamente con los indicadores sanitarios que ponen de manifiesto la vulnerabilidad de las mujeres en los países de más baja renta en lo que a su salud sexual y reproductiva compete, y otra relacionada con el desequilibrio estructural en los derechos fundamentales dentro del cual la mujer representa el componente más frágil. Luego, ninguna enfermedad como el **sida** y su evolución en el **África subsahariana** ha puesto más en evidencia que la salud pública es un prisma de muchas caras en el que deben ser considerados elementos tanto médicos como no médicos a la hora de planificar intervenciones destinadas a la prevención, el tratamiento y los cuidados sanitarios o a evaluar sus resultados.

Con esta perspectiva, fue diseñado un proyecto para la construcción de este libro, basado en un hilo conductor que aborda temas clave –desde el enfoque de las Ciencias Sociales– en el acceso de las mujeres a los servicios de salud, en el contexto del sida y del África subsahariana, y que fueron la piedra basal para definir el perfil de los expertos que convocamos para participar del trabajo, la mayoría participantes en las jornadas anteriores.

Cada participante se hizo cargo de la elaboración de un capítulo centrado en un tema de su dominio y experiencia profesional atendiendo a las orientaciones que planteamos para su contribución en el conjunto del programa. El núcleo operativo del proyecto fue un seminario taller, donde los expertos se reunieron 5 días. Todos acudieron al encuentro con su capítulo esbozado en una primera versión escrita.

Durante los dos primeros días del encuentro cada autor presentó su capítulo, tras lo cual se abrió un debate con el resto de compañeros de grupo. Durante todo el tiempo, para facilitar la comunicación, hubo traducción simultánea en tres lenguas, inglés, portugués y castellano. El tercer día se destinó al trabajo individual de cada participante, después de la reflexión y el intercambio de opiniones desde perspectivas disciplinarias diferentes de los días anteriores. Finalmente, los últimos dos días se volvieron a presentar y debatir cada capítulo esta vez en la versión final, y las conclusiones generales del trabajo conjunto durante una semana.

Elizabeth Madraa, autora del preámbulo, no pudo participar físicamente en el taller, pero en cambio, gracias a la comunicación por Internet, acompañó todo el proceso y dispuso de toda la información producida.

Este libro es producto de 8 meses de trabajo intenso que se plasmó en varias etapas: concepción del proyecto y diseño de su base conceptual, selección de los expertos, definición de la metodología de trabajo, preparación y realización del taller y finalmente la elaboración editorial.

A continuación comentamos los contenidos por capítulos y autor:

En el Capítulo I, “Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en Mozambique. Un análisis sobre la cultura organizacional y los obstáculos institucionales”, Cristiano Matsinhe cuestiona los análisis sobre la accesibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los de prevención y atención en VIH/sida, que ponen el énfasis en los «aspectos socioculturales» y en la escasez de recursos humanos y materiales. En su análisis incorpora la dimensión institucional y formal de los servicios de salud al campo de la cultura. En este contexto indica que las reflexiones sobre el acceso y la calidad de los servicios de salud prestados deben considerar que el funcionamiento del sistema de salud está también constituido por lo social, y que se caracteriza por un conjunto de prácticas, valores y hábitos cultural y contextualmente establecidos que requieren ser constantemente reevaluados, independientemente de la escasez cuantitativa de recursos materiales, financieros y humanos.

En el Capítulo II, “Desigualdades y valores en salud reproductiva. La vulnerabilidad de las mujeres en un contexto de feminización del sida”, Ana María Loforte destaca que las elecciones reproductivas y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva están condicionados por las desigualdades

de género, por el estigma y la discriminación en un contexto de alta prevalencia del VIH/sida. El centro de interés del análisis de Loforte es el concepto de género entendido como relacional y transversal, interactivo con el capital cultural, como consecuencia y no como condición, que determina por sí sólo diferentes niveles de vulnerabilidad. Este análisis sitúa tres dimensiones: conductual, cognitiva y programática, que encuadran las dificultades de las mujeres tanto al acceso a los servicios como a la adecuada atención y prevención del VIH/sida.

En el Capítulo III, “Consideración de la sexualidad: respuesta a los sueños y los deseos de los jóvenes ugandeses con VIH por transmisión vertical”, Harriet Birungi, argumenta que la programación de todo lo relativo al VIH/sida debe tener en cuenta la sexualidad, sueños y deseos de los jóvenes VIH+, así como ofrecer una orientación efectiva sobre la sexualidad, de manera que puedan tomar decisiones informadas y sean capaces de equilibrar su responsabilidad con sus derechos tanto sexuales como reproductivos. La autora plantea la necesidad de potenciar la vinculación entre la investigación y las intervenciones junto a los gestores de programas, los políticos y los beneficiarios, ya que el interés casi exclusivo por las implicaciones negativas de la sexualidad ha dificultado un abordaje más amplio de la propia sexualidad y de su aplicación en los programas frente al VIH/sida.

En el Capítulo IV, “Las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad frente a la epidemia de VIH/sida en África: una perspectiva sociológica”, Ezequiel Kalipeni y colaboradores desarrollan un marco conceptual para la identificación de las causas principales de la vulnerabilidad frente a la epidemia de VIH/sida en África. También destacan múltiples dimensiones de la vulnerabilidad que constituyen un intrincado conjunto de obstáculos que limitan el acceso a la asistencia médica de las personas (especialmente, las mujeres y los niños). El argumento central del capítulo es la convicción de los autores de que el análisis de las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad frente a la epidemia de VIH/sida en el África subsahariana puede ofrecer información útil para la aplicación de intervenciones sobre objetivos concretos que permitan reducir la gravedad y el impacto de la enfermedad

En el Capítulo V, “La experiencia de la participación comunitaria en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en Mozambique”, Elsa Jacinto plantea la experiencia aplicada del Ministerio de Salud, que adoptó la estrategia de integrar la oferta de servicios en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. Ello permitió la optimización de los recursos escasos, el empoderamiento y la participación de las comunidades en las actividades de salud, para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y control de VIH/sida.

En el Capítulo VI, “Superación de los obstáculos para la provisión de asistencia, apoyo y tratamiento frente al VIH/sida a través de una asociación de carácter público, privado y civil: la experiencia de TASO en Uganda”, Noerine Kaleeba analiza el éxito de Uganda al reducir la prevalencia del VIH del 22% al 6% en menos de 10 años. Un éxito que atribuye en gran medida a la asociación que se inició desde el primer momento entre los sectores público y privado, y la sociedad civil, bajo el liderazgo del presidente del país. Esta asociación ha permitido una extraordinaria actitud de franqueza respecto a la pandemia entre los diferentes niveles sociales, y que es otro factor clave en los resultados obtenidos. En este contexto y a través de la experiencia de TASO, una organización de apoyo a personas con VIH/sida, la autora aborda los pilares de un enfoque integral de respuesta social a la epidemia, con especial atención en la población más vulnerable, las mujeres, los niños y los más pobres.

En el Capítulo VII, “Los media como intervención médica: el VIH/sida y la lucha por una asistencia de salud reproductiva para las mujeres en Sudáfrica”, Susan Levine relata su experiencia con las mujeres a través de la investigación llevada a cabo con un cine móvil y documentales no educativos en comunidades en las que el silencio y el miedo marcan la pandemia del VIH/sida. Este artículo remite al estigma y la desigualdad estructural como los principales obstáculos para que las mujeres accedan a una sanidad adecuada. El estudio demuestra cómo se puede reducir o incluso eliminar este obstáculo a través del apoyo mediático, cuyo objetivo es iniciar el debate sobre el VIH/sida y romper los silencios que intensifican el sentimiento de aislamiento de las mujeres y que les impide buscar asistencia sanitaria en zonas rurales y urbanas de África meridional.

En el Capítulo VIII, “Sexualidad y Relaciones de Género en la Transmisión de VIH: Propuestas de Investigación en el Área de la Prevención”, Arachu Castro propone la investigación como forma de anticipar los obstáculos que puedan encontrarse en la distribución y utilización de métodos de barrera,

como los microbicidas para prevenir el VIH; un estudio sobre la “economía del sexo”, que se refiere al espacio complejo personal y social en el que ocurren las relaciones sexuales. La idea principal del capítulo de Castro es que el estudio de la función social del sexo resulta crucial para prevenir la transmisión del VIH a través del uso de microbicidas.

En el Capítulo IX, “¿Acercamiento o resistencia? Uso de los principios y práctica de la curación tradicional para mejorar el tratamiento del VIH/sida en Sudáfrica”, Joanne Wreford plantea las dificultades de relación de la biomedicina con los sistemas de curación tradicionales africanos, lo que limita los beneficios de un aliado potencial frente a la epidemia de sida en Sudáfrica. En contraposición, una combinación de factores sociales, económicos y culturales concurren para que los curanderos tradicionales sean una alternativa, y muchas veces la primera elección de consulta, en la opción de uso de los servicios por parte de la población. Joanne cuestiona el enfoque educativo y unidireccional adoptado normalmente en los esfuerzos colaborativos y propone un enfoque ampliado para la cooperación médica intersectorial y, con ese fin, propone una participación adecuada de la farmacopea tradicional y la práctica ritual de los amagqirha/izangoma en el diseño y puesta en práctica de las intervenciones biomédicas para VIH/sida.

En el Capítulo X, “Pluralismo médico en África”, Joan Muela presenta un marco conceptual para investigar el pluralismo médico, centrado en su dimensión etnográfica, es decir, en el análisis de cómo distintas representaciones, prácticas e instituciones médicas coexisten y son utilizadas en una determinada comunidad o región. Desde una perspectiva aplicada a los programas de salud pública el autor plantea una serie de temas que deben ser estudiados para comprender el uso de y el acceso a las medicinas por parte de la población, desde las características de las diferentes medicinas que coexisten, a las representaciones de la enfermedad, u otros factores como proximidad social en la relación terapeuta-paciente, proximidad cultural o carisma de los especialistas.

En el Capítulo XI, “Uso apropiado y oportuno de los métodos de investigación cualitativa”, Iqbal H. Shah describe el potencial científico único que ofrece la metodología de investigación cualitativa para el conocimiento y el análisis de los factores socioculturales y del comportamiento que hacen que hombres y mujeres presenten exposición al riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o al padecimiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), y que limitan su uso de los servicios asistenciales. Al mismo tiempo, revisa de manera crítica la aplicación de los métodos de investigación cualitativos en la salud pública y define los factores que impiden o facilitan su uso y su impacto programático. También plantea la triangulación de uno o más métodos cualitativos y de un método cuantitativo como un abordaje óptimo para la fundamentación de las decisiones políticas.

En el Capítulo IX, “Perspectivas de la antropología médica crítica sobre la circuncisión masculina para prevenir el VIH”, M^a Cristina Álvarez Degregori reflexiona sobre el impacto de las circuncisiones masculinas, en el África subsahariana, como estrategia preventiva en la transmisión mujer-hombre del VIH. En este capítulo se visibilizan una serie de cofactores, que por causa de una falta notoria de análisis etnográfico, son omitidos en la mayoría de los estudios que orientan las políticas “pro-circuncisoras”. Estos cofactores están relacionados con procesos, dinámicas y resignificaciones culturales que pueden generar la intervención en la construcción social de la masculinidad, en las desigualdades de poder en las relaciones de género, en las prácticas sexuales y en la vulnerabilidad de las mujeres y niñas frente al contagio del VIH.

En todos los capítulos se ha incorporado, de forma muy simplificada y a manera de apuntes, una selección de los temas más relevantes discutidos por el grupo después de las presentaciones los últimos dos días de taller. Indudablemente no refleja la riqueza del intercambio de ideas y experiencias que tuvo lugar. Para ello precisaríamos elaborar otro libro, pero consideramos importante dejar constancia impresa, aunque sucinta, del ejercicio interdisciplinario que nutrió sin duda los contenidos finales de cada capítulo.

Este libro no pretende ser ni un manual ni una guía, sino un abordaje desde las ciencias sociales a una problemática de la salud pública, objetivo del milenio y derecho fundamental, como es el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de los sectores de la población más vulnerables; las mujeres en el contexto del sida en el África subsahariana. Una aproximación que permita al lector y lectora reconocer problemas comunes en su práctica cotidiana con un enfoque diferente

al biomédico, un enfoque que contribuya a identificar con más claridad factores muchas veces olvidados y en cambio decisivos en el resultado final de las políticas, de los programas o de los proyectos de salud.

Es un libro que mantiene la vocación de diálogo e intercambio con la que nació. Para ello están disponibles al final las direcciones electrónicas de los autores y la de Medicus Mundi Catalunya, donde quedamos abiertos al contacto con los lectores.

Para todos aquellos implicados en el diseño de políticas, de programas y de proyectos de salud, destinados a facilitar el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, a su implementación o a su evaluación, este libro es un mensaje colectivo, unánime y solidario de los autores y de Medicus Mundi Catalunya, para animarlos a incorporar las ciencias sociales con la finalidad de ampliar el marco de conocimientos y el prisma de observación en pos de mejorar los resultados.

EL «ESLABÓN PERDIDO» EN LA LUCHA CONTRA LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN LOS PAÍSES DE ÁFRICA SUBSAHARIANA

Elizabeth Madraa

National STD/AIDS Control Programme
Ministerio de Sanidad, Uganda

Hay abundantes pruebas que demuestran que las infecciones de transmisión sexual, incluyendo la relacionada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), constituyen un componente integral de los servicios de salud reproductiva que no ha sido abordado hasta el momento a pesar de que la mayor parte de las infecciones por el VIH se transmiten sexualmente y de que también se asocia fuertemente a problemas con el embarazo, el parto y la lactancia materna. Por otra parte, las causas básicas de muchos de los problemas de la salud reproductiva y de la adquisición de la infección por el VIH/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) son similares debido a que están relacionadas con factores culturales, con la pobreza, con las desigualdades de género, con las desigualdades y la marginalización social de la mayor parte de las personas vulnerables, especialmente de las mujeres. Por tanto, el establecimiento de vínculos más estrechos entre la salud sexual y reproductiva por un lado y el VIH/sida tendría un efecto significativamente beneficioso respecto a la reducción de las infecciones por VIH/sida transmitidas de la madre al hijo. A su vez, esta reducción influiría muy positivamente sobre el acceso universal a los servicios de salud reproductiva para 2015, con reversión de la epidemia de sida y con un alivio importante de sus efectos sobre los grupos vulnerables.

Han transcurrido dos decenios desde que la epidemia de VIH/sida comenzara su devastación a escala mundial. A pesar de que la situación en Europa y América del Norte parece contenida, los distintos países de Asia, Europa oriental y África subsahariana siguen luchando denodadamente contra las consecuencias estremecedoras de la epidemia.

Actualmente, en los países del África subsahariana reside más del 60% de todas las personas del mundo infectadas por el VIH o afectadas por el sida. Las estrategias iniciales desarrolladas para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH no parecen haber dado buenos resultados respecto a la prevención de nuevos casos

de infección por el VIH en el África subsahariana debido a que en estas estrategias frente a la epidemia del VIH/sida nunca se ha tenido en cuenta lo que podríamos denominar el «eslabón perdido»: los factores sociales y culturales. Hemos adoptado y aplicado estrategias de lucha contra la epidemia de VIH/sida sin considerar los contextos sociales y culturales en los que habitan las personas infectadas por el VIH y afectadas por el sida. Nunca se han tenido en cuenta las desigualdades de género ni la vulnerabilidad especial de las mujeres y las niñas en los programas de prevención de la infección por el VIH dirigidos a este sector de la población. A pesar de que sabemos que la infección por el VIH en los países del África subsahariana se transmite en un 80% de los casos a través del contacto heterosexual, este dato no se ha utilizado en los abordajes de la salud sexual y reproductiva en las niñas y mujeres en edad fértil. Así, cada vez es mayor el número de niños que nacen con infección por el VIH transmitida a partir de sus madres infectadas, y también el número de niñas y mujeres que adquieren la infección por el VIH.

Las estrategias aplicadas para la modificación de los comportamientos han sido diseñadas e implementadas sin ningún tipo de referencia a las aportaciones de la antropología ni de las demás ciencias sociales, lo que habría incrementado el grado de aceptación por parte de la población general de medidas clave para la prevención de la transmisión del VIH, tal como el uso de preservativos. Además, la sociedad civil y las organizaciones de carácter comunitario han sido postergadas en estas iniciativas. El grado de aceptación de los servicios de orientación y evaluación de la infección por el VIH, de las medidas de apoyo asistencial y social, y del uso de los fármacos antirretrovirales (ARV) está fuertemente relacionado con el contexto social y cultural más amplio, algo que no nos podemos permitir el lujo de ignorar. Si queremos conseguir el control de la epidemia de VIH/sida en África a lo largo de los próximos 10 años, debemos abandonar las estrategias que no han dado resultado y desa-

rollar nuevos abordajes que permitan eliminar los factores que contribuyen al mantenimiento de la epidemia en África. Es necesario actuar sobre los grupos clave como las trabajadoras del sexo, los trabajadores inmigrantes, los desplazados y los refugiados, al tiempo que tenemos que considerar cuestiones como la integración de la perspectiva de género en el conjunto de las políticas de VIH/sida, la disponibilidad de métodos de barrera por parte de las mujeres para que sean ellas las que puedan controlar los riesgos de posible transmisión, los derechos humanos, la pobreza, los conflictos armados, la inseguridad, la inmigración y la emigración, y otros factores que influyen de manera significativa en el resultado de cualquier política de prevención del VIH.

Finalmente, la investigación sobre la epidemia de VIH/sida no se debe limitar exclusivamente al dominio de la biomedicina. Podremos efectuar progresos reales en el momento en el que los especialistas en ciencias sociales y en biomedicina diseñen proyectos de investigación conjuntos sobre la base de que cualquier enfermedad –incluyendo las de transmisión epidémica– está imbricada en un contexto social y cultural amplio, y que no puede ser abordada con independencia del mismo. La introducción de nuevas prácticas frente al VIH/sida sólo va a dar buenos resultados si se tienen en cuenta simultáneamente las prácticas culturales existentes. Ha llegado el momento de que África diseñe sus propias estrategias para el control de la pandemia del VIH/sida con el objetivo de reducir su impacto especialmente en los grupos vulnerables. Este libro es un primer paso en esta dirección.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MOZAMBIQUE: UN ANÁLISIS DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL Y LOS OBSTÁCULOS INSTITUCIONALES

Cristiano Matsinhe

Universidad Eduardo Mondlane

Facultad de Letras y Ciencias Sociales

Departamento de Arqueología y Antropología

Ciertamente, no se trata de saber si el virus existía antes de cualquier mirada curiosa sino saber si, a partir del momento en que éste se transforma en símbolo de la enfermedad con la cual fue construido, adquiere un poder explicativo eficiente para orientar una intervención eficaz. Él es un artefacto biológico, construido por los científicos como todos los otros artefactos humanos desde la rueda hasta el computador.

Sérgio Carrara, 1994

Los sistemas de creencias médicas son específicos de las sociedades que los producen.

K. White, 1991

Los sistemas de salud y la biomedicina como constructos sociales

Aquello que entendemos por servicios de salud, sistemas de salud y prácticas de búsqueda y prestación de cuidados de salud no es necesariamente percibido ni analizado de maneras similares en todos los contextos; incluso cuando en ciertos casos la cuestión central pudiera tener una misma base biológica, fisiológica u orgánica, y optásemos por dejar de lado otras dimensiones de la enfermedad, como por ejemplo la dimensión espiritual.

Este presupuesto nos instiga a reflexionar sobre los sistemas e instituciones de salud desde una perspectiva relativista y contextualizada, aún cuando tuviésemos en mente la dimensión globalizadora del discurso y representaciones hegemónicas de la biomedicina moderna, que es, a su vez, también una disciplina socialmente construida y, por tanto, susceptible de ser comprendida como tal.

Proceder de esta manera significa mantener una apertura constante para analizar las formas de actuación de los sistemas de prestación de servicios de salud y comprender las mutaciones que los reconfiguran constantemente, así como sus implicaciones en la mejora del acceso, relevancia y calidad de los servicios prestados.

La propuesta de mantener un diálogo (auto) reflexivo y analítico sobre los aspectos relativos a

la salud y la enfermedad no es nueva. La antropología médica de los años 60 (e incluso mucho antes de esta época) ya apuntaba en esa dirección cuando destacaba la importancia de estudiar, entre otras cosas, la génesis y las dinámicas que estructuran las instituciones de prestación de asistencia sanitaria, aunque el énfasis fuera puesto entonces en las instituciones de salud mental (White, 1990).

Otros científicos sociales y antropólogos, especialmente los de tradición americana, se dedicaron a la comprensión del fenómeno de la enfermedad e hicieron distinciones entre las manifestaciones patológicas y el orden biológico de la enfermedad, la percepción individual y subjetiva de la enfermedad y el orden cultural.

Paralelamente, las etnográficas clásicas de origen inglés se centraron en la necesidad de comprender las prácticas de curación, las teorías de la enfermedad –especialmente en las nociones de demencia y cuerpo–, las acusaciones de hechicería, los cultos de posesión y los rituales de curación.

Con el transcurso del tiempo, como bien ha apuntado White (1990:2), se establecieron un buen número de vínculos entre el pensamiento médico y el antropológico que conformaron unas prácticas científicas e institucionales donde se destacan dos premisas importantes:

- 1) La biomedicina no es una ciencia natural; antes bien, consiste en unos actos que buscan la transformación de una serie de datos y valores de carácter afirmativo en presunciones fácticas.
- 2) Las profesiones y las instituciones son el resultado de conflictos políticos y sociales; no son configuraciones naturales que puedan ser científicamente aprendidas.

Al rescatar estas dos premisas junto con el hecho de que distintos constructos de representación de la enfermedad y los sistemas médicos coexisten en un contexto determinado, como lo demuestra la comunicación de Joan Muela (incluida en esta colección) pretendemos man-

tener una vigilancia heurística sobre nuestras propias creencias, sobre los sistemas de salud y sus aparatos institucionales, que muchas veces asumimos como dados, como naturales, de forma que olvidamos el hecho de que ellos también pueden y deben ser objeto de análisis a fin de ser enmarcados en objetivos programáticos. Pues, al fin, el éxito de un proyecto, sistema o mecanismo de curación depende en gran medida de la existencia de unas redes de relaciones sociales que los sustenten como discurso dotado de autoridad, forma y aparatos operativos.

Investigar sobre los aparatos institucionales de los sistemas de salud no significa apenas comprender la dinámica interna de los «rituales» en la prestación de servicios de salud (tanto los de medicina moderna como los de la medicina tradicional), sino también ampliar el marco del contexto hasta donde se desarrolla la experiencia de la enfermedad y la curación. Como diría Foucault (1979:83), el proceso normativo de la práctica del saber médico se produce en un contexto social y relacional.

De esta forma, toda indagación sobre las prácticas institucionales de prestación de servicios de salud implica un análisis de los procesos de interacción en sus dimensiones ideológica, política y procesales que confieren unos rasgos particulares a la forma de actuar de los servicios y sistemas de salud específicos, entendidos en este caso como aquellos que son constituidos y constituyen la realidad cultural.

Al trasladar el dominio institucional al campo de la cultura, se cuenta con la ventaja heurística de relativizar, de no asumir *a priori* aquellas representaciones modernas que sustentan nuestro sentido común sobre las prácticas médicas. La noción de medicina formal moderna no debe ser tomada de manera inmanente, autónoma y universalmente idéntica. Cuando hablamos de medicina institucional moderna nos referimos a diferentes formas y mecanismos de institucionalización y tipificación de prácticas asociadas a dicha noción, las cuales varían en función del contexto y de una serie de otros elementos coyunturales y contextuales.

En tanto que tipificaciones, las instituciones terapéuticas o los sistemas de salud no sólo implican la gestión de un corpus de conocimiento válido constituido por códigos o juegos de lenguaje referidos a los procesos de definición, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; sino que también definen y establecen de modo consciente

o inconsciente, los mecanismos de acceso y/o restricción a los servicios que prestan.

Es preciso considerar a las instituciones como el resultado de procesos de interacción y comunicación a través de los cuales los individuos construyen una red de significados para aquellas experiencias que les afligen. En la construcción de significados, los factores intersubjetivos y existenciales se mezclan con formas de interpretación culturalmente estandarizadas. En este sentido, las estructuras cognitivas deben ser analizadas como el resultado de condicionamientos sociales en la producción del conocimiento. Así, los modelos cognitivos deben ser analizados en su plasticidad, en su capacidad de responder a los desafíos de las circunstancias.

Toda institución es un reflejo de la sociedad, y no es posible concebir procesos exclusivamente biológicos, instrumentales o estéticos en el comportamiento humano. El cuerpo es emblemático de los procesos sociales.

Cualquier institución terapéutica cuando define los patrones institucionalizados de conducta, suele designar las situaciones que se inscriben dentro de estos patrones. Luego, es de esperar que en las instituciones terapéuticas las imágenes convencionales que los agentes terapéuticos tienen del paciente, reflejen sólo la vivencia de la enfermedad que encaje en las estructuras cognitivas (estereotipos) que corresponden a estas instituciones. Ello equivale a decir que en cualquier institución terapéutica la diversidad de las vivencias sociales se reduce a un determinado conjunto o modelo de prácticas o rutinas. Dichas prácticas o rutinas también pueden enmascarar los obstáculos que limitan el acceso y la relevancia de los servicios a ser prestados a los potenciales beneficiarios y clientes, como se verá en el ejemplo que ofrece la realidad mozambiqueña.

Estas cuestiones son especialmente relevantes en un contexto en que hay disponible una amplia gama de servicios de curación que son usados por los individuos y las colectividades durante ciclos complejos para definir significados y buscar mecanismos de curación o alivio para la enfermedad.

Las instituciones de salud como sujetos y objetos de cultura: el caso de Mozambique

A fin de realizar un análisis del vasto y complejo aparato institucional erigido en torno a las terapias clínicas aplicadas en los servicios de salud

de Mozambique, es preciso citar en primer lugar las percepciones que tienen tanto el sistema en sí como las instituciones de salud sobre su desempeño y las eventuales lagunas en su actuación.

En los análisis que generalmente se realizan sobre las cuestiones relativas a la accesibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los de prevención y atención en VIH/sida en Mozambique, se ha puesto énfasis en los «aspectos socioculturales» y en la escasez de recursos humanos y materiales.

El Plan Estratégico de lucha contra las ETS/VIH-sida (MISAU, 2004); el Plan Estratégico de Desarrollo de Recursos Humanos del MISAU (2005); el Plan Nacional de Lucha contra el VIH/sida (Consejo Nacional de Lucha contra el VIH/sida, 2005); y el Plan de Reducción de la Pobreza Absoluta (Ministerio de Planificación, 2006) constituyen los principales instrumentos programáticos y estratégicos del país que indican claramente la existencia de lagunas funcionales en el sistema nacional de salud como consecuencia de la escasez de recursos humanos y materiales.

Otros documentos también apuntan en la misma dirección, como es el caso de los informes de evaluación de las iniciativas emprendidas en el marco de los programas de salud sexual y reproductiva, entre los que figuran los informes del Programa Geração Biz (2006). Los indicadores estadísticos, como los de la Encuesta Demográfica de Salud (IDS, 2003) - en los que se presentan los principales datos relativos a los aspectos de comportamiento y desempeño de la red nacional de salud - señalan en términos cuantitativos unos ligeros incrementos anuales en el número de personas que se benefician en términos de acceso de los servicios de salud, incluyendo la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes.

Dichos documentos destacan la existencia de lagunas operativas en el sistema de salud, como consecuencia de las denominadas limitaciones estructurales en:

1) la distribución geográfica de la red de salud;

2) el grado de precariedad de las infraestructuras sanitarias disponibles en el país;

3) la no disponibilidad de recursos materiales y de medicamentos en las unidades sanitarias;

4) el desabastecimiento de medicamentos o falta de reactivos (de laboratorio);

5) la escasez de recursos humanos cualificados en el sistema de salud;

6) la baja ratio de médicos por habitante;

7) el trasvase de funcionarios desde la red de salud hacia las organizaciones no gubernamentales que ofrecen una mejor remuneración y más competitiva que la existente en la red nacional de salud.

Sistema formal de salud, pensado como una estructura mecánica pasible de ser transpuesta de un contexto al otro y funcionar del mismo modo si estuvieran dadas las condiciones materiales y de recursos humanos (en términos numéricos). Esta percepción pierde el carácter dialógico y dinámico de los valores sociales y culturales

En el primer lugar de la larga lista de «cosas» y servicios con los que el sistema de salud mozambiqueño «no cuenta» destaca la cuestión de la inexistencia o degradación de las infraestructuras.

Por ello, los planes de mejora de las prestaciones del sistema nacional de salud se centran lógicamente en la ampliación del acceso a los servicios de salud, definida ésta como una meta asociada a la calidad de los servicios prestados, centrada en la mejora, construcción e

implantación de la infraestructura sanitaria, la reducción de desequilibrios regionales en cuanto a la distribución de unidades sanitarias y la colocación de más «cuadros» de profesionales cualificados en las unidades sanitarias, pasando por la capacitación de los profesionales de salud que están actualmente en funciones.

Además de este autodiagnóstico realizado por el propio sistema nacional de salud, otras interpretaciones relativamente similares son recurrentes en los análisis indirectos realizados sobre programas específicos como el de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes, denominado Geração Biz. Este programa debe su realización al apoyo recibido desde 1999 por el Fondo de las Naciones Unidas para la Población y Pathfinder International, en asociación con el Ministerio de Salud, Juventud y Deportes y Educación.

Entre las acciones de dicho programa se busca atender a las necesidades de los adolescentes y los jóvenes en el área de salud sexual y reproductiva, con un fuerte componente clínico asociado a la red nacional de salud, conocida como SAAJ (Servicios Amigos de Adolescentes y Jóvenes), a la que se añaden los componentes escolar y comunitario. El SAAJ se materializa gracias a la vinculación del Programa con los Servicios de Salud, en los que se fija un espacio y un número específico de profesionales de salud que son capacitados en la atención y la acogida de adolescentes y jóvenes.

Por lo general, el componente de los SAAJ es implementado por trabajadores de salud de sexo femenino que reciben del PGB (Programa Geração Biz) cerca de 80 horas de sesiones de capacitación y son incentivadas a trabajar en una instalación anexa o próxima al local donde funcionan las unidades sanitarias. En dichos espacios anexos funcionan los SAAJ como entidades dedicadas a la prestación de servicios de *counselling* para adolescentes y jóvenes, en salud sexual y reproductiva.

Los indicadores cuantitativos del Programa Geração Biz en relación con los SAAJ apuntan al hecho de que a pesar de que los servicios ofrecidos en esas clínicas fueron dirigidos a jóvenes de ambos sexos, la mayoría de las personas que acuden son muchachas que no buscan exactamente consejo sobre salud sexual y reproductiva sino que demandan asistencia prenatal.

Dos elementos principales saltan a la vista en relación con este programa: en primer lugar, que en las instalaciones donde opera el SAAJ es evidente el esfuerzo por mejorar las condiciones materiales y poner a disposición unos recursos que permitan un ambiente «acogedor», provisto de medicamentos y con un clima que favorezca la promoción de charlas con el apoyo de recursos audiovisuales, disponiendo también de espacios privados para realizar *counselling* a los clientes. Esta primera parte se refiere a los aspectos materiales que se consideran como requisitos mínimos y que dan derecho recibir un certificado con un sello especialmente creado para identificar a los SAAJ como instalaciones adecuadas para la prestación de asistencia digna y atractiva para los jóvenes.

Una segunda parte se refiere a la inversión que es preciso realizar en la capacitación de los proveedores de servicios de salud que asistirán a los jóvenes que acuden a los SAAJ. Los módulos de capacitación dirigidos a estos profesionales de salud ponen énfasis en los aspectos de la cordialidad, la amabilidad y el respeto por las posturas o idiosincrasias de los adolescentes y los jóvenes, a fin de que estos se sientan acogidos por el profesional y que éste no emita juicios de valor en relación con la sexualidad de sus clientes, sino que procure más bien prestar la asistencia adecuada y el acogimiento necesario según sea el caso.

A pesar de que las evaluaciones que acompañan el rendimiento del programa son elogiosas, ciertos aspectos importantes de dichas evaluaciones inciden en la cuestión de las disparidades respecto al tiempo en que los proveedores de salud se encuentran disponibles para prestar asistencia a los jóvenes, que se considera muy escaso; y en el hecho de que estos servicios sean considerados por los demás funcionarios de salud como un proyecto aparte, con algunos recursos financieros, y susceptibles de atraer a un reducido número de personal sanitario «escogido» que a su vez es visto como beneficiario de unos eventuales incentivos adicionales resultantes del programa (incluso si dichos incentivos comportan unas sesiones de formación o viajes de intercambio de experiencias).

A pesar de los esfuerzos para la integración y asimilación del concepto del programa por parte del sistema nacional de salud, y de que éste es recogido en varios documentos estratégicos como un referente a seguir, los SAAJ son relativamente marginados de los procedimientos de prestación de servicios de salud, incluso sin haber sido todavía incorporados como parte de las actuaciones rutinarias del sistema. Un ejemplo dramático de este proceso de apropiación parcial y limitada en el tiempo, es el que se registró en la provincia de Zambezia, distrito de Nicoadala, donde el SAAJ funcionaba en una instalación anexa a la unidad sanitaria principal. Pero cuando fue implementado el Programa de Prevención de Transmisión Vertical de VIH (PTV), con el apoyo de USAID, en aquel momento con más recursos financieros, se produjo el primer cierre de un SAAJ para dar paso a un nuevo programa.

La forma de funcionamiento que adopta cada sistema de salud en particular es un proceso de inscripción, codificación y normativización hegemónica de discursos y representaciones que cobran fuerza coercitiva por la práctica de su uso

Los proveedores de salud que fueron entrevistados en relación con la interrupción del programa destacaron que dado que no existía suficiente claridad respecto a la continuidad del programa apoyado por Geração Biz, y que las dos únicas personas que habían sido capacitadas en el proyecto ya no estaban disponibles, se había juzgado conveniente proseguir con los cambios efectuados para aprovechar el espacio.

Lo dramático de estos cambios fue que los adolescentes y los jóvenes que frecuentaban el programa al igual que los activistas comunitarios que complementaban y apoyaban al personal sanitario no fueron debidamente informados de los cambios realizados. La ironía del caso es que los SAAJ pretendían implantar y diseminar dentro de la red sanitaria la idea de que es posible prestar asistencia a los usuarios de los servicios de salud, de forma más atractiva y acogedora¹.

Esta vertiente, asociada con la calidad de los servicios prestados, la forma como estos son prestados, y la disposición del aparato institucional para responder o dialogar con los usuarios de los servicios de salud, no suele aparecer en los balances y análisis anuales respecto al funcionamiento general del sector salud.

Las evaluaciones generalmente consignan una larga lista de cuestiones materiales que se echan en falta, tales como vehículos, laboratorios, reactivos, equipos y otros. No se hace mención alguna de la cultura institucional o de las formas de funcionamiento, salvo cuando se expresan reservas respecto a los funcionarios corruptos que presuntamente exigen de manera ilegal a los clientes un pago por servicios que deberían ser prestados de forma gratuita. Otros casos están también relacionados con violaciones al código de ética profesional por la falta de confidencialidad de algunos funcionarios que habrían revelado el estatus serológico de las personas que solicitan hacerse la prueba del VIH.

¹ El capítulo de Elsa Jacinto, incluido en este libro, realza otro aspecto que se correlaciona con esta idea del SAAJ, que es la noción de "humanización de los partos" institucionales y que tiene implicaciones en la forma de concebir la relación entre las gestantes y los proveedores de servicios de salud.

Este tipo de abordaje es altamente reduccionista, unidireccional y pensado en una perspectiva dualista (diática) o de oposiciones, en la medida en que la dimensión de los «aspectos socioculturales» se atribuye o asocia únicamente con los potenciales beneficiarios o usuarios del sistema nacional de salud, los que son vistos como actores en permanente confrontación con una serie de valores llamados tradicionales que a su vez estarían en permanente conflicto con los valores de la modernidad asociados con la medicina formal de occidente.

En esta perspectiva, el cliente o usuario de los servicios de salud es percibido como un actor cargado de valores socioculturales que no parecerían favorecer la progresión de la medicina formal. La responsabilidad de no acudir a las unidades sanitarias o las falencias de medicación prescrita

suelen atribuirse al propio usuario de los servicios, asumiéndose que éste tiene varias razones para no seguir las recomendaciones de los profesionales de salud.

El lado opuesto de la dúa estaría compuesto por el propio sistema formal de salud, pensado como una estructura mecánica pasible de ser transpuesta de un contexto al otro y funcionar del mismo modo si estuvieran dadas las condiciones materiales y de recursos humanos (en términos numéricos). Esta percepción pierde el carácter dialógico

y dinámico de los valores sociales y culturales y se centra en un sistema de acusación y de negación que percibe a la punta del iceberg (es decir, los usuarios de los servicios y los recursos materiales) como la principal causa del limitado acceso y la baja calidad de los servicios prestados en las unidades sanitarias.

La perspectiva constructivista nos permite recordar que las representaciones sociales de la salud y la enfermedad abarcan múltiples dimensiones que constituyen expresiones sociales con significaciones culturales y relaciones sociales y que son una manifestación de las contradicciones sociales y de la lucha política. La forma de funcionamiento que adopta cada sistema de salud en particular es un proceso de inscripción, codificación y normativización hegemónica de discursos y representaciones que cobran fuerza

coercitiva por la práctica de su uso, tal y como permite interpretar la noción de Bourdieu sobre el habitus (1992).

Invocando a Foucault (1979), podemos asumir que la dimensión institucional del sistema de salud es un cuerpo de ideas, prácticas y representaciones continuamente creadas, recreadas y reelaboradas. Las concepciones dominantes sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad se construyen en la práctica médica oficial y dominante que reordena en su lógica, los efectos de la medicina científica.

Visto desde otro ángulo, el sistema formal de salud representa un aparato institucional compuesto por una serie de prácticas, rutinas, prescripciones, estructuras jerárquicas de discurso, de autoridad, simbologías emblemáticas que conforman un todo, un corpus operativo complejo que, a pesar de estar aparentemente ya formateado, es altamente dinámico, contextualizado, condicionado y condicionante de la cultura institucional.

Este aparato al que nos referimos, generalmente es enmascarado por los profesionales de salud bajo la prerrogativa de la objetividad y la universalidad que se otorga a la medicina científica moderna y por el reconocimiento social que la acompaña.

Con estas premisas en mente, insistir en un análisis del sistema de salud y su funcionamiento con el énfasis puesto solamente en cuestiones materiales y no en los contenidos semánticos -como ocurre en el caso de Mozambique- significaría, tal vez, que el sistema continúa arraigado en una perspectiva que olvida que la medicina formal no se realiza únicamente en la pura codificación de lo orgánico.

El desafío que aún queda por superar al analizar el desempeño del sistema de salud pasa por desmitificar el organicismo pasivo que se atribuye a la práctica de la medicina formal, y traerla hacia el dominio de la cultura, mediante lo cual queda realzado que, a pesar de la forma, las estructuras institucionales de salud encierran un conjunto

de ambigüedades que reflejan la tensión entre el positivismo de la mayoría de prácticas y medidas adoptadas y las dimensiones ideológicas y políticas que compiten entre sí.

El ejemplo de la sustitución acrítica del SAAJ por el PTV indica la existencia de un esfuerzo institucional interno que busca mejorar la gestión y el aprovechamiento de los espacios de funcionamiento del sistema formal de salud. Pero también revela un proceso de jerarquización valorativa de los servicios que muchas veces no es condicionado por un análisis sistemático de costos, de eficacia social, económica y simbólica de los servicios prestados, sino por el peso de la comunidad de donantes que da su apoyo, con unos requisitos inmediatistas de desempeño y que exigen exclusividad para los programas que apoyan.

Más allá de las normas de los reglamentos de funcionamiento y del conocimiento científico, o juntamente con él, existe la subversión de valores, la improvisación, el juego de poder en el ejercicio de la profesión médica, los cuales se manifiestan de formas distintas y tienen efectos en los planteamientos de acceso y en la calidad de los servicios prestados.

Como acompañamiento al apoyo prestado por la iniciativa de la presidencia de Estados Unidos para el alivio del sida en el campo de la salud sexual (PEPFAR², en sus siglas en inglés), por ejemplo, se invita bimestralmente a las diversas organizaciones beneficiarias a presentar sus famosas historias de éxito (success stories), muchas de las cuales, ante el riesgo de perder el apoyo ofrecido, son fabricadas de manera grosera por los implementadores y son difíciles de probar. Aunque no sea mencionado, se hace aquí evidente una vez más el presupuesto de

que se está creando otra forma valorativa de materializar el «arte» o quehacer médico.

La celeridad con la que se introducen o sustituyen los nuevos abordajes y formas de prestación de servicios de salud, con ejemplos que se enmarcan en un horizonte temporal de poco menos de cinco años, puede llegar a confundir a los potenciales beneficiarios o destinatarios de los servicios que se introducen y/o retiran. En algo menos de cinco años, Mozambique ha introducido los sistemas de terapia antirretroviral, el Programa de prevención de transmisión vertical, los servicios de atención a los adolescentes y jóvenes antes referidos, y los gabinetes de “aconsejamiento” y pruebas voluntarias, las que recientemente han pasado a llamarse “aconsejamiento” y verificaciones de salud (Aconselhamento e Testagem de Saúde) .

2 The President's Bush Emergency Plan For AIDS Relief

Todas estas transformaciones son pensadas en términos positivistas y casi mecánicos en los que la dimensión de las relaciones sociales y los sistemas de significación y resignificación de los presupuestos y prácticas introducidas no son tomados en cuenta. La compleja cadena de redes estructurales de personas implicadas en el accionar del sistema de salud y su relación con los potenciales beneficiarios, también precisa ser constantemente explicada, de modo que se pueda percibir cuáles son los otros cuellos de botella en el acceso y la calidad de los servicios prestados o a ser prestados, mucho más allá de los aspectos puramente materiales que son también, sin duda, importantes.

Con la introducción de nuevos programas y servicios de salud, el cambio de denominación de otros, y las propias rutinas de funcionamiento de los servicios de salud, son dominios de especialidad que son, en verdad, territorios para la ocupación y la presencia del aparato institucional de salud, cuya apropiación, interiorización y operación es realizada por los proveedores de los servicios de salud, pero también por los potenciales clientes, de una forma sincrética y agregada, e incorporando múltiples conocimientos y experiencias. Más allá de las normas de los reglamentos de funcionamiento y del conocimiento científico, o juntamente con él, existe la subversión de valores, la improvisación, el juego de poder en el ejercicio de la profesión médica, los cuales se manifiestan de formas distintas y tienen efectos en los planteamientos de acceso y en la calidad de los servicios prestados.

Es preciso considerar a las instituciones como el resultado de procesos de interacción y comunicación a través de los cuales los individuos y colectividades consumen una red de significados para aquellas experiencias que les afligen. En la construcción de significados, los factores intersubjetivos y existenciales se mezclan con formas de interpretación culturalmente estandarizadas.

El reconocimiento de esta dimensión sociocultural que caracteriza a las prácticas de prestación de servicios de salud y la enumeración en serie de los elementos constitutivos, podría contribuir a ampliar el horizonte en el que se enmarcan las distintas clases de obstáculos que son limitantes de la mejora del acceso y la calidad de los servicios de salud prestados.

Cuando buscamos analizar los problemas y obstáculos que condicionan la mejora del acceso a los servicios de salud debemos considerar unas evaluaciones y abordajes analíticos holísticos

que no excluyan el sistema de prácticas, rutinas, y relaciones de fuerzas interpersonales y político-ideológicas que constituyen y conforman el cuadro institucional en el que operan los servicios de salud. Más allá de los obstáculos materiales, los obstáculos asociados a las «culturas» institucionales de prestación de servicios requieren ser evidenciados a todos los niveles en las reflexiones estratégicas y programáticas.

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE C. MATSHINE

- Es factible incidir sobre las instituciones biomédicas y las medicinas tradicionales para conseguir cambios que mejoren el acceso a los servicios, dado que las instituciones y la cultura institucional –construidos histórica y socialmente– son de carácter dinámico y, por tanto, no inmutables.
- Los sistemas médicos coexistentes y los itinerarios terapéuticos múltiples no son exclusivos de los sistemas médicos africanos. Son universales.
- Contra el supuesto de que teoría y aplicación –práctica– son mundos separados, debería consolidarse la idea de que una buena intervención requiere necesariamente una buena teoría.

Referencias bibliográficas

- Alves, P., M.C. Minayo**, 1998 *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Bourdieu, Pierre**, 1992 *A Economia das Trocas Simbólicas*, São Paulo, Editora Perspectiva.
- Carrara, Sérgio**, 1994 *Entre Cientistas e Bruxos: Ensaio sobre os Dilemas e Perspectivas da Análise Antropológica da Doença*, en Alves, P., M.C. Minayo, editores, *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- CNCS-SE**, 2005 *Plan nacional de lucha contra el HIV/sida*, Maputo (Mozambique), Secretariado Ejecutivo del Consejo nacional de lucha contra el sida.
- INE**, 2004 *Encuesta Demográfica de salud*, Maputo (Mozambique), Instituto Nacional de Estadística.
- Foucault, Michel**, [1979] 1998 *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Graal Editora.
- MISAU**, 2004 *Plan estratégico de lucha contra las ETS/ HIV-sida*. Maputo (Mozambique), Ministerio de Salud.
- MISAU**, 2005 *Plan estratégico de desarrollo de recursos humanos del MISAU*, Maputo (Mozambique), Ministerio de salud.
- MPD**, 2006 *Plan de reducción de la pobreza extrema, Maputo (Mozambique)*, Ministerio de planificación y desarrollo.
- PGB**, Programa Geração Biz, *Salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes: 7 anos fazendo a diferença* (en prensa).
- White, K.**, 1991, 39(2): 2-19 *The Sociology of Health and Illness*, en *Current Sociology*.

DESIGUALDADES Y VALORES EN SALUD REPRODUCTIVA. LA VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES EN UN CONTEXTO DE FEMINIZACIÓN DEL SIDA

Ana Maria Loforte

Departamento de Arqueología y Antropología
Facultad de Letras y Ciencias Sociales - Universidad Eduardo Mondlane, Maputo

1 Introducción

En muchas sociedades, la experiencia de vivir con el VIH/sida marcada por las desigualdades de género, la discriminación y el estigma asociado llevan a negar el tratamiento y los cuidados de salud reproductiva. El miedo al ostracismo acentúa la resistencia de hombres y mujeres a confiar en los otros y revelar su estado de salud. Esta situación supone que los más necesitados de información, educación y asesoramiento no se beneficien de los servicios sanitarios, aunque estén a su disposición.

Por otro lado, los programas de salud parten de la hipótesis de que la información suministrada conlleva un cambio automático en el comportamiento de la población frente a las enfermedades, sin poner de relieve los diferentes factores socioculturales, en constante cambio, que intervienen en la adopción de ciertas prácticas.

El cambio de comportamiento no es necesariamente una consecuencia de la voluntad individual, sino que pasa por recursos, coerciones y resistencias. En relación con el cambio de prácticas médicas es necesario tener presente, en primer lugar, que la difusión de la información debe ir en paralelo con la reducción de los problemas que afectan a los servicios sanitarios y, en segundo lugar, que el promotor del cambio también debe modificar su comportamiento de modo que su actuación y actitudes constituyan un ejemplo a seguir.

Las intervenciones basadas en el cambio son necesarias para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, definida ésta como un estado amplio de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad y la reproducción que también implica un respeto por los derechos de los pacientes.

Esta comunicación, basada en estudios realizados en zonas rurales del centro y sur de Mozambique, afirma que para alcanzar este ideal y lograr los cambios deseados deberán ser identificados y calculados numerosos procesos sociales y económicos, que a largo plazo requerirán un consenso cultural. También será un imperativo la observancia de principios democráticos que se

materializarán; (i) en la legislación adoptada, (ii) en los compromisos políticos asumidos, (iii) en la concepción, la aplicación de programas y en el funcionamiento de los servicios que integran las cuestiones de igualdad, el respeto por los derechos humanos, la aceptación de la diferencia y la participación de los ciudadanos.

Para conseguir los cambios requeridos es crucial la promoción y adopción de prácticas y valores de salud sexual y reproductiva más acordes con la realidad social en toda su diversidad y dinamismo, con una definición más justa de los roles de género y la intensificación de las campañas de información y educación.

Sin embargo, el conocimiento de estos valores y prácticas requiere una mayor inversión y promoción de la investigación en ciencias sociales en las distintas regiones de los países a fin de evaluar los programas y servicios, influir en el diálogo sobre las políticas promovidas y documentar realidades ignoradas, especialmente las que se refieren a representaciones, prácticas y discursos en torno a la sexualidad y a la reproducción. En realidad, no se sabe cómo identificar, desde un principio, la forma en que las diversas sociedades viven, piensan y simbolizan el proceso de salud/enfermedad, aspectos que la investigación etnográfica puede dilucidar, dada su vinculación con estructuras de significado con raíces histórico-culturales.

2 Metodología

En la recogida de datos empíricos de mujeres y chicas con VIH/sida, y que constituyen la base del análisis que realizamos en esta comunicación, damos prioridad a las cuestiones relativas al embarazo, la maternidad y la planificación familiar en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos, en la medida en que esta experiencia confiere a la mayoría de las mujeres no sólo un historial sanitario propio, sino también una experiencia más o menos asidua de los servicios de salud y de los cuidados médicos.

Aún así, no olvidamos los contactos con informadores clave de ambos sexos, con el personal sanitario de las unidades sanitarias y con los practicantes de medicina tradicional, así como con las estructuras políticas y administrativas lo-

cales. Esta estrategia pretendía recoger datos con los que identificar la cobertura y eficacia de las intervenciones de género y salud asentadas en la comunidad.

3 Marco teórico

El marco teórico que orientó la reflexión fue la visión de género de la realidad social, en su perspectiva relacional y transversal, interactuando con el capital cultural y generacional, y no como condición determinante, por sí misma, de diferentes niveles de vulnerabilidad (Cfr. Oakley, 1972 y Scott, 1982). Así, entendemos el género como un espacio de significado de culturas, un proceso de interpretación dentro de un cuadro complejo y dinámico de valores arraigados en la sociedad.

El modelo teórico seleccionado nos llevó hacia una perspectiva que procura tener en cuenta la construcción social de la desigualdad. Así, merecen una atención especial las desigualdades construidas entre hombres y mujeres en el acceso y control de los recursos sanitarios, así como las desigualdades entre las propias mujeres. No es realista hablar de la mujer en general, puesto que la edad, la posición social y el estatus familiar afectarán, por ejemplo, a su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

La situación social de las mujeres se ve más afectada y condicionada por la estructura del núcleo familiar que la de los hombres, una diferencia que se produce en las diferentes etapas de su ciclo vital. Por esto es crucial una detallada valoración de las diferencias en la situación familiar. Las mujeres no son sólo mujeres: son hijas, nueras, casadas, viudas, madres, esposas de emigrantes, suegras, etc. La autoridad, autonomía y responsabilidad, así como las obligaciones y la carga de trabajo varían según dicho estatus. De este modo, al calcular la posibilidad de las mujeres y chicas con VIH/sida de acceder en mayor o menor grado a los tratamientos, será necesario verificar hasta qué punto su posición en la familia podrá afectar su potencial acceso a los servicios.

Con respecto a la igualdad de género en materia de salud, aún debe estudiarse cómo los roles de género y la división del trabajo (construidos en el

seno de la familia y la sociedad) pueden influir en la habilidad de hombres y mujeres para participar en las actividades que promuevan su salud y en identificar las trabas de orden cultural o material que constituyen una barrera para su acceso a los servicios sanitarios.

En el aparato conceptual también pensamos en el “poder”. Poder como acción, como forma de dominación de un grupo sobre otro (Foucault, 1978) para invocar sobre todo las formas de construcción de jerarquías entre los diferentes miembros de la familia en el control y acceso a los beneficios y recursos; pero también las relaciones de poder en el panorama de los servicios entre el proveedor de los mismos, el profesional sanitario (médico, enfermero, depositario de conocimientos) y el paciente; y la situación de poder en una relación de género hombre proveedor - mujer paciente.

Para conseguir los cambios requeridos es crucial la promoción y adopción de prácticas y valores de salud sexual y reproductiva más acordes con la realidad social en toda su diversidad y dinamismo, con una definición más justa de los roles de género y la intensificación de las campañas de información y educación

También fue pertinente el concepto de exclusión social entendida como falta de acceso a las oportunidades que ofrece la sociedad, negación de los derechos y beneficios sociales prestados por el Estado o instituciones públicas y que implica privación y ausencia de ciudadanía.

La operatividad de los conceptos de género y poder unidos al de los derechos humanos permitió constatar que la vulnerabilidad (que limita el acceso de las mujeres a los servicios) se sitúa en una dimensión conductual dictada por las representaciones y discursos hegemónicos que configuran la percepción de la maternidad en el contexto del riesgo del VIH/sida en una dimensión cognitiva dictada por la negación del derecho a la información, a la educación sexual y en una dimensión programática centrada en los servicios que deberían proporcionar cuidados dentro de una situación de igualdad y mejora de la calidad de los mismos (UNFPA, 2002).

4 La vulnerabilidad en el plano conductual

Los factores culturales, en constante cambio, tienen un enorme peso en la estructuración y en los comportamientos familiares. Hombres y mujeres actúan en el marco de una cultura que establece relaciones de género, roles y formas de comportamiento marcadas por la desigualdad.

Las normas sitúan a las jóvenes ante desafíos que se materializan en la presión para casarse muy pronto y tener muchos hijos. Por su poder para engendrar vida, el cuerpo de la mujer recibe una valoración especial en las sociedades agrícolas, donde la mano de obra es fundamental, de modo que una prole numerosa garantiza la reproducción de las unidades de producción a lo largo de los diferentes ciclos agrícolas.

Cuando contrae matrimonio, la mujer debe reproducirse como madre. De esta forma consigue ser socialmente aprobada, reconocida y sancionada (Cf. PNUD, 2001). La capacidad biológica de tener hijos se interpreta culturalmente como una función “natural” de la mujer y es la que define la femineidad (Cf. Ortner, Rosaldo, 1976 y Lamphere, 1974). Esta explicación, que pone énfasis en la capacidad reproductiva de la mujer, y ve en la maternidad la principal meta vital, define como detentora de un comportamiento desviado a la que no tiene hijos o es estéril.

De este modo, la decisión de la mujer de limitar su fecundidad se ve contrariada por el protagonismo de la maternidad y por el deseo de perpetuar la familia dando a luz un niño, al margen del riesgo que pueda correr su vida. La tasa total de fecundidad es aún alta en el país, situándose en un 6,7 % en 1980, aunque tiende a descender, pasando al 5,6 en 1997 y al 5,50 en 2003. La prevalencia del uso de anticonceptivos aumentó del 6 % en 1997 al 17 % en 2003 (Cf. INE, 2003). En realidad, beneficiándose de la degradación del lugar de origen en ciertas zonas; de las nuevas dinámicas socioeconómicas; de las nuevas configuraciones culturales; orientadas por el deseo de querer controlar su propio cuerpo y rebelarse contra las estructuras dominantes, algunas entrevistadas procuran reducir el número de hijos y espaciar sus nacimientos (un 44 % de las entrevistadas consideró un intervalo de, por lo menos, 2 años).

Así, cualquier intento de dar voz a las mujeres infectadas o de prestar la debida atención a sus preocupaciones con relación a la reproducción, debe tener en cuenta cómo se perciben y se posicionan ellas mismas frente a la reproducción en general, y ante el ejercicio de sus derechos reproductivos en particular. Por ejemplo, la resistencia a usar anticonceptivos, ¿estará ligada a una voluntad de tener hijos inducida por impera-

tivos culturales, económicos o emocionales previamente asumidos? ¿Qué empuja a una madre seropositiva a llevar a término un embarazo, aunque sepa que su hijo pueda llegar a ser también seropositivo? En muchas regiones del país proliferan las prohibiciones sobre la interrupción del embarazo, ya que los hijos son concebidos como un don de los antepasados.

Con respecto al derecho a decidir el número de hijos dentro de un grupo, en la investigación realizada un 53,3 % de los hombres entrevistados y el 46,7 % de las mujeres afirmó que este derecho corresponde al hombre. Por lo tanto, los valores definidos culturalmente en las comunidades en función del sexo limitan la capacidad de elección en materia de salud reproductiva. Los hombres son los principales responsables en la toma de decisiones en el contexto de las relaciones familiares, especialmente en el uso de anticonceptivos y el tamaño de las familias. Las

decisiones sobre fecundidad se ven, pues, condicionadas por quién controla y gestiona los recursos económicos familiares.

La investigación demostró la escasa comunicación y discusión existente entre los cónyuges en cuestiones reproductivas y sus consecuencias para la salud familiar, especialmente en lo referente a la planificación familiar. Las normas y reglas ancladas en la tradición, que convierten la

sexualidad en tabú, son un obstáculo para un cambio efectivo en el intercambio de información y conocimientos en la pareja.

Una mejor comunicación entre los miembros de la pareja y el contacto de los hombres con la información sobre planificación familiar podría contribuir a la mejora de la salud sexual y al respeto de los derechos reproductivos familiares.

En lo referente a la salud y la enfermedad, constatamos que en las familias de seguimiento (en la que nacieron y se criaron los individuos) se adoptan mecanismos de lucha contra las enfermedades dentro de un conjunto de creencias y prácticas desarrolladas en el marco de la cultura local. Las mujeres están consideradas un “depósito” de infecciones y enfermedades, responsables de llevar enfermedades a casa; de ahí que oculten los síntomas y refuercen la cultura del silencio. Así, varias enfermedades de

las que son portadoras están consideradas “espirituales”, obra del ataque de los antepasados por incumplir las reglas de funcionamiento del grupo.

Aunque se reconoce la importancia de acudir a las unidades sanitarias y sus servicios, por petición del *nyanga*¹. En la curación de algunas enfermedades se cree que el hospital sólo se ocupa de los síntomas de la enfermedad, pero no desvela sus causas. Cuando algunas de éstas son obra de un castigo enviado por los espíritus de los antepasados, la medicina moderna no tiene la menor eficacia.

Las enfermedades graves, incluyendo el sida y otras ETS, se consideran una señal del descontento de los antepasados. Por lo tanto, es conveniente interpretar y recoger las causas últimas de tal situación por mediación del adivino.

El adivino es el intérprete entre dos mundos y debe presentar de forma clara y comprensible lo que parece oscuro e ininteligible a los seres comunes. Crea una configuración de símbolos cuyo orden debe ser revelado. Lidiando con acontecimientos que van más allá de la percepción y del conocimiento humano, la adivinación ofrece legitimación y consenso, no sólo en los momentos difíciles de crisis moral y social, sino también en muchas otras situaciones.

La existencia de enfermedades motivadas, sea por causas naturales o sobrenaturales, condiciona el diagnóstico y el tratamiento, así como la práctica de rituales curativos. Los rituales y el suministro de medicamentos, sobre todo a partir de plantas y raíces, constituyen el mecanismo principal del tratamiento. Aún así, la eficacia de la fitoterapia no se limita sólo a sus virtudes farmacológicas. Todos nuestros interlocutores coincidieron en afirmar que el poder curativo de las plantas proviene, también, de las palabras del terapeuta al dirigirse a los antepasados que le transmitieron dicho saber.

¹ **Nyanga**: nombre dado al curandero(a) en lengua tsonga, se subdivide en *nhyangarume* y *nyamussoro*. El primero trabaja con plantas medicinales y no tiene el poder de actuar sobre los espíritus invasores.

5 La vulnerabilidad en la dimensión cognitiva

El acceso a la educación y a la información es un factor clave en la prevención de las ETS, pues la formación crea una afinidad con el discurso médico y abre la mente a sus mensajes.

La necesidad de propagar la información y promover el acceso a los servicios de salud reproductiva accesibles y de calidad son factores de protección que asumen el papel transformador que el individuo desempeña en su contexto, revitalizando su papel en el cambio que caracteriza a la cultura.

Al estar más informadas, las usuarias se sienten más fuertes y confiadas para tomar decisiones y elegir las opciones relacionadas con su propia salud y cuidado personal.

La investigación demostró la escasa comunicación y discusión existente entre los cónyuges en cuestiones reproductivas y sus consecuencias para la salud familiar, especialmente en lo referente a la planificación familiar. Las normas y reglas ancladas en la tradición, que convierten la sexualidad en tabú, son un obstáculo para un cambio efectivo en el intercambio de información y conocimientos en la pareja

Pero más del 70 % de las niñas abandonan la escuela a partir de los trece años, por razones ligadas a bodas prematuras, a la pobreza y al poco valor atribuido a la escuela por padres y educadores.

La escolarización confiere aún una cierta capacidad para explicar las desigualdades de morbilidad y mortalidad, pues a medida que sube, menor es la incidencia de enfermedades crónicas y la salud es auto-evaluada (Cf. Cabral, 2002). Por otro lado, la escolarización de las mujeres es crucial en un país

donde las condiciones materiales de vida no son las mejores, debido a su papel reproductivo a escala doméstica. Cuanto más elevada es la formación, mayor es el conocimiento sobre protección de la propia salud y la del niño, reduciendo el riesgo de contraer ciertas enfermedades.

Sin embargo, la idea predominante es que las mujeres jóvenes no tienen derecho a información sobre sexualidad, anticonceptivos y otros servicios porque aún no están consideradas seres sexuales. Los esfuerzos para hacerlos accesibles podrían conducir a la promiscuidad y aumentar la vulnerabilidad de éstas.

Ni los líderes de opinión ni los familiares hacen gala de voluntad para discutir sobre temas de sexualidad. Con los padres no se habla normal-

mente de asuntos relacionados con el comportamiento sexual, aunque estos mismos formen parte ostensible de las preocupaciones familiares: los implicados se sienten más a gusto hablando con confidentes ajenos al grupo familiar (Agadjanian, 2001: 299).

Pero, incidiendo en la dinámica de los procesos de socialización y en las nuevas pautas de conducta juveniles, las investigaciones llevadas a cabo con jóvenes indican que la información sobre sexualidad se obtiene fundamentalmente de los amigos y de personas algo más mayores, pues conversar sobre sexo con personas ancianas o simplemente más viejas se considera una falta de respeto.

Al estar regulados estos sistemas de comunicación, de entrada reflejan el grado de individualidad y autonomía tolerado para cada miembro dentro del sistema familiar. Cuando las fronteras son más cerradas, las estrategias observadas en el sistema limitan la expresión de la autonomía.

Pero las estrategias pueden corregirse y la autonomía conquistarse de acuerdo con las necesidades evolutivas y las capacidades de cada miembro de la familia. Por ejemplo, en la defensa de intereses comunes ligados a la maternidad y a la reproducción, las mujeres que comparten espacios comunes (fuente, mercado, centros de salud) intercambian confidencias y consejos sobre métodos caseros para curar enfermedades, los métodos anticonceptivos más adecuados y las formas de acceder a los mismos. Para las que emigran del campo a la ciudad, donde el conocimiento sobre medios de control reproductivo es escaso, las redes informales son determinantes en el acceso a la información. (Cf Loforte, 2000)

Sin embargo, la ruptura en la educación sexual no logró la construcción de una identidad sexual

en los jóvenes. Se mantiene la imagen de la mujer joven como objeto de deseo, hecho que la legitima socialmente como dependiente del hombre, impidiéndole negociar la prevención de la relación sexual (Cf. Osório et Arthur, 2002).

Los proveedores de salud, herederos de ciertas huellas culturales y simbólicas, también necesitan información y desarrollar sus habilidades de comunicación y asesoramiento para tratar con los pacientes. Comprobamos que el fallo de los servicios residía también en la falta de conocimientos de los proveedores sobre el comportamiento y las actitudes de las mujeres ante los métodos anticonceptivos, sobre el ambiente social que afecta a su uso y frente a una información básica sobre la prevención de la transmisión perinatal del VIH. Contaban con escasa información sobre las causas

Creemos que el trabajo de los proveedores debería ir más allá de la información sobre el sida y la prescripción del uso del preservativo, pues los efectos de las representaciones y prácticas culturales están presentes en la vida cotidiana de ambos, lo que exige profundas transformaciones en sus actitudes. Además requiere una mejor interacción con el conjunto de conceptos y percepciones que configuran la cosmología de los pacientes

reales de la discontinuidad en el uso del preservativo; sobre la percepción cultural que tenían las mujeres de los efectos colaterales de los mismos; sobre las causas que inducían a solicitar servicios prenatales (un 85 % de las mujeres) pero también la ausencia de mujeres en el momento del parto, dando lugar a una tasa de absentismo de un 37 %². Creemos que el trabajo de los proveedores debería ir más allá de la información sobre el sida y la prescripción del uso del preservativo, pues los efectos de las representaciones y prácticas culturales están presentes en la vida cotidiana de ambos, lo que exige profundas transformaciones en sus actitudes. Además requiere una mejor interacción

con el conjunto de conceptos y percepciones que configuran la cosmología de los pacientes.

En este contexto, la investigación antropológica podría aportar una importante contribución al personal de las unidades sanitarias con el fin de profundizar en la reflexión sobre esta problemática y mejorar las acciones educativas, tanto en la atención como en las charlas impartidas durante el periodo de embarazo y puerperio. Podrían abordarse de forma clara y directa las diferencias y desigualdades de género, su influencia en la construcción de la identidad y sexualidad femenina, las relaciones de poder entre los compañeros sexuales, cuestiones a tener en cuenta en la prevención y tratamiento de las enfermedades.

2 Varios motivos subyacen detrás de este absentismo, que tienen que ver con el deseo de dar a luz en un ambiente más familiar y acogedor; la necesidad de la presencia de la suegra en el momento del parto para detectar si las complicaciones podrían estar ligadas a una infidelidad; la distancia de la unidad sanitaria, sin transporte accesible y estando ya de parto.

Intentar, por último, romper la barrera de la información, quitarse la máscara que les impide ver que el riesgo de que las mujeres contraigan el virus muchas veces puede hallarse en la base de la construcción de la propia condición femenina.

6 La vulnerabilidad programática

El cuadro continental de políticas para la salud reproductiva³ aboga por un refuerzo del componente del sector sanitario mediante la aportación de recursos con el fin de mejorar el acceso universal a los servicios, incluyendo la salud reproductiva y la integración de género en los programas de desarrollo.

Así, la dimensión programática nos condujo a analizar la contribución de los programas a escala institucional en la reducción de la vulnerabilidad de hombres y mujeres a los problemas de salud reproductiva. Tratamos de analizar las cuestiones de accesibilidad geográfica, o sea la localización física de los servicios, los transportes disponibles, la distancia que las mujeres y chicas tienen que recorrer para llegar a los mismos: cómo están dotados los servicios de infraestructuras y medicamentos que facilitan la accesibilidad, y por último la identificación de factores sociales que persuaden a un potencial paciente para buscar servicios como etiquetas o rótulos asociados a los mismos. Verificamos que en las comunidades estudiadas, la localización del Centro de Salud en lugares distantes obligaba a las usuarias a recorrer largas distancias: un 44 % de las mujeres entrevistadas afirmó que tenía que caminar entre 1,30 y 2 horas para llegar a la unidad sanitaria más próxima, en condiciones deficientes por falta de medicamentos esenciales, falta de camas y falta de personal, sobre todo del sexo femenino⁴, afectadas aún por relaciones de poder desiguales entre el personal y los enfermos, que se manifiesta en la impaciencia y el retraso en la atención, y en la preferencia por familiares y amigos para recibir cuidados. Todos estos factores desmotivan la demanda de servicios.

En lo tocante a los jóvenes y adolescentes, constatamos que debido a la falta de personal, o a la ausencia de conocimientos sobre las necesidades específicas de los mismos en materia de salud reproductiva, se percibe:

3 Cf. (Documento de la Comisión de la Unión Africana, Maputo, 2006).

4 Según las mujeres entrevistadas, las enfermeras brindarían una atención diferente, dado que las mujeres se sentirían más a gusto para hablar con ellas de sus enfermedades y preocupaciones; la observación de sus partes no supondría la vergüenza y pudor que normalmente manifiestan.

- Escasa información y servicios accesibles a los mismos,
- Poco o ningún compromiso en la planificación, realización y control de los programas de salud reproductiva,
- Servicios poco atractivos dada la actitud negativa de los proveedores y ausencia de políticas para garantizar su acceso.

En la sede de los distritos evaluamos el papel de los servicios de los Gabinetes de Atención y Test Voluntario (GATV). Constatamos que su uso constituye un problema pues los potenciales usuarios consideran poco fiable su nivel de confidencialidad. Las personas sienten vergüenza de frecuentar estos servicios, conectados de cierto modo con el estigma asociado a la enfermedad. ¿Nos llevan estos datos a calcular la relación entre la acción individual orientada por la cultura con el peso de estas estructuras asimismo cargadas de símbolos y afectadas por las actuaciones de sus funcionarios? ¿Cómo responder a la difícil mediación entre el individuo y estas organizaciones? Es una cuestión esencial en algunas tradiciones y secundaria en otras, pero el reconocimiento de que esas mediaciones existen y son fundamentales para la comprensión de la sociedad fue siempre una certidumbre característica del enfoque antropológico.

Geertz (1991), en su intento de validar las formas de pensamiento como objeto etnográfico, arguye que el acto de clasificar el mundo, sus mediaciones, el construir y negociar conceptos pasa a ser un acto de negociación con las formas simbólicas disponibles en una comunidad o institución. Y para explicar los usos, las idas y venidas de este tráfico negociador es preciso analizar las comunidades en cuyo interior las formas simbólicas están disponibles. Analizar esas comunidades, o instituciones en el caso propuesto por Geertz, no significa necesariamente describir una estructura social, pero sí estar atento a las normas que las organizan y que las ponen en contacto con otras.

7 Recomendaciones

Acceso a los servicios de salud reproductiva es complejo y exige una inversión en educación e información, así como transformaciones profundas en la cultura organizativa. Esta complejidad alcanza mayor magnitud si examinamos el funcionamiento bajo una óptica de género (Gupta, 2000). De este modo, un marco conceptual orientado a los diferentes tipos de respuestas necesarias para conseguir una mayor eficacia en los

servicios puede facilitar las intervenciones requeridas. Son importantes los programas de salud reproductiva que reconozcan las diferencias de género, promuevan servicios que se hagan eco de las necesidades de hombres y mujeres, y eliminen las barreras de acceso a dichos servicios. Sin embargo, debería concederse mayor importancia a los cambios institucionales desde el punto de vista técnico y estructural que son necesarios para erradicar las desigualdades, a la urgencia para potenciar un mayor acceso y participación de mujeres y hombres en los programas de salud, y a ayudar a las mujeres a superar los obstáculos que encuentran para optar a los servicios o conseguir anticonceptivos a fin de alterar de modo significativo la dinámica de las relaciones de género. Como aspectos estructurales definimos los sistemas institucionales, procesos y estructuras que de forma rutinaria, continua y generalizada identifican y responden de forma apropiada a las diferentes maneras en que el género afecta a la programación.

La atención de las necesidades de las usuarias exige aprender a observar sus deseos, sus prioridades y preferencias. El diagnóstico y conocimiento de la seropositividad podría brindar respuestas apropiadas de los servicios que atenuarían la culpabilidad que sienten las mujeres.

Podrían usarse varios enfoques para abordar el tema en un contexto de programas de comunicación mediante:

- la observación de las interacciones usuaria-proveedor, identificando puntos de contacto y roces;
- el cálculo del flujo de pacientes para determinar el tiempo de espera del personal de las unidades sanitarias;
- la realización de cuestionarios y entrevistas a las usuarias después de recurrir a los servicios;
- la implicación de las mujeres y chicas en la creación de programas adecuados a sus necesidades;
- la discusión abierta en la comunidad sobre la posibilidad de crear grupos de defensa de la salud;
- la producción de materiales educativos con un lenguaje sencillo para mujeres no alfabetizadas.

Una mayor intervención de las mujeres en los programas no debe implicar la exclusión de los hombres, pues ambos comparten su responsabilidad en salud reproductiva. Los programas tendrán mayor eficacia si se planifican para hombres y mujeres.

Con respecto a los jóvenes, es importante su implicación, pues están forjando su identidad, construyendo actitudes, creencias y opciones acerca de la sexualidad. Por ello, es imperativo promover acciones que contribuyan a la igualdad de género y que eviten conductas de riesgo que pongan en peligro también a sus compañeros y a sus futuros hijos.

Las percepciones sobre roles de género se inician muy pronto, mientras que las nociones dominantes de masculinidad sólo cambian con el tiempo. Las conductas de riesgo se evitarían si se ofrecieran a hombres y mujeres modelos de masculinidad alternativos no basados en relaciones de poder desiguales.

El Estado crea condiciones para que un grupo pueda estar libre de ciertas enfermedades. De igual manera, debe ofrecer los medios para que los otros puedan alcanzar esa misma actuación positiva (Cabral 2002), es decir, poner a disposición de varios segmentos de la población los cuidados médicos y los medicamentos, reduciendo las asimetrías sociales o geográficas en el acceso a la salud.

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE A. M. LOFORTE

- Hay acuerdo sobre la necesidad de deconstruir y dismantelar, mediante el análisis antropológico, las imágenes genéricas de la “mujer africana” (como “mujer” y como “africana”) y del “hombre africano”, fuentes inagotables de estereotipos.
- Las mujeres no son víctimas pasivas, sino actores sociales que interactúan con otros actores sociales, aunque en situación de “vulnerabilidad estructural”.
- Las desigualdades generacionales afectan al acceso de las mujeres a los servicios de salud, y en particular a la información sobre sexualidad, especialmente para adolescentes y ancianas, consideradas como individuos asexuales.
- Se enfatiza la violencia sexual a la que están sometidas las adolescentes y su vulnerabilidad frente a los abusos de adultos, incluyendo, a veces, a sus profesores.

Referencias bibliográficas

Agadjanian, Víctor, 2001 *Negotiating through reproductive change: gendered social interaction and fertility regulation in Mozambique*. Journal of Southern Africa Studies, 27 (2): 291-309.

Badiani, Rita et al., (s/d)-*Estudo CAP nas escolas: conhecimento, atitudes, práticas e comportamento em saúde sexual e reprodutiva em uma era de SIDA*. Maputo: DEC-SEA/MISAU/MJD.

Bagnol, Brigitte, 1998 *Pesquisa qualitativa sobre DTS/SIDA em Quelimane, Maganja da Costa e Pebane*. Maputo: Action Aid.

Bourdieu, Pierre, 1977 *Outline of a theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press

Cabral, Manuel V. et al., 2002 *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais

CEA/MMCAS, 2001 *O impacto sócio-económico do HIV/SIDA numa perspectiva de género*. Maputo: UEM/CEA.

Foucault, Michel, 1979 *História da Sexualidade*. Oeiras: Celta Editores.

Gaspar, Felisbela y Armando Djedje, 1994 *Crenças e práticas tradicionais relativas à diarreia infantil e as doenças de transmissão sexual em Milange, província da Zambézia. Relatório de Pesquisa e Comunicação*. Maputo: GEMT

Geertz, Clifford, 1991 *A interpretação das Culturas*. Oeiras: Celta Editores.

GEM, 1993 *Crenças e práticas tradicionais relativas à saúde mental e as doenças de transmissão sexual em Boane, província de Maputo*. Maputo: MISAU.

Gupta, Rao, 2000 *Gender, Sexuality, and VIH/sida: The What, the Why, and the How*. Canadian VIH/sida Policy & Law 5 (4).

Handwerker, W., 2002 *The construct validity of cultures*. American Anthropologist 104(1):106-122.

Hartmann, Heidi, 1981 *The family as the locus of gender, class and political struggle: the example of housework*. Signs 6 (3): 366-394.

Kleinman, A., 1980 *Patients and Healers in the context of Culture*. Berkeley: University of California Press

INE y MISAU, 2003 *Inquérito Demográfico e de Saúde*. Maputo.

Loforte, Ana, 2000 *Género e Poder entre os Tsonga do Sul de Moçambique*. Maputo: Promedia

Osório, Conceição e Maria José Arthur, 2002 *Revisão da Literatura Saúde Sexual e Reprodutiva: DTS, VIH/sida*. Maputo: FNUAP.

PNUD, SARDC, UEM, 2000 *Educação e desenvolvimento humano: percursos, lições e desafios para o século XXI*. Maputo.

Rosaldo, Michelle ed., 1974 *Woman, Culture and Society*. Oxford: Oxford University Press.

Santos, Balbina e Maria José Arthur, 1993 *Vida sexual no casamento: práticas sexuais e a sexualidade feminina e masculina*. Maputo: PNC DTS/SIDA.

Scott, Joan, 1982 *Género, uma categoria útil para uma análise histórica*. S. Paulo.

CONSIDERACIÓN DE LA SEXUALIDAD: RESPUESTA A LOS SUEÑOS Y LOS DESEOS DE LOS JÓVENES UGANDESES CON VIH POR TRANSMISIÓN VERTICAL

Harriet Birungi
Population Council, Nairobi

Marco conceptual

En la programación de las distintas cuestiones relativas a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), la preocupación por la vulnerabilidad de las distintas poblaciones africanas frente a la infección por el VIH anula en cierta medida las realidades más positivas de la sexualidad, que representan un aspecto de igual importancia en la experiencia africana con la enfermedad (Undie y Benya, 2006; Spronk, 2006). En las investigaciones más recientes se ha puesto de manifiesto esta falta de equilibrio y los investigadores, políticos y gestores de programas están realizando esfuerzos cada vez más intensos para desarrollar un marco genérico de la sexualidad y de la salud sexual que permita guiar el diseño de programas que aborden sobre el terreno las realidades y las necesidades sexuales (APHRC, 2005).

En respuesta a ello, el marco conceptual desarrollado por OMS/Global (2002) es una herramienta útil para tratar genéricamente las realidades tanto negativas como positivas de la sexualidad. Este marco conceptual tiene en consideración el sexo, las diferencias de género, las identidades y roles, la orientación sexual, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se describe como algo experimentado y expresado a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, valores, comportamientos, costumbres, roles y del establecimiento de relaciones con las personas. La OMS ha subrayado asimismo el hecho de que la salud sexual no consiste simplemente en la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad, sino más bien en un estado de bienestar físico, emocional, mental y social. Así, el tratamiento de la salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales. Sin embargo, hasta hace poco tiempo, en el contexto de los programas relacionados con el VIH/sida, la sexualidad se conceptualizaba como un problema de carácter sanitario y, por tanto, sólo se trataba una serie limitada de aspectos, como la enfermedad (el riesgo de contraerla) y la reproducción. En consecuencia, los programas contra el VIH/sida se han diseñado sobre todo para responder a los aspectos negativos de la sexualidad.

Lagunas existentes en los programas contra el VIH/sida

El interés casi exclusivo por las implicaciones negativas de la sexualidad ha dificultado un tratamiento amplio de la sexualidad misma y su aplicación en los programas contra el VIH/sida; ello ha constituido un problema que se ha agravado a causa de las restricciones de financiación económica y del rechazo a reconocer las necesidades y los deseos sexuales de las personas con VIH/sida (en adelante, PVS) y su derecho a actuar de acuerdo con sus propios criterios (Berger, 2005). La situación ha empeorado todavía más por el hecho de que en los estudios que se han efectuado sobre la sexualidad de las PVS se ha aplicado una definición muy limitada del concepto de sexualidad y no se ha tenido en cuenta, en términos generales, el deseo sexual ni cómo la sexualidad puede ser una fuente de felicidad, de realización personal y de bienestar. En la mayor parte de los casos, los estudios se han conceptualizado en un marco genérico de enfermedad, lo que ha hecho que se aborden fundamentalmente los problemas relacionados con los comportamientos sexuales de riesgo y que se abandonen otros componentes básicos de la sexualidad (Spronk, 2006).

Por ejemplo, en estudios recientes sobre PVS en tratamiento antirretroviral (en adelante, TARV), se ha supuesto que el resultado del tratamiento puede estar estrechamente relacionado con una reducción de los comportamientos de protección y prevención. En consecuencia, en esos estudios se ha tendido a evaluar los comportamientos sexuales de riesgo elevado en los pacientes tratados mediante TARV: habitualmente, al elaborarlos se preguntaba sobre la frecuencia del coito en los últimos seis meses, el número y el tipo de parejas sexuales, el conocimiento de la posible infección por VIH de la pareja sexual, la revelación de la infección por VIH a la pareja sexual, el uso de preservativos durante el coito y el padecimiento de otras enfermedades de transmisión sexual.

Por otra parte, si en las entrevistas con los pacientes se aborda la sexualidad, suelen considerarse aspectos tales como la evaluación del riesgo, los comportamientos, las costumbres y

el uso de preservativos. Se tiende a desexualizar a las PVS, fenómeno que se intensifica aún más por el hecho de que los médicos y el resto del personal sanitario no parecen interesados, motivados ni preparados para afrontar el problema de los deseos sexuales de las PVS. A pesar de que los programas relativos al VIH/sida promueven la idea de valorar los aspectos positivos de la vida, sus contenidos se fundamentan exclusivamente en la necesidad de una nutrición apropiada, la realización de ejercicio físico y el control del estrés. Las cuestiones relativas a los deseos sexuales no han recibido la atención adecuada, lo que pone en peligro el derecho básico de las PVS a su propia existencia, a amar por sí mismas y a ser amadas. Considerar los aspectos positivos de la vida sin abordar los distintos componentes de la sexualidad ha hecho que la mayor parte de las PVS carezca de la preparación necesaria para conseguir satisfacer sus necesidades sexuales vitales y, además, ha potenciado la ocultación de su infección por VIH a sus parejas sexuales posibles y reales.

El incremento en el acceso al TARV ha permitido que las PVS adopten un estilo de vida positivo y ha mejorado su calidad de vida. Al preguntarles por esta última, la mayor parte de los jóvenes infectados por el VIH describe su «deseo de ser como cualquier otro chico o chica», una aspiración con evidentes vínculos con la sexualidad. Por tanto, podemos afirmar que las personas infectadas por el VIH muestran un deseo evidente de actuar en función de su sexualidad y que están pidiendo una oportunidad de hablar y hacer preguntas sobre ella. Por supuesto, tienen todo el derecho a disfrutar de su sexualidad y, en este sentido, se están empezando a publicar estudios en los que se recomienda una resexualización de los programas contra el VIH/sida (Berger, 2005). Por otra parte, en un estudio reciente efectuado en Canadá se subraya la importancia de un desarrollo sexual sano de los jóvenes infectados por VIH durante la época perinatal al alcanzar la adolescencia y la edad adulta (Fielden et al., 2006). A pesar de que en algunos de los centros de tratamiento de la infección por VIH/sida de Uganda se está comenzando a adoptar iniciativas para la resexualización de los programas contra el VIH/sida, los esfuerzos se dirigen principalmente hacia los adultos infectados y se ha insistido fundamentalmente en los aspectos relativos a la reproducción y la integración de la planificación familiar en los programas relativos al VIH/sida, pero se ha prestado muy poca atención a la sexualidad de los jóvenes con infección por transmisión vertical del VIH.

Jóvenes infectados por el VIH: experiencias, sueños y deseos sexuales

El número de niños africanos infectados por el VIH sigue aumentando a pesar de los avances de la prevención de la transmisión del virus de madre a hijo. El 90% de los aproximadamente 3 millones de niños infectados por el VIH reside en países del África subsahariana (ANECCA, 2003). Aunque antes se consideraba que los niños que nacían infectados por el VIH no tendrían la oportunidad de alcanzar la vida adulta y desarrollarse sexualmente, la expansión de los programas terapéuticos ha abierto dicha posibilidad, si bien todavía sólo para un pequeño número de pacientes de este tipo. Es casi imposible precisar el número real de niños y jóvenes de 10 a 19 años infectados por el VIH desde la fase perinatal, pero disponemos de algunas cifras estimativas. Por ejemplo, el paciente de mayor edad con infección por VIH perinatal atendido por The AIDS Support Organization (TASO) de Uganda cumplió 23 años en 2006; la TASO tiene registrados también 4.696 jóvenes infectados por el VIH desde su niñez, y la consulta pediátrica de enfermedades infecciosas (en adelante, CPEI) del Mulago Hospital ha atendido a más de 500 jóvenes de entre 10 y 19 años infectados por el VIH.

Actualmente, esos jóvenes están empezando a explorar su sexualidad: salen juntos y en algunos casos comienzan a compartir su intimidad. Solo en el último año, la TASO tuvo conocimiento de 184 embarazos y en la CPEI se atendió a siete jóvenes embarazadas en tratamiento contra el VIH/sida a través de estas organizaciones; además, el personal sanitario de dichos centros sospecha que posiblemente el número de embarazos se incrementará. No se ha determinado si estos embarazos son deseados o no deseados; sin embargo, sabemos que la infección por el VIH no ha modificado significativamente las actitudes hacia la maternidad en Uganda (Kirumira, 1996), donde el deseo de tener hijos durante las primeras etapas de la vida adulta es muy intenso, incluso entre las PVS, y a menudo las relaciones sentimentales no se consideran válidas o legítimas a menos que tengan como resultado el nacimiento de un hijo. En general, los ugandeses tienen la primera experiencia sexual en etapas muy tempranas de la vida: según la encuesta serológico-conductual en relación con el VIH/sida de 2004-2005, el 14% de los hombres y mujeres jóvenes tuvo la primera relación sexual antes de los 15 años, y el 63% y el 47% de las mujeres y hombres jóvenes, respectivamente, la tuvo antes de los 18 años (Ministerio de Sanidad y ORC Macro, 2006). En este contexto, puede que los jóvenes infectados por el VIH deseen tener hijos

pronto (o sucumban a las presiones familiares y sociales para que los tengan) para no fallecer sin descendencia, pero los actuales programas asistenciales y de apoyo contra el VIH no parecen tener en cuenta las aspiraciones o los deseos de fertilidad de este grupo de jóvenes, aún pequeño pero en rápido crecimiento.

Las dificultades que conlleva trabajar con jóvenes en lo que a los distintos aspectos de la sexualidad se refiere se agudizan en el caso de los infectados por el VIH. Actualmente, las intervenciones básicas para modificar la transmisión de la enfermedad e impedir el embarazo entre los jóvenes se han centrado en retrasar el inicio de las relaciones sexuales, reducir el número de parejas sexuales y promover el uso correcto y habitual de los preservativos. Sin embargo, el hecho de que estas intervenciones se hayan dirigido fundamentalmente a la población general, que se supone es negativa para el VIH o no es consciente de sufrir dicha infección, ha constituido una limitación importante. La ausencia de investigaciones centradas en la sexualidad de los jóvenes infectados por el VIH desde su etapa perinatal ha imposibilitado cualquier otro enfoque. Como mucho, los programas terapéuticos, asistenciales y de apoyo han fomentado que dichos jóvenes retrasen el inicio de las relaciones sexuales. Sin embargo, eso no siempre es posible, debido a que algunos mantienen relaciones sexuales igualmente, tanto si se les recomienda que no lo hagan como si no. Estudios efectuados en otros países han demostrado que al menos el 27% de los jóvenes infectados por el VIH durante la fase perinatal son sexualmente activos (Fielden y cols., 2006). Además, datos puntuales ofrecidos por la organización TASO de Uganda y de Sudáfrica (Fielden y cols., 2006) sugieren que la mayor parte de las personas seropositivas buscan más frecuentemente mantener relaciones sexuales con personas también infectadas por el VIH. Este dato de carácter emergente refuerza la necesidad de conocer cómo son las relaciones entre los jóvenes infectados por el VIH y las implicaciones que tienen en los programas relativos al VIH/sida.

Derechos sexuales de los jóvenes infectados por el VIH

La OMS (2005) subraya que para alcanzar y mantener la salud sexual son necesarios el respeto, la protección y la materialización de los derechos sexuales de todas las personas. No obstante, se sigue dejando de lado el derecho de los jóvenes infectados por el VIH a recibir información y servicios relacionados con su sexualidad. La *Convention on the Rights of the Child* de las Naciones

Unidas (General Assembly Comment # 3, enero de 2003) ha insistido en la necesidad de prestar una atención cuidadosa a la sexualidad de los niños. Este organismo subraya el hecho de que los niños requieren una información relevante, apropiada y ofrecida a tiempo, que tenga en cuenta sus distintos niveles de edad y capacidad, y que les capacite para controlar de manera positiva y responsable su sexualidad. Además, insiste en que la prevención efectiva frente al VIH/sida debe evitar la reprobación, el ocultamiento y la tergiversación intencionada de la información relacionada con la salud, incluyendo la relativa a la educación sexual y a la sexualidad. Cumpliendo con su obligación de garantizar la supervivencia y el desarrollo de los niños, los países signatarios de la Convención deben asegurarse de que todos los niños tengan la posibilidad de adquirir los conocimientos y las habilidades necesarios para protegerse, tanto a sí mismos como a los demás, a medida que comienzan a expresar su sexualidad. Las directrices recientes de la OMS/UNFPA sobre la asistencia, el tratamiento y el apoyo a las mujeres con infección por el VIH/sida y a sus hijos en contextos de limitación de los recursos destacan también que hay que afrontar las necesidades concretas de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes infectadas por el VIH, de modo que se garantice la disponibilidad de una información apropiada a la edad y de orientación sexual y sobre las prácticas sexuales seguras, con la oferta de servicios de orientación y planificación familiar dirigidos cordialmente y con empatía al adolescente (OMS, 2006).

Soluciones posibles: investigación de la sexualidad de los jóvenes infectados por el VIH

En términos generales, se desconocen los sueños y los deseos sexuales de los jóvenes infectados por el VIH que residen en Uganda y en otros países de África. Los investigadores deben generar un corpus de información que permita fomentar la toma de conciencia acerca de esta cuestión entre los gestores de programas y los políticos. Así, es necesario desarrollar estudios de análisis y descriptivos en el contexto del marco genérico de la sexualidad, con el objeto de que sus resultados puedan guiar el diseño y el desarrollo de las intervenciones de modo que respondan a las verdaderas realidades sexuales de los jóvenes infectados por el VIH. En dichos estudios se deberían abordar las cuestiones siguientes:

- Contexto familiar: reflexiones sobre la infancia, la pubertad y la edad adulta, el estilo de vida y la amistad.

- Aceptación emocional del VIH y de la vida en general: perspectivas sobre el crecimiento o desarrollo, sentimientos y concepciones acerca de la vida personal, objetivos vitales y consideración de lo que cada joven desea ser.
- Perspectivas acerca de la maternidad y la paternidad: actitudes, experiencias y percepciones sobre la maternidad y la paternidad tempranas (en casos de adolescentes que han dejado embarazadas a parejas sexuales también adolescentes); respuestas frente a los embarazos no deseados; preparación para la paternidad y la maternidad.
- Autoestima: anhelos, sueños y esperanzas acerca de uno mismo, relaciones con los demás.
- Amor y aspectos sentimentales: relaciones amorosas; justificaciones respecto al amor, el sexo y las relaciones sentimentales; razones para las relaciones amorosas.
- Historia sexual: deseos e intenciones-experiencias-exploraciones-expresiones sexuales; preocupaciones, emociones e interés por el sexo; opinión general acerca del sexo.
- Experiencias sexuales: identificación del momento adecuado para que los y las adolescentes comiencen a tener relaciones sexuales; expresión de sentimientos; determinación de si se han mantenido relaciones sexuales, tanto deseadas como no deseadas (abuso y coerción sexuales).
- Pubertad y desarrollo: percepciones respecto a la masculinidad y la feminidad; negociación de la pubertad, el autocuidado y la toma de decisiones, comunicación con la pareja en lo que representa la parte más difícil y complicada del desarrollo.
- Tener o no tener hijos: actitudes, deseos, presiones, expectativas, conocimiento de los métodos para impedir el embarazo.
- Servicios de información: fuentes, necesidades y demandas, utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva; opiniones y preferencias respecto a los servicios existentes y al tipo de servicios que serían necesarios.

Desde un punto de vista metodológico, estos estudios deberían tener una naturaleza tanto cuantitativa como cualitativa. Es necesario conocer del

contexto etnográfico de los jóvenes infectados por el VIH para identificar sus inquietudes y saber cómo pueden pasar por las distintas etapas de desarrollo hasta la madurez sexual. También se debe distinguir entre los jóvenes infectados por el VIH en función de sus características sociales: escolarización o ausencia de escolarización, matrimonio, embarazo, paternidad, soltería, mantenimiento de una relación sentimental, contacto con grupos de apoyo, etc. Los datos detallados acerca de la vida personal, los sentimientos, los deseos y la dinámica social e interpersonal que influyen en la sexualidad se deben obtener mediante el relato de su vida y las historias de los casos. Hay que hacer hincapié en un tratamiento émico (desde el punto de vista de la persona que tiene el problema), es decir, que intente comprender cómo construyen su sexualidad los jóvenes infectados por el VIH al tiempo que se enfrentan a la enfermedad y descubren cómo contemplan los demás su propia situación y cómo contemplan ellos mismos la vida en general. Se deben recoger historias de casos que ilustren todo lo relacionado con la sexualidad y se debe animar a los jóvenes infectados por el VIH, en la medida de lo posible, a que cuenten los acontecimientos concretos que tienen relevancia en sus vidas.

Las sesiones de grupo también pueden ofrecer datos útiles acerca de las opiniones colectivas, las percepciones y las actitudes acerca de la sexualidad, así como sobre las necesidades educativas y de servicios relativos a la salud sexual y reproductiva. Las sesiones de grupo se pueden organizar alrededor de: 1) jóvenes solteras infectadas por el VIH; 2) jóvenes solteros infectados por el VIH; 3) jóvenes embarazadas infectadas por el VIH; 4) jóvenes padres infectados por el VIH; 5) jóvenes escolares (chicos y chicas) infectados por el VIH, y 6) jóvenes casadas infectadas por el VIH.

También es necesario elaborar encuestas a los jóvenes con infección perinatal por el VIH, con el fin de obtener datos cuantitativos que se puedan utilizar como prueba para que los políticos y gestores de programas incluyan las diferentes perspectivas de la sexualidad en los programas relativos al VIH/sida.

Además, hay que revisar los tratamientos y programas de apoyo frente al VIH/sida en el contexto del marco conceptual de la OMS para identificar las lagunas de intervención existentes en los servicios de información sexual dirigidos a los jóvenes infectados por el VIH. En las revisiones se debería tener en consideración tanto las necesidades en este campo como la participación de

todas las partes implicadas en la infección por el VIH/sida. Revisar sobre el terreno los programas de tratamiento, las medidas asistenciales y las medidas de apoyo actuales frente al VIH/sida es imprescindible para determinar el contenido y la intensidad con que dichos programas facilitan la provisión de información y de servicios de apoyo relacionados con la sexualidad a los jóvenes infectados por el VIH, o influyen en ella. En el análisis de las distintas partes implicadas se debe obtener información de las instituciones gubernamentales, las organizaciones privadas, no gubernamentales y religiosas, los profesionales implicados en la aplicación de medidas sanitarias y las agencias de ayuda técnica. A continuación mencionamos algunas posibles áreas de interés para la discusión y el diálogo con algunas de las partes implicadas más importantes:

- Factores que influyen en la provisión de orientación sexual a los jóvenes infectados por el VIH; investigación para la financiación de los aspectos ideológicos, las lagunas de carácter técnico, etc.
- Niveles de conocimiento e interpretación de los profesionales sanitarios relacionados con la orientación sexual de los jóvenes infectados por el VIH, y nivel de apoyo de dicha orientación.
- Grado de integración de los servicios de orientación sexual, apoyo y salud reproductiva.
- Contenido de los servicios de orientación y formación: qué cuestiones reciben la atención apropiada, cuáles no la reciben, y por qué.
- ¿Cómo se introduce la orientación relativa a la salud sexual y reproductiva y cuál es su contenido? ¿a quiénes debe ir dirigida y por qué?
- ¿Hasta qué punto se tienen en consideración las preocupaciones sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes infectados por el VIH en el contexto de los servicios existentes?
- Capacidad de los programas actuales de tratamiento, asistencia y apoyo contra el VIH/sida para solucionar las preocupaciones relativas a la sexualidad de los jóvenes infectados por el VIH: personal bien formado (composición y formación de los profesionales que ofrecen los servicios), existencia de la infraestructura necesaria, protocolos y directrices, revisión de las necesidades formativas y de otros recursos.

Vinculación entre la investigación y las intervenciones

En relación con los jóvenes infectados por el VIH, es clave que la investigación y las intervenciones estén vinculadas: los investigadores deben potenciar esta vinculación a través del proceso de interpretación de los datos y mediante la identificación de posibles intervenciones junto con los políticos, gestores de programas, entidades financiadoras y beneficiarios de ellos. Generalmente, las intervenciones reales que abarcan una perspectiva genérica de la sexualidad solo se hacen patentes después de recabar una información detallada sobre la concepción de la sexualidad entre los jóvenes infectados por el VIH. Aun así, las posibles estrategias o intervenciones pueden incluir los aspectos siguientes:

- Integración de las preocupaciones relativas a la sexualidad en los programas de tratamiento, asistencia y apoyo dirigidos a los jóvenes infectados por el VIH.
- Desarrollo de directrices sobre la sexualidad y de herramientas de valoración del deseo sexual para aplicarlas entre los jóvenes infectados por el VIH con el fin de evaluar sistemáticamente a los pacientes en relación con sus deseos y necesidades sexuales, de manera que los profesionales sanitarios puedan ofrecer la información o los servicios apropiados, o bien puedan derivar adecuadamente a los pacientes.
- Desarrollo de currículos de formación en orientación de los jóvenes infectados por el VIH, dirigidos a los expertos en ese tipo de orientación.
- Desarrollo de currículos de formación en habilidades vitales dirigidos a los jóvenes infectados por el VIH.

Hoy la asistencia relacionada con el VIH/sida en Uganda y en otros países africanos está organizada alrededor de la asistencia pediátrica y del adulto: la mayor parte de los jóvenes infectados por el VIH recibe tratamiento, asistencia y apoyo en las consultas de pediatría o, en pocas ocasiones, en las de adultos. En cualquiera de los dos casos, se tiende a considerar a los jóvenes infectados por el VIH como si fueran niños pequeños. A pesar de que algunos sistemas asistenciales han incorporado la orientación dirigida a los niños en los sistemas de tratamiento, asistencia y apoyo, estas medidas han sido insuficientes en lo que respecta a las cuestiones relativas a la sexualidad y la capacitación de los

jóvenes infectados por el VIH para que reciban la información necesaria que les permita equilibrar sus derechos y responsabilidades, tomar decisiones con información suficiente respecto a sus propias vidas y contribuir a su calidad de vida en general.

Los sistemas existentes de orientación y apoyo deben actualizarse, reorganizarse y rediseñarse para 1) llenar las lagunas existentes entre la asistencia pediátrica y la del adulto, y 2) incluir los elementos fundamentales de la sexualidad en el tratamiento de los jóvenes infectados por el VIH. Para que sean efectivas, las intervenciones deben tener en consideración los deseos y los sueños sexuales de los jóvenes infectados por el VIH, así como implicar a los diferentes agentes y grupos de trabajo relacionados con ellos. Para establecer dicho vínculo, los investigadores deben crear un enlace sólido con las comunidades implicadas y con los grupos de apoyo a los jóvenes infectados por el VIH, de manera que se puedan obtener consensos sobre las intervenciones posibles y su diseño, y también con el objetivo de estimular el intercambio entre los equipos de investigación y los distintos actores implicados en el diseño y la implementación de los programas.

Hay que hacer hincapié en la necesidad de que tanto los adolescentes infectados por el VIH como los programas y las organizaciones estén implicados en el diseño de las intervenciones. Es fundamental salvar la distancia entre los programas de tratamiento, asistencia y apoyo, por un lado, y, por otro, las necesidades sexuales reales de los jóvenes infectados por VIH: los investigadores deben utilizar los datos obtenidos en los estudios exploratorios para que los gestores de los programas sean conscientes de la necesidad de tener en consideración los deseos y los anhelos sexuales de los jóvenes infectados por el VIH. Hasta el momento, los programas de tratamiento, asistencia y apoyo se han centrado en modificar el comportamiento de las personas. El punto de vista personal de la autora de este artículo es que los datos obtenidos en estos estudios servirán básicamente como un punto de partida para determinar qué cambios deben hacerse en los programas existentes de lucha contra el VIH/sida. Es necesario también debatir la posibilidad de diseñar programas que ofrezcan información no sesgada sobre la sexualidad a los jóvenes infectados por el VIH.

Recomendaciones

Los anhelos y deseos de sexualidad de los jóvenes infectados por el VIH no se han atendido en los programas contra el VIH/sida. Hay que re-

considerar la sexualidad en dichos programas, y el marco conceptual de la OMS ofrece el punto de partida y la oportunidad para ello. La investigación en ciencias sociales debe comprometerse apropiadamente con la propuesta de la OMS y crear un corpus de conocimientos que equilibre las preocupaciones relativas a la enfermedad con los distintos aspectos positivos de la propia sexualidad, como el amor, la relación sentimental, los deseos, la felicidad y la madurez entre los jóvenes infectados por el VIH, con el objeto de constituir una guía apropiada para los programas contra el VIH/sida. Siguiendo este modelo de sexualidad, es necesario elaborar programas de tratamiento, asistencia y apoyo contra el VIH/sida que ofrezcan a los jóvenes infectados por el VIH información y apoyo práctico de modo que puedan comprender su sexualidad a medida que maduran y sean capaces de incorporar los aspectos vitales de su sexualidad, disfrutar de un estilo de vida positivo y evitar las consecuencias negativas, los embarazos no deseados, la infección de otras personas y la autorreinfeción. También es necesario desarrollar programas eficaces de orientación sexual para que los jóvenes infectados por el VIH puedan tomar decisiones con la información suficiente y sean capaces de equilibrar su responsabilidad y sus derechos en lo relativo a la salud sexual y reproductiva.

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE H. BIRUNGI

- La sexualidad, tema central en las campañas de prevención contra el sida, debería tratarse de manera positiva, enfatizando la sensualidad, las fantasías y el placer.
- En términos de aplicación, esta propuesta supondría un giro radical en el enfoque de los mensajes de prevención frente al VIH/sida, que no deberían basarse en el “miedo” y el “riesgo”, sino en la satisfacción de los deseos de manera saludable y responsable.

Referencias bibliográficas

- ANECCA**, 2003 *Regional Workshop on Early Diagnosis and Care of HIV-Infected Children*, 31 de marzo a 3 de abril de 2003, Kampala, Uganda.
- APHRC**, 2005 *Workshop Report on “Theorizing Sexuality in Africa”*, 3-4 de mayo de 2005, organizado por el African Population and Health Research Center, con apoyo de la Ford Foundation.
- Asamblea General de las Naciones Unidas**, 2003 *The Comment No.3 on HIV/AIDS and the Rights of the Child* (13-31 de enero de 2003), artículo 6.
- Berger, Jonathan**, 2005 *Re-Sexualizing the Epidemic: Desire, Risk and HIV Prevention*. Development update 5(3), December, Johannesburg.
- Fiedlen, S.J., with L. Sheckter, G.E. Chapman, A. Aliment, J.C. Forbes, S. Sheps, S. Cadell y J.C. Frankish**, 2006 *Growing Up: Perspectives of Children, Families and Service Providers Regarding Needs of Older Children with Perinatally-Acquired HIV*. *AIDS Care* 18(8): 1050-1053.
- Kirumira, Edward Kasujja**, 1996 *Familial Relationships and Population Dynamics in Uganda. A Case Study of Fertility Behavior in the Central Region*. Tesis doctoral, Universidad de Copenhagen.
- Ministerio de Sanidad de Uganda y ORC Macro**, 2006 *Uganda HIV/AIDS Sero-Behavioral Survey 2004-2005*. Calverton, Maryland, EEUU: Ministerio de Sanidad de Uganda y ORC Macro.
- Organización Mundial de la Salud**, 2002 *Sexual Health Definitions*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud**, 2005 *Integrating Sexual Health Interventions into Reproductive Health Services*. Programme Experience from Developing Countries. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud**, 2006 *Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and Their Children in Resource-Constrained Settings*. Ginebra: OMS.
- Spronk, Rachel**, 2006 *Ambiguous Pleasures: Sexuality and New Self-Definitions in Nairobi*. Tesis doctoral, Universidad de Amsterdam.
- Undie, Chi-Chi, con Kabwe Benaya**, 2006 *The State of Knowledge on Sexuality in Sub-Saharan Africa: A Synthesis of Literature*. Africa Population and Health Research Center, Working Paper, No 34. Nairobi: African Population and Health Research Center.



LAS MÚLTIPLES DIMENSIONES DE LA VULNERABILIDAD FRENTE A LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN ÁFRICA: UNA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA

Ezekiel Kalipeni

University of Illinois at Urbana-Champaign

Jayati Ghosh

Dominican University of California

Lucy Mkandawire-Valhmu

University of Wisconsin at Milwaukee

INTRODUCCIÓN

Tal como señalan Schneider y Moodie (2002), la epidemia de VIH/sida causa un impacto múltiple sobre las infraestructuras clave que permiten el mantenimiento de la seguridad, la estabilidad y la viabilidad en las naciones y estados modernos. A pesar de que la epidemia de VIH/sida se concentra de manera abrumadora en los países del sur de África, el futuro epicentro de la pandemia parece que se va a situar en el continente asiático, especialmente en India, China y Rusia. Si la epidemia se propagara en India y China, tal como ha ocurrido en los países del este y el sur de África, las consecuencias serían trágicas tanto para estas regiones geográficas como para el resto del mundo. En consecuencia, el análisis de las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad frente a la epidemia de VIH/sida en África subsahariana puede ofrecer información importante para la aplicación de intervenciones dirigidas hacia objetivos concretos.

En este artículo se persiguen tres objetivos principales. El primero es el desarrollo de un marco teórico fundamentado en las contribuciones de la sociología a la medicina y la salud pública, con el objetivo de definir las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad frente a la epidemia de VIH/sida en África; en este sentido, se describe un marco conceptual que permite la identificación de los factores causales más importantes de la vulnerabilidad frente a la epidemia de VIH/sida en ese continente. El segundo objetivo es ofrecer un análisis de casos a través de los resultados obtenidos en un estudio efectuado en barrios de nivel socioeconómico bajo de la ciudad de Lilongwe en Malawi, destacando en términos concretos algunas de las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad de hombres y mujeres, con referencia específica a la epidemia de VIH/sida. Finalmente, se ofrecen algunas recomendaciones sobre las medidas que permitirían reducir o incluso eliminar algunos de los factores que hacen que las personas presenten riesgo de infección por VIH.

EL MARCO CONCEPTUAL DE LA VULNERABILIDAD

En este artículo se define la vulnerabilidad de manera genérica. Tal como señala el World Council of Churches (1999):

Vulnerabilidad significa que algo o alguien puede ser lesionado o herido; quiere decir estar expuesto a un peligro o un ataque, carecer de protección... la vulnerabilidad en el contexto de la epidemia de VIH/sida significa que las personas poseen un control escaso o nulo sobre su riesgo de adquirir la infección por el VIH, o bien –en el caso de las personas que ya han sufrido la infección por el VIH– tienen una capacidad escasa o nula de acceso a los medios asistenciales y de counselling apropiados. La vulnerabilidad es el resultado final de la interrelación de numerosos factores, tanto personales (incluyendo los biológicos) como sociales, y puede incrementarse debido a una amplia gama de factores culturales, educativos, demográficos, legislativos, económicos y políticos. (World Council of Churches, 1999:11).

Si la epidemia se propagara en India y China, tal como ha ocurrido en los países del este y el sur de África, las consecuencias serían trágicas tanto para estas regiones geográficas como para el resto del mundo

Con el objetivo de comprender esta compleja epidemia, a lo largo de los últimos veinte años se han llevado a cabo numerosos estudios y se han obtenido abundantes datos. A pesar de que no son pocos los estudios realizados sobre el sida en África, los modelos biomédico y epidemiológico de análisis siguen siendo predominantes en los estudios de investigación. Los estudios biomédicos han incrementado nuestros conocimientos de los mecanismos fisiológicos del VIH a través del análisis de la relación entre la infección y la carga vírica (Quinn y cols., 2000), de la prevención de la transmisión vertical mediante distintos fármacos (Wiktor y cols., 1999; Connor y cols., 1994), y de la interacción entre la infección por el VIH por un lado, y las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes y las infecciones del tracto urinario por otro (Wasserheit, 1992; Grosskurth y cols., 1995; Diallo y cols., 1997). Los resultados obtenidos en estos estudios han sido de gran utilidad para determinar cuáles son las personas que podrían presentar

un aumento del riesgo debido a la presencia de otras infecciones, en qué momento puede haber un riesgo mayor de que las personas que ya sufren infección por el VIH infecten a otras, y la forma en que podría reducirse la transmisión del VIH entre la madre y el hijo.

Por otra parte, los estudios epidemiológicos se han centrado en los patrones de comportamiento sexual de las personas de las distintas categorías de riesgo, es decir, las trabajadoras del sexo, el personal militar y los conductores de camiones (Kreiss y cols., 1986; Bwayo, 1994; Ndinya-Achola y cols., 1997; Pickering y cols., 1997). En la mayor parte de estos estudios de investigación se han evaluado los tipos de intercambio sexual que tienen lugar entre las personas de estos grupos de población para explicar las elevadas tasas de transmisión del VIH en las mismas. Por ejemplo, han sido objetivos concretos de tales estudios la determinación del número de clientes atendidos por las trabajadoras sexuales, o los momentos, las formas y la frecuencia con la que los conductores de camiones que realizan rutas concretas participan en actividades de intercambio sexual comercial. Sin embargo, un aspecto más importante es el de que en los estudios epidemiológicos se ha hecho hincapié en el grado de utilización de preservativos por parte de las trabajadoras del sexo en sus encuentros sexuales. Los estudios en los que se han evaluado los comportamientos han ofrecido información útil acerca de los patrones de las prácticas sexuales en grupos de población concretos que residen en regiones específicas de África, y también han destacado las tasas, en ocasiones trágicamente elevadas, de la infección por VIH en regiones específicas y en personas que llevan a cabo actividades laborales concretas. Por otra parte, en los estudios epidemiológicos también se ha obtenido información útil para el diseño de programas de prevención fundamentados en actividades de carácter educativo y en la promoción del uso y la disponibilidad de los preservativos.

En cualquier caso, los estudios biomédicos y epidemiológicos han demostrado ser inapropiados a varios niveles. En primer lugar, el abordaje

concreto de los denominados grupos de riesgo centra erróneamente la atención sobre categorías de carácter laboral más que sobre prácticas sociales. Además, este tipo de enfoque presupone que todas las personas que pertenecen a una categoría dada presentan riesgo de infección por VIH o ya han sido infectadas por este virus, mientras que –por el contrario– crea la impresión de que las personas que no pertenecen a las categorías de riesgo definidas no muestran vulnerabilidad frente a la infección. Estos estudios no permiten determinar las razones que hacen que las personas presenten distintas formas de comportamiento y, en consecuencia, no tienen en cuenta los factores sociales, políticos, culturales y económicos que generan las condiciones de vulnerabilidad frente a la infección por el VIH. Tal como señaló la antropóloga Waterston (1997:1383), al centrarse sobre el individuo como sujeto de la enfermedad y la prevención, las soluciones predominantes frente a la epidemia de sida son las que amenazan en menor medida el statu quo. No es solamente que los programas educativos y de acceso a los preservativos dejan indemnes las causas básicas de la infección por el VIH, sino que estos enfoques están fundamentados en la suposición de que las personas pueden modificar automáticamente sus comportamientos una vez que adquieren conciencia de la enfermedad y que pueden acceder al uso de preservativos.

Sobre estas premisas, en este artículo se ofrece una perspectiva diferente para el estudio de la epidemia de VIH/sida en África subsahariana, es decir, un marco conceptual para la consideración de los principales factores causales de la infección por VIH en los países de África subsahariana, especialmente en lo relativo a las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad frente a dicha infección. Estos factores o dimensiones causales múltiples y omnipresentes son: los patrones coloniales de migración de la mano de obra, las diferencias de género en la capacitación de las personas, las variables que determinan los niveles de pobreza, el desarrollo y la existencia de otras enfermedades, y las distintas variables que definen las actitudes y los compromisos de los distintos gobiernos en la lucha contra la epidemia

Es cada vez mayor el número de sociólogos y antropólogos, así como de otros especialistas en cuestiones geográficas de carácter crítico, que rechazan el paradigma predominante de la investigación fundamentada en los comportamientos y realizada a través de la evaluación de las estructuras institucionales, ideológicas e históricas que fomentan las desigualdades y que favorecen la propagación del VIH

de VIH/sida. El modelo conceptual también incluye la exposición de otros factores causales, tal como la respuesta internacional y el papel desempeñado por los aspectos culturales en la proliferación o contención de la epidemia.

Es cada vez mayor el número de sociólogos y antropólogos, así como de otros especialistas en cuestiones geográficas de carácter crítico, que rechazan el paradigma predominante de la investigación fundamentada en los comportamientos y realizada a través de la evaluación de las estructuras institucionales, ideológicas e históricas que fomentan las desigualdades y que favorecen la propagación del VIH. También son cada vez más los especialistas en las áreas citadas que consideran importante el estudio de los factores y de las formas de convergencia de los factores que generan las condiciones de riesgo para personas y grupos de personas concretos del África subsahariana. Más que analizar los patrones de intercambio sexual en sí mismos, la investigación sociológica evalúa las múltiples razones interrelacionadas entre sí que hacen que los hombres y las mujeres se encuentren en situaciones que incrementan su probabilidad de participar en comportamientos de riesgo, potenciando así su vulnerabilidad frente al VIH.

Por ejemplo, uno de los factores más importantes en el incremento de la transmisión del VIH en los países del sur de África es un patrón de migración de los hombres, que está en función de las deprimidas economías nacionales y de la actividad laboral intensiva que se lleva a cabo en las industrias mineras de Sudáfrica (Adepoju, 2003; Girdler-Brown, 1998; Decosas y cols., 1995; Brockhoff y Biddlecom, 1999; Haour-Knipe y Rector, 1996; Upton, 2003). El resultado es que los hombres se mantienen alejados de sus familias durante largos períodos de tiempo y que las mujeres son incapaces de salir adelante por sí mismas mientras sus maridos están lejos (Chirwa, 1998; Campbell, 1997; Zuma y cols., 2003).

En otras áreas, las prolongadas situaciones de conflicto bélico han desestructurado las economías locales y han dado lugar al desplazamiento

de grandes masas de población, haciendo insostenibles las prácticas sociales ya arraigadas (Bond y Vincent, 1997; Kalipeni y Oppong, 1998; Lyons, 2004). En la mayor parte de las áreas del África subsahariana, las economías son de supervivencia y la pobreza es rampante, lo que hace que las familias tengan dificultades para permanecer físicamente juntas y también dificulta que las personas puedan conseguir ingresos económicos suficientes sin necesidad de recurrir a actividades laborales sexuales, que conllevan riesgos potenciales (Akeroyd, 1997; Addai, 1999; Becker y cols., 1999; Decosas, 1996; Fourn y Ducic, 1996; Rugalema, 2004; Lurie y cols., 2004).

En este sentido, en el estudio de Eileen Stillwaggon acerca de los elementos determinantes de la pro-

pagación del VIH, se sostiene el carácter mítico del estereotipo del africano hipersexual y se señala que, más que ello, son las variaciones en la incidencia de otros determinantes sociales, económicos y sanitarios el elemento que puede explicar la distribución de la prevalencia del VIH en los países del África subsahariana (véase Stillwaggon 2000, 2001, 2002, 2003).

A la vista de la breve revisión bibliográfica efectuada hasta este momento en el presente artículo, hay varias áreas de investigación que deben ser abordadas de manera exhaustiva para comprender los complejos factores causales de la epidemia de VIH, tanto a nivel de poblaciones como a nivel individual. En el desa-

rollo de un marco conceptual para este tipo de estudio, los autores de este artículo hemos identificado seis áreas de investigación que consideramos constituyen las principales dimensiones, múltiples y omnipresentes, de la vulnerabilidad. Estas áreas son el contexto histórico del colonialismo y de la migración de la mano de obra; las diferencias de género; la pobreza; la existencia de otras enfermedades; la respuesta internacional; los aspectos culturales, y las actitudes de los gobiernos (véase la Figura 1). Tal como ya se ha señalado, el objetivo central de este artículo es el de abordar dichos factores causales y el de exponer algunos casos específicos que pueden servir para destacar los contextos de vulnerabilidad tal como aparecen contemplados en el modelo.

La elevada prevalencia de la infección por VIH/sida en el denominado «cinturón del sida» (países del sur y del este de África; véase la Figura 2 respecto la evolución geográfica y cronológica de la infección por VIH) se debe en gran medida a la estrecha relación existente entre las características geográficas físicas, los antecedentes históricos, la migración internacional y los puntos de vista «eurocéntricos» prevalecientes en estas regiones



.....
figura 1

El contexto histórico de la economía de carácter colonial

La elevada prevalencia de la infección por VIH/sida en el denominado «cinturón del sida» (países del sur y del este de África; véase la Figura 2 respecto a la evolución geográfica y cronológica de la infección por VIH) se debe en gran medida a la estrecha relación existente entre las características geográficas físicas, los antecedentes históricos, la migración internacional y los puntos de vista «eurocéntricos» prevalecientes en estas regiones (Yeboah, 2004). Debido al excelente clima de los países del este y el sur de África, además de la riqueza de sus tierras y de la abundancia de numerosos minerales (oro y diamantes entre ellos) y de otros recursos, los europeos se establecieron en estas zonas de África más que en las áreas tropicales de África occidental. Así, establecieron islotes de desarrollo económico, poniendo en marcha un movimiento migratorio masivo de la mano de obra desde las áreas rurales hasta las áreas ricas en recursos localizadas en los países del este y el sur de África. La mezcla a gran escala de personas procedentes de distintas áreas geográficas también facilitó la propagación de diversas enfermedades de unas áreas a otras, especialmente de las enfermedades de transmisión sexual.

Un ejemplo excelente de ello lo tenemos en Sudáfrica. Las elevadas tasas de prevalencia e incidencia de la infección por VIH/sida en Sudáfrica ilustran el prolongado impacto de los gobiernos coloniales y de su economía. Sudáfrica posee una larga historia de descontento a nivel político, y de tensiones raciales y sociales. El legado de la colonización y del apartheid incluye la existencia de una gran masa de población que carece de derechos de tipo político. Durante la época del apartheid, la población de raza negra (que constituía el 80% de la población total) fue obligada a vivir en una superficie correspondiente al 13% del territorio total de Sudáfrica. La mayor parte de este territorio tenía poco valor medioambiental, con tierras de escaso aprovechamiento agrícola y con una carencia completa de recursos para la creación de asentamientos viables para las personas sudafricanas de raza negra (Desmond, 2001; van Niekerk, 2001). Esta falta de perspectivas económicas hizo que muchas personas de raza negra emigraran año tras año hacia las ciudades, los pueblos grandes y las áreas mineras. Tras el final del apartheid en 1991, Sudáfrica se ha convertido en una potencia económica de primer orden, aunque siguen existiendo grandes dificultades a consecuencia de la marginación econó-

mica de grupos concretos de su población. Este problema ha contribuido indirectamente, no sólo al rápido incremento de casos de infección por VIH/sida en Sudáfrica sino también a las importantes dificultades a las que se enfrenta este país en su combate contra la epidemia de VIH/sida.

El factor económico que contribuye en mayor medida a la rápida propagación de la epidemia de VIH/sida en Sudáfrica es la migración de la mano de obra. En Sudáfrica, la mano de obra que emigra está constituida por personas que se desplazan desde los contextos rurales a los urbanos, trabajadores extranjeros, conductores de camiones, mujeres jóvenes y mineros. Dados la escasez de oportunidades laborales y los ínfimos ingresos económicos en las áreas rurales, muchos cabezas de familia (principalmente, hombres jóvenes) se ven forzados a emigrar hacia las áreas urbanas con objeto de encontrar un empleo.

Se asume de manera general que, cuando los hombres jóvenes abandonan

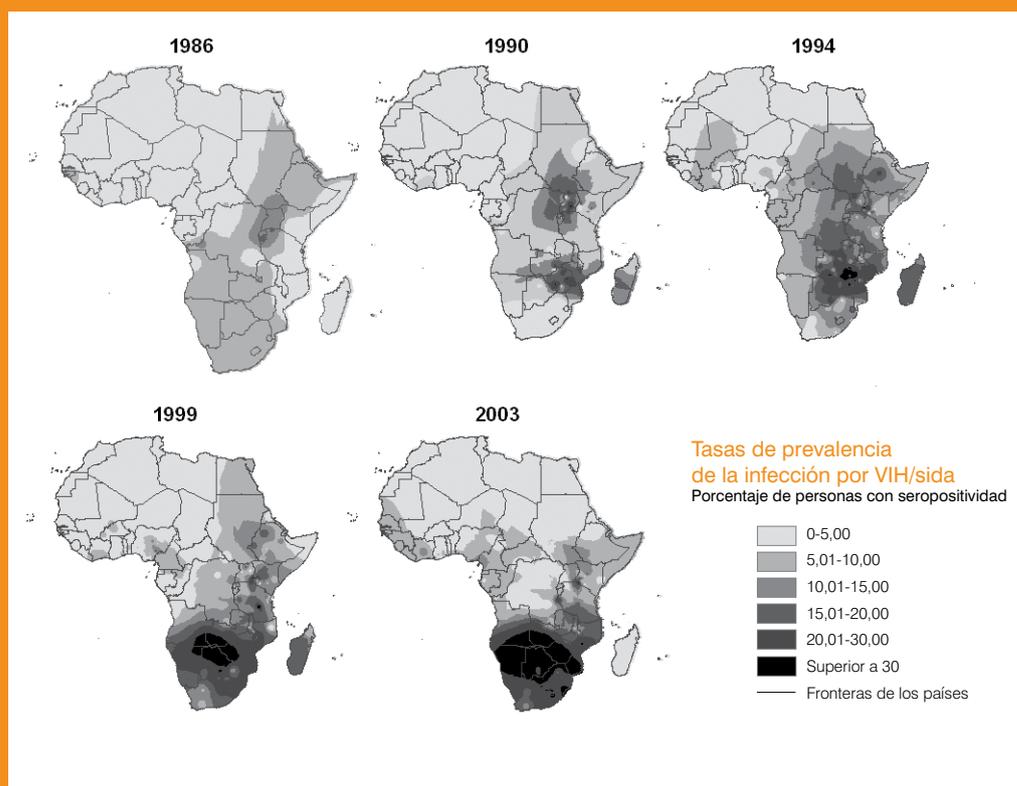
sus hogares rurales para encontrar trabajo en las áreas urbanas, pueden mantener relaciones sexuales con otras mujeres en dichas áreas urbanas, lo que hace que dichas mujeres y ellos mismos presenten riesgo de infección. La prolongada separación de sus esposas incrementa las posibilidades de que los mineros mantengan relaciones sexuales con otras mujeres y, por la misma razón, con otros hombres. Cuando vuelven a sus casas en los poblados rurales, los que han adquirido la infección por el VIH infectan también a sus esposas. Esta migración de carácter circular es característica de los patrones de desplazamiento de los hombres y mujeres jóvenes en toda la zona sur de África (Horwitz, 2001; Campbell, 1997).

Se han publicado abundantes estudios de investigación en los que se ha evaluado el papel que han desempeñado los conductores de camiones que trabajan en los países del sur y el este de África en la rápida propagación de la epidemia de VIH/sida (Gilgen y cols., 2001; Gould, 1993; Bwayo, 1994; Mbugua y cols., 1995; Lankoande

Las elevadas tasas de prevalencia e incidencia de la infección por VIH/sida en Sudáfrica ilustran el prolongado impacto de los gobiernos coloniales y de su economía

figura 2

Tasas de prevalencia de la infección por VIH/sida en años seleccionados



y cols., 1998; Laukamm-Josten y cols., 2000; Marcus, 2001).

En resumen, la economía de tipo colonial introducida en los países del sur y el este de África durante la época de la colonización ha creado un ambiente propicio en el que los hombres y las mujeres muestran vulnerabilidad frente a la rápida propagación del VIH.

Diferencias de género en la vulnerabilidad frente a la epidemia de VIH/sida

En un estudio reciente, Duffy (2005) demostró que la existencia de las mujeres de Zimbabwe es difícil y opresiva, y que su socialización para convertirse en obreras y en madres tiene lugar en un contexto de falta de libertad de expresión, subordinación, violencia e impotencia económica, elementos todos que son barreras para la prevención del sida. A través del análisis de los factores socioculturales y económicos, también se ha propuesto que -junto a los diversos factores de carácter nacional e internacional- las creencias y prácticas culturales fomentan y mantienen las desigualdades de género (Duffy, 2005). Esta investigadora señala que para que sea posible un cambio en la crisis asociada al sida, las estrategias de prevención deben ser «multimodales» con consideración de la cultura y el contexto en el que se desenvuelven las personas, y con un análisis de los factores relacionados con las desigualdades de género. En efecto, cuando analizamos las estadísticas de la prevalencia y la incidencia de la infección por VIH/sida en África subsahariana, es evidente que la pandemia ha afectado a las mujeres con una intensidad cada vez mayor. Tal como señala Delay (2004), el estatus biológico, cultural, económico y social de las mujeres puede incrementar la probabilidad de que sufran una infección por VIH. Por tanto, es importante analizar detalladamente las variables que determinan las desigualdades en la capacitación de las personas de ambos sexos, con objeto de comprender las variaciones geográficas y cronológicas de esta pandemia.

Por todo lo señalado, es necesario insistir en la hipótesis de que para la detención de esta enfermedad es clave la condición de la igualdad de género. La autonomía de las mujeres es importante en el sentido de que, por ejemplo, es muy poco probable que una madre soltera,

con un trabajo adecuado que le proporcione ingresos económicos suficientes, recurra al comercio sexual (Kalipeni, 2000). En los distintos estudios realizados a este respecto se ha demostrado que la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH está estrechamente relacionada con las desigualdades de género, con la dependencia económica y con los factores culturales. Las mujeres y las niñas son especialmente vulnerables debido a su bajo nivel social que, a su vez, influye en su bajo nivel económico. También contribuyen a la vulnerabilidad los factores sociales como la desigualdad en el acceso a la educación y a la formación, y las diferencias entre los roles sociales asignados (Akeroyd, 1997; Lamptey y cols., 2002; Kalipeni y cols., 2004; Campbell y Mzaidume, 2001).

Pobreza y enfermedad

Tal como ha señalado Stillwaggon (2001), incluso un análisis sucinto de las condiciones económicas existentes en el África subsahariana durante los años en los que se inició la epidemia de sida revela la existencia de un entorno sanitario gravemente comprometido. Esta investigadora destaca el hecho de que entre 1970 y 1997, el África subsahariana fue la única región de todo el mundo que presentó una disminución en la producción de alimentos, en el aporte calórico y en el aporte proteico por persona. En otro artículo detallado, Stillwaggon (2002) expone los factores principales -todos ellos relacionados con la pobreza- que han hecho de África un terreno fértil para la propagación de la epidemia de VIH/sida. Estos factores son: el contexto económico de los sistemas sanitarios existentes en África; la existencia de enfermedades parasitarias (como la malaria, la tripanosomiasis y la oncocercosis) y de otras numerosas enfermedades, entre las que se incluyen las enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis, que actúan como cofactores para la transmisión del VIH; y la deficiencia nutricional, que compromete el sistema inmunitario de las personas.

En este mismo sentido, Lau y Muula (2004) citan diversos factores como elementos causales de la propagación del VIH, tales como las malas condiciones económicas, la escasez de alimentos y la migración de las personas desde las áreas rurales a las urbanas. Así, en muchos estudios se ha señalado que un elemento clave para la

contención de la epidemia de VIH/sida es la reducción de la pobreza.

Respuesta internacional y compromiso de los gobiernos

En lo relativo a esta dimensión de la vulnerabilidad, si existieran datos se podría evaluar la ayuda procedente de los países desarrollados en términos de provisión de medicamentos, vacunas, preservativos y dinero. En un artículo publicado recientemente, Kalipeni y Mbugua (2005) revisan de manera crítica la respuesta internacional frente a la epidemia de VIH/sida en África, lamentando las oportunidades perdidas a lo largo de los 20 últimos años. Sin embargo, en este estudio también se abordan las numerosas iniciativas que han tenido origen en los países desarrollados y cuyo objetivo ha sido el alivio del sufrimiento asociado a esta epidemia en el mundo en desarrollo, especialmente en África. Lurie y cols. (2004) demostraron la manera como las políticas de ajuste estructural y de reestructuración económica introducidas por el Banco Mundial y por el Fondo Monetario Internacional, pueden haber contribuido a la propagación del VIH en los países en vías de desarrollo.

En lo que se refiere a los pocos casos de éxito en la lucha contra esta enfermedad, se ha demostrado que el compromiso de los gobiernos en términos de liderazgo idiosincrásico –más que en términos de aportación de dinero– es extremadamente útil para detener el avance de la epidemia (p. ej., en Senegal) o para reducir las elevadas tasas de VIH/sida (p. ej., en Uganda). Se han publicado análisis detallados de las iniciativas adoptadas en estos dos países (Hogle y cols., 2002; UNICEF, 1999; Uganda AIDS Commission, 2002; Oppong y Agyei-Mensah, 2004; Meda y cols., 1999). En función de los dos ejemplos constituidos por estos países, vale la pena destacar el hecho de que, aunque es cierto que la región del África subsahariana sigue siendo la zona del mundo más afectada por la epidemia de VIH/sida, hay signos esperanzadores de la posibilidad de reversión de esta tendencia si pudiéramos conseguir que la comunidad internacional, los gobiernos y las comunidades implicadas trabajaran de manera conjunta.

Un análisis más detallado de los casos de Uganda y Senegal demuestra que, para la introducción

del modelo ABC para la prevención de la transmisión del VIH, se tuvieron que tener en cuenta las tradiciones culturales existentes. Así, no se suprimió la poligamia culturalmente aceptada en Senegal (una sociedad fundamentalmente islámica) sino que, por el contrario, se respetó como un «método tradicional y eficaz» para evitar la promiscuidad y, así, prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (en la religión islámica, la promiscuidad se puede castigar incluso con la muerte; sin embargo, la poligamia es una norma aceptada, y en una unión de tipo polígamo se espera que el marido sea fiel a sus esposas y que las esposas sean fieles a su marido, lo que explica que la poligamia sea un método efectivo para impedir la promiscuidad y prevenir la diseminación rápida de las ETS).

La dimensión cultural

Quizá el factor causal más complejo en la variación de la epidemia de VIH/sida en el África subsahariana, sea la cultura. Yeboah (2004) señaló que una de las cuestiones de abordaje más difícil en lo relativo a la epidemia de VIH/sida en África es la relativa a las culturas africanas, debido a que es fácil caer en la falacia de considerarlas como inferiores, una trampa en la que por desgracia han caído muchos expertos en este área. Por ejemplo, se ha señalado que los africanos son personas intensamente sexuales, promiscuas e inmorales que tienen costumbres desviadas como la poligamia, la herencia de las viudas y el desfloramiento inmorales de las niñas (la tradición de la hiena), etc. (véanse, por ejemplo, Rushing, 1995; Shannon y cols., 1991; Oppong y Kalipeni, 1999).

Así, el paradigma cultural en la propagación del VIH/sida postula que las prácticas tradicionales, a menudo realizadas en secreto, pueden conllevar un incremento en el riesgo de infecciones de transmisión sexual, así como que la existencia de parejas sexuales múltiples es socialmente más aceptable que en otras culturas. Además, se ha señalado que en este paradigma las mujeres poseen un control escaso sobre sus vidas sexuales y que, por tanto, son vulnerables a la infección por VIH (MacDonald, 1996). Sin embargo, en lo que se refiere a la poligamia, en otros estudios se ha observado una relación inversa significativa entre las tasas de infección por VIH/sida y las tasas de poligamia. La

poligamia es más frecuente en los países del norte de África, en los que representa una institución fuertemente arraigada en las sociedades islámicas; precisamente es en estas regiones donde las tasas de infección por VIH/sida son las más bajas de todo el continente (Tastemain y Coles 1993; Oppong, 1998).

A diferencia de los puntos de vista y los datos de investigación más estereotipados, otros expertos han observado que algunas prácticas que se llevan a cabo en el continente africano pueden facilitar la eliminación de la rápida propagación de la epidemia. Por ejemplo, en un artículo de Caldwell y Caldwell publicado en 1994 se incluye un mapa en el que se recogen las tasas de infección por VIH/sida correspondientes a 1989. En este mapa se observa claramente que las tasas de la infección eran mucho mayores en los países en los que tradicionalmente no se realizaba la circuncisión de los hombres. La hipótesis que se plantea es la de que puede existir una relación directa intensa entre la ausencia de circuncisión y el incremento en las tasas de infección por VIH/sida.

Inestabilidad política

La inestabilidad política es la última dimensión identificada en el marco conceptual que se recoge en la Figura 1 respecto al riesgo de infección en las personas. Tal como han subrayado Kalipeni y Oppong (1998), África ha sufrido abundantes convulsiones políticas que han dado lugar a la existencia de millones de refugiados y de personas que han sido deportadas hacia otras zonas de los mismos países en situación de guerra. Las consecuencias y el potencial respecto a la propagación de la enfermedad han sido trágicos. El sida es especialmente preocupante entre las poblaciones de refugiados, sobre todo en los niños indefensos, las niñas pequeñas y las mujeres (Kalipeni y Oppong, 1998). La violencia y la explotación sexuales son espantosamente frecuentes entre las mujeres refugiadas, antes o durante la huida, e incluso en los campos de refugiados. En un escándalo reciente que tuvo lugar en la República Democrática del Congo, se demostró que las niñas de tan sólo 10 años de edad estaban expuestas a la violación incluso por parte de los soldados de Naciones Unidas

que supuestamente vigilaban los campos de refugiados como elemento de protección frente a los rebeldes que merodeaban alrededor de los mismos (Holt, 2004). En los casos que la inestabilidad política es habitual, la violencia sexual se convierte sistemáticamente en un elemento de persecución de las mujeres. Por desgracia, toda forma de violencia sexual ejercida contra las mujeres y las niñas conlleva un riesgo elevado de infección por enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la epidemia de VIH/sida (UNICEF, 2001). Además, las mujeres que viven en campos de refugiados carecen habitualmente de los elementos más básicos de asistencia sanitaria reproductiva al tiempo que se enfrentan a embarazos no deseados, abortos inseguros y otros riesgos como las enfermedades de transmisión sexual.

En lo que se refiere a los pocos casos de éxito en la lucha contra esta enfermedad, se ha demostrado que el compromiso de los gobiernos en términos de liderazgo idiosincrásico –más que en términos de aportación de dinero– es extremadamente útil para detener el avance de la epidemia (p. ej., en Senegal) o para reducir las elevadas tasas de VIH/sida (p. ej., en Uganda).

VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH: EL EJEMPLO DE UN ÁREA DE NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO EN LILONGWE, MALAWI

Con el marco específico ya comentado, es posible hacerse una idea de los contextos concretos de vulnerabilidad antes y después de la infección. El marco propuesto permite evaluar los factores sociales, políticos, económicos y culturales que incrementan la vulnerabilidad de las personas frente a la epidemia de VIH/sida. Estos factores dan lugar a situaciones de impotencia tanto

de los individuos como de las comunidades en su conjunto. A continuación se exponen una serie de casos, correspondientes a personas en situación de vulnerabilidad.

Diseño y limitaciones del estudio

En 2003, Kalipeni y Ghosh llevaron a cabo un estudio de campo acerca de la percepción del riesgo de infección por VIH entre los hombres y las mujeres de Chinsapo, un suburbio de nivel socioeconómico bajo situado a las afueras de la ciudad de Lilongwe, en su parte suroccidental. Chinsapo presenta características tanto rurales como urbanas y sus residentes suelen viajar diariamente hacia el centro de Lilongwe para trabajar de manera informal en el sector de la venta de productos de artesanía y de objetos para el hogar, situándose para ello en los arcenes de

carreteras y caminos. Muchas de las personas que residen en esta área son inmigrantes recientes de zonas rurales de Malawi. El objetivo de este estudio era el de conocer la respuesta de las mujeres residentes en el área frente a la epidemia de VIH/sida. Como zona residencial, Chinsapo se caracteriza por una gran densidad de población y por la inexistencia de estándares de vivienda. Los pobres y los inmigrantes recientes prefieren vivir en esta zona debido a que gastan menos dinero en el alquiler de la vivienda. Dado que es un grupo constituido fundamentalmente por inmigrantes, la mayor parte de las personas que viven en este barrio tiene entre 15 y 44 años de edad.

Para la recogida de datos, en el estudio se utilizó un diseño habitual de la investigación socio-

lógica con dos metodologías bien conocidas y validadas, es decir, un cuestionario estructurado que se aplicó de manera individual a 60 mujeres seleccionadas de manera aleatoria, y dos entrevistas dirigidas de grupo realizadas a un total de 20 mujeres, 10 por cada grupo. A principios de 2003 desarrollamos una propuesta para este estudio denominado «VIH/sida# en Malawi: una perspectiva desde las diferencias de género y desde la vulnerabilidad». La propuesta fue remitida al *University of Illinois Institutional Review Board* y al *Institutional Review Board for the Protection*

of Human Subjects de la *Dominican University of California*, para que ambos comités aprobaran la idoneidad ética del estudio, dado que se iba a realizar sobre personas. En la propuesta del estudio se incluyeron los protocolos de consentimiento para las entrevistas personales y las entrevistas de grupo, a realizar en ambos casos en chichewa (el idioma local) y en inglés. Todas las participantes sabían leer y escribir, al menos en chichewa. Para la realización de las entrevistas estructuradas y de grupo también se obtuvo el permiso del concejal o del presidente del distrito electoral en el que fueron seleccionadas las participantes.

En las entrevistas dirigidas de grupo fueron excluidos los hombres por el hecho de que la sociedad de Malawi está dominada por ellos. Habitualmente, las mujeres no hablan si hay hom-

bres presentes; sin embargo, en los grupos en los que sólo hay mujeres, ellas hablan sin ningún tipo de cortapisa. Para las entrevistas estructuradas de carácter individual se seleccionaron entrevistadoras de sexo femenino, considerando que las preguntas incluidas en el cuestionario tenían un carácter confidencial y privado, así como el hecho de que las mujeres podrían hablar con mayor libertad de estas cuestiones si la entrevistadora era otra mujer, más que un hombre. En estas entrevistas se hicieron preguntas acerca de la religión, la familia, la educación, las condiciones económicas de los individuos, los antecedentes de matrimonio, la planificación familiar y las redes sociales de apoyo, la fertilidad, las parejas sexuales y la epidemia de VIH/sida. Las dos entrevistadoras estaban familiarizadas con el contexto local, debido a que residían en la misma

zona y hablaban el idioma del lugar, el chichewa, que entendían todas las mujeres entrevistadas. Las discusiones que se llevaron a cabo en las entrevistas dirigidas de grupo tuvieron una naturaleza informal. Se efectuaron preguntas sobre las percepciones y el conocimiento de las mujeres respecto al VIH, acerca de las creencias relativas a la prevención de las infecciones y en relación con las modificaciones de las prácticas sociales y culturales. Sorprendentemente, las discusiones dirigidas de grupo tuvieron gran éxito debido a que las mujeres se sintieron con mayor libertad

para exponer sus opiniones, en comparación con las entrevistas estructuradas individuales.

Los resultados de las entrevistas individuales confirmaron nuestros temores. Por ejemplo, algunas de las mujeres no se sintieron cómodas al opinar sobre sus conocimientos y costumbres relativas al sida, y tampoco sobre si habían hablado o no con amigas respecto a la planificación familiar y al sida. Otras mujeres manifestaron sentimientos de temor o pudor al opinar sobre las relaciones extraconyugales, debido a que temían que esta información pudiera llegar a sus maridos, a pesar de que en el formulario de otorgamiento de consentimiento informado se garantizaba la confidencialidad de la información ofrecida. Algunas mujeres rechazaron la entrevista señalando que el cuestionario tenía muchas preguntas y que temían que sus maridos pudieran llegar a enterarse

En los casos que la inestabilidad política es habitual, la violencia sexual se convierte sistemáticamente en un elemento de persecución de las mujeres. Toda forma de violencia sexual ejercida contra las mujeres y las niñas conlleva un riesgo elevado de infección por enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la epidemia de VIH/sida

de que habían sido entrevistadas, a causa de la larga duración de las entrevistas (alrededor de 1,5 horas). Algunas mujeres rechazaron la mención de ciertas palabras, como preservativo, debido a que sus creencias religiosas les prohibían el uso de dichas palabras. Las mujeres que pusieron objeciones a ser entrevistadas o a continuar la entrevista una vez que se había iniciado fueron excluidas de la muestra de análisis.

Ejemplo 1: diferencias de género y pobreza

En el estudio, una mujer joven (17 años de edad) que había emigrado desde una zona rural del distrito Mchinji (a 87 km de la ciudad de Lilongwe en dirección oeste) nos contó la historia siguiente (véase Ghosh y Kalipeni, 2005):

Estaba haciendo el sexto curso escolar en la Guillimme Catholic Primary School cuando falleció mi padre en 2002; él cultivaba tabaco para pagar las facturas del colegio. Al faltar mi padre tuve que dejar el colegio debido, además, a que éramos seis niños en casa, cuatro chicos y dos chicas. Mi madre sólo podía permitirse enviar a los dos chicos al colegio, de manera que me dijo que me fuera a Lilongwe para buscar un trabajo y, así, me vine a casa de mi tía que vive en el Área 10. Sin embargo, al cabo de 6 meses no había podido encontrar ningún tipo de trabajo y tuve que irme de casa de mi tía, dado que mis tíos tenían que cuidar de sus propios hijos. Una amiga me trajo aquí, a Chinsapo; esta amiga tampoco tiene trabajo y durante el día vamos al mercado de Lilongwe para vender cosas de segunda mano, aunque hay mucha competencia. Por la noche intentamos cualquier cosa para conseguir algo de dinero. En ocasiones nos colocamos en el arcén de la carretera para conseguir algún cliente y otras veces vamos al Lilongwe Hotel, al Lingadzi Inn y a otros lugares en los que se celebran reuniones. Con suerte, en una noche podemos volver a casa con aproximadamente 200 K (1,5 dólares estadounidenses). Algunos hombres nos utilizan sin pagarnos, y nos da miedo exigirles el dinero por la posibilidad de que nos golpeen. La vida es dura aquí en la ciudad, pero lo es todavía más en el pueblo del que procedo. En ocasiones puedo enviar algo de dinero a mi madre, pero no le digo cómo ni dónde lo consigo.

Es fácil darse cuenta de que la causa de la precaria situación de esta chica es la pobreza y el bajo estatus de las mujeres. En entrevistas adicionales nos reveló que le daba mucho miedo

infectarse por VIH. Señaló que algunos hombres prefieren utilizar el preservativo mientras que otros lo rechazan, y que ella se ve obligada a mantener relaciones sexuales en ambos casos dada su gran necesidad de dinero. La tasa de infección por VIH entre las trabajadoras sexuales de Malawi es muy elevada (se ha estimado una tasa de infección del 70%; véase Cole y De Blij, 2007) debido a que muchos clientes están infectados y lo transmiten a las mujeres que, a su vez, lo transmiten a otros clientes. Sin embargo, tal como señalaba esta mujer, ellas se ven forzadas a mantener relaciones sexuales de este tipo debido a las circunstancias insostenibles en las que se encuentran.

Ejemplo 2: diferencias de género y estatus de la mujer casada

En este mismo estudio realizado por Ghosh y Kalipeni en 2003, una mujer casada definió claramente su posición en el matrimonio, especialmente en lo relativo a los factores que impiden a las mujeres protegerse a sí mismas (véase Ghosh y Kalipeni, 2005). Esta mujer señaló lo siguiente:

Mi marido murió hace 6 meses. Se quedó muy delgado, comenzó a toser y le salieron unas ronchas en la piel muy parecidas a la que presentan las personas que padecen esa enfermedad que llaman sida. Estoy segura de que falleció a causa del sida, debido a que yo también estoy empezando a perder peso y a toser. Sé que padezco la enfermedad y que voy a morir pronto. He tenido tres hijos y estoy preocupada por su futuro una vez que yo muera. Todo esto es muy preocupante. Yo sabía que mi marido iba con esas chicas indecentes, pero me daba miedo pedirle que tomara precauciones. Creo que le tenía que haber dejado inmediatamente. Yo sabía que él me engañaba, pero siempre me sentí impotente debido a que procedo de una familia pobre. Mis padres ya habían sacrificado o vendido la vacas que mi marido pagó como dote para casarse conmigo.

Esta mujer procedía de la parte norte de Malawi, en la que predominan las sociedades patriarcales como el grupo étnico Tumbuka. Estos grupos mantienen un sistema patriarcal en el que los hombres deben pagar una dote (lobola) por las mujeres antes de casarse. Una vez que la mujer se casa, el divorcio es casi imposible debido a que para ello la mujer debería devolver a los familiares del marido el precio pagado por la dote. Este sistema hace que las mujeres queden en una situación de esclavitud respecto a sus maridos. Por tanto, incluso siendo fieles, las mujeres

casadas presentan riesgo de sufrir la infección transmitida por sus maridos infieles.

Ejemplo 3: migración de la mano de obra y vulnerabilidad frente al VIH

Kalipeni y Ghosh (estudio en fase de publicación) también realizaron entrevistas a hombres del área de Chinsapo. Uno de los entrevistados era un joven típico de Malawi que había emigrado a Sudáfrica para trabajar en las minas. Había completado el octavo curso en el colegio, que es el nivel máximo de la enseñanza primaria o elemental. Tras finalizar este curso, no pasó a la enseñanza secundaria sino que decidió emigrar a Sudáfrica para trabajar en las minas. Cuando le entrevistamos, tenía casi 40 años y nos dijo lo siguiente.

Finalicé mi enseñanza primaria hasta el octavo curso hace mucho tiempo, a principios de los años ochenta, en Ntakataka, en el distrito Dedza. Nada más finalizar este curso me fui a Sudáfrica con la compañía que en aquella época se denominaba WENELA y que ahora se llama THEBA. Estuve trabajando en una mina de oro en Joburg. En WENELA solíamos estar durante tres años seguidos sin volver a casa. Sin embargo, necesitaba ganar dinero porque quería casarme con mi novia. Volví al cabo de los tres años, me casé con mi mujer y retorné de nuevo a la mina. WENELA no nos permitía traer a nuestras esposas. En Sudáfrica, yo tenía una chica (kazintombi) a la que visitaba de vez en cuando. Creo que la dejé embarazada, pero no estoy seguro porque ella también tenía relaciones con otros hombres; no obstante, me dijo que fui yo el que la dejó embarazada. Volví definitivamente a Malawi en 1995 y desde entonces he estado muy enfermo; mi esposa falleció el año pasado y actualmente cuido de mis hijos como puedo. Uno de ellos ha llegado a la enseñanza secundaria y los otros dos están conmigo. Creo que sufro la enfermedad kachilombo. (Kachilombo es una de las muchas denominaciones de la epidemia de VIH/sida en el idioma local chichewa, en el que la infección por VIH/sida tiene muchos nombres; véase Muula, 2005).

Además, este hombre nos contó que había tenido relaciones con otras mujeres no solamente en Sudáfrica sino también en Chinsapo. Era posible que hubiera contraído la enfermedad en Sudáfrica, que la hubiera traído hasta Malawi y que en Chinsapo hubiera infectado a su esposa y a otras mujeres. Así, el principal factor causal de la epidemia de VIH/sida en los países del África austral parece ser el sistema colonial de migra-

ción de la mano de obra, tal como se expone con detalle en nuestro marco conceptual.

ABORDAJE Y REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD FRENTE A LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA

Tal como señala Stock (2004), África es uno de los productores más importantes de los minerales que simbolizan la opulencia y la riqueza. Entre el 25% y el 50% de las producciones mundiales de oro y diamantes, respectivamente, procede de África. Sin embargo, tal como lamenta Stock (2004), este continente es mucho más conocido por su pobreza que por su prosperidad. Así, cuando se analizan las dimensiones de la vulnerabilidad en el modelo conceptual, se observa que muchos de estos factores están profundamente enraizados y que se van a mantener. El contexto histórico del colonialismo y sus efectos persistentes no se pueden eliminar de la noche al día. Sin embargo, en lo que se refiere a otros factores es posible la implementación de diversas iniciativas a nivel local, siempre con un compromiso genuino por parte de los gobiernos y con un apoyo internacional bien intencionado. A continuación se exponen cuatro recomendaciones genéricas que pueden ser importantes para eliminar algunos de los obstáculos que potencian la vulnerabilidad de las mujeres y los niños en los países del África subsahariana.

1. Eliminación de las desigualdades de género

Un aspecto clave en la lucha contra la proliferación de las enfermedades, incluyendo la infección por VIH, es la autonomía, la organización y la capacitación de las mujeres. Además, este aspecto se puede abordar con cierta facilidad y es una cuestión en la que muchos países africanos llevan un gran retraso. En todo el mundo se ha demostrado que la educación de las mujeres aporta grandes beneficios al resto de la sociedad en numerosos aspectos. Nuestra recomendación es que los investigadores, los políticos, las organizaciones donantes internacionales y los gobiernos de los países africanos asuman una responsabilidad mayor en la educación de las mujeres, especialmente de las niñas que han perdido a sus padres y que -por tanto- carecen de los medios económicos necesarios para costear su educación. La igualdad entre los niños y las niñas en el acceso a la educación debería ser considerada una estrategia a largo plazo para combatir la epidemia de VIH/sida.

El razonamiento aplicado es el de que la educación limitada de las niñas incrementa su vulnerabilidad, debido a que reduce sus posibilidades

de conocimiento de las medidas necesarias para que puedan protegerse a sí mismas frente a las enfermedades de transmisión sexual, y también a que limita sus opciones para conseguir un empleo, lo que las obliga a aceptar trabajos de carácter informal que en el mejor de los casos consisten en la realización de tareas domésticas y en el peor en el comercio sexual. Cualquier forma de actividad laboral, tanto si consiste abiertamente en el intercambio de sexo por dinero como si no es así, coloca a la mujer en una situación de riesgo de abuso sexual debido a las limitaciones físicas y sociales que sufren las mujeres en los contextos laborales, y también a la falta de control y de normativa en relación con estos trabajos. Por tanto, uno de los métodos para reducir la vulnerabilidad de las mujeres es la promoción de su acceso a la educación y el ofrecimiento de oportunidades para que puedan completar la misma. En lo que se refiere a las mujeres, la educación significa a menudo independencia económica y posibilidad de elegir libremente entre las distintas oportunidades laborales, que limitan su exposición al VIH/sida. En resumen, se debería considerar de manera específica la protección y educación de los grupos vulnerables, especialmente los lactantes, los niños, las mujeres y las personas en situación de pobreza extrema. Dada la vulnerabilidad de los huérfanos frente al abuso sexual, especialmente de las niñas, son necesarios todos los esfuerzos para garantizar su custodia con objeto de reducir su riesgo de infección por el VIH.

Otra recomendación en esta misma dirección es el incremento en la disponibilidad de microcréditos para las mujeres. Muchas mujeres mantienen relaciones de pareja que las colocan en una situación de riesgo elevado para infectarse por VIH, debido a que dependen económicamente de hombres sexualmente promiscuos. La existencia de una fuente alternativa de ingresos que permitiera la independencia económica de las mujeres les ofrecería la posibilidad de romper sus relaciones de pareja peligrosas si consideran que estas relaciones las ponen en riesgo de sufrir la infección por VIH.

En las zonas en las que la violencia contra las mujeres está fuertemente arraigada, los gobiernos deberían legislar para que se considerara una actividad ilegal con el objetivo de que se impusieran penas importantes a las personas de co-

meten estos delitos. Una ayuda a este respecto que están prestando los medios de comunicación impresos de Malawi es la publicación de historias terroríficas de estos actos de violencia, con la esperanza de colocar a los perpetradores actuales y futuros en una situación de vergüenza y deshonra públicas. Hoy en día se publican abiertamente en los periódicos historias horrosas de hombres que violan a sus hijas durante la niñez y la adolescencia, de hombres que mutilan a sus mujeres y de hombres que arrojan gasolina a sus esposas y les prenden fuego, así como de todo tipo de ataques y violaciones. La publicación impresa de estas historias y la identificación con nombres y apellidos de los perpetradores en las propias noticias han dado lugar al efecto de «acusación y deshonra» de los causantes de todas estas atrocidades, aunque –ciertamente– necesitamos ir más allá.

2. Pobreza, enfermedades y ayuda global

Tal como ya se ha señalado, África es un continente rico, pero –tristemente– su situación sigue siendo un auténtico fracaso. Los años de explotación y abandono durante la época colonial y tras la independencia han generado un sufrimiento incalculable en todo el continente. Nuestra recomendación es que la comunidad internacional mantenga su ayuda de una u otra manera. Por ejemplo, el ofrecimiento de las formas apropiadas de ayuda y tecnología, la provisión de medicamentos económicamente asequibles para el tratamiento de todas las enfermedades (no solamente de la infección por VIH), el suministro de ayuda para la educación de la población respecto a las formas de evitación de la infección por VIH, etc. Tal como han argumentado los autores de este artículo en otras publicaciones, el único método a través del cual los países africanos van a poder superar las diferentes fases de la transición epidemiológica es la erradicación sostenible de las enfermedades transmisibles. Así, los avances efectuados en el desarrollo de vacunas y medicamentos han permitido el control de muchas enfermedades transmisibles (véase Kalipeni, 2000). Sin embargo, es necesario poner todos estos avances a disposición de las personas que los necesitan, especialmente de las que sufren infección por VIH/sida. En lo que se refiere a la pobreza, los países que ofrecen préstamos y donaciones económicas deben continuar sus programas de condonación de la deuda, de manera que los

países africanos puedan dedicar sus recursos económicos a la educación, la sanidad y el desarrollo real, con el objetivo de salir de la pobreza y el hambre.

3. Cultura

Nuestra recomendación es la investigación detallada y culturalmente apropiada de esta cuestión. A menudo se habla de los efectos perjudiciales de las costumbres y tradiciones africanas ancestrales sobre la propagación de la epidemia de VIH/sida. Sin embargo, nadie parece tener datos de la prevalencia de estas costumbres. ¿Cuál es la incidencia real de costumbres como la herencia de las viudas, el desfloramiento de las niñas (tradición hiena) y la poligamia?, ¿cuáles son las otras costumbres y tradiciones culturales que facilitan la propagación de esta enfermedad?, ¿de qué manera se podrían eliminar estas costumbres a través de medios culturalmente aceptables? Hay en estos momentos una gran necesidad de estudios de investigación sobre estas cuestiones a nivel local, con aplicación del paradigma sociológico.

4. Inestabilidad política

La inestabilidad política es un problema de difícil solución en muchos países africanos que sufren o han sufrido guerras civiles. No obstante, el compromiso enérgico y las iniciativas políticas y económicas adecuadas por parte de los diversos actores locales, nacionales e internacionales podrían ciertamente ser útiles para alcanzar soluciones duraderas. En este sentido, nuestras recomendaciones son la continuación de las reformas políticas y el establecimiento de acuerdos de paz, el compromiso y la capacitación de las organizaciones panafricanas, los cambios en la política exterior de los gobiernos occidentales y una vigilancia mayor por parte de las organizaciones no gubernamentales (ONG) como Medicus Mundi Catalunya, respecto a los brotes de las enfermedades y a la asignación y distribución de los recursos de ayuda en los campos de refugiados. Es necesaria la capacitación de las organizaciones panafricanas como la African Union a nivel continental y ECOWAS, Southern African Development Coordination Conference (SADCC), Arab League, etc., a nivel regional, para el mantenimiento de la paz no solamente a nivel continental sino también a nivel local en sus regiones de actuación respectivas, y también para la prevención de la escalada de

En lo que se refiere a las mujeres, la educación significa a menudo independencia económica y posibilidad de elegir libremente entre las distintas oportunidades laborales

la violencia política y la guerra. Además, recomendamos seriamente la exigencia de responsabilidades a los cuerpos de paz que protegen los campos de refugiados, para que no se produzcan situaciones de abuso de los grupos vulnerables de mujeres y niños por parte de estos cuerpos de paz (tal como ha ocurrido recientemente en la República Democrática del Congo).

5. Migración de la mano de obra

El contexto histórico de la migración de la mano de obra está fuertemente enraizado y se va a mantener en el futuro. Sin embargo, las consecuencias de la migración de la mano de obra sobre la familia y sobre la propagación del VIH y de otras enfermedades podrían ser aliviadas a través de una responsabilidad social compartida. Por ejemplo, en el caso de la industria minera de Sudáfrica las compañías podrían informar a los conductores de camiones y a los trabajadores inmigrantes sobre los factores de riesgo, incrementando así su concienciación acerca de la enfermedad. Estas medidas podrían ser útiles para reducir el número de casos

de infección por la epidemia de VIH/sida, los costes de la asistencia sanitaria y la pérdida de productividad. Además, también podrían mejorarse de manera importante las viviendas de los trabajadores inmigrantes; entre estas mejoras podría estar, por ejemplo, la construcción

de bloques de pisos que permitieran que los trabajadores inmigrantes trajeran con ellos a sus familias desde sus países de origen.

CONCLUSIÓN

En este artículo se han abordado diversas dimensiones de la vulnerabilidad frente al VIH a través del desarrollo de un modelo conceptual de la forma en la que las condiciones individuales y sociales pueden hacer que las personas mantengan comportamientos de riesgo. Estas dimensiones están fuertemente enraizadas en la historia del continente africano, especialmente en la de su etapa de colonización. El contexto histórico del colonialismo y su economía fundamentada en la migración de la mano de obra, las diferencias de género actuales, la pobreza y las enfermedades, las tendencias internacionales y los compromisos gubernamentales, así como el contexto cultural, son factores que interaccionan de manera compleja entre sí y que hacen que las personas que residen en los países de África subsahariana presenten un riesgo elevado de infección por VIH.

En este marco genérico de contemplación de la vulnerabilidad se considera que, aunque los comportamientos de las personas tienen una importancia inherente en la vulnerabilidad frente al VIH, el contexto en el que se desenvuelven las personas desempeña un papel todavía más importante a este respecto. Los comportamientos y las acciones individuales tienen lugar en un contexto social y geográfico concreto, y generalmente responden a fenómenos sociales y culturales de aplicación a gran escala, así como a otras tendencias y tensiones. Por tanto, cualquier valoración o análisis de la vulnerabilidad frente al VIH debe tener en cuenta los factores internacionales, nacionales, regionales y comunitarios que influyen en la vulnerabilidad individual o la exacerban.

En resumen, la vulnerabilidad es un concepto multidimensional y sus causas se deben a combinaciones múltiples de distintos factores.

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE E. KALIPENI

- El papel de la educación en la lucha contra el VIH/sida es clave, pudiendo contribuir a mejorar las capacidades de las mujeres y, con ello, reducir su vulnerabilidad.
- A partir de la problemática descrita por Kalipeni –hombres que trabajan en países vecinos y tienen esposas en el lugar de trabajo y en el de procedencia–, se plantea que tanto la estructura como el concepto de familia parecen estar cambiando, a la vez que puede afectar a la epidemiología del sida.

Referencias bibliográficas

- Addai, Isaac**, 1999 *Ethnicity and Sexual Behavior*. *Social Biology* 46(1-2):17-32.
- Adepoju, Aderanti**, 2003 *Continuity and Changing Configurations of Migration to and from the Republic of South Africa*. *International Migration* 41(1):3-28.
- Akeroyd, Anne V.**, 1997 *Sociocultural Aspects of AIDS in Africa: Occupational and Gender Issues*. En *AIDS in Africa and the Caribbean*. George C. Bond, John Kreniske; Ida Susser; y Joan Vincent, eds., pp. 11-30. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Becker, Charles, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo, y Moriba Toure, eds.**, 1999 *Experiencing and Understanding AIDS in Africa*. Dakar: CODESRIA
- Bond, George, y Joan Vincent**, 1997 *AIDS in Uganda: The First Decade*. En *AIDS in Africa and the Caribbean*. George C. Bond, John Kreniske; Ida Susser; y Joan Vincent, eds., p. 85-98. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Brockerhoff, Martin, y Ann E. Biddlecom**, 1999 *Migration, Sexual Behavior and the Risk of HIV in Kenya*. *International Migration Review* 33(4):833-857.
- Bwayo, J., F. Plummer, M. Omari, A. Mutere, S. Moses, J. Ndinya-Achola, P. Velentgas, y J. Kreiss**, 1994 *Human Immunodeficiency Virus Infection in Long-Distance Truck Drivers in East Africa*. *Archives of Internal Medicine* 154(12): 1391-1396.
- Caldwell, John C., y Pat Caldwell**, 1994 *The Neglect of an Epidemiological Explanation for the Distribution of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Exploring the Male Circumcision Hypothesis*. En *AIDS Impact and Prevention in the Developing World: Demographic and Social Science Perspectives*. John G. Cleland y Peter O. Way, eds., pp. 23-46. Canberra ACT: Health Transition Centre, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University.
- Campbell, Catherine**, 1997 *Migrancy, Masculine Identities and AIDS: The Psychosocial Context of HIV Transmission on the South African Gold Mines*. *Social Sciences and Medicine* 45(2):273-283.
- Campbell, Catherine, y Zodwa Mzaidume**, 2001 *Grassroots Participation, Peer Education, and HIV Prevention by Sex Workers in South Africa*. *American Journal of Public Health* 91(12):1978-1986.
- Chirwa, Wiseman C.**, 1998 *Aliens and AIDS in Southern Africa: The Malawi-South Africa Debate*. *African Affairs* 97(386):53-79.

- Cole, Roy, y H. J. De Blij**, 2007 *Survey of Sub-Saharan Africa: A Regional Geography*. New York: Oxford University Press.
- Connor, Edward M., Rhoda S. Sperling, Richard Gelber, Pavel Kiselev, y others**, 1994 *Reduction in Maternal-Infant Transmission of HIV Type 1 with Zidovudine Treatment*. *New England Journal of Medicine* 331(18):1173-1180.
- Decosas, Josef**, 1996 *HIV and Development*. *AIDS* 10 (Suppl 3):S69-S74.
- Decosas, Josef, F. Kane, J. K. Anarfi, K. D. R. Sodji, y H. U. Wagner**, 1995 *Migration and AIDS*. *Lancet* 346(8978):826-828.
- Delay, Paul**, 2004 *Gender and Monitoring the Response to HIV/AIDS Pandemic*. *Emerging Infectious Diseases* 10(11):1979-1983.
- Desmond, Johns**, 2001 *Health and Development in South Africa: From Principles to Practices*. *Development*. 44(1):122-128.
- Diallo, M. O., V. Ettiene-Traore, M. Maran, J. Kouadio, K. Brattegard, A. Makke, E. Van Dyck, M. Laga, y K. M. De Cock**, 1997 *Sexually Transmitted Diseases and Human Immunodeficiency Virus Infections in Women Attending an Antenatal Clinic in Abidjan, Cote d'Ivoire*. *International Journal of STD and AIDS* 8(10):636-638.
- Duffy, Lynne**, 2005 *Culture and Context of HIV Prevention in Rural Zimbabwe: The Influence of Gender Inequality*. *Journal of Transcultural Nursing* 16(1):23-31.
- Fourn, L., y S. Ducic**, 1996 *Epidemiological Portrait of Acquired Immunodeficiency Syndrome and Its Implications in Benin*. *Sante* 6(6):371-376.
- Ghosh, Jayati y Kalipeni, Ezekiel**, 2005 *Women in Chinsapo, Malawi: Vulnerability and Risk to HIV/AIDS*. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 2(2):320-332.
- Gilgen, D., B. G. Williams, C. MacPhail, C. J. van Dam, C. Campbell, R. C. Ballard, y D. Taljaard**, 2001 *The Natural History of HIV/AIDS in a Major Goldmining Centre in South Africa: Results of a Biomedical and Social Survey*. *South African Journal of Science* 97(9/10):387-392.
- Girdler-Brown, Brendan**, 1998 *Eastern and Southern Africa*. *International Migration* 36(4):513-551.
- Gould, Peter**, 1993 *The Slow Plague: A Geography of the AIDS Pandemic*. Boston: Blackwell Publishers.
- Grosskurth, Heiner, Frank Mosha, James Todd, Ezra Mwijarubi y cols.**, 1995 *Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomized Control Trial*. *Lancet* 346(8974):530-536.
- Haour-Knipe, Mary, y Richard Rector**, 1996 *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. Bristol, PA: Taylor and Francis.
- Hogle, J. A., E. Green, V. Nantulya, R. Stoneburner, y J. Stover**, 2002 *What Happened in Uganda? Declining HIV Prevalence, Behavior Change, and the National Response*. Washington, D.C.: Office of HIV/AIDS, Bureau for Global Health, US Agency for International Development.
- Holt, Kate**, 2004 *DR Congo's Shameful Sex Secret*. BBC News, jueves, 3 de junio. Documento electrónico, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/3769469.stm>, último acceso el 8 de noviembre de 2006.
- Horwitz, Simonne**, 2001 *Migrance and HIV/AIDS: A Historical Perspective*. *South African Historical Journal* 45:103-124.
- Kalipeni, Ezekiel**, 2000 *Health and Disease in Southern Africa. A Comparative and Vulnerability Perspective*. *Social Science and Medicine* 50(7):965-983.
- Kalipeni, Ezekiel, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, y Jayati Ghosh, eds.**, 2004 *HIV/AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Kalipeni, Ezekiel, y Jayati Ghosh**, Remitido para publicación *Concern and Practice Among Men about HIV/AIDS in Low Socioeconomic Income Areas of Lilongwe, Malawi*. *Social Science and Medicine*.
- Kalipeni, Ezekiel, y Njeri Mbugua**, 2005 *A Review of Prevention Efforts in the Fight Against HIV and AIDS in Africa*. *Norwegian Journal of Geography* 59(1):26-36.
- Kalipeni, Ezekiel, y Joseph R. Oppong**, 1998 *The Refugee Crisis in Africa and Implications for Health and Disease: A Political Ecology Approach*. *Social Science and Medicine* 46(12):1637-1653.
- Kreiss, J. K., D. Koech, F. A. Plummer, K. K. Holmes, M. Lightfoote, P. Piot, A. R. Ronald, J. O. Ndinya-Achola, L. J. D'Costa, P. Roberts, E. Ngugi, y Quinn, T.**, 1986 *AIDS Virus Infection in Nairobi Prostitutes: Spread of the Epidemic to East Africa*. *New England Journal of Medicine* 314(7): 414-418.
- Lampthey, Peter, Merywen Wigley, Dara Carr, y Yvette Collymore**, 2002. *Facing the HIV/AIDS Pandemic*. *Population Bulletin* 57(3):1-39.
- Lankoande, S., N. Meda, L. Sangare, I. P. Compaore, J. Catraye, S. Zan, E. van Dyck, M. Cartoux, R. Soudre**, 1998 *HIV*

- Infection in Truck Drivers in Burkina Faso: A Serologic Study*. *Médecine Tropicale: Revue du Corps de Santé Colonial* 58(1):41-47.
- Lau, Corey, y Adamson S. Muula**, 2004 *HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. *Croatian Medical Journal* 45(4): 402-414.
- Laukamm-Josten, U., B. K. Mwizarubi, C. L. Mwaijonga, A. Outwater, J. J. Valadez, D. Nyamwaya, R. Swai, T. Saidel, K. Nyamuryekung'e**, 2000 *Preventing HIV Infection Through Peer Education and Condom Promotion Among Truck Drivers and Their Sexual Partners in Tanzania, 1990-1993*. *AIDS Care* 12(1):27-40.
- Lurie, Peter, Percy C. Hintzen, y Rober A. Lowe**, 2004 *Socioeconomic Obstacles to HIV Prevention and Treatment in Developing Countries: The Roles of the International Monetary Fund and the World Bank*. En *HIV/AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*. Ezekiel Kalipeni, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, y Jayati Ghosh, eds., pp. 204-212. Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Lyons, Maryinez**, 2004 *Mobile Populations and HIV/AIDS in East Africa*. En *HIV/AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*. Ezekiel Kalipeni, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, y Jayati Ghosh, eds., pp. 175-190. Malden, MA: Blackwell Publishers.
- MacDonald, David S.**, 1996 *Notes on the Socio-economic and Cultural Factors Influencing the Transmission of HIV in Botswana*. *Social Science and Medicine* 42(9):1325-1333.
- Marcus, Tessa**, 2001 *Is There an HIV/AIDS Demonstration Effort? Findings from a Longitudinal Study of Long Distance Truck Drivers*. *Society in Transition* 32(1):110-120.
- Mbugua, G. G., L. N. Muthami, C. W. Mutura, S. A. Oogo, P. G. Waiyaki, C. P. Lindan, y N. Hearst**, 1995 *Epidemiology of HIV Infection Among Long Distance Truck Drivers in Kenya*. *The East African Medical Journal* 72(8):515-518.
- Meda, Nicolas, Ibra Ndoeye, Souleymane M'Boup, Alpha Wade, Salif Ndiayee, Cheikh Niang, Fatou Sarr, Idrissa Diop, y Michel Carael**, 1999 *Low and Stable HIV Infection Rates in Senegal: Natural Course of the Epidemic or Evidence for Success of Prevention?* *AIDS* 13(11):397-1405.
- Muula, Adamson**, 2005 *What should HIV/AIDS Be Called in Malawi?* *Nursing Ethics* 12(2):187-192.
- Ndinya-Achola, J. O., A. E. Ghee, A. N. Kihara, M. R. Krone, F. A. Plummer, L. D. Fisher, y K. K. Holmes**, 1997 *High HIV Prevalence, Low Condom Use and Gender Differences in Sexual Behavior Among Patients with STD-Related Complaints at a Nairobi Primary Health Care Clinic*. *International Journal of STD and AIDS* 8(8):506-514.
- Oppong, Joseph R.**, 1998 *A Vulnerability Interpretation of the Geography of HIV/AIDS in Ghana, 1986-1995*. *The Professional Geographer* 50(4): 437-448.
- Oppong, Joseph R., y Samuel Agyei-Mensah**, 2004 *HIV/AIDS in West Africa: The Case of Senegal, Ghana, and Nigeria*. En *HIV/AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*. Ezekiel Kalipeni, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, y Jayati Ghosh, eds., pp. 70-82. Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Oppong, Joseph R., y Ezekiel Kalipeni**, 1999 *A Cross-Cultural Perspective on AIDS in Africa: A Response to Rushing*. *African Rural and Urban Studies* 3(2):91-112.
- Pickering, H., M. Okongo, A. Ojwiya, D. Yirrell, y J. Whitworth**, 1997 *Sexual Networks in Uganda: Mixing Patterns Between a Trading Town, Its Rural Hinterland and a Nearby Fishing Village*. *International Journal of STD and AIDS* 8(8):495-500.
- Quinn, Thomas C. Q., Maria J. Wawer, Nelson Sewankambo, David Serwadda, Chuanjun, L. Fred Wabwire-Mangen, Mary O. Meehan, Thaoms Lutaro, y Ronald H. Gray**, 2000 *Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1*. *New England Journal of Medicine* 342(13):921-927.
- Rugalema, Gabriel**, 2004 *Understanding the African HIV Epidemic: An Appraisal of Lay Discourse on HIV/AIDS in Africa*. En *HIV/AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*. Ezekiel Kalipeni, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, y Jayati Ghosh, eds. Pp.191-203. Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Rushing, William A.**, 1995 *The AIDS Epidemic: Social Dimensions of an Infectious Disease*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Schneider, Mark, y Michael Moodie**, 2002 *The Destabilizing Impact of HIV/AIDS First Wave Hits Eastern and Southern Africa, Second Wave Threatens India, China, Russia, Ethiopia, Nigeria*. Washington, D.C.: Center for Strategic and International Studies. Documento electrónico, <http://www.csis.org/media/csis/pubs/0205-destimp.pdf>, último acceso el 7 de noviembre de 2006.
- Shannon, Gary W., Gerald F. Pyle, y Rashid Bashshur**, 1991 *The Geography*

- of AIDS: Origins and Course of an Epidemic*. New York: Guilford Press.
- Stillwaggon, Eileen**, 2000 *HIV Transmission in Latin America: Comparison with Africa and Policy Implications*. South African Journal of Economics 68(5): 985-1011.
- Stillwaggon, Eileen**, 2001 *AIDS and Poverty in Africa*. Nation 272(20): 22-25. Documento electrónico t, <http://www.thenation.com/doc.mhtml?i=20010521&c=2&s=stillwaggon>, último acceso el 4 de noviembre de 2006.
- Stillwaggon, Eileen**, 2002 *HIV/AIDS in Africa: Fertile Terrain*. Journal of Development Studies 38(6):1-22.
- Stillwaggon, Eileen**, 2003 *Racial Metaphors: Interpreting Sex and AIDS in Africa*. Development and Change 34(5):809-832.
- Stock, Robert**, 2004 *Africa South of the Sahara: A Geographical Interpretation*. New York: Guilford Press.
- Tastemain, Catherine, y Peter Coles**, 1993 *Can a Culture Stop AIDS in its Tracks*. New Scientist 139 (Sept. 1):13-14.
- Travers, Morgan, y Lydia Bennett**, 1996 *AIDS, Women, and Power. En AIDS as a Gender Issue: Psychosocial Perspectives*. Lorraine Sherr, Catherine Hankins, y Lydia Bennett, eds. Pp.64-98. Bristol, PA: Taylor and Francis.
- Uganda AIDS Commission**, 2002 *Follow-Up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS): Uganda Country Report*. Kampala: Uganda AIDS Commission.
- UNICEF**, 1999 *Children Orphaned by AIDS: Front-Line Responses from Eastern and Southern Africa*. New York: UNICEF. Documento electrónico, <http://www.unicef.org/publications/pub-aids-en.pdf>, último acceso el 12 de octubre de 2006.
- UNICEF**, 2001 *Analysis of the Situation of Sexual Exploitation of Children in the Eastern and Southern Africa Region: The Vicious Cycle of Sexual Exploitation, HIV/AIDS, Vulnerability of Children and Violations of Children's Human Rights*. Nairobi : UNICEF, Eastern and Southern Africa Regional Office.
- Upton, Rebecca L.**, 2003 *Women Have No Tribe: Connecting Carework, Gender, and Migration in an Era of HIV/AIDS in Botswana*. Gender and Society 17(2): 314-322.
- van Niekerk, Ashley**, 2001 *Moral and Social Complexities of AIDS in Africa*. Journal of Medicine and Philosophy 27(2):143-162.
- Wasserheit, Judith N.**, 1992 *Epidemiological Synergy: Interrelationships between Human Immunodeficiency Virus Infection and Other Sexually Transmitted Diseases*. Sexually Transmitted Diseases 19(2):61-77.
- Waterston, Alisse**, 1997 *Anthropological Research and the Politics of HIV Prevention: Towards a Critique of Policy and Priorities in the Age of AIDS*. Social Science and Medicine 44(9):1381-1391.
- Wiktor, Stefan Z., Ehounou Ekpini, John M. Karon, John Nkengasong, Chantal Maurice, Sibailly T. Severin, Thierry H. Roels, Moise K. Kouassi, Eve M. Lackritz, Issa-Malick Coulibaly, y Alan E Greenberg**, 1999. *Short Course Oral Zidovudine for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: A Randomized Trial*. Lancet 353(9155):781-785.
- World Council of Churches**, 1999 *Facing AIDS: Education in the Context of Vulnerability to HIV/AIDS*. Geneva: World Council of Churches. Documento electrónico. <http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/facing2.html>, último acceso el 3 de noviembre de 2006.
- Yeboah, Ian**, Remitido para publicación *HIV/AIDS and the Construction of Africa: Heuristic Lessons from the Social Sciences for Policy*. Social Science and Medicine.
- Zuma, K., E. Gouws, B. Williams, y M. Lurie**, 2003 *Risk Factors for HIV Infection among Women in Carletonville, South Africa: Migration, Demography and Sexually Transmitted Diseases*. International Journal of STD & AIDS 14(12):814-817.

LA EXPERIENCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MOZAMBIQUE

Elsa Jacinto
Ministerio de Salud de Mozambique

Introducción

Detener la transmisión del VIH/sida, comenzar a revertir su propagación y mejorar la salud materna reduciéndola en un 75 por ciento para el año 2015, representa un enorme desafío en razón de la situación de pobreza y la elevada mortalidad materna que se le asocia, particularmente en África subsahariana. En efecto, la mortalidad materna oscila entre 124 y 1.300 casos por cada 100.000 nacidos vivos en los países de África austral, con un índice de prevalencia del VIH que oscila entre el 2% de Madagascar y el 38% de Suazilandia (African Union Commission 2006).

Apenas un 11% de los enfermos de sida en África tienen acceso a las terapias antirretrovirales, frente al 14% de Asia y el 62% de América Latina. En África subsahariana, el número de mujeres jóvenes infectadas con el VIH casi duplica el número de hombres infectados. En el año 2001 se estimó que entre un 6 y un 11% de mujeres jóvenes vivían con el VIH/sida, mientras que en los hombres jóvenes la cifra variaba entre un 3 y un 6%.

La muerte de una mujer repercute negativamente en la economía de un país y también en la familia. La lactancia materna reduce los gastos familiares, principalmente en las familias más pobres, pero además, al ser mayoritariamente amas de casa, son ellas quienes cuidan de los niños, los educan y los alimentan.

- La reducción de la tasa de nuevas infecciones del VIH/sida, así como de la mortalidad materna o perinatal, pasan necesariamente por el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva integrados y de calidad, particularmente en África, donde los recursos humanos o materiales son escasos.

- La comunidad en su conjunto, los colectivos y las personas individuales deben estrechar su colaboración para salvar de manera conjunta las vidas de millones de mujeres que mueren cada año; a tal efecto, deben definir unas estrategias de bajo coste que sean más efectivas.

La reducción de la tasa de nuevas infecciones del VIH/sida, así como de la mortalidad materna o perinatal, pasan necesariamente por el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva integrados y de calidad, particularmente en África, donde los recursos humanos o materiales son escasos

La comunidad en su conjunto, los colectivos y las personas individuales deben estrechar su colaboración para salvar de manera conjunta las vidas de millones de mujeres que mueren cada año; a tal efecto, deben definir unas estrategias de bajo coste que sean más efectivas.

Marco Conceptual

Hacia finales del año 2005 el número de personas que vivían con VIH/sida (PVVS) se estimaba en 38,6 millones, de los cuales 25,4 millones correspondían al África Subsahariana. (WHO, 2005)

Los estudios recientes han demostrado que en aquellos servicios en donde las actividades de salud son integradas y basadas en la Atención Primaria de la Salud, todos los pacientes pueden obtener una cobertura optimizada (Unger y otros 2006)

El acceso a los servicios sanitarios es un factor importante de los sistemas de salud y tiene un impacto directo en el control de la salud de la población. Si efectuamos un análisis del acceso, podremos favorecer el desarrollo de unas políticas basadas en la evi-

dencia. El acceso universal a la atención sanitaria institucionalizada requiere de un sistema de salud bien articulado, en el que la comunidad tiene un papel fundamental e indispensable.

A fin de facilitar una comprensión del texto, a continuación se presentan algunos conceptos que serán utilizados en el presente trabajo:

Comunidad – conjunto de personas que comparten un mismo idioma, rituales y ceremonias similares, los mismos valores y normas, y que

tienen una historia en común y se influyen unos a otros con apoyo mutuo. (Israel 1994)

Empoderamiento comunitario – Estado vivencial en el que los miembros establecen un diálogo participativo en el que identifican sus semejanzas, solucionan conflictos en la comunidad, toman decisiones y construyen nuevas estrategias para el cambio. Ello implica que los individuos han de utilizar sus habilidades, competencias y recursos en un esfuerzo colectivo que les permita incidir en las decisiones y cambios que se producen dentro de un sistema social más amplio. (Ibidem).

Cuidados domiciliarios / CD – El Ministerio de Salud distingue entre los cuidados propiamente dichos y las visitas domiciliarias.

Cuidados – Es la atención que se presta en el hogar a las Personas Viviendo con HIV/sida y sus familias, dentro de lo cual se incluyen: la educación para la salud, la prevención y counselling (asesoramiento psicopedagógico) en VIH/sida, la atención de los síntomas, la adherencia a los fármacos y el sistema referencia entre el SNS y la comunidad, con el fin de reducir la transmisión del VIH y la atención integral de las PVVS.

Visitas domiciliarias – son los contactos con personas o familias que tienen como objetivo general el apoyo social, emocional y espiritual.

El Sistema Nacional de Salud no brinda cuidados domiciliarios, pero sí desempeña un papel regulador que incluye la coordinación, la aplicación de normas, el monitoreo y la evaluación, así como la supervisión técnica que prestan los Hospitales de Día y las Unidades Sanitarias a los profesionales capacitados a este efecto.

- Un análisis de las causas de la muerte materna en África realizado por la OMS en el año 2005 reveló que la infección por VIH/sida

ocupa el cuarto lugar entre las 9 principales causas de muerte materna en África, con un 6,2%.

- En la mayoría de los países que cuentan con servicios de cuidado prenatal, atención durante el parto y atención post natal integrados de manera esencial en la atención primaria en salud, éstos ofrecen una oportunidad clave para el acceso de las mujeres a los servicios relacionados con la prevención, cuidados atención y tratamiento del VIH/sida.

- La capacitación comunitaria está interrelacionada con la capacitación individual y organizacional.

Considerando que los grandes determinantes de la alta morbilidad y mortalidad maternas son los retrasos en la atención sanitaria general y en los servicios de obstetricia apropiados y realizados con puntualidad, éstos se agruparon en tres bloques, que se denominaron “las tres demoras” (Maine 1997) :

Primera demora – retraso en la decisión de solicitar atención sanitaria. A ello contribuyen: el analfabetismo, la baja escolarización, la pobreza, la falta de información adecuada, el estatus social de la mujer y los factores culturales.

Segunda demora – retraso en llegar a la Unidad Sanitaria adecuada que cuente con una atención sanitaria y obstétrica apropiada. A ello contribuyen: la red de Unidades

Sanitarias (US) y su distribución, la distancia entre el domicilio y la US, y la disponibilidad de transporte.

Tercera demora – retraso en recibir la atención necesaria y adecuada a nivel de las US. A ello contribuyen: el sistema de referencia, el desabastecimiento de medicamentos esenciales, la falta de materiales y una escasez de personal capacitado para las emergencias obstétricas.

Un análisis de las causas de la muerte materna en África realizado por la OMS en el año 2005 reveló que la infección por VIH/sida ocupa el cuarto lugar entre las 9 principales causas de muerte materna en África, con un 6,2%

En la mayoría de los países que cuentan con servicios de cuidado prenatal, atención durante el parto y atención post natal integrados de manera esencial en la atención primaria en salud, éstos ofrecen una oportunidad clave para el acceso de las mujeres a los servicios relacionados con la prevención, cuidados, atención y tratamiento del VIH/sida

La capacitación comunitaria está interrelacionada con la capacitación individual y organizacional

La experiencia de Mozambique

Mozambique está situado en el continente africano y es considerado como uno de los países más pobres del mundo. Su población actual fue calculada, a partir del censo poblacional realizado en 1997, en unos 19.980.935 habitantes, de los cuales el 23% son mujeres en edad reproductiva y el 30,7% son niños entre los 0 y los 9 años.

En la actualidad, la esperanza media de vida al nacer en el continente africano es de 47 años, pero ésta se estimaría en 62 años si no existiese el sida. En Mozambique, la esperanza de vida al nacer antes de la aparición del sida se estimaba en 42,5 años, pero las previsiones para el año 2010 la fijan en 27,1 años (African Union Commission). La prevalencia del VIH en el país es de 16,2%. (MISAU, 2005)

Según la Encuesta Demográfica de Salud (IDS) realizada en 1997, la tasa de fertilidad en las mujeres fue de 5,7%, la cobertura prenatal de 71,4%, mientras que apenas un 30% de los partos tenían lugar en instituciones de salud; el 40% de las adolescentes ya habían debutado en la maternidad y la edad media de la primera relación sexual en las niñas era de 16 años. El 80,2% de las mujeres tiene conocimiento de la existencia del sida mientras que en los hombres la cifra alcanza el 93,75%. El 66,26% de las mujeres y el 47,45% de los hombres no conocían ninguna forma de evitar el sida. El uso del preservativo en las mujeres era de 1,5% y en los hombres de 3,2%.

La discordancia entre una elevada consulta prenatal y una baja cobertura institucional de los partos, así como el escaso uso de los preservativos, cuando existía una elevada información sobre el sida, nos llevaron a comprender la necesidad de una investigación operativa, orientada al ámbito de las ciencias sociales.

Además, al considerar la mortalidad materna como un problema de gran importancia en Mozambique, el Ministerio de Salud realizó de manera simultánea un estudio de revisión de 90 muertes maternas ocurridas en siete de las once provincias entre 1998 y 1999 (Ministerio de Saúde, 1999) con el objeto de identificar los principales determinantes de la morbilidad y mortalidad maternas, así como para evaluar las necesidades de una maternidad segura. La metodología de

dicho estudio se basó en el «Módulo IV – Revisión de las Muertes Maternas» que forma parte de la Evaluación de las Necesidades en Maternidad Segura (WHO, 1994)

En el estudio de las muertes maternas se incluyeron los diversos factores que ejercen influencia en las muertes, desde la estructura de los servicios sanitarios hasta la comunidad, y su objeto fue el diseño de estrategias en varios niveles a fin de mejorar la salud de la madre y del niño. Entre las principales causas de las muertes maternas se identificaron aquellas relacionadas con el embarazo, el parto y el post parto: la sepsis del puerperio, la hemorragia y la ruptura uterina. La malaria, la anemia y el sida fueron identificadas como causas indirectas de muerte materna.

El 74% de las 90 familias entrevistadas experimentaron demoras en la decisión de solicitar atención médica. De entre éstas, el 66% tardaron más de un día en tomar la decisión de trasladar a la paciente a la Unidad Sanitaria.

Del total de personas que viven con VIH/sida en Mozambique, 80.000 son niños, 570.000 hombres y 800.000 mujeres, registrándose una tendencia creciente a la prevalencia del VIH en la población entre los 14 y los 24 años de edad

Por lo que respecta a la utilización de los servicios sanitarios: El 46% de las mujeres no acudieron a ninguna consulta prenatal, 34% acudieron entre 1 y 3 veces y 19% lo hicieron 4 o más veces.

La mayoría de las muertes ocurren dentro de las primeras 24 horas del inicio del episodio, incluso en las unidades sanitarias que cuentan con recursos humanos, medicamentos y materiales adecuados, lo cual pone en evidencia que la llegada a la unidad sanitaria fue demasiado tarde (experiencia personal).

Tras sistematizar las conclusiones del estudio, se hicieron una serie de recomendaciones con acciones específicas que contribuyeron a la elaboración de la Estrategia Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal - basada en el modelo de las tres demoras- y su Plan de Operaciones para 5 años que se puso en marcha en el año 2001 (Ministerio da Saúde 2000), entre cuyos objetivos se prevé un incremento en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

La Encuesta Demográfica de Salud (IDS 2003) reveló una mejoría en los indicadores de salud materna e infantil en relación con la IDS de 1997. Se observó que la cobertura de partos institucionales se incrementó del 30% al 47,7%; la tasa de mor-

talidad materna descendió de 692 a 408 muertes maternas por cada 100.000 recién nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil descendió de 219 a 178 muertes por cada 1.000 nacimientos. El conocimiento sobre el sida entre las mujeres había aumentado del 82,2% al 95,6% y del 93,75% al 97,88% en los hombres. El porcentaje de mujeres que no conocían ninguna manera de evitar el sida se redujo del 66,26% al 36,24%, mientras que en los hombres la reducción fue menor: del 47,45% al 39,06%. Se registró una mejoría significativa en el uso del preservativo entre ambos sexos. En las mujeres su uso se incrementó del 1,5% al 20,4%, mientras que entre los hombres creció del 3,2% al 33,8%.

Los avances logrados en el año 2003 son el resultado de la puesta en marcha asociada a las actividades definidas para las tres demoras, a pesar de las condiciones de degradación de las infraestructuras, la falta de equipamiento y medicinas, de agua y energía eléctrica, y de la escasez e inequidad en la distribución de los recursos humanos, con una mayor concentración de profesionales cualificados en las capitales de provincia o distrito que va en detrimento de las unidades sanitarias más alejadas

- Del total de personas que viven con VIH/sida en Mozambique, 80.000 son niños, 570.000 hombres y 800.000 mujeres, registrándose una tendencia al aumento de la prevalencia del VIH en la población entre los 14 y los 24 años de edad.

- Los factores relacionados con la comunidad, como la decisión de solicitar atención médica sin demora y la accesibilidad a la unidad sanitaria, tienen un peso significativo en la mortalidad materna.
- La participación comunitaria contribuye de modo significativo a un incremento en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Actividades relacionadas con la primera demora: Promoción de un mayor conocimiento, implicación y capacitación de la comunidad en los temas relacionados con la salud reproductiva mediante:

- Capacitación de líderes y organizaciones de base comunitaria en cuestiones relativas a la salud, las señales de alarma y peligro durante el embarazo, el parto, el puerperio y en el recién nacido; educación nutricional con enfoque en la mujer embarazada y el niño, y promoción de buenas prácticas de lactancia.
- Formación de activistas comunitarios para ofrecer: atención domiciliaria para las personas con VIH/sida, distribución y reposición comunitaria de anticonceptivos, transporte de las mujeres embarazadas a la asistencia prenatal, partos institucionales, consultas postnatales y de planificación familiar y AIDI (atención integral a las enfermedades de la infancia).

- Formación de jóvenes activistas de la comunidad orientada a la comunicación con el adolescente y el joven mediante Geração BIZ, un programa conjunto de los ministerios de salud, educación y cultura, y juventud y deporte, dirigido a los jóvenes dentro y fuera de la escuela.

- Creación de sistemas de transporte comunitario con apoyo de asociados: bicicletas y ambulancias motorizadas y de tracción animal.

- Capacitación, sensibilización y movilización de las Parteras Tradicionales a fin de incentivar a las mujeres para que frecuenten los servicios de salud materna e infantil y la utilización de casas de espera para las parturientas que viven alejadas de la unidad sanitaria.

para las parturientas que viven alejadas de la unidad sanitaria.

- Implicación de los hombres en las cuestiones relacionadas con la salud de la mujer y del niño.
- Construcción conjunta entre la comunidad y las ONG de casas de espera al lado de las maternidades de referencia para mujeres embarazadas que viven distantes.

Actividades relacionadas con la 2a y 3a demoras: Se procedió a aumentar la disponibilidad del transporte, el sistema de referencia de pacientes, el acondicionamiento y equipamiento de las unidades sanitarias, la capacitación de los proveedores de Cuidados Obstétricos de Emergencia y el número de unidades sanitarias que ofrecen atención obstétrica básica y completa.

Debido al creciente aumento de la prevalencia del VIH/sida entre los jóvenes, se creó el SAAJ (Servicios Amigos de Adolescentes y Jóvenes), una unidad puesta en marcha en el marco del programa multisectorial SAAJ/VIH/sida en cuidados básicos que cuenta con satélites comunitarios que gozan de mucha aceptación entre los adolescentes y jóvenes.

Con el fin de prevenir a transmisión de madre a hijo, fueron adoptadas unas estrategias comprendidas desde el período prenatal hasta el post natal que son integradas en los Servicios de Atención Primaria de la Salud (Salud Materno Infantil). Estas estrategias incluyen: información acerca de la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH; promoción del sexo seguro garantizando la disponibilidad del preservativo, la promoción y el *counselling* y pruebas voluntarias en la opción de opt-out (pruebas de rutina con derecho a negarse); el diagnóstico y tratamiento de las ETS y otras infecciones; la promoción de una dieta saludable; desalentar el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la derivación de los casos de VIH+ al tratamiento antirretroviral, tal como indica el guión de operacionalización de la prevención de la transmisión madre-hijo. (Ministerio da Saúde 2004). La experiencia de lugares en donde ya se realiza el abordaje opt-out, la tasa de rechazo es inferior al 5%.

Otra iniciativa es la capacitación de los miembros de la comunidad a través de actividades de promoción de la salud, realizadas por profesionales de la salud en colaboración con agencias de las Naciones Unidas y las ONGs, en función de un programa estructurado y bien definido que cuenta con medios audiovisuales.

Los Agentes Comunitarios de Salud son seleccionados y capacitados a partir de iniciativas surgidas de la propia comunidad u otras iniciativas acordadas por la comunidad y la Unidad Sanitaria (Ministerio da Saúde 2001) que son de

carácter no remunerado. Como incentivo reciben camisetas y otro material de promoción.

- Son necesarias intervenciones específicas para informar, educar y sensibilizar a los jóvenes y adolescentes.
- La opción de opt-out en el counselling y pruebas voluntarias se mostró eficaz para incrementar el acceso de las Personas que Viven con el VIH/sida a la 'prevención y el tratamiento'.

Son necesarias intervenciones específicas para informar, educar y sensibilizar a los jóvenes y adolescentes

La opción de opt-out en el counselling y pruebas voluntarias se mostró eficaz para incrementar el acceso de las Personas que Viven con el HIV/SIDA a la 'prevención y el tratamiento

Los Agentes Comunitarios de Salud son elementos importantes de relación entre las Unidades de Salud y la Comunidad, pues prestan esencialmente servicios de promoción en sus propias comunidades sin formar parte del personal del Sistema Nacional de Salud

Los Agentes Comunitarios de Salud son elementos importantes de relación entre las US y la Comunidad, pues prestan esencialmente servicios de promoción en sus propias comunidades sin formar parte del personal del Sistema Nacional de Salud.

Revisión bibliográfica

La revisión bibliográfica realizada nos indica la existencia de ciertos factores que dificultan la adhesión de la comunidad a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (Edmunds, 1987) debido a:

- largas horas de espera para recibir tratamientos o *counselling*;
- la poca disposición que muestra el personal sanitario;
- la distancia y tiempo empleados en el viaje a las unidades sanitarias;
- el emplazamiento de los servicios;
- el horario de atención;
- el cobro por los servicios;
- falta de información y claridad sobre los procedimientos;

En un estudio realizado en Perú (Proyecto 2000) con el objeto de comprobar la adherencia a los servicios de salud sexual y reproductiva, las gestantes del grupo de investigación reci-

bían durante la consulta prenatal y las visitas domiciliarias orientación relativa al autocuidado en salud, el reconocimiento de las señales de alarma, consejos de nutrición, orientación psicoafectiva y atención para el recién nacido, entre otros, mientras que el grupo de control no recibía ningún tipo de orientación. Los resultados obtenidos mostraron una mayor adherencia y cobertura en el grupo de estudio que la observada en el grupo de control.

En un estudio realizado en la India, Bloom y otros (1999) concluyeron que, especialmente en el parto, deben considerarse las barreras socioculturales para favorecer la aceptación y el uso de tales servicios

- El grado de conocimiento de las mujeres sobre cuestiones básicas de la salud materna constituye un factor determinante para la utilización de los servicios de salud materna.
- Las barreras socioculturales deben ser consideradas a la hora de definir los servicios de obstetricia.

Recomendaciones

1. Asegurar unos servicios integrados y de calidad con vistas a rentabilizar los recursos humanos, potenciar los recursos existentes y disminuir la estigmatización de los enfermos crónicos, en particular aquellos que viven con el VIH/sida.
2. Realizar actividades de formación continuada y formación en servicio a fin de actualizar y capacitar a los profesionales para atender de manera inmediata las emergencias médicas,

incluyendo aquellas relacionadas con complicaciones derivadas del tratamiento antirretroviral.

3. Reforzar la relación con la comunidad a través de los análisis y la planificación conjunta realizados en el lugar por personal de las unidades sanitarias y los líderes comunitarios para hacer frente a los problemas que afligen a la comunidad.
4. Analizar el papel de la Partera Tradicional y definir claramente su papel en la reducción de la mortalidad materna en base a las evidencias recogidas, no sólo a nivel del continente, sino también en otros lugares del mundo.
5. Promover investigaciones operacionales sobre los determinantes culturales y socioeconómicos en el proceso de toma de decisiones relacionadas con la utilización de los servicios sanitarios.
6. Reforzar la red social para apoyo de las comunidades en pequeños proyectos que responden a sus necesidades, mejorando sus condiciones de vida.

Perspectivas

Desarrollo de investigaciones operacionales que constituyan la base de la evidencia científica en cuestiones puntuales y específicas para la elaboración de mensajes apropiados, que no entren en conflicto con los aspectos culturales de las comunidades, y de orientaciones capaces de generar políticas y estrategias armoniosas facilitadoras de un encuentro efectivos entre las mujeres y los servicios de salud.



REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE E. JACINTO

- Es necesario tener en cuenta la red social como recurso clave para el acceso a los servicios de salud (provee información, apoyo; presiona para que la mujer acuda –o no acuda–, etc.).
- En salud pública, las ciencias sociales deben trabajar a partir de problemas planteados bien por los profesionales de la salud, o bien –preferiblemente– a partir del trabajo conjunto del equipo interdisciplinar.
- Parteras tradicionales: si la función que se les atribuye es la de referir las mujeres al hospital para el parto, debería tenerse en cuenta que: (1) Seguirán asistiendo partos, ya que, por distintas razones (rituales del parto, confianza, etc.), son muy valoradas en la comunidad; (2) El sistema médico ha de disponer de suficientes recursos para responder a un aumento significativo de la demanda de partos institucionales.

Referencias bibliográficas

- African Union Commission** *HIV and AIDS and The African Family: Cultural Determinants and Social Dimensions of the Pandemic.*
- Bloom S, T. Lippeveld, D. Wypij,** 1999. *Does antenatal care makes a difference to safe delivery? A study in urban Uttar Pradesh, India.* Health Policy Planning; 14: 38-48
- Comissão da União Africana,** 2006 *Quadro da política continental para os direitos sobre a saúde sexual e reprodutiva.* Addis Ababa, União Africana.
- Edmunds M, D. Strachan and S. Vriensdorp,** 1987. *La planificación familiar sensible: manual para equipos multiprofesionales de salud.* The Pathfinder Fund.
- INE,** 2003. *Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS)Maputo.*
- Israel Barbara A.,** 1994 *Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and Community Control.* Health Education Quarterly vol. 21 no 2 Parte I Número especial. Willey Publication.
- Maine D, Z. Murat, V. Akalin, M. Ward and K. Angela,** 1997 *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna.* Centro para la población y salud familiar. Universidad de Columbia.
- Ministerio da Saúde,** 2000. *Estrategia para a redução da morbimortalidade materna e perinatal.* Maputo
- Ministerio da Saúde,** 2005. *Relatorio de Vigilancia Epidemiologica.* Maputo
- Ministerio da Saúde,** 1999. *Revisao de Mortes Maternas em Moçambique 1998/1999.* Departamento de Saude da Comunidade. Maputo
- Ministerio da Saúde,** 2004 *Guiao da operacionalização da PTV.* Maputo
- Ministerio da Saúde,** 2001 *Plano Estratégico do Setor Saúde PESS 2001 2005, 2010.* Maputo
- Proyecto 2000,** 2000 *Estudio comparativo de la calidad y uso de los servicios de salud materno-peri. natales.* Ministerio de Salud USAID. Lima.
- Unger, J. P., U. D'Alessandro, P. De Paepe and A. Green.,** 2006 *Can malaria be controlled where basic health services are not used?* Tropical Medicine and International Health 11(3): 314-322.
- WHO,** 2005 *Annual Report.* Geneva
- WHO,** 1994 *Safe motherhood needs assessment - maternal death review guidelines.* Part VI (additional module) WHO/FHE/MSM/95.1 Geneva



SUPERACIÓN DE LOS OBSTÁCULOS PARA LA PROVISIÓN DE ASISTENCIA, APOYO Y TRATAMIENTO FRENTE AL VIH/SIDA A TRAVÉS DE UNA ASOCIACIÓN DE CARÁCTER PÚBLICO, PRIVADO Y CIVIL: LA EXPERIENCIA DE TASO EN UGANDA

Noerine Kaleeba

Cofundadora de TASO en Uganda

INTRODUCCIÓN

Actualmente se reconoce por lo general que la asistencia, el apoyo y el tratamiento son elementos clave para detener la propagación de la epidemia de infección por el VIH. Ofrecer esperanza a las personas infectadas por el VIH/sida reduce su estigmatización y las ayuda a mantener una actitud de confianza; además, colabora a ofrecer la cara humana de la pandemia, lo que en última instancia permite aplicar medidas preventivas más eficaces: una comunidad sin esperanza no puede dar los pasos necesarios para prevenir la propagación del VIH.

El mundo también está empezando a reconocer que a medida que se empiezan a aplicar los programas de asistencia, apoyo y tratamiento, las mujeres y las niñas —que son las personas más vulnerables frente a la pandemia del sida y las que sufren su impacto con mayor intensidad— no están suficientemente atendidas. Hoy sabemos que el estigma y el temor a él son razones clave por las que muchas mujeres no se atreven a acceder al tratamiento y a otros servicios asistenciales y de apoyo relacionados con la infección por el VIH. Un claro ejemplo de ello son las iniciativas para extender los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo: muchas mujeres africanas no solicitan esos servicios por miedo a quedar estigmatizadas; así, por ejemplo, una madre lactante teme que los demás no la vean amamantando a su hijo, porque inmediatamente llegarán a la conclusión de que es seropositiva; si no ha compartido esta información con otras personas significativas de su familia y su comunidad debido al temor a ser estigmatizada, puede decidir amamantar a su hijo a pesar de saber que ello incrementa el riesgo de exposición del niño al VIH.

Los servicios de asistencia y orientación dirigidos a la familia, junto con las medidas educativas y de sensibilización comunitarias con participación activa de los seropositivos en los programas, pueden contribuir significativamente al tratamiento del problema de la estigmatización y a mejorar el acceso a los servicios por parte de las personas que están siendo marginadas.

En este artículo se exponen las características específicas de la fundación The AIDS Support

Organization (TASO) y su programa de servicios asistenciales y de apoyo, y se explica el papel clave que ha desempeñado en el éxito relativo de Uganda al afrontar las dificultades planteadas por la pandemia de infección por el VIH/sida. Utilizaremos el ejemplo de TASO para ilustrar el hecho de que la asociación entre grupos sociales públicos y civiles puede ser de gran utilidad para abordar los problemas del acceso de las personas más marginadas, incluidas mujeres y niñas, a los servicios de lucha contra el VIH.

MISIÓN DE TASO

Uganda tuvo la gran suerte de que en 1987 se estableciera TASO, una organización que ofrecía asistencia y que creó herramientas de apoyo a las personas con VIH/sida (PVS) para permitirles avanzar y mantener una actitud sincera respecto a su problema, incluso mucho tiempo antes de que se introdujera el tratamiento antirretroviral. TASO comprendió en aquellos primeros tiempos que, debido a que su interés se centraba en las personas pobres, la mayoría de las cuales eran mujeres, su interlocutor natural tenía que ser el Ministerio de Sanidad y sus unidades de salud pública. Durante años, el excepcional partenariado establecido entre TASO y dicho ministerio permitió crear servicios excelentes dirigidos a las PVS en los hospitales en los que esta organización está asentada. Además, con sus programas formativos, TASO pudo llegar a cientos de trabajadores sanitarios de toda Uganda para formarlos en las tareas de apoyo. El memorando de TASO y el Ministerio de Sanidad reconoce el trabajo que la organización lleva a cabo junto con las instituciones sanitarias gubernamentales y con las comunidades en las que actúa.

TASO Uganda es una de las primeras respuestas comunitarias de base que se han dado a la pandemia del VIH/sida en África. Fue creada en 1987 en forma de grupo de apoyo de personas infectadas por el VIH, que padecían sida o relacionadas de algún modo con la enfermedad, y sus objetivos se dirigían a todas ellas. A uno de los miembros fundadores —mi marido, Christopher Kaleeba— se le diagnosticó sida en junio de 1986 y falleció pocos meses después, en enero de 1987. Sin embargo, para entonces ya había tomado la decisión de «vivir en positivo», y yo me impliqué en la tarea de dirigir la transformación

del grupo de apoyo existente en toda una organización de servicios contra el sida que actualmente está reconocida como uno de los pilares en que se basa el buen resultado de la respuesta nacional frente al VIH/sida en Uganda.

Los fundadores de TASO —doce de ellos eran seropositivos y el resto eran familiares cercanos suyos, además de un médico— adoptaron el lema «vivir en positivo» con el fin de contrarrestar los mensajes predominantemente negativos que daban la impresión de que la positividad del diagnóstico implicaba una sentencia de muerte. Por aquel entonces, la sociedad, el personal sanitario y los líderes nacionales debatían si era justificable dedicar los escasos recursos de los que disponía el sistema sanitario a la asistencia a personas que iban a morir. Con su demostración práctica de lo que se podía hacer, los fundadores de TASO convencieron a las autoridades de que las personas con sida podían alcanzar una buena calidad de vida y contribuir significativamente a la prevención, siempre que se las tuviera en cuenta. Los fundadores de TASO eran realistas y reconocían que se estaban enfrentando a una enfermedad mortal, pero también estaban muy preocupados por el hecho de que las personas que fallecían por sida eran abandonadas por sus familias y amigos, sin posibilidad de morir con dignidad; las familias que se arriesgaban a atender a sus seres queridos con sida quedaban aisladas y estigmatizadas, y dejaban de recibir el apoyo de su comunidad, incluso el de las organizaciones religiosas. Los fundadores de TASO consideraron asimismo que no sería posible prevenir la infección por el VIH sin restablecer la esperanza en las comunidades, y que mientras continuaran la estigmatización y los prejuicios para con las personas infectadas por el VIH, la pandemia seguiría propagándose. Estamos convencidos de que una comunidad sin esperanza no se puede proteger a sí misma frente a una infección como la del VIH.

TASO amplió posteriormente su eslogan «vivir en positivo», al que añadió «morir con dignidad», y a medida que el grupo de apoyo se empezó a convertir en una auténtica organización, los fundadores desarrollaron una filosofía claramente articulada: la misión de TASO sería contribuir a un proceso de recuperación de la esperanza y de mejora de la calidad de vida de las personas y las comunidades afectadas por la infección por el VIH y por el sida. TASO desarrolló un conjunto de servicios relacionados directamente con esta misión, cuyos contenidos y alcance han crecido posteriormente. Estos servicios se exponen a continuación.

Provisión de servicios de orientación en relación con la infección por el VIH/sida

Los servicios de orientación los prestan personas que sufren la infección por el VIH y sus familias en los centros de TASO, en las plantas hospitalarias y en los hogares, controlados por personal especialmente formado. Haciendo hincapié en la orientación respecto al VIH/sida, TASO además ofrece información; guía y deriva a los pacientes que necesitan atención por enfermedades de transmisión sexual y proporciona servicios de planificación familiar, especialmente a las mujeres.

El conjunto de servicios de orientación proporcionado por TASO incluye asesoramiento antes y después de las pruebas de diagnóstico, información respecto a la prevención y un apoyo de carácter progresivo. Dado que la mayor parte de los pacientes que solicitan los servicios de TASO son mujeres, se inician los pasos necesarios para conseguir que el marido y otras personas significativas de la familia participen en el círculo de asesoramiento, ya que en caso contrario la mujer puede ser acusada y rechazada, especialmente por su pareja. Así, ella se convierte en la puerta de entrada al ámbito familiar y de la comunidad, empezando por las personas a las que elige para darles la información: con su consentimiento, y siguiendo el proceso que la haga sentirse más cómoda, los familiares reciben orientación y guía sobre la forma de apoyar a la mujer positivamente. La orientación familiar persigue disipar los temores sobre la transmisión de la infección a través del contacto cotidiano con la persona infectada, así como educar en las técnicas de asistencia y cuidados más sencillas y para la detección temprana de enfermedades oportunistas frecuentes, como la tuberculosis. También se ofrece la oportunidad de evaluar la posible infección por el VIH y se introducen mensajes de prevención; se hace hincapié en el autocuidado, la necesidad de modificar el estilo de vida, la nutrición adecuada, el cumplimiento de los tratamientos, la vida sexual positiva y la planificación familiar. Las medidas de orientación incorporan asimismo elementos de asistencia paliativa, reflexión espiritual y consejos en relación con el fallecimiento de un familiar.

Provisión de servicios médicos

Desde su creación, TASO ofrece dos o tres días a la semana asistencia clínica, apoyo médico y cuidados paliativos complementarios a las PVS en los centros de orientación. Uno de ellos, situado en Entebbe, ofrece asistencia médica clínica ambulatoria cinco días a la semana debido a la intensa demanda. Los servicios se desarrollaron

principalmente para abordar las enfermedades asociadas a la infección por el VIH, para tratar enfermedades de transmisión sexual y para dar un servicio de planificación familiar. Los servicios de TASO se planificaron para complementar los que ofrecían las instituciones sanitarias públicas, extraordinariamente sobrecargadas. También se desarrollaron consultas comunitarias complementarias, que ofrecían asistencia una vez al mes a pacientes que no podían utilizar los servicios de los centros de salud debido a los elevados costes del transporte o a su frágil estado de salud. Las consultas ambulatorias contaban con voluntarios de las comunidades, que desplazaban a los pacientes para que utilizaran el servicio y los ponían en contacto con los servicios voluntarios de orientación y evaluación clínica.

Este conjunto de servicios médicos constituyó la base sobre la que TASO elaboró un programa progresivo de tratamiento antirretroviral (TARV). Con 7.000 pacientes tratados mediante TARV a finales de 2006, TASO es hoy una de las organizaciones proveedoras de este tipo de tratamiento más importantes en Uganda.

Formación y capacitación

TASO forma a asesores y gestores clínicos que ejercen posteriormente en la propia organización, en el Ministerio de Sanidad y en otros grupos relacionados con la enfermedad que actúan fuera de Uganda. La formación y la capacitación para el desarrollo organizativo se ofrece también a las organizaciones de base comunitaria, a través de las cuales llegan a personas que residen en áreas geográficas en las que TASO no actúa directamente servicios como los de esta organización. Así, el conjunto de servicios asistenciales puede llegar a un mayor número de personas y el trabajo se puede llevar a cabo más adecuadamente. Dado que esta es la primera institución que da formación a asesores en relación con el VIH/sida —no solamente en Uganda, sino en toda África—, TASO se ha enfrentado a una demanda creciente de actividades formativas procedente de otras organizaciones que realizan actividades similares. Estos servicios han crecido y han ampliado su capacidad gracias, en parte, al interés y el compromiso de las entidades que los financian, entre las que se incluye el gobierno de Uganda. La mayor parte del apoyo económico que recibe TASO procede de la financiación internacional, lo que constituye uno de sus puntos débiles. Por otra parte, se han desarrollado currículos formativos para los diferentes cuadros de trabajadores comunitarios relativos a la lucha contra el sida, incluidos los educadores y otras per-

sonas que trabajan con los recursos comunitarios, los formadores comunitarios, los asesores y los asesores-formadores.

En cuanto a su desarrollo internacional, TASO ha compartido su experiencia y ha ofrecido formación a participantes de numerosas iniciativas de asistencia y prevención frente al sida que se han establecido en varios países africanos, y sigue reforzando su capacidad para ofrecer formación con el objeto de cubrir la creciente demanda.

Los asesores de TASO movilizan, apoyan y forman a las comunidades para llevar a cabo actividades asistenciales y de prevención eficaces frente al sida. En las ciudades de Uganda en que hay centros de TASO, la organización ofrece apoyo en los distritos y a otras organizaciones de base comunitaria para integrar los servicios asistenciales y de prevención frente al VIH/sida en sus iniciativas. Este tipo de formación incluye en sus programas las habilidades de asesoría, nociones de contabilidad y mantenimiento de los libros de contabilidad, la movilización de los recursos y la gestión de proyectos.

TASO, además, mantiene una biblioteca en los centros de formación para complementar la información ofrecida; en ella, los usuarios disponen de material de lectura y vídeos relativos a las respuestas nacional e internacional frente a la pandemia del sida.

Orientación y apoyo en los centros de día

TASO posee centros de día en todos sus puntos de orientación, a los que acuden periódicamente personas seropositivas para recibir el apoyo y orientación de otras personas que están en una situación similar a la suya, de modo que puedan superar las demandas cotidianas que exige el «vivir en positivo». A las personas registradas en los centros de TASO se las capacita para maximizar su independencia y su calidad de vida a través de la participación en varias actividades, tales como la confección de ropa; con ello, los pacientes pueden desarrollar y practicar habilidades que aplican posteriormente a sus proyectos individuales de autoayuda. El espacio compartido en el centro de día es útil asimismo para romper el aislamiento que sufren los seropositivos, especialmente durante los primeros días —semanas, meses— desde que se establece el diagnóstico.

En los centros, los seropositivos forman grupos de teatro, cuyos componentes desempeñan un papel significativo en la sensibilización y la concienciación respecto al sida en las distintas co-

comunidades a través de un programa de charlas públicas y representaciones teatrales y ofreciendo su testimonio personal en relación con la experiencia del VIH/sida. Estos grupos influyen mucho en su público, lo que hace que el sida muestre una cara más humana e incrementa las posibilidades de modificar el comportamiento y las actitudes de los que acuden a las representaciones.

Los clubs de jóvenes frente al sida

Los *AIDS challenge youth clubs* (ACYC), clubs de jóvenes frente al sida, se forman bajo los auspicios de todos los centros TASO y están constituidos principalmente por hijos de pacientes atendidos por la propia TASO; estos jóvenes ofrecen su experiencia colectiva de convivencia con padres y madres infectados por el VIH con el objeto de controlar esa realidad e impedir el contagio para no padecer ellos mismos la infección. Los grupos difunden a otros jóvenes, tanto en los colegios como fuera de ellos, la información relativa al VIH/sida y a las habilidades vitales; su voz y sus preocupaciones constituyen una fuente de información para TASO, que ofrece la formación y la logística necesarias para mantener los clubs, en lo que se refiere a la aplicación de intervenciones apropiadas para los jóvenes.

Ayuda material

TASO solicita ayuda material —alimentos y equipos de asistencia sanitaria— para poder atender a sus pacientes, lo que significa que la provisión de esos materiales es irregular. Hace unos años, TASO llegó a un acuerdo renovable con el Programa Mundial de Alimentos y recibe intermitentemente material de otras organizaciones, como la International Care Relief o la CAFOD. TASO ofrece los alimentos que le llegan a los líderes comunitarios, los cuales valoran las necesidades y los distribuyen a las personas más necesitadas que residen en sus comunidades.

Apoyo a los niños afectados por el sida

Los niños son prioritarios en el conjunto de las personas atendidas por TASO. Así, habitualmente la organización ofrece orientación y guía a los hijos de los pacientes a los que atiende, con el objeto de conseguir un entorno psicosocial que les permita superar el estrés que conlleva convivir con el sida en su familia y de prepararlos para un posible futuro en condición de huérfanos de uno o ambos progenitores. A los padres y madres se les aconseja y guía para que den a conocer a los hijos su situación recurriendo a métodos interactivos —como los libros o cajas de recuerdos— y se les ayuda a preparar el testamento con el fin de evitar las disputas re-

lacionadas con las herencias y proteger a los niños de la indigencia cuando fallezcan sus padres. Además, TASO ofrece ayuda económica y material a algunos huérfanos y niños vulnerables seleccionados entre las familias más necesitadas; la ayuda económica adopta a menudo la forma de becas para la matrícula escolar y la compra del material y el uniforme del colegio, pero incluso entre las familias con menos recursos solo es posible apoyar económicamente a dos hijos: un niño y una niña. Cuando fallecen los padres, los niños son cuidados por familias que adoptan el papel de tutores y que reciben orientación para conseguir crear un entorno de apoyo que permita el desarrollo social y psicológico de los niños acogidos.

Defensa e implicación de las personas seropositivas

Desde sus comienzos, TASO ha ejemplificado la implicación de las personas que sufren infección por el VIH/sida o que viven con seropositivos. A estos últimos se los anima a aceptar y compartir su experiencia de convivencia con el sida, para que ofrezcan y reciban el apoyo de las personas de su entorno, desarrollando así su potencial de liderazgo. Las que deciden mantener una actitud sincera respecto a su situación y aceptan implicarse en las actividades de lucha contra la enfermedad reciben formación y apoyo y se convierten en un elemento clave de los grupos de trabajo de defensa comunitarios de TASO; dichos grupos utilizan a menudo la música, el baile y el teatro para transmitir mensajes creíbles acerca de una vida en positivo, lo que para la comunidad da una cara y una voz humanas a la pandemia.

Además, TASO ha desarrollado una estructura directiva que implica y contempla la participación de las personas seropositivas en todos los niveles, desde el más básico e individual hasta los consejos de administración. A través del trabajo de lucha contra la enfermedad en los ámbitos internacional, nacional y local, TASO incrementa la sensibilidad e influye en las personas que ocupan puestos de responsabilidad en la sociedad, lo que en cierta medida contribuye al bienestar de las personas infectadas y enfermas y erradica los efectos negativos de la epidemia, especialmente en lo relativo a la estigmatización.

Movilización comunitaria y educación respecto al sida

TASO moviliza a las comunidades para que se hagan cargo de las distintas cuestiones que influyen en su capacidad para prevenir la infección por el VIH, cuidar a los miembros de la comunidad

que contraen la enfermedad y mitigar el impacto de esta en el grupo. Para ello, utiliza las estructuras de gobierno comunitarias existentes, las organizaciones religiosas y los grupos culturales para identificar a los voluntarios que recibirán formación sobre cómo movilizar los recursos comunitarios y facilitar las actividades asistenciales. Los enfermos de sida y los seropositivos desempeñan también un papel clave al compartir sus experiencias. La implicación de los seropositivos transmite confianza respecto al sida en las distintas comunidades y la mantiene, lo que crea un entorno que permite a otras personas seropositivas vivir con dignidad. En consecuencia, los seropositivos —especialmente las mujeres— han adoptado un papel de liderazgo en cuestiones que van más allá de lo estrictamente relacionado con la epidemia de VIH/sida.

EL PODER DE LA CONFIANZA EN EL TRATAMIENTO DEL SIDA

TASO reconoció desde sus comienzos el poder de la confianza. Los miembros fundadores de TASO llegaron a la conclusión de que, al tiempo que se propagaba el sida, mientras se condenaba al ostracismo y a una muerte sin dignidad a los pacientes que sufrían la enfermedad, esta seguiría en la clandestinidad y continuaría propagándose. Los primeros voluntarios de TASO que hablaron abiertamente de su situación respecto al VIH fueron pioneros de la respuesta planteada por Uganda y constituyeron un elemento esencial para fomentar una actitud de sinceridad en el ámbito personal y familiar, lo que facilitó un proceso de «valoración del propio riesgo» que constituyó un paso decisivo para emprender las acciones que permitieron a esas personas protegerse a sí mismas y proteger a quienes convivían con ellas.

La franqueza, que constituyó el elemento diferenciador en Uganda, tuvo que manifestarse en los distintos ámbitos de la sociedad; el diagrama de flujo de Figura 1 puede ser muy útil para ilustrar cómo se conectan estos niveles y la aparición de modificaciones visibles en la respuesta frente a la pandemia en Uganda, tanto por lo que respecta a la disminución de la tasa de infección como en lo concerniente al cambio de las actitudes hacia las personas infectadas y hacia la enfermedad misma.

FACTORES CLAVE EN EL ÉXITO DE TASO (extraído de la propuesta del plan estratégico de TASO 2008-2012)

El director ejecutivo actual de TASO, el doctor Alex Coutinho, resume el éxito de TASO mediante seis P, del siguiente modo:

P de «Propósito»

TASO articuló su «propósito» ya desde sus inicios y aprovecha cualquier oportunidad para concienciar a todas las partes implicadas para que contribuyan al objetivo de la organización. Ello queda recogido en la declaración de sus objetivos: «La existencia de TASO tiene por objetivo contribuir al proceso de prevención de la infección por el VIH, al restablecimiento de la esperanza y la mejora de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades afectadas por la infección por el VIH y el sida».

Este propósito ha devenido una hoja de ruta para que todos los planificadores de TASO y los gestores de programas actúen en función de la misión definida, lo que a su vez ha permitido un desarrollo más eficaz.

P de «Principios» (valores de TASO)

Los valores de TASO han creado una cultura específica entre las personas atendidas, los profesionales, los voluntarios y todas las partes implicadas que interactúan con la organización para hacer frente común en su respuesta a la epidemia del VIH. La familia TASO está constituida por una rica mezcla de personas, especialidades asistenciales, orígenes profesionales, experiencias y capacidades. La promoción de un ambiente familiar hace posible una armonía y una unión social que son necesarias para afrontar las distintas dificultades que conlleva la tarea de aportar servicios directos para las personas infectadas por el VIH en contextos de recursos limitados. Todo ello se fundamenta en los siguientes principios, que a menudo se denominan «valores de TASO»:

1. igualdad de derechos, igualdad de oportunidades, responsabilidades compartidas
2. obligación hacia las personas afectadas por el VIH
3. dignidad humana
4. espíritu familiar
5. integridad o coherencia

P de «Producto»

Durante más de 18 años, TASO ha atendido a más de 150.000 personas infectadas por el VIH, en muchos casos apartándolas del abismo de la desesperación y la falta de esperanza. En consecuencia, el término «TASO» se ha convertido en sinónimo de una amplia gama de opciones asistenciales de carácter compasivo presentadas

EL PODER DE LA FRANQUEZA FRENTE AL VIH/SIDA



con la filosofía del lema «vivir en positivo con el VIH». Con el tiempo, el concepto de vivir en positivo se ha enriquecido gracias a la introducción del TARV, los paquetes de servicios asistenciales básicos y las técnicas profilácticas.

Los servicios de apoyo social de TASO —apoyo educativo infantil, ayuda alimentaria y ayuda para una vivienda sostenible— dirigidos a las personas más necesitadas han repercutido adicionalmente en una mejora de la calidad de vida de las personas atendidas. Los servicios ofrecidos por TASO constituyen, así, un conjunto asistencial de carácter holístico.

P de «Partenariado»

El concepto de asociación ha sido clave para el crecimiento organizativo y programático de TASO, así como para su sostenibilidad. Entre los participantes y beneficiarios de TASO están las personas que conviven con el VIH; las comunidades afectadas por el virus; el gobierno de Uganda, especialmente su Ministerio de Sanidad y la Uganda AIDS Commission; las agencias que donan dinero y las que prestan apoyo técnico; diversas entidades sociales civiles, y el personal y los voluntarios que trabajan en la propia TASO.

P de «Pruebas»

TASO tuvo muy claro desde el principio que era necesario desarrollar y mantener la capacidad de proporcionar pruebas de su responsabilidad en los siguientes ámbitos:

1. Prueba de responsabilidad programática: cumplimos nuestros compromisos y acuerdos con las distintas partes implicadas, tanto cuantitativa como cualitativamente.
2. Prueba de responsabilidad económica: ejecutamos los presupuestos económicos según lo comprometido y acordado con las distintas partes, y nos esforzamos por llevar las cuentas de gastos y la contabilidad lo más real y transparentemente posible.
3. Prueba de responsabilidad de rentabilidad económica: nos esforzamos al máximo para conseguir los mayores beneficios posibles de acuerdo de los servicios comprometidos y acordados en función de los recursos disponibles.
4. Prueba de responsabilidad de dirección: habitual y constantemente ofrecemos una demostración de todas las formas anteriores de pruebas de responsabilidad a todas las partes relacionadas con TASO.

P de «Posteridad»

TASO lleva a cabo conscientemente actividades dirigidas a mantener y hacer perdurar el espíritu, el carácter y los programas de TASO mediante las siguientes estrategias:

1. creación de una marca comercial registrada
2. creación de una franquicia del concepto TASO
3. generación de capacidad a niveles comunitario y nacional
4. alineación con las políticas y estrategias nacionales

Apéndice

CRONOLOGÍA DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN UGANDA

MOMENTOS DESTACADOS

1982

Primer caso de sida diagnosticado en Uganda; la respuesta estuvo basada principalmente en acciones en el ámbito comunitario.

1986

El presidente Museveni inicia la campaña nacional contra el sida; el ministro de Sanidad de Uganda anuncia a la asamblea de la OMS la presencia de sida en Uganda.

1987

16 personas afectadas por el VIH/sida crean voluntariamente TASO.

1988

Primera encuesta realizada a escala nacional; prevalencia media del 9%.

1990

Creación del *AIDS Information Centre* para ofrecer orientación y pruebas diagnósticas voluntarias.

1991

La prevalencia entre las mujeres embarazadas de entre 15 y 24 años alcanza el 21%; ONUSIDA estima una prevalencia a nivel nacional del 15%.

1992

El gobierno adopta un tratamiento multisectorial para enfrentarse a la epidemia; la prevalencia de la infección por VIH en las jóvenes embarazadas comienza a disminuir entre 1991 y 1993.

1994

Varios departamentos gubernamentales establecen unidades individuales de control del sida; el gobierno pide un préstamo de 50 millones de dólares al Banco Mundial para hacer frente a la epidemia; otros donantes incrementan esa cantidad hasta 75 millones de dólares con el objetivo de que el Ministerio de Sanidad pueda iniciar el STI Project.

1995

Uganda anuncia lo que parece ser una disminución en la prevalencia de la infección por el VIH.

1997

Varios ciudadanos ugandeses participan en un estudio con fármacos antirretrovirales para prevenir la transmisión del virus de madre a hijo.

1998

La prevalencia entre las mujeres embarazadas de entre 15 y 24 años disminuye hasta el 9,7%; se establece la *Drug Access Initiative* para conseguir una reducción de los precios de los medicamentos antirretrovirales; se implanta de la infraestructura necesaria para el acceso al TARV.

1999

El Ministerio de Sanidad de Uganda inicia un estudio preliminar de carácter voluntario para el diagnóstico del VIH mediante pruebas rápidas.

2000

El gobierno toma la dirección de las cuestiones relativas al VIH/sida en el Ministerio de Sanidad.

2001

El Banco Mundial acuerda dedicar durante los cinco años siguientes 47,5 millones de dólares a la aplicación de programas de prevención y tratamiento del VIH en Uganda; ONUSIDA estima que la prevalencia nacional ha disminuido hasta aproximadamente el 5% en 2001.

2003

Uganda se incluye entre los países beneficiarios del *President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)* de EEUU; Uganda comienza a obtener ayuda económica del Fondo Mundial.

2004

Las PIVS comienzan a acceder a medicamentos antirretrovirales financiados por el Fondo Mundial y el PEPFAR; incremento importante del número de pruebas realizadas para detectar el VIH en Uganda

2005

El Fondo Mundial suspende toda financiación económica a Uganda; la prevalencia del VIH vuelve a aumentar; la encuesta UHSBS (Uganda HIV/AIDS Sero-Behavioral Survey) detecta una prevalencia del 6% en la infección por VIH en los adultos.

Fuente: propuesta preliminar del Plan estratégico de TASO 2008-2012

PILARES DE LA RESPUESTA NACIONAL DE UGANDA FRENTE AL VIH

- Tratamiento multisectorial de la prevención y el control del VIH, que incluye los servicios de asistencia y apoyo, iniciado ya en 1990.
- Implicación de los líderes políticos.
- Sinceridad en todo lo relativo a la epidemia, un aspecto vital para luchar contra la estigmatización y la discriminación.
- Apoyo e implicación de todas las partes concernientes a todos los niveles gubernamentales y de la sociedad civil

Fuente: propuesta preliminar del Plan estratégico de TASO 2008-2012

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE N. KALEEBA

- Existen diversos tipos de estigma: 1) hacia las personas VIH positivas, 2) el autoestigma, 3) el que sufren los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito del sida, 4) y el estigma hacia los países donde se estigmatiza a los enfermos de VIH/sida (se les hace responsables de la situación en la que viven los pacientes).
- Sobre el papel de la Iglesia católica en cuanto al uso de preservativos, se destacan las distintas posiciones coexistentes dentro de la jerarquía eclesiástica en África: condena, tolerancia (mayoritarias) y defensa.
- Idea clave: “apertura”. Es importante el papel de los enfoques participativos (por ejemplo, las proyecciones de películas) facilitando dicha apertura. Sin embargo, la apertura no es una opción válida para todo el mundo ni en cualquier circunstancia.



LOS MEDIA COMO INTERVENCIÓN MÉDICA: EL VIH/SIDA Y LA LUCHA POR UNA ASISTENCIA DE SALUD REPRODUCTIVA PARA LAS MUJERES EN SUDÁFRICA

Susan Levine

Departamento de Antropología Social
Universidad de Ciudad del Cabo

Hace 50 años de la marcha de las mujeres [para protestar por el sistema de permisos], pero hoy las mujeres sudafricanas siguen luchando contra el sida, la pobreza y el patriarcado. Sin embargo, vivimos en un país con una Constitución que garantiza la igualdad entre los ciudadanos.

Sipho Mthathi, 2006

La economía política del subdesarrollo está matando a más africanos que las relaciones sexuales. Cosechas pobres, pobreza rural, sistemas de trabajo migratorio, sobrepoblación urbana, degradación medioambiental y violencia sádica en las guerras civiles son las principales amenazas de las vidas africanas. Cuando fallan los servicios básicos de agua, electricidad y transporte, la sanidad pública se deteriora y aumentan los riesgos de sufrir cólera y disentería. La pobreza africana, y no algunos comportamientos sexuales extraños, es el mejor vaticinador de las enfermedades que definen el sida.

Charles L. Gesheker 1995

Introducción

En las paredes del nuevo Tribunal Constitucional de Sudáfrica y en las exposiciones en museos de todo el país, se aplaude a las mujeres por

el papel que desempeñaron en la lucha contra el apartheid. Sin embargo, la pandemia del VIH/sida señala la continuación de la opresión de razas, clases y géneros en la era postapartheid con enfermedades contagiosas, violencia sexual y la generización de la culpa, lo que impide que las mujeres tengan acceso a servicios de salud reproductiva y sexual adecuados. El Estudio Confidencial sobre Muertes Maternas muestra que

el contagio no obstétrico (VIH/sida) es el mayor asesino de las mujeres embarazadas de Sudáfrica. La prevalencia entre mujeres embarazadas que acuden a clínicas públicas ha aumentado de un 0,7% en 1990 hasta un 30,2% en 2005. Hay algunas comunidades en las que la prevalencia del VIH entre las mujeres llega hasta el 60% (Mthathi 2006:1). En 2005, la Sociedad Actuarial de Sudáfrica calculó que había +/- 5,2 millones

El Estudio Confidencial sobre Muertes Maternas muestra que el contagio no obstétrico (VIH/sida) es el mayor asesino de las mujeres embarazadas de Sudáfrica. La prevalencia entre mujeres embarazadas que acuden a clínicas públicas ha aumentado de un 0,7% en 1990 hasta un 30,2% en 2005. Hay algunas comunidades en las que la prevalencia del VIH entre las mujeres llega hasta el 60% (Mthathi 2006:1). En 2005, la Sociedad Actuarial de Sudáfrica calculó que había +/- 5,2 millones de personas contagiadas con el VIH y que las mujeres tenían un 5% más de posibilidades de contagiarse que los hombres (Mthathi 2005)

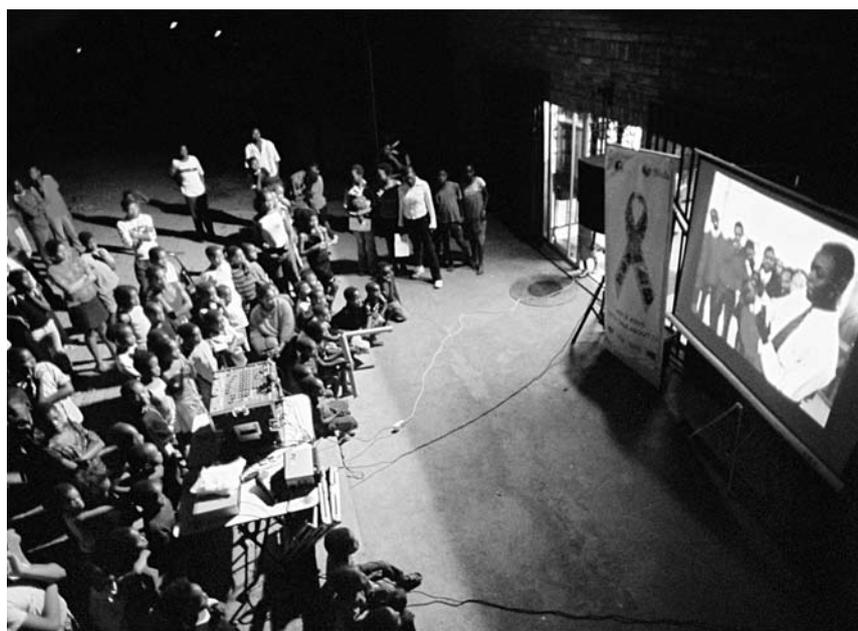
de personas contagiadas con el VIH y que las mujeres tenían un 5% más de posibilidades de contagiarse que los hombres (Mthathi 2005): 3. Sipho Mthathi, Secretaria General de la Campaña de Acción del Tratamiento (CAT) escribe: "Hemos ganado la guerra contra el apartheid, pero no hemos conseguido la igualdad para todos. Aunque tengamos una declaración de derechos que proclame la protección de los derechos de la mujer, está claro que todavía no hemos conseguido ganar la guerra al patriarcado" (2006:3).

A partir de la investigación etnográfica realizada en los viajes con una unidad de cine móvil por todo Cabo Occidental, este capítulo ofrece una intervención eficaz para romper los silencios que hacen que las mujeres no puedan acceder a servicios de una salud sexual y reproductiva. Debido a múltiples factores sociales, entre los que encontramos un mal go-

bierno, una insuficiente disponibilidad de tratamientos contra el VIH, estigma, generización de la culpa y dependencia económica, las mujeres no suelen poder hablar abiertamente sobre las pruebas, la transmisión de madre a hijo, sexualidad y tratamiento de la enfermedad. Al usar métodos de campo cualitativos como herramienta de diagnóstico para identificar los obstáculos que impiden que las mujeres busquen servicios

de salud sexual y reproductiva, hemos hallado que los documentales no didácticos y de entretenimiento sobre el VIH/sida promueven el debate abierto entre las mujeres y movilizan las estructuras de apoyo basadas en la comunidad para las personas seropositivas.

Steps for the Future o STEPS (Social Transformation and Empowerment Projects) es una campaña que alimenta el debate abierto sobre el VIH/sida a través de proyecciones de documentales comentados y producidos localmente, sobre cómo convivir con el virus de forma positiva. Steps fue concebido por Ikka Vehkalahti, coordinadora de documentales de YLE Finnish Broadcasting Company, y Don Edkins, un director de documentales sudafricano. La iniciativa colaborativa es el proyecto de documentales más importante que se ha llevado a cabo en África, y cuenta con 37 películas que oscilan entre los 4 y los 74 minutos de duración. Las películas se produjeron para la televisión nacional e internacional y para la distribución sin emisión. Aunque este capítulo se centra sólo en la distribución sin emisión de las películas en la Provincia Occidental del Cabo en Sudáfrica, el alcance de las películas por toda el África meridional es excepcional. Se han doblado las películas en 15 idiomas y se proyectan por toda el África meridional gracias a unas unidades de cine móviles. El proyecto demuestra la eficacia de las proyecciones comentadas de los documentales en varios locales, y proporciona un diagnóstico y resultados significativos de las intervenciones.



Fotografía cedida por cortesía de © Day Zero Productions

Foto 1. Proyección comunitaria de *Steps: A red ribbon around my house*. Dirigida por Portia Rankoane, 2001.

Enfoque analítico: Hacia una antropología visual aplicada

Los marcos interpretativos en los estudios de los medios visuales sugieren que las audiencias son agentes activos en la construcción del significado (Abu Lughod 1999, Askew 2002, Collier 1986). Como disciplina que enfatiza el valor de un enfoque interpretativo, la antropología visual tiene mucho que ofrecer a los programas de presión mediática enfocados hacia la educación sobre el VIH/sida. Hemos visto que la presentación de información factual sobre el VIH/sida no es eficaz como intervención y que los conocimientos sobre el VIH/sida no necesariamente se llevan a la práctica en contextos donde las barreras sociales y económicas impiden la incorporación de información. Por lo tanto, es más probable que las estrategias comunicativas que hacen participar a las audiencias en debates sobre estos obstáculos conduzcan a la transmisión de ideas y sugerencias para resolver problemas.

Las audiencias interpretan los documentales y, en este sentido, su agencia representa un reto para los trabajadores sanitarios cuyo imperativo médico es enviar mensajes claros sobre la transmisión y prevención del VIH/sida. No obstante, mis observaciones de las audiencias en África meridional sugieren que aunque podrían aparecer enfoques interpretativos enfrentados con las necesidades de los educadores del VIH/sida, el uso de documentales no didácticos y no prescriptivos permite a los espectadores intentar afrontar la complejidad de la situación y entrar en el proceso de encontrar soluciones para poder vivir con el VIH/sida. Los documentales que ofrecen un respeto hacia las capacidades interpretativas de las audiencias pueden romper el silencio y hacer que la gente abandone el estado de negación. El enfoque didáctico de las campañas mediáticas que promueven prácticas sexuales más seguras como solución al VIH no puede tratar los obstáculos económicos, políticos y sociales que impiden la aceptación de mensajes. Es dentro del contexto de dichas limitaciones que las películas de la recopilación *Steps for the Future* forman parte de una campaña de presión mediática que intenta reparar las deficiencias de los medios más importantes y reconocer las limitaciones de una intervención de este tipo.

Las películas de la serie Steps hacen uso de la sabiduría del cuento con dilema africano respetando las capacidades interpretativas de las audiencias. Los cuentos con dilema son un tipo de cuentos tradicionales africanos y “al igual que otros cuentos tradicionales, su contenido suele ser didáctico, aunque su característica más destacada es que forma a los que entran en estos debates en cuanto a las capacidades de argumentar y debatir...” (Bascom 1975:1). Los narradores de los cuentos con dilema hacen participar a las audiencias mediante un modo de comunicación basado en el diálogo y, de este modo, son más eficaces a la hora de romper los silencios que las estrategias de comunicación didácticas. En el prefacio del libro de William Bascom sobre cuentos con dilema africanos, Sol Tax escribe:

No son sólo rompecabezas intelectuales que agudizan el ingenio y promueven el debate; también subrayan que, en cuestiones humanas, no hay respuestas sino elecciones difíciles –donde entran en juego valores morales contradictorios. El hecho de que esto lo sepan los pueblos desde tiempos inmemoriales –y se hayan olvidado a cada nueva generación en culturas con falta de mecanismos para contar historias– es una lección para los educadores modernos (1975).

Bascom escribe que los cuentos con dilema dejan a las audiencias con elecciones difíciles que “normalmente implican discriminación sobre cuestiones éticas, morales o legales” (1975:1). Escribe que “a veces, el dilema lo resuelve el narrador después de que los oyentes hayan debatido sus distintos puntos de vista, aunque no es lo más usual” (1975:1). El estudio presentado aquí refleja la eficacia de este enfoque para tratar las elecciones difíciles de las mujeres en cuanto a la salud sexual y reproductiva se refiere, y donde los comentaristas de las películas, como hacen los cuentacuentos, guían a los espectadores para que adquieran nuevos conocimientos a través del diálogo.

Estudio de caso: Romper el silencio entre las mujeres de Cabo Occidental

El fracaso administrativo de Manto Tshababala-Msimang en lo que respecta al tratamiento del VIH/sida en Sudáfrica es muy conocido, aunque las iniciativas diarias entre los ciudadanos de a pie que se resisten a la respuesta pseudocientífica de la ministra de salud en cuanto a la pan-

demia del VIH/sida y que piden fondos para mantener la asistencia sanitaria primaria no son tan conocidos. Las clínicas de VIH/sida, hospitales estatales, empresas, escuelas, iglesias, grupos activistas y los medios de comunicación son sólo algunas de las instituciones que se han dado cuenta de que la violencia sexual, dependencia económica, estigma y un mal gobierno hacen que las mujeres no puedan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. La intervención de Steps intenta contribuir a este esfuerzo.

El estudio presentado aquí analiza la reacción de mujeres del municipio de Masipumelela en la película Mother to Child. La película trata la historia de dos mujeres que acuden a la clínica prenatal Baragwanath de Soweto. Forman parte de un ensayo clínico en el que se da acceso al tratamiento con nevirapina a mujeres seropositivas. En nuestro estudio de impacto del proyecto Steps, Alosha Ray Ray Ntsane, la comentarista de la sesión, escribió:

Se acaba la proyección y, al principio, las mujeres se quedan calladas. El silencio viene seguido por una aparición súbita de preguntas sobre las pruebas, la confidencialidad, el tratamiento y el hecho de hablar abiertamente de la propia enfermedad. El debate que sigue se basa en compartir experiencias personales. Historias de familiares y amigos enfermos, dificultades con las que se han encontrado en la negociación del uso del preservativo y la falta de confidencialidad en las clínicas locales son los temas principales del debate.

La habitación se llena de rumores a medida que las mujeres desarrollan los planes de acción preliminares para enfrentarse a los problemas en sus comunidades. Una mujer que se acercaba a los 30 años es el hilo conductor. Todas están de acuerdo de manera unánime en que se debe escribir un artículo en el periódico local y exponer la falta de profesionalidad de los consejeros sanitarios de su zona.

Ese día, las mujeres piden abandonar el centro de artesanía un poco antes. Se fueron a la clínica a hacerse las pruebas del VIH. Me sorprende el impacto que tuvo la proyección, pero quizás me preocupa un poco qué pasará si algunas de las mujeres acaben dando positivo. La pregunta clave es: ¿están preparadas y tendrán el apoyo necesario en caso de dar positivo?”

La preocupación de Ntsane proviene del debate surgido a partir de la proyección facilitada de *Mother to child*. Las mujeres explicaron que los consejeros locales del VIH/sida no consideran que las visitas sean confidenciales, lo que hace que las mujeres que se hacen las pruebas a menudo se encuentren que vuelven a sus casas y no son bienvenidas. Tenían miedo de que sus compañeros las pegasen por hacerse las pruebas, o ellos o sus familias las abandonarían o las culparían por traer el VIH a casa. Las mujeres comentaron que si contasen con un medio de transporte para ir a clínicas ubicadas fuera de sus comunidades, estarían más dispuestas a hacerse las pruebas.



Foto 2. Pinky y su bebé y pareja en *Mother to child*, dirigida por Jane Lipman, 2001. Fotografía cedida por cortesía de © Day Zero Productions

Asanda Mofu, una estudiante de instituto de Queenstown, subraya las preocupaciones de las mujeres sobre las pruebas y hablar abiertamente de la enfermedad. Mofu dijo: “Como estudiante seropositiva, lo tengo muy difícil... No recibimos (suficiente) información sobre el VIH/sida... y las enfermeras nos discriminan cuando vamos a la clínica después de salir del instituto. Nos gritan por querer preservativos y anticonceptivos... (Mthathi 2006:1).” El estigma entre los trabajadores sanitarios apareció como un obstáculo importante para la atención sanitaria sexual de las mujeres. Una posible solución al problema sería la promoción del ciclo de documentales en las clínicas para combatir el estigma. De este modo, el personal y los pacientes podrían compartir experiencias como espectadores en el contexto de la proyección. La proyección de películas en las clínicas también tendría la ventaja de proporcionar una forma de entretenimiento para los pacientes que se ven forzados a esperar atención médica. Las películas crean una atmósfera de alegría que a menudo no aparece en los mensajes mediáticos sobre el VIH/sida, y es el elemento de juego y la naturaleza no prescriptiva de las películas de *Steps* lo que las hace eficaces en la creación de estrategias comunicativas.

Precisamente debido a que las películas de la serie catalizan el debate abierto y preguntas sobre el VIH/sida, esta intervención mediática se puede utilizar para comunicar información detallada sobre la salud sexual y reproductora de las mujeres. Las preguntas más frecuentes después de las proyecciones de las películas fueron si el uso de dos preservativos es más seguro que el de uno solo, si se tiene que utilizar un preservativo cuando los dos miembros de la pareja son seropositivos, si el sexo anal es más seguro, si los anticonceptivos evitan la transmisión del VIH y si los hombres pueden curarse del VIH si tienen relaciones sexuales con mujeres vírgenes. Estas preguntas subrayan la falta de información adecuada sobre la transmisión del VIH, y pueden ofrecer percepciones útiles para los profesionales sanitarios a la hora de hablar con sus pacientes sobre modos de transmisión.

Mother to child es una película emotiva que ofrece el tipo de información detallada que necesitan las mujeres embarazadas, y también una historia impactante de revelación de la enfermedad que apoya la realización de las pruebas. Todas las mujeres embarazadas que acuden a asistencia prenatal reciben AZT a las 32 semanas y 3TC y nevirapina durante el parto. Cuando nace el bebé, se asesora a las madres sobre cuestiones relacionadas con la lactancia materna. Se les recomienda que alimenten a sus bebés con leches preparadas y no amamenten debido al mayor riesgo de transmisión. Las recomendaciones del Departamento de Sanidad para la alimentación de bebés dirigidas a madres seropositivas enfatizan el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna.

Marc Colvin escribe que “Entre las madres seropositivas de Sudáfrica, el riesgo de transmitir el VIH al bebé a través de la lactancia materna oscila entre un 7% y un 20%, con un número aproximado de 25.000 bebés contagiados cada año con la leche materna. En África, se cree que un 4% de los casos de transmisión del VIH de madre a hijo se deben a la lactancia materna (2006:14). Colvin recomienda que, si las mujeres tienen acceso a agua potable, entonces deberían usar la leche preparada, “pero muchas mujeres, sobre todo negras, no tienen más remedio que amamentar a sus bebés y corren el riesgo de contagiar el VIH al bebé. Es una situación injusta. En lugar de aceptar este status quo al estilo apartheid, organizaciones como la TAC deberían luchar por unas condiciones en las que todas las mujeres seropositivas pudiesen alimentar a sus bebés con leches preparadas sin correr ningún riesgo (2006:14).”



Foto 3. El bebé de Pinky, al que se administra nevirapina después del nacimiento, en *Mother to Child*. Fotografía cedida por cortesía de © Day Zero Productions

Después de ver *Mother to Child*, muchas mujeres dijeron que no querían alimentar a sus bebés con leche preparada delante de familiares y amigos. Dijeron que dar leche preparada es lo mismo que revelar que son portadoras del virus y que sólo daban esa leche cuando se quedaban solas. Si las fuentes de agua locales están sucias, o si las mujeres no tienen acceso al agua, entonces sólo les queda la opción de la leche materna. Si las mujeres no se pueden comprar la leche preparada, también tienen que confiar plenamente en la lactancia materna. No obstante, alternar entre la lactancia materna y la artificial supone un mayor riesgo para los bebés (McKerrow 2001). Según Coutsoudis et al., quienes estudiaron tres grupos de mujeres –uno que nunca amamantaron a sus hijos, otro que sólo les dieron leche materna, y otro que alternaron los dos tipos de lactancia– el grupo de mujeres que nunca dio leche materna a sus hijos y el de mujeres que sólo les dieron leche materna tenían el mismo índice de transmisión del VIH a los tres meses. Entre las madres que optan por la lactancia materna, el virus se podría neutralizar con factores inmunes específicos de la leche materna, mientras que la leche preparada previene absolutamente la transmisión del VIH, excepto en casos de condiciones insalubres. Las mujeres de Masipumelala tampoco conocían el mayor riesgo de transmisión por contacto directo con sangre causada por grietas en los pezones y mastitis.

Al final de la proyección, el equipo de Steps se marchó con la sensación de que se ha-

bían identificado a los líderes de la comunidad para hacer avanzar el proceso de compartir información. Las mujeres pidieron que los pacientes pudiesen ver las películas en las salas de espera de las clínicas. Tal como se ha indicado anteriormente, las proyecciones en las clínicas serían una buena oportunidad para que el equipo médico hablase con sus pacientes acerca de los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres que

buscan servicios de salud sexual y reproductiva y para animar a otras personas que acuden a las clínicas por otros motivos para que se hagan las pruebas del VIH.

Otra película de la serie Steps que animó a las mujeres del África meridional en las proyecciones fue *A Red Ribbon Around My House*. La película explora el conflicto entre Pinky, una mujer que reconoce abiertamente su condición, y su hija Nthombi, que se siente avergonzada de su madre. Nthombi decía que si ella fuese seropositiva, “se llevaría el secreto a la tumba”. Pinky se opone a la especial preocupación de Nthombi de no reconocer su condición de seropositiva ante la iglesia. Cree que la iglesia no debería promover el uso de preservativos porque la gente podría interpretar

ese gesto como que la iglesia permite el sexo antes del matrimonio. No obstante, los líderes religiosos están divididos sobre el modo de tratar la pandemia. El reverendo Teboho Klass, del Consejo Sudafricano de Iglesias (CSI), es franco sobre los límites del enfoque AFC. Escribe:

Considerar la abstinencia como una opción es cosa de pocos, y se debería promover entre los que escogen esa opción. No obstante, muchas mujeres no tienen elección cuando se trata de protegerse a ellas mismas... El CSI ha hecho un llamamiento a las iglesias para que definan la abstinencia y la pongan en contexto. Nos gustaría un debate abierto sobre todo esto y no deberíamos limitarnos a prescribir lo que debe y no debe hacerse (2006:12).



Fotografía cedida por cortesía de © Day Zero Productions

Foto 4. Pinky y Nthombi en A Red Ribbon Around My House.

Human Rights Watch de Uganda argumenta que “los programas centrados en la abstinencia no retrasan la edad en que los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales. [...] No hay pruebas que demuestren que la educación basada en la abstinencia sea eficaz en la prevención del VIH, enfermedades de transmisión sexual y el embarazo” (2006:4). A pesar de la evidencia etnográfica en la que se basa este análisis, las pruebas de virginidad y un partido político de derechas emergente promueven la abstinencia en lugar de prácticas sexuales más seguras. A las mujeres no sólo les preocupa el riesgo de contagiarse del VIH, sino también la exposición al herpes genital, candidiasis vaginal y el virus del papiloma humano (VPH) que causa células anormales del cuello del útero y, si no se trata, causa cáncer cervical.

A las mujeres del África meridional se les garantizan sólo tres frotis gratuitos durante toda su vida para detectar el virus papiloma humano, concretamente a los 35, 45 y 55 años. Los médicos están preocupados porque consideran que tres frotis son insuficientes para promover la salud ginecológica. El uso de preservativos es esencial, no sólo como barrera contra el VIH, sino también como barrera contra otras enfermedades de transmisión sexual. Después de todas las proyecciones en África meridional (Sudáfrica,

Mozambique, Lesotho, Namibia y Zambia), surgieron quejas por el hecho de que los hombres no quieren utilizar preservativos, y querían más acceso a los preservativos femeninos. Los profesionales sanitarios también preferirían que hubiese más preservativos femeninos, y fuesen más asequibles, en lavabos públicos y clínicas, aunque su tamaño y visibilidad no solucionarían el problema de la resistencia masculina.

La antropología médica crítica señala las desigualdades estructurales que ocasiona la epidemiología de las enfermedades contagiosas (Farmer 1992, Gesheker 1995, Nattrass 2001). En *The Moral Economy of AIDS*, Nicoli Nattrass escribe:

Sudáfrica está cada vez más dividida según clase social, con un vacío entre el trabajador y el desempleado... El horror del sida es que la división ha significado la diferencia entre vida y muerte para muchas personas. Los que no tienen acceso al trabajo (especialmente a buenos trabajos) han soportado lo peor de la pandemia del sida y continuarán así hasta que se introduzca finalmente un plan nacional de tratamiento (2004:170).

Fotografía cedida por cortesía de © Day Zero Productions

Foto 5. Zachie Achmat, de la Campaña de Acción del Tratamiento, haciendo un llamamiento por un tratamiento antirretroviral eficaz en Sudáfrica en *It's My Life*, dirigida por Brian Tilly, 2001.



Las mujeres que asistieron a las proyecciones por toda el África meridional explicaron sus dificultades a la hora de negociar el uso del preservativo, circunstancia provocada por la feminización de la pobreza. Las mujeres estuvieron de acuerdo en que su dependencia financiera de los hombres, junto con la amenaza de violencia física, eran los mayores obstáculos cuando se trataba de usar preservativos. Las mujeres dijeron que utilizar preservativos no era una simple cuestión de elegir, sino un proceso arriesgado que podría provocar una crisis económica más profunda y la expulsión social. Los mensajes mediáticos sobre sexo seguro que promocionan el uso de preservativos no tienen en cuenta las relaciones de poder y dominio que minan la capacidad de las mujeres para escoger prácticas sexuales más seguras. Al manifestar estas preocupaciones, las mujeres del municipio de Masipumlela crearon una red de apoyo y participación que antes no existía en su institución, y también crearon fuertes lazos con los consejeros del VIH/sida del equipo de Steps. El siguiente paso, tal como sugiero a continuación, sería construir relaciones entre los cines móviles, los asesores del VIH/sida y los servicios de salud.

Conclusión: Los media como intervención médica

Los documentales, cuando no son prescriptivos y cuando tocan de cerca las preocupaciones locales en lenguas locales, pueden contribuir significativamente a la identificación de obstáculos que socavan la capacidad de las mujeres para utilizar los servicios sanitarios en el África subsahariana. También tienen la ventaja de entretener a las audiencias y animarlas a encontrar soluciones dentro de las redes sanitarias. He argumentado que los documentales no didácticos permiten a los espectadores afrontar la complejidad y comprometerse en busca de soluciones para la pandemia del

VIH/sida. Los documentales que recurren a la sabiduría del cuento con dilema africano ofrecen respeto hacia las capacidades interpretativas de sus audiencias y pueden romper los silencios que empeoren el aislamiento del sufrimiento físico y el miedo al VIH/sida. Utilizando los medios visuales como herramienta diagnóstica, pude identificar la pobreza, el estigma, la violencia sexual y la generización de la culpa como los obstáculos clave que impiden que las mujeres accedan a los servicios de salud sexual y reproductiva en Sudáfrica. La movilidad del cine significa que se puede utilizar este método en entornos urbanos y rurales donde trabajan instituciones médicas y donde la información etnográfica específica podría facilitar el proceso de hacer llegar los servicios sanitarios al paciente.

Para acabar con un toque positivo, la viceministra de salud de Sudáfrica, Nozizwe Madlala-Routledge, ha empezado a hablar abiertamente sobre las deficiencias del programa del gobierno contra el sida. Está actuando para reparar las deficiencias del estado y coincide con las mujeres de este estudio acerca del estigma contra el que se tiene que luchar. En una entrevista con Kerry Culligan en el Sunday Times, Madlala-Routledge argumentó que “Cuando la gente es capaz de reconocer su condición de seropositivos bajo estas condiciones de estigma, lo más triste es ver que luego tienen que esperar en una inaca-

bable cola. Por lo tanto, éste es el reto más inmediato” (Culligan 2006). Sugiero que la creación de relaciones entre los cines móviles o las clínicas móviles o fijas ayude en el ofrecimiento de servicios de salud sexual reproductiva a las mujeres de África meridional. Se podrían proyectar las películas mientras los pacientes esperan ser atendidos, y se podría asesorar y hacer pruebas a los miembros de la “audiencia” al mismo tiempo.

Al usar métodos de campo cualitativos como herramienta de diagnóstico para identificar los obstáculos que impiden que las mujeres busquen servicios de salud sexual y reproductiva, hemos hallado que los documentales no didácticos y de entretenimiento sobre el VIH/sida promueven el debate abierto entre las mujeres y movilizan las estructuras de apoyo basadas en la comunidad para las personas seropositivas

Entre las madres que optan por la lactancia materna, el virus se podría neutralizar con factores inmunes específicos de la leche materna, mientras que la leche preparada previene absolutamente la transmisión del VIH, excepto en casos de condiciones insalubres

Las mujeres estuvieron de acuerdo en que su dependencia financiera de los hombres, junto con la amenaza de violencia física, eran los mayores obstáculos cuando se trataba de usar preservativos.

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE S. LEVINE

- Gran capacidad de las metodologías innovadoras que integran los medios audiovisuales, y que favorecen la reflexión individual y colectiva en el cambio de actitudes ante la enfermedad y ante el estigma del sida.
- Las películas no sólo deberían verse en las comunidades sino también en los parlamentos y lugares donde se toman las decisiones en políticas de salud.

Referencias bibliográficas

- Abu-Lughod, Lila**, 1999 "The Interpretation of Culture(s) after Television". En *The Fate of Culture: Geertz and Beyond*. Sherry B. Ortner, ed. Pp. 110-135 Berkeley: University of California Press.
- Bascom, William R.**, 1975 *African Dilemma Tales*. The Hague: Mouton Publishers.
- Askew, Kelly and Richard R. Wilk, eds.**, 2002 *The Anthropology of Media*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Collier, John and Malcolm**, 1986 *Visual Anthropology: Photography as a Research Method*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Colvin, Mark**, 2006 *Infant Feeding and HIV: Equal Treatment*. Newsletter of the Treatment Action Campaign, November (pg.14).
- Culligan, Kerry**, 2006 *Beetroot gets the chop: real work starts now*. Sunday Times, 12 November: pg.35.
- Farmer, Paul**, 1992 *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley University of California Press.
- Gesheker, Charles L.**, 1995 *Outbreak? AIDS, Africa, and the Medicalization of Poverty*. Transition 67: 4-14.
- Ginsburg, Faye**, 1995 *Mediating Culture: Indigenous Media, Ethnographic Film and the Production of Identity*. En *Fields of Vision: Essays in Film Studies, Visual Anthropology, and Photography*. Pp. (pp. 256-291) L. Devereaux and R. Hillman, eds. Berkeley: University of California Press.
- Human Rights Watch**, 2005 *The Less They Know, the Better: Abstinence-Only HIV/*

- AIDS Programmes in Uganda. Electronic document, <http://hrw.org/reports/2005/uganda03050/UHP/MOH?UAC/MEASURE>
- Kamkam, Vathiswa and Nathan Geffen**, 2006 *Restoring Men's Dignity*. Equal Treatment: Newsletter of the Treatment Action Campaign. June (pg.13)
- Klaas, Teboho**, 2006 *The Church and HIV Prevention*. Equal Treatment: Newsletter of the Treatment Action Campaign. November: pg.12
- Leclerc-Madlala, Suzanne**, 2001 *Virginity Testing: Managing Sexuality in the Maturing HIV/AIDS Epidemic*. Medical Anthropology Quarterly 15(4): 533-552.
- Levine, Susan**, 2003 *Impact Study: Steps For the Future*. Cape Town: Day Zero Productions
- Levine, Susan and Ross, Fiona**, 2002 *Perception of Attitudes to HIV/AIDS among Young Adults in Cape Town*. Social Dynamics 28(1): 1-19 Cape Town: University of Cape Town, Centre for African Studies.
- Manuel, Sandra**, 2005 *Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique*. Culture, Health, and Sexuality 7(3):293-302.
- McKerrow, Neil**, 2001. *Breastfeeding and HIV*. *Obstetrics and Gynaecology Forum*. (volume 11): 15-22.
- Mthathi, Siph**, 2006. *A Women's Movement to End Women's Oppression*. Equal Treatment: Newsletter of the Treatment Action Campaign. June pp.2-3
- 2006 *Crisis of HIV Prevention*. Equal Treatment: Newsletter of the Treatment Action Campaign. November pp 2-3
- Nattrass, Nicoli**, 2001 *Ethics, Economics and AIDS Policy in South Africa*. CSSR Working Paper No. 1. Cape Town, University of Cape Town.
- Sontag, Susan**, 2002 *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*. London: Penguin Books.

Filmografía

- Lipman, Jane Thandi**, dir. 2001 *Mother to Child*. 44 minutos. California Newsreel. San Francisco.
- Rankoane, Portia**, dir. 2001 *A Red Ribbon Around My House*. 26 minutos. California Newsreel. San Francisco.
- Tilley, Brian**, dir. 2001 *It's My Life*. 74 minutos. California Newsreel. San Francisco.
- Las películas *Steps for the Future* son distribuidas por California Newsreel, P.O. Box 2284, South Burlington, VT 05407

SEXUALIDAD Y RELACIONES DE GÉNERO EN LA TRANSMISIÓN DE VIH: PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA PREVENCIÓN

Arachu Castro

Departamento de Medicina Social
Facultad de Medicina - Universidad de Harvard

El problema de la prevención de VIH en mujeres

En la mayoría del mundo, más de la mitad de los nuevos casos de infección por VIH se diagnostican en mujeres (ONUSIDA 2006). Las grandes discrepancias en las tasas de infección por VIH reflejan la mayor vulnerabilidad de la mujer, tanto biológica como en términos de falta de poder (Farmer y otros, 1996), que dificulta la capacidad para negociar el con quién, el cuándo y el cómo de sus relaciones sexuales. En la mayoría de casos, las mujeres se infectan a través de sus parejas estables, de quienes dependen para su supervivencia y la de sus hijos e hijas. En países en guerra, muchas mujeres se infectan en actos de violación sexual (Cohen y otros, 2005). Incluso cuando las mujeres conocen métodos para hacer frente a la infección, las relaciones desiguales entre varones y mujeres impiden que éstas puedan negociar con éxito la utilización del condón. Todas estas situaciones son más frecuentes en países con grandes proporciones de población que vive en la pobreza extrema, y sumida en la violencia estructural, como es el caso de muchos países de África, o en Haití (Castro y Farmer 2003; Farmer y Castro 2004).

Los logros escasos de los esfuerzos llevados a cabo en las últimas dos décadas para prevenir la transmisión del VIH muestran que en salud pública existe un conocimiento limitado sobre la complejidad de la sexualidad, de las relaciones de género y de los derechos de la mujer en distintos contextos sociales, áreas en las que la antropología social ha adquirido una trayectoria de conocimiento que se remonta al trabajo etnográfico pionero de Bronislaw Malinowski y de Margaret Mead en los años veinte (Malinowski 1987 [1929]; Malinowski 2001 [1927]; Mead 1928).

Desde que se conoce la etiología del sida, las estrategias de prevención de la transmisión del VIH se han centrado en la diseminación de información sobre el contagio (por vía sexual, intravenosa o materno-infantil), basándose en el supuesto de que el acceso a la información es el primer paso para cambiar el comportamiento individual. En el caso de la prevención de la transmisión del VIH por vía sexual, los cambios individuales pueden comprender la abstinencia sexual, la postergación del inicio de las relaciones sexuales, la reducción del número de parejas sexuales o la utilización de

métodos de barrera (condón masculino y femenino) y, en un futuro, de microbicidas.

Aunque disponer de la información sobre estas estrategias pueda constituir el primer paso para la prevención de la infección por VIH, la puesta en práctica de algunas de esas estrategias requiere cambios adicionales que escapan de la autonomía y voluntad individual. Primero, por la obviedad de que las relaciones sexuales involucran a más de una persona. Segundo, porque llevar a la práctica la información en materia de prevención del VIH puede requerir la disponibilidad de dinero o el acceso a bienes materiales (vivienda) o a oportunidades de desarrollo personal (educación, empleo). Por ejemplo, una persona cuyo único acceso a la vivienda o a otros bienes materiales sea a cambio de mantener una relación que incluya la práctica sexual es muy probable que se encuentre en una posición más vulnerable para decidir sobre el cuándo y el cómo de las relaciones sexuales que una persona que tenga independencia económica. Tercero, las campañas de información en muchas ocasiones parten del supuesto de que un cambio de comportamiento que aporte beneficios para la salud tiene suficiente aliciente como para que se adopte sin titubeos. Sin embargo, pueden entrar en juego muchos otros factores que releguen esas ventajas en materia de salud bajo otras prioridades que se perciben como más inmediatas o necesarias. Por ejemplo, una mujer que conozca cómo prevenir el VIH puede arriesgarse a vender relaciones sexuales sin condón por la necesidad apremiante de tener que alimentar a sus hijos e hijas o de poderles pagar el coste de la escuela pública. Por este tipo de razones, la puesta en práctica de la información en materia de prevención de VIH requiere en muchas ocasiones la creación de oportunidades para que las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad puedan desarrollar sus capacidades a través del acceso a la salud, la alimentación, la educación y el trabajo remunerado.

Es en ese contexto de lasitud y de apremio en el que los avances en el desarrollo de microbicidas adquieren una relevancia fundamental en la respuesta a la pandemia del sida. Los microbicidas son unas cremas o geles que actúan como barrera química. La mujer los aplica en su vagina y durante varias horas o días bloquean la infección por VIH

al inactivar el virus, o interrumpir su entrada, o impedir su replicación (Coplan y otros 2004); pueden aplicarse también en el recto. Los microbicidas aportan la ventaja de que son de fácil aplicación y que pueden utilizarse de forma discreta y desvinculada de las relaciones sexuales. Como no son anticonceptivos, no interfieren con la búsqueda del embarazo, aunque se plantea la posibilidad de que los microbicidas también puedan ser anticonceptivos (Doncel 2006). Existen más de quince tipos de microbicidas que se están estudiando en ensayos clínicos (Dhawan y Mayer 2006), algunos de los cuales incluyen antirretrovirales.

Marco teórico para el estudio de la prevención del VIH en las relaciones sexuales

Anticipar obstáculos en la distribución y utilización de métodos de barrera como los microbicidas para prevenir el VIH requiere estudiar la economía del sexo, es decir, el espacio complejo personal y social en el que ocurren las relaciones sexuales y, en algunos casos, la decisión sobre prevención del embarazo o de enfermedades de transmisión sexual, y que debe incluir el análisis en profundidad de la sexualidad, de las relaciones de género y de los derechos de la mujer. El estudio de la función social del sexo es crucial para prevenir la transmisión del VIH, y comporta tres áreas principales: la sexualidad, las relaciones de género y los derechos de la mujer.

Primero, se fundamenta en la idea de que las relaciones sexuales son una respuesta a preocupaciones complejas de orden social y político que con frecuencia están relacionadas con el papel de la fecundidad y la reproducción. Tanto las relaciones sexuales como su significado son dinámicas y varían en función de la posición social, definida en términos de género, edad, nivel de estudios, estatus social, religión, color de piel y etnicidad. ¿Cómo se transmiten los conocimientos sobre sexualidad? ¿Quién transmite qué conocimiento a quién? ¿Es el riesgo de transmisión del VIH una prioridad en mujeres y varones de distintos contextos sociales? ¿Compite la prevención de la transmisión del VIH con otras necesidades y preocupaciones (alimentación, vivienda, salud,

trabajo, familia)? ¿Cuál es el impacto de la presión social en las relaciones sexuales? ¿Cuál es la experiencia vivida en materia de sexualidad en mujeres y varones? ¿Qué podemos aprender para la prevención del VIH de otras experiencias relacionadas con la distribución y utilización de métodos anticonceptivos en cada contexto social?

Segundo, las relaciones sexuales reflejan las relaciones de poder entre géneros y en el interior de cada género y otros marcadores de posición social. ¿Cómo se refleja la distribución de las relaciones sexuales consensuadas, por supervivencia, ya sean comerciales o coercitivas, en las relaciones de género? ¿Cómo se involucran las mujeres y los varones en los procesos de toma

de decisiones relacionadas con las relaciones sexuales? ¿Cuál es el impacto de la presión social en las relaciones de género?

Tercero, el estatus legal de la mujer en cada sociedad tiene un papel esencial en la capacidad de las mujeres de negociar su sexualidad. ¿Cuál es el estatuto legal y la autonomía de las mujeres en cada contexto social? ¿Tienen las mujeres el mismo acceso a la vivienda, la tierra, la atención en salud, el empleo o la herencia que los varones? ¿Existen leyes para condenar ciertas prácticas sexuales (violación, con el mismo sexo, poligamia, abuso infantil, violencia doméstica, relaciones extramatrimoniales, cambio de sexo) y algunas de sus consecuencias (anticoncepción,

aborto)? ¿Se llevan estas leyes a la práctica y tiene ello algún impacto en las prácticas sexuales?

El objetivo final es comprender por qué las personas tienen relaciones sexuales (más allá del deseo y del placer) y cuáles son sus implicaciones en los distintos niveles sociales y económicos y a través de los distintos gradientes de desigualdad social.

Estudio de caso: sexualidad y VIH en la mujer cubana

La epidemia del VIH en Cuba refleja que las transformaciones sociales que favorecen el acceso a las oportunidades y que contribuyen a disminuir la desigualdad social y la pobreza extrema

pueden constituir herramientas fundamentales en la prevención de la transmisión del VIH. Sugiere que para prevenir la transmisión en África y en otras regiones del mundo sea indispensable desarrollar políticas sociales que vayan más allá de los cambios de comportamiento en las prácticas sexuales. La perspectiva comparativa y transcultural es esencial en la antropología social, y constituye una de las aportaciones más importantes de las ciencias sociales a la salud pública.

Desde que en Cuba se detectó por primera vez el VIH a finales de 1985 (Pérez Ávila, 2006b), la infección ha afectado en mayor medida a la población masculina. Las primeras personas diagnosticadas fueron varones que habían trabajado en África en misiones internacionales. Al regresar a Cuba, algunos de ellos infectaron a sus parejas, en gran parte mujeres. En poco tiempo, el VIH empezó a predominar en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, ya fuera de forma exclusiva o en relaciones paralelas o alternadas con mujeres. De las 972 personas que recibieron el diagnóstico de VIH en 2005, el 71,3 % eran varones que habían declarado tener relaciones con otros varones, el 16,5% eran mujeres y el 12,2% eran varones que se identificaron como heterosexuales (Ministerio de Salud Pública 2006c).

La explicación más rápida para dar cuenta de la distribución del VIH en Cuba sería que el virus está cada vez más contenido en la población de hombres que practican sexo entre ellos mismos. Aunque esa explicación sea válida, el conocimiento sobre la distribución del VIH requiere un análisis más profundo sobre la complejidad y el dinamismo de la sexualidad humana, de las reacciones que generan las relaciones y manifestaciones sexuales en la sociedad, de la evolución de la estructura social y de la posición de la mujer en esa estructura (Castro 2007). Es importante iniciar un planteamiento de estas cuestiones para tratar de fomentar su estudio en la población cubana, permitir un mayor conocimiento sobre los factores sociales que intervienen en la transmisión del VIH y esclarecer porqué en Cuba las mujeres se benefician de una cierta protección de la infección por VIH con respecto a las mujeres de países del resto del mundo.

Una de las características más singulares de la distribución del VIH en Cuba es que, a pesar de

que el número de mujeres que reciben el diagnóstico de VIH aumenta casi todos los años, la proporción de mujeres con respecto a la de varones que recibe ese diagnóstico va en descenso: en 2005, sólo el 16,5 % de todos los nuevos casos de VIH ocurrieron en mujeres, muy por debajo del ápice de 37,6 % en 1988 (Ministerio de Salud Pública 2006c). Del total de 7.639 personas diagnosticadas con VIH en Cuba hasta el final de agosto de 2006 (Ministerio de Salud Pública 2006a), 1.488 (el 19,5 %) son mujeres. La prevalencia estimada de VIH en Cuba es 0,1 % (ONUSIDA 2006), la más baja de América y una de las más bajas del mundo, mientras que la prevalencia en mujeres embarazadas es del 0,01 % (Ministerio de Salud Pública 2006b). Está estimado que en Cuba el 99,4 % de las infecciones son por contacto sexual (Ministerio para la Inversión Extranjera y la Colaboración Económica 2002) y que el 75 % de las mujeres se infectan por relaciones sexuales con hombres que también tienen sexo con hombres (Pérez Ávila 2006a).

La situación del VIH, al igual que en otras áreas de la salud pública en Cuba (Cooper y otros, 2006; Farmer y Castro 2004), es un contraejemplo de lo que ocurre en el resto del mundo. En Cuba, la distribución del VIH refleja la ausencia de pobreza extrema y la ausencia relativa de marginalidad. Pero, al igual que en otros países, es en situaciones extremas de disfuncionalidad familiar en los que el VIH se desvela. Tal es el caso de Marimar, una mujer de 29 años de edad entrevistada en 2005 en el transcurso de un estudio realizado con el fin de comprender el aumento reciente de embarazos llevados a término en mujeres cubanas que viven con VIH (Castro y otros, 2007). A diferencia de su hermana, Marimar consiguió evitar los intentos repetidos de violación de su padrastro. Su resistencia irritó a su madre, quien terminó por echarla de la casa. Marimar¹, entonces una niña, estuvo dando vueltas por un tiempo. Cuando tenía 13 años, tras recibir el diagnóstico de VIH fue a vivir a uno de los sanatorios creados en Cuba para la atención de las personas que viven con VIH, que fueron de carácter obligatorio hasta 1993. Era 1991 y ya no pudo completar el octavo grado. De vez en cuando, Marimar visitaba a sus abuelos, a pesar de que la hacían dormir en el suelo, le tiraban objetos de la casa por encima y la llamaban "La Muerte". Mientras vivía en el sanatorio, Marimar tuvo tres abortos ya que, como explicó, en ese momento no existía tratamiento para los niños y niñas nacidos de madres que vivían con VIH. Al

La perspectiva comparativa y transcultural es esencial en la antropología social, y constituye una de las aportaciones más importantes de las ciencias sociales a la salud pública

1 Nombre falso para preservar la confidencialidad.

morir sus abuelos, heredó su casa y fue a vivir ahí con su marido, al que había conocido en 2001 en el sanatorio. Cuatro años más tarde tuvo a su único hijo, libre de VIH gracias a las medidas profilácticas ya existentes para cortar la transmisión materno-infantil. Inserta del todo en la sociedad a través de las políticas públicas de respuesta al VIH, Marimar desea ahora proseguir su educación y convertirse en abogada.

El análisis preliminar de los resultados de un estudio representativo de la población cubana que recibe tratamiento antirretroviral indica que la mayoría de mujeres de distintas edades que viven con sida no recibieron de sus familiares ningún tipo de información sobre sexualidad durante su infancia o adolescencia (Castro y Aragonés, 2006), en gran parte por considerarse un tema inapropiado para la conversación familiar. Es posible pensar que el mayor espacio que ocupa la sexualidad en el debate familiar y público en años recientes y el subsiguiente uso mayor del condón estén relacionados con la disminución de la transmisión del VIH en Cuba.

Además de la ausencia de pobreza extrema y de la apertura en el tema de la sexualidad, la distribución del VIH en Cuba refleja que las mujeres están en una buena posición para negociar sus relaciones sexuales. Dos hipótesis apuntan hacia esta afirmación. Por un lado, las mujeres cubanas gozan de un acceso equitativo a las oportunidades para desarrollarse a través del estudio y del trabajo, gracias a los esfuerzos del gobierno cubano en su lucha contra la desigualdad social, incluida la de género. En 2003, por ejemplo, más del 60 % de la fuerza laboral profesional y técnica estaba representada por mujeres (Alfonso Fraga, 2006). Por otro lado, las necesidades básicas tales como la alimentación, la vivienda, la educación o la atención en salud están garantizadas por el gobierno, sin coste o a precios subvencionados, a pesar de que desde mediados de los años noventa ha aumentado la desigualdad social (Domínguez y otros, 2004; Espina Prieto y Rodríguez Ruiz, 2006). La combinación de estos dos factores permite que las mujeres no tengan una gran dependencia económica de los varones, lo cual aumenta su poder para negociar las relaciones sexuales.

Es posible que la elevación del estatus de la mujer en Cuba esté relacionada con la disminución de la homofobia o de la heteronormatividad (Sierra Madero, 2006). El desprecio hacia los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres indica por lo general el dominio del hombre varonil y la devaluación del papel de la mujer en

la sociedad. La mayor apertura en la esfera pública en cuestiones de sexualidad podría ser resultado de los esfuerzos, tanto por normalizar las distintas expresiones de la sexualidad, como por mejorar la posición de la mujer en la estructura social cubana. Sería de interés comprender si, a raíz de estos cambios, existen menos hombres en Cuba que se ven forzados por presión social a mantener relaciones sexuales con mujeres para ocultar su deseo por otros hombres y evitar el rechazo de la sociedad, y si los hombres que tienen relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres mantienen esas prácticas más por deseo que por presión social y si lo hacen con el conocimiento de las mujeres. En ese caso sería importante analizar si la mayor simetría entre el deseo y la práctica sexual está relacionada con la disminución de casos de transmisión del VIH de hombre a mujer.

Recomendaciones

La cobertura de necesidades tales como la atención en salud, la alimentación, la educación y el empleo, facilita que las mujeres dispongan de las herramientas que permitan su autonomía y que lleven a la práctica la información recibida para negociar sus relaciones sexuales, como refleja el caso cubano. Sin embargo, los cambios estructurales que deben desarrollarse a gran escala para frenar la transmisión de VIH requieren de apoyos políticos que en muchos otros lugares pueden tomar más tiempo que lograr la vacuna contra el sida. Mientras tanto, la introducción de microbicidas puede representar una contribución fundamental para reducir la transmisión del VIH a mujeres. Además de los avances en la composición química de los microbicidas y de los resultados de los ensayos clínicos que se están completando, el éxito de la utilización en masa de los microbicidas requiere, primero, el entendimiento de la complejidad de la sexualidad, de las relaciones de género y de los derechos de la mujer y, segundo, el traslado de ese conocimiento al desarrollo de estrategias concretas sobre el terreno para la utilización de los microbicidas.

Agradecimientos

La autora agradece la colaboración de Jorge Pérez, Ida González, Carlos Aragonés y Jorge Campos, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí en La Habana, y de Yasmin Khawja, Hanna Garth y Cate Oswald de la Universidad de Harvard, así como la generosidad de Atlantic Philanthropies (contrato de investigación número 14217) y de la Fundación Ford (contrato de investigación número 1055-0735, otorgado al Centro de Estudios Latinoamericanos David Rockefeller de la Universidad de Harvard).

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE A. CASTRO

- La introducción de microbicidas donde se practica el “sexo seco” puede resultar dificultosa, ya que –entre otras razones– los flujos vaginales se consideran impuros y la vagina húmeda levanta sospechas de infidelidad.
- En los programas de introducción de microbicidas, es necesario explicar muy bien para qué sirven y el modo de utilizarlos ya que en ensayos realizados en África se han detectado errores de uso.
- Los programas de salud enfocados específicamente a las mujeres deben tener en cuenta las diferencias sociales y de clase entre las mismas.

Referencias bibliográficas

- Alfonso Fraga, Juan Carlos**, 2006 *El descenso de la fecundidad en Cuba: De la primera a la segunda transición demográfica*. Revista Cubana de Salud Pública 32(1).
- Castro, Arachu**, 2007 *Sexualidad, relaciones de género y transmisión de VIH en Cuba*. Revista Sexología y Sociedad (en prensa).
- Castro, Arachu, y Carlos Aragonés**, 2006 *El impacto del tratamiento antirretroviral en la calidad de vida de las personas que viven con sida en Cuba*. En Foro Nacional de Investigación e Innovación en Salud (FIINSA). La Habana: Ministerio de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud.
- Castro, Arachu, y Paul Farmer**, 2003 *Infectious Disease in Haiti: HIV/AIDS, Tuberculosis, and Social Inequalities*. EMBO Reports 4(6):S20-S23.
- Castro, Arachu, Yasmin Khawja, e Ida González Núñez**, 2007 *Sexuality, reproduction, and HIV in women: The impact of ART in elective pregnancies in Cuba*. (manuscrito enviado para su publicación).
- Cohen, Mardge H., Anne-Christine d’Adesky, y Kathryn Anastos**, 2005 *Women in Rwanda: Another World is Possible*. Journal of the American Medical Association 294(5):613-615.
- Cooper, Richard S., Joan F. Kennelly, y Pedro Ordúñez-García**, 2006 *Health in Cuba*. International Journal of Epidemiology 35:817-824.
- Coplan, Paul M., Mark Mitchnick, y Zeda F. Rosenberg**, 2004 *Regulatory challenges in microbicide development*. Science 304:1911-1912.
- Dhawan, D., y K. H. Mayer**, 2006 *Microbicides to prevent HIV transmission: overcoming obstacles to chemical barrier protection*. J Infect Dis 193(1):36-44.
- Domínguez, Jorge, Omar Everlery Pérez Villanueva, y Lorena Barberia**, 2004 *The Cuban Economy at the Start of the Twenty-First Century*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Doncel, G. F.**, 2006 *Exploiting common targets in human fertilization and HIV infection: development of novel contraceptive microbicides*. Hum Reprod Update 12(2):103-17.
- Espina Prieto, Rodrigo, y Pablo Rodríguez Ruíz**, 2006 *Raza y desigualdad en la Cuba actual*. Temas 45:44-54.
- Farmer, Paul, y Arachu Castro**, 2004 *Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba*. In Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examina-

tion. A. Castro y M. Singer, eds. Pp. 3-28. Walnut Creek, CA: Altamira Press.

Farmer, Paul, Margaret Connors, y Janie Simmons, eds., 1996 *Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs, and Structural Violence*. Monroe, Maine: Common Courage Press.

Malinowski, Bronislaw, 1987 [1929] *The sexual life of savages in North-Western Melanesia: an ethnographic account of courtship, marriage, and family life among the natives of the Trobriand Islands*, British New Guinea. Boston: Beacon Press [Originally published: London: Routledge, 1929].

2001 [1927] *Sex and repression in savage society*. New York: Routledge [Originally published: New York: Harcourt, 1927].

Mead, Margaret, 1928 *Coming of age in Samoa: a psychological study of primitive youth for western civilization*. New York: Blue Ribbon Books.

Ministerio de Salud Pública, 2006a Estadísticas, Programa Nacional de Prevención del Sida. La Habana: MINSAP.

2006b Informe de Cuba en virtud de lo establecido en la resolución 60/224 titulada "Preparativos y organización de la reunión de 2006 dedicada al seguimiento de los resultados del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones: Aplicación de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida". La Habana: MINSAP.

2006c Sistema de Vigilancia, Programa Nacional de VIH/sida. La Habana: MINSAP.

Ministerio para la Inversión Extranjera y la Colaboración Económica, 2002 *Fortalecimiento de la Respuesta Nacional Multisectorial para la Prevención y Atención de la Epidemia del VIH/sida en la República de Cuba*. Propuesta sometida al Fondo Mundial. La Habana: MINVEC.

ONUSIDA, 2006 Informe de la Epidemia Mundial de Sida. Ginebra: ONUSIDA.

Pérez Ávila, Jorge, 2006a *Acceso al tratamiento antirretroviral: Retos y formas de afrontarlos*. In Foro Nacional de Investigación e Innovación en Salud (FIINSA). La Habana: Ministerio de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud.

2006b *Sida: Confesiones a un médico*. La Habana: Centro Nacional de Prevención de las ETS/VIH/sida.

Sierra Madero, Abel, 2006 *La Habana de carmín. Al otro lado del espejo*. Temas 47:93-104.

¿ACERCAMIENTO O RESISTENCIA? USO DE LOS PRINCIPIOS Y PRÁCTICA DE LA CURACIÓN TRADICIONAL PARA MEJORAR EL TRATAMIENTO DEL VIH/ SIDA EN SUDÁFRICA

Joanne Wreford

Unidad de Investigación sobre Sida y Sociedad,
Centro para la Investigación de Ciencias Sociales,
Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Introducción: entender los obstáculos para acceder al tratamiento del VIH/sida

Las estadísticas sobre el contagio del VIH en Sudáfrica llegan a los 5,2 millones de personas seropositivas. Los índices más elevados de contagio provienen de los municipios y poblados informales en los que vive la mayoría de la población negra.¹ Estas cifras subrayan la desalentadora realidad de que, a pesar de las mejoras de los servicios sanitarios públicos del país, el acceso al tratamiento continúa siendo excesivamente problemático.

¿Cuáles son los obstáculos del tratamiento en Sudáfrica y cómo se explican? Las barreras se podrían clasificar en dos grupos: las impuestas estructuralmente y las autoimpuestas o impuestas socialmente. En la primera categoría, el principal obstáculo ha consistido en la postura ambigua del gobierno ante la enfermedad y el tratamiento antirretroviral (TARV). Las negativas declaraciones del presidente Mbeki están bien documentadas, y la ministra de Salud ha contribuido a la confusión al tratar el TARV de «venenoso», un término especialmente cargado de connotaciones distintas entre los que conocen los sistemas de curación africana, donde se suele aplicar para describir acciones de brujería. Esta ofuscación explica, al menos en parte, la respuesta tardía a la epidemia por parte de la administración, cuyo programa de introducción, persistentemente lento e inconstante, ha sido tema de intenso debate público y de crítica académica (Ashforth, 2005: 107-8; Benatar, 2001: 364; Nattrass, 2004a: capítulo 2). Eso, sin embargo, no es todo, ya que la introducción se ha retrasado todavía más al ponerse en práctica en un sistema de salud pública saturado que ya carecía de recursos suficientes y que ahora apenas puede seguir resistiendo (Letsoalo, 2006). La debilidad infraestructural agrava el problema: en las áreas rurales, las instalaciones de la sanidad pública a menudo se encuentran prohibitivamente lejos de cualquier tipo de transporte público, e incluso en las afueras urbanas los pacientes tienen que resignarse a pasar todo un día viajando para, luego, esperar el tratamiento.

Este panorama tiene, necesariamente, un fondo marcado por el desempleo crónico y, a pesar de que este obviamente provoca un estado de empobrecimiento generalizado, la persistencia de desigualdades de género en Sudáfrica asegura que la responsabilidad y las consecuencias recaigan desproporcionadamente sobre las mujeres. De hecho, la pobreza y el desempleo exacerban los efectos corrosivos no solo de la duradera desigualdad de género —a veces justificada con dudosas afirmaciones sobre las tradiciones «culturales» (Mthathi 2006)—, sino también de la violencia de género. Las mujeres jóvenes y los niños y niñas son especialmente vulnerables a la explotación sexual (Mthathi 2006; Susser y Stein 2000), a menudo acompañada por algún tipo de coacción violenta que, tal como demuestran Dunkle et al. (2004), representa un mayor riesgo de contagio del VIH. El desempleo y la desesperación asociada a la miseria animan a la mercantilización insidiosa del sexo: a falta de un apoyo básico del bienestar, por ejemplo, se persuade más fácilmente a las mujeres y las niñas para intercambiar sexo (normalmente sin precauciones) a cambio de ayudas materiales (Dunkle et al. 2004: 14-17; Preston-Whyte 1994: 248-250), o para que se queden embarazadas con el fin de acceder a la ayuda de apoyo a la infancia. Por otra parte, el vínculo establecido entre diagnóstico del sida, TARV y acceso a las ayudas por invalidez según el estado de salud ha demostrado ser potencialmente perjudicial para los regímenes de tratamiento (Nattrass 2004b). La pobreza entre las mujeres tiene otras consecuencias más prosaicas: para visitar una clínica «local», por ejemplo, las madres se ven obligadas a organizar el cuidado de sus hijos e incluso tienen que llevarse a los más pequeños con ellas, cosa que intensifica su ansiedad; dado que las mujeres no suelen tener dinero propio, conseguir fondos para financiar el viaje constituye otra barrera para acceder al tratamiento. Cuando el viaje está destinado a recibir tratamiento o realizar pruebas, la situación se vuelve más peligrosa, ya que incluso los amigos más íntimos pueden cuestionar el propósito de la visita.

Así llegamos a los obstáculos autoimpuestos o impuestos por la sociedad para acceder al tratamiento del VIH/sida y a tener en consideración la fuerte combinación de estigmatización, miedo y

¹ La Provincia Occidental del Cabo, en la que se ha desarrollado esta investigación, tiene la prevalencia de VIH más baja del país gracias a su temprano compromiso para acceder al tratamiento antirretroviral. Véase Naimak 2006

negación que sigue envolviendo a la enfermedad en Sudáfrica. La negación, sea de la enfermedad en sí misma o de la seropositividad, aunque esté amparada por los pronunciamientos gubernamentales, también está alimentada por una habitual falta de voluntad de hablar de la sexualidad; si a ello se añade la estigmatización, no es difícil entender por qué las campañas que promueven las pruebas del VIH/sida y los cambios de comportamiento están resultando ineficaces.² Los hombres son especialmente reacios a hacérselas (Beck 2004) y normalmente rechazan el uso de preservativos, sobre todo en las relaciones matrimoniales, lo que agrava el riesgo de contagio para todas las mujeres y los hijos fruto de relaciones sin protección. Por otro lado, las mujeres son injustamente vulnerables a la generización de la culpa (Leclerc-Madlala 2001) y se acusa de «sucias» (otro eufemismo propio de la brujería) o de «esconder algo» a las esposas y madres que defienden el uso del preservativo. Lamentablemente, se ha demostrado que las desigualdades de género en que se apoyan estas actitudes persisten durante generaciones; estudios realizados en KwaZulu-Natal, por ejemplo, demuestran un nivel inquietante de un comportamiento sexualmente coercitivo casi inconsciente entre los hombres jóvenes (Leclerc-Madlala 2001; Tillotson y Maharaj 2001). Bajo estas circunstancias, no es sorprendente que sigan aumentando los contagios, especialmente entre las mujeres jóvenes (OMS 2006a).

La lucha contra el VIH/sida: política sanitaria y curanderos tradicionales de Sudáfrica

¿Cómo ha abordado la administración la cuestión del pluralismo médico en el contexto de la

disponibilidad del tratamiento? La existencia de ideologías competidoras sobre la curación en el entorno de la sanidad pública de Sudáfrica no ha mejorado el acceso al tratamiento, una situación hasta cierto punto paradójica, que vuelve a estar vinculada al menos en parte a la ambigüedad del gobierno. Tomemos como ejemplo la Estrategia Global del VIH y sida (Departamento de Salud 2006): en este documento, la administración expresa un respeto formal hacia los curanderos tradicionales, a los que describe como «pilares» de la estrategia, pero el texto no consigue en absoluto desarrollar esta función aparentemente central, omisión que indudablemente ayuda a explicar la continua exclusión de los curanderos tradicionales de las intervenciones relativas al VIH/sida –y proporciona una excusa conveniente para ella. Mientras tanto, reforzado por la ambigüedad de la administración sobre los TARV, el apoyo de la ministra de Salud al derecho de «elección» del tratamiento del VIH/sida ha convencido erróneamente a algunos pacientes de que los remedios «naturales» curarán la enfermedad; su promoción de las terapias (a menudo incorrectamente llamadas) «tradicionales» aviva el fuego al apoyar las bondades oportunistas de las «curas»³ (Beresford 2006; Geffen 2005; Herman 2006). Estos indicios de charlatanismo, provengan o no de los médicos tradicionales, refuerzan la conocida tendencia de los profesionales médicos a caracterizar a todos los curanderos tradicionales como granujas incompetentes o peligrosos⁴ o como «médicos-brujo».⁵ Frustrados por la inadecuada introducción de los TARV, los médicos llegan a la conclusión de que el gobierno fuerza a los pacientes a elegir tratamientos «no científicos» (Lederer 2006; Natrass 2005). Así pues, en general, la afirmación de la administración en la aplicación de una política «holística» contra el VIH/sida, paralela al intento de animar a una elección de tratamiento y promover el acercamiento entre los paradigmas médicos, ha acabado perpetuando el alejamiento. De este modo se pierde la potencial ventaja del pluralismo médico: en lugar de comprometerse recíprocamente en su intervención para hacer frente a la epidemia, las dos ideologías continúan funcionando por separado, a menudo reñidas.

¿Colaboración o incorporación?

La colaboración entre los paradigmas de las intervenciones sobre el VIH/sida no es nueva (Organización Mundial de la Salud 1978). Partiendo de la premisa de que para unos servicios sanitarios sobrecargados constituye una ventaja que permite aprovechar un aliado curativo influyente y culturalmente apropiado, muchos curanderos apoyan esa idea y, pese a las diferencias histó-

2 Hasta la fecha, la principal intervención política del gobierno se ha centrado en el conocido pero ineficaz mensaje «ABC» (abstinencia, fidelidad y condón).

3 Las actividades de la Fundación Rath son notorias en este sentido, sobre todo en el municipio de Khayelitsha de Cabo Occidental (Geffen 2005: 187-194), donde algunos curanderos, aceptando la etiqueta «tradicional» vinculada a los regímenes vitamínicos de Rath, han apoyado su distribución.

4 Algunos antropólogos también han implicado a los curanderos tradicionales en la creación de creencias o prácticas «peligrosas», pero la propagación del conocido «mito de limpieza virgen» (Leclerc-Madlala 2002b: 92; Schoepf 2004: 23), por ejemplo, si bien se atribuye a los curanderos tradicionales, no está suficientemente demostrado (Matthews 2005: 149); falta también demostrar las conexiones que, de un modo similar, se establecen entre la reutilización de hojas de afeitar y la propagación de la enfermedad. En este contexto, no se ha refutado la propagación iatrogénica de la enfermedad a través de las inyecciones médicas (Moore et al 2001; OMS 2006b).

5 No se refuta la existencia de charlatanes. La legislación del gobierno, en parte con el objetivo de poner freno a sus actividades, ha entrado en vigor pero todavía no se ha probado su eficacia (THPB 2004).

ricas, se han hecho esfuerzos para establecer interacciones en Sudáfrica.⁶ Pero los proyectos «cooperativos» han tendido a ser unidireccionales y educativos, y los curanderos que participan en ellos a menudo expresan su decepción ante la indiferencia persistente de los biomédicos sobre la posibilidad de aprender de la curación africana tradicional (Leclerc-Madlala 2002a: 9).⁷

Antes de dejar esta breve consideración acerca de la cooperación, es importante que nos fijemos en algunas dudas sobre las consecuencias de la colaboración, que impiden que algunos curanderos cooperen con la biomedicina. En primer lugar, los curanderos corren el riesgo de que su colaboración con los servicios sanitarios públicos locales sea criticada por clientes y por otros curanderos, que pueden acusarles de traición de la etiología y práctica tradicionales. Los que se oponen a la cooperación con el sector médico, por ejemplo, sostienen que esta en realidad representa la incorporación y la consiguiente subyugación de los conocimientos tradicionales sobre la salud y la enfermedad a la hegemonía del discurso biomédico (o conduce inevitablemente a ellas); otros están preocupados por la relación simbiótica de la biomedicina con los intereses comerciales de las empresas farmacéuticas, o tienen miedo del potencial explotador en las relaciones médicas colaborativas, también en relación con los beneficios comerciales del

desarrollo del «conocimiento indígena».⁸ Sin embargo, la longevidad de la curación tradicional africana y el apoyo activo de muchos curanderos sugieren que esta disciplina es suficientemente flexible como para florecer en un contexto de cooperación mutuamente receptiva.

Partiendo de un caso clínico de la Provincia Occidental del Cabo, el resto de este capítulo examina las limitaciones del enfoque educativo en los esfuerzos colaborativos y, aunque menciona también las dificultades, hace sugerencias para el diseño de las intervenciones colaborativas contra el VIH/sida organizadas en un marco metodológico a la vez más amplio y mutuamente respetuoso.

El caso del HOPE en Cabo Occidental

El proyecto HOPE⁹ de Ciudad del Cabo al que se refiere este estudio se inició en octubre de 2005 con tres objetivos específicos:¹⁰ fomentar las derivaciones colaborativas entre el personal biomédico y los amagqirha/izangoma para evitar posibles interrupciones del TARV por contraindicación con la aplicación de remedios tradicionales, y persuadir a más hombres para que se hicieran las pruebas.¹¹ Participaron en él nueve mujeres amagqirha de habla xhosa y cinco trabajadores sanitarios de la comunidad del HOPE; todos vivían y trabajaban en cinco municipios situados cerca de Ciudad del Cabo. El proyecto se inició con un curso de seis semanas realizado en el Hospital Académico Tygerberg de dicha población, que abarcó un temario ya conocido: conocimientos biomédicos del VIH/sida, enfermedades de transmisión sexual, infecciones oportunistas; acción, prescripción y administración de antirretrovirales, prevención de la transmisión de madre a hijo, estrategias sexuales más seguras, etc. Se insistió en la observancia del tratamiento y los riesgos de las contraindicaciones frente a la eficacia de los antirretrovirales. El curso fue innovador al incorporar un módulo de cuatro semanas de duración sobre asesoramiento para la realización de pruebas voluntarias.¹² El efecto de esta etapa inicial se puede resumir en las palabras de un igqirha: «Mis ojos lo veían todo más claro; esto es lo que estaba buscando: debes saber qué quieres hacer por la gente».

La investigación que sostiene este capítulo se basa en la participación y observación directas del curso del HOPE y siguen la experiencia de su primer año de puesta en práctica. Las fuentes de datos incluyen notas de campo, a partir de entrevistas en profundidad grabadas con amagqirha participantes, y entrevistas grupales con los TSC implicados. Cuando ha sido oportuno, se han utilizado los datos del trabajo de campo recogidas

6 Véase Wreford 2005b para una revisión global de los esquemas colaborativos en África meridional.

7 Irónicamente, los antropólogos especializados en etnografía de los sistemas médicos tradicionales a menudo descubren que los profesionales biomédicos y diseñadores de programas de sanidad pública marginan o no prestan atención a sus investigaciones.

8 El Consejo de Investigación Médica (CIM) de Sudáfrica es una de las instituciones que lleva a cabo investigaciones in vitro sobre la eficacia de algunos remedios tradicionales en el tratamiento del sistema inmunológico. Sin embargo, esta institución reconoce que su trabajo está gravemente afectado por la falta de financiación y, por otra parte, la cuestión de la propiedad del «conocimiento indígena» en el contexto de los derechos de propiedad intelectual sigue siendo muy problemática (Dr. Matsabila, CIM: comunicación personal, noviembre 2005).

9 El HOPE (HIV Outreach Program and Education o Programa de Educación y de Difusión Sobre el VIH) se centra en proyectos educativos, formativos y de difusión o divulgación en clínicas y centros de día por toda la Provincia Occidental.

10 El proyecto es el primero de este tipo en Cabo Occidental. Para una descripción completa del diseño del curso y sus objetivos, véase Hippler et al. 2005. Wreford 2006 presenta un análisis de la eficacia de las etapas iniciales de la puesta en práctica del proyecto.

11 Un cuarto objetivo para permitir que los curanderos tradicionales realicen pruebas de esputo está a la espera de un protocolo de la Autoridad Sanitaria Provincial.

12 El módulo de asesoramiento fue diseñado y coordinado por ATTIC (AIDS Training Information and Counselling Centre o Centro Formativo, Informativo y de Counselling sobre el Sida) en Cabo Occidental.

durante varios años de trabajo conjunto con curanderos tradicionales de todo Cabo meridional.

Los curanderos tradicionales y el tratamiento de mujeres y niños

Son obvias algunas ventajas de implicar a los curanderos tradicionales en las intervenciones del VIH/sida: Son accesibles, normalmente asequibles,¹³ y están disponibles “fuera de horas”; las visitas no tienen una hora de finalización y se ajustan culturalmente a sus clientes.¹⁴ Como curanderos, los amagqirha/izangoma pueden confiar en el respeto tradicional y las relaciones sociales habituales. Popularmente se consideran sabios sobre los conocimientos locales.¹⁵ Al compartir las vidas de sus clientes del municipio, los curanderos del HOPE también están todos al corriente de los riesgos (y tentaciones) de las mujeres y niños que viven sumergidos en la pobreza.¹⁶ Al menos dos de ellos cuentan con experiencias personales de vivir con el VIH/sida, y la mayoría han compartido historias de compañeros promiscuos. Basándose en estas relaciones, y preparados para aconsejar a sus pacientes, los curanderos del HOPE están situados de forma ideal para abrir el diálogo sobre el VIH/sida.

En el contexto del esquema del HOPE, se pueden identificar otros beneficios generales. En primer lugar, la aceptación por parte de los curanderos

de las interpretaciones biomédicas del VIH como algo sin curación (hasta el momento) y su apoyo del tratamiento ARV, deberían asegurar que estos amagqirha no ofrecerán tratamientos falsos o perjudiciales.¹⁷ En segundo lugar, dado que los amagqirha del HOPE son capaces de reconocer la diferencia biomédica entre los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida, tienen pocas probabilidades de ofrecer remedios que pudiesen tratar los primeros pero dejar el virus intacto;¹⁸ y tampoco emplearán remedios que puedan socavar un sistema inmunocomprometido. En tercer lugar, actúan como transmisores de todos estos nuevos conocimientos a la comunidad, y pueden animar a otros curanderos de sus vecindarios a aceptar las oportunidades de colaboración. En cuarto lugar, sus conocimientos sobre las vías de transmisión les convierte en promotores útiles para el cambio de comportamiento, incluyendo el uso y distribución de preservativos.¹⁹ Finalmente, ya que los hombres tienden a visitarse con los amagqirha/izangoma antes de acudir a los especialistas biomédicos (especialmente por síntomas de enfermedades de transmisión sexual), los beneficios ya descritos deberían apoyar a las mujeres en su lucha por el acceso a las pruebas y al tratamiento. Este potencial retorna el debate a la cuestión del silencio, la estigmatización y la negación del VIH/sida presentado anteriormente en este capítulo.

13 La cuestión de cobros por servicios de los amagqirha/izangoma es compleja. Para algunas consideraciones sobre la cuestión descubierta en relación con el proyecto HOPE, ver Wreford 2006: 26-28.

14 Esto no es de ningún modo universal. Un igqirha del HOPE, al mencionar la importancia de la fe, remarcó humildemente: “Depende de las creencias y la fe de cada persona, de si cree en la curación tradicional o en la medicina occidental”.

15 La relación de los curanderos con las mujeres, especialmente, suele empezar durante el embarazo. Por ejemplo, las madres embarazadas se acercan al amagqirha porque quieren medicinas para facilitar el parto (isicakathi) y, después del nacimiento, se atan unos collares protectores (amatatyisi) en la cintura y el cuello del bebé para que crezca.

16 En esta economía falta de líquido, muchos médicos del HOPE tienen otros trabajos para poder mantener sus prácticas.

17 Las “curas” falsas de la enfermedad las distribuyen charlatanes que se hacen pasar por curanderos tradicionales. A cambio piden sumas de dinero considerables. Dos TSC del HOPE presentaron casos de “curanderos tradicionales” en sus áreas que pedían hasta 3000R por la “medicación del VIH”. Tangwa subraya que el propio acto de pedir estas sumas desorbitadas de dinero es la marca del fraude (2005): Los curanderos genuinos, tal como resalta la maestra de la autora, nunca tienen que cobrar de más, dado que sufren el riesgo de perder su don de curación si lo hacen.

18 La cuestión de la “cura” en la curación tradicional africana se equipara a la ausencia de síntomas, con implicaciones obvias y graves en las etapas asintomáticas del VIH. Ver Wreford 2005a: 64-66.

19 Los amagqirha del HOPE afirman que la gente joven, especialmente, acuden a ellos para obtener preservativos.

El miedo de ser descubierto, junto con la estigmatización tras serlo, continúan reforzando la necesidad de confianza, sigilo y confidencialidad en los programas de tratamiento (Almeleh 2006). En el sector de la sanidad pública, esto representa una fuente de graves problemas. Muchos pacientes rechazan acudir a las clínicas del vecindario “porque la gente tendrá curiosidad” (sólo por el hecho de que los vean allí se generan chismorreos desagradables). Además, el equipo de trabajadores de la clínica es famoso por su indiscreción, y se les considera, tal como afirmó sin rodeos un TSC del HOPE, “demasiado dispuestos a informar del estatus de la gente”. Pero la censura popular y las actitudes personales también funcionan como elementos disuasorios para acudir a una clínica. En concreto, los adolescentes que quieren preservativos son vulnerables a las admoniciones públicas, especialmente de parte de los trabajadores más mayores de la clínica, por su comportamiento “sucio”.

A diferencia de la reputación porosa de las clínicas, los amagqirha/izangoma están obligados a guardar su diagnóstico y toda la información

del cliente como algo confidencial. Un igqirha subrayó la importancia de mantener el secreto: “Si haces un diagnóstico, entonces todo lo que descubras de esa persona lo tienes que mantener en secreto, porque es privado. Esa persona puede decir: “De acuerdo, puedo volver a visitarme con esa persona porque sabe guardar la información confidencial”. Se confía, por tanto, en que la consulta igqirha/isangoma es un entorno seguro para compartir los secretos personales. Los amagqirha del HOPE están ampliando esta responsabilidad reconocida, ofreciendo apoyo activo y alivio hasta que los clientes que viven con el virus están preparados para explicarlo abiertamente. Un curandero ha adoptado a una mujer seropositiva en su hogar, animándola a hablar hasta “que ella se fortalezca y pueda vivir con el problema”. Otros curanderos aceptan voluntariamente visitas de clientes que buscan “hablar” (tal como se describe popularmente el counselling) y comer.

Como incentivo para una colaboración, el nuevo papel de apoyo al tratamiento de los curanderos presenta otras ventajas potenciales importantes para el desarrollo de su propia práctica. Por ejemplo, ofrece una oportunidad para reabrir un diálogo con jóvenes desencantados, cuya actitud irrespetuosa y arrogante a menudo oculta una aprensión muy fuerte sobre las tradiciones de curación africana (no menos importante es su relación ambigua con el discurso de la brujería). Haciendo uso de su acceso a los preservativos, por ejemplo, los amagqirha/izangoma podrían incluir a los jóvenes en conversaciones que no sólo reforzarían las prácticas sexuales más seguras en tiempos del VIH/sida, sino que posiblemente podrían hacer rebajar el miedo a la práctica tradicional y llegar a un interés renovado y un respeto hacia el paradigma.

Mientras se busca esta alternativa, existe otro papel transformador potencialmente dinámico para los curanderos, esta vez en el campo de las relaciones de género. Así pues, es posible que los amagqirha –ya reconocidos como consejeros y confidentes de la comunidad– puedan desarrollar esta responsabilidad incluyendo un sutil activismo de género para desafiar el comportamiento habitualmente dominante (y a menudo violento) de los hombres, especialmente en las relaciones íntimas (Dunkle et al. 2004; Moffett 2006). En sus interacciones, estas mujeres más mayores, sabias e independientes podrían influir a la hora de llevar a sus clientes (hombres, mujeres, jóvenes y mayores) a considerar los nuevos valores sobre las relaciones sexuales íntimas y la distribución del poder entre ellos.

Construcción de la reciprocidad, ampliación del foco de colaboración

Hasta la fecha, el proyecto HOPE ha seguido un modelo educativo ya conocido. Aunque el proyecto ha demostrado una cierta eficacia en el sentido de que se han derivado más clientes para hacerse pruebas, como herramienta genuinamente colaborativa, el método está limitado por su sesgo hacia el modelo biomédico. El resto de este capítulo explica dos versiones del proyecto piloto HOPE, ahora visto como un acto de colaboración más expansivo y recíproco. El primero sugiere la incorporación de elementos de la farmacopea tradicional en el programa, mientras que el segundo visualiza el proyecto incorporando un compromiso directo con el modelo etiológico y práctica ritual de los amagqirha/izangoma.

Aumentar la eficacia terapéutica 1: La farmacopea tradicional y “la laguna en el tratamiento”

El curso del HOPE se centró en asegurar que los amagqirha trabajen conjuntamente con los conocimientos biomédicos del VIH/sida y su tratamiento. Con este fin, se subrayaron los riesgos de las posibles contraindicaciones entre los tratamientos ARV y los tradicionales. Sin embargo, en el contexto de la competitividad entre las ideologías terapéuticas descrita anteriormente en este capítulo, y la importancia atribuida a las colaboraciones médicas recíprocas, la ausencia de un debate sobre los remedios de los curanderos (para el sistema inmunológico y las enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo) fue significativa, especialmente porque los clientes que visitan un igqirha buscan un remedio desde el punto de vista del paradigma amagqirha/izangoma. Incluso después de dar positivo, algunos rechazan la vía biomédica. Tras reconocer esta realidad, la situación tratada a continuación intenta demostrar cómo se pueden desarrollar las colaboraciones como el proyecto HOPE para proporcionar entornos para la investigación activa sobre la eficacia de los remedios de los amagqirha/izangoma en el tratamiento del VIH/sida.

En Sudáfrica, los pacientes de la sanidad pública que intentan acceder a los tratamientos ARV sólo lo hacen con recuentos de CD4 de 200 o inferiores. El tiempo que transcurre entre un diagnóstico positivo de VIH y este punto puede ser de varios años: un periodo que yo llamaré la “laguna en el tratamiento”. Durante esta etapa, la biomedicina ofrece un cuidado paliativo, tratamiento antibiótico de las enfermedades de transmisión sexual e infecciones oportunistas (con un daño posterior potencial al sistema inmunológico) y consejos sobre nutrición y estilo de vida. Mientras tanto, los amagqirha/izangoma insisten en que existen remedios

tradicionales que se pueden utilizar de manera segura y eficaz para reforzar el sistema inmunológico y tratar las enfermedades de transmisión sexual, especialmente durante este periodo. Dado que no hay pruebas de contraindicaciones entre los remedios tradicionales y la terapia con antibióticos, ¿no se podría animar a los amagqirha, como participantes del HOPE, a emplear hierbas estimulantes del sistema inmunológico y las terapias de las enfermedades de transmisión sexual durante la laguna en el tratamiento? Esta estrategia (aunque sólo para pacientes que prefiriesen la vía tradicional) tendría la ventaja añadida de ofrecer posibilidades reales para investigación científica en la eficacia de los remedios de los curanderos.

Desgraciadamente, en la situación del HOPE, la persistencia de los prejuicios biomédicos ya amenaza con sabotear esta posibilidad. Un igqirha informa que el equipo clínico está impidiendo activamente que los clientes vuelvan a visitarse con los curanderos, diciéndoles que “se queden en la clínica”. Para los pacientes a los que se prescribe un tratamiento ARV, esta posición podría tener cierto sentido, pero para los que no cumplen los requisitos para recibir los ARV, no tiene ninguna justificación, y perjudica la confianza de los amagqirha en la credibilidad de la colaboración.²⁰

Aumentar la eficacia terapéutica 2: Uso de la etiología tradicional para mejorar el tratamiento

El VIH/sida tipifica las cualidades simbólicas “mágicas, impenetrables, inescrutables, incontrola-

20 Tal como se subraya en la nota 18, se debate la definición de “cura” en el VIH/sida, y las actitudes del equipo clínico podrían estar influidas posteriormente por alegaciones del charlatanismo. No obstante, de la misma manera que los ARV (aunque en la etapa más avanzada de la enfermedad) actúan disminuyendo o inhibiendo la progresión del virus, las terapias tradicionales pueden estimular el sistema inmunológico. Ambos paradigmas refuerzan con éxito la inmunidad en distintas etapas de la enfermedad. Ambos pueden devolver una mejor salud al paciente, aunque no pueden curarlo. En una otra publicación he sugerido que la sustitución de “cura” por la frase “devolver la salud” evitaría la confrontación en este campo y, de este modo, ayudaría a la cooperación médica (Wreford 2005a: 66).

21 Ver Wreford 2005c. El capítulo 2 ofrece una exploración global de “la cuestión de los antepasados” en la práctica amagqirha/izangoma.

22 Mientras que ideas como la agencia de los antepasados o el poder de la brujería parecen anacrónicos a los médicos occidentales rodeados de certeza científica (y, de hecho, en otros países africanos como Uganda: Noerine Kaleeba, comunicación personal, noviembre 2006), la etiología de la beneficencia y malevolencia de los seres vivos o los seres de otro mundo continúa teniendo una enorme autoridad en las vidas de muchos sudafricanos. Para un análisis sobre la relación umbilical entre los amagqirha/izangoma y la brujería, ver Wreford 2005c, Capítulos 3 y 8. Para las implicaciones del VIH/sida, ver Wreford 2005a: 68-77.

23 Los síntomas de la brujería y su etiología son especialmente congruentes con los del VIH/sida. Para más información de las conexiones, ver Wreford 2005a: 68-74.

bles [y] oscuramente peligrosas” que definen las consecuencias globales de la modernidad según los Comaroff (1993). Al aceptar sus hipótesis, sugiero que el VIH/sida también es especialmente susceptible al poder alterativo del ritual. Para desarrollar el tema de la reciprocidad médica elaborado anteriormente, la siguiente sección se centra en el modelo etiológico y práctica ritual de los amagqirha/izangoma, y propone que la incorporación adecuada de ambos podría tener un impacto significativo en las percepciones populares del VIH/sida y, a partir de aquí, en el éxito de las intervenciones biomédicas.

A pesar del hecho de que las interpretaciones de la enfermedad tienen una enorme importancia en las estrategias de la curación, el proyecto HOPE ha omitido especialmente la consideración del modelo etiológico de los amagqirha/izangoma. Por ejemplo, los amagqirha/izangoma y sus clientes suelen recurrir a la autoridad de los espíritus ancestrales para respuestas a preguntas del tipo “¿Por qué me ha tocado a mí?, ¿Por qué ahora?” que normalmente acompañan la aparición de la enfermedad en África. Esta postura no es menos operativa en el contexto del VIH/sida.²¹ Sin embargo, los amagqirha /izangoma son ambiguos en cuanto al papel de los antepasados en la identificación del VIH/sida. Un curandero del HOPE confirmó: “Sí, los antepasados sí reconocen el sida”, pero inmediatamente hizo una matización al destacar que “la gente mayor no tenía este sida”. Otro exclamó: “¡[los antepasados] murieron mucho antes! ¡Es una enfermedad nueva! Tenían conocimientos sobre otras enfermedades.”

Esta ambivalencia etiológica es especialmente significativa al descubrir la aparición de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida, ya que la ambigüedad crea un tipo de laguna interpretativa popularmente ocupada por nociones sobre contaminación y brujería.²² Por ejemplo, la infidelidad sexual podría provocar sentimientos de culpabilidad pero, en caso de aparecer síntomas,²³ también se evocan miedos de contaminación y amenazas de brujería. Una vez establecida la conexión entre el (mal) comportamiento sexual, la contaminación y las posibles brujerías, los clientes, ya sean hombres o mujeres, consultan al curandero de la contaminación y la brujería (el igqirha/isangoma). Mientras que no se puede negar que algunos clientes emplean la brujería simplemente como una máscara tras la que ocultar su seropositividad (Ashforth 2005), en el contexto de acceso al tratamiento del que se habla en este libro, mis investigaciones sugieren otra justificación más poderosa para las

afirmaciones de la causalidad de la brujería en el VIH/sida (Wreford 2005a: 72-77). Lo que está en juego es la cuestión de la gestión personal ante una enfermedad mortal. No obstante la disponibilidad de ARV en Sudáfrica, un diagnóstico del VIH a menudo se percibe como una sentencia de muerte. A falta de una cura, el paciente se siente impotente. La imputación de la brujería, por otro lado, tiene su fuerza, y así se ofrece la posibilidad de una intervención con el objetivo de curar, la posibilidad de una acción que proporcione una mayor fortaleza.

Por ejemplo, a pesar de la fuente de contaminación, el primer paso esencial para recuperarse implica la aplicación ritualizada de un remedio para limpiar y purificar el cuerpo (y espíritu) de la influencia corruptora.²⁴ En el caso de un supuesto acto de brujería, son habituales las purgas más duras que, sin duda alguna, presentan un reto para los amagqirha del HOPE. Reconocen que los enemas y eméticos se tienen que evitar entre pacientes inmunocomprometidos.²⁵ Por otro lado, el cliente al que se ofrece una medicina menos laxante (amayeza), podría sentirse privado del tratamiento que esperaba para su problema y, por lo tanto, dudar sobre su eficacia. Propongo lo siguiente como medio de transformación de este aparente punto muerto. A partir de la autoridad de los amagqirha/izangoma como curadores de la contaminación y la brujería, la construcción etiológica de la brujería como agente de la causalidad del VIH/sida y de los rituales de limpieza como agentes de su transformación, podría emplearse poderosamente en el contexto de la práctica amagqirha/izangoma. Estoy convencida de que hay tres resultados potenciales de la participación voluntaria de los seropositivos en ceremonias de limpieza adecuadamente diseñadas: En primer lugar, para personas y familias que viven con el virus, se podría producir no una recuperación física en todo caso imposible, sino una curación potente de la angustia emocional que provoca la enfermedad. En segundo lugar, estos rituales, ejecutados con mucho cuidado, paliaría el negativismo personal y colectivo del estigma que se asocia al VIH/sida. Finalmente, en conjunto,

²⁴ La acción potente de algunas sustancias purgantes es una fuente de contención entre los amagqirha/izangoma y los médicos formados en Occidente, especialmente cuando se aplican a clientes con VIH/sida. Generalmente se administran aplicaciones más intensas con enemas o eméticos, pero también están disponibles métodos más suaves como vapor, humo, pomadas o baños herbales.

²⁵ Si nos fijamos en la cuestión desde la perspectiva tradicional, algunos curanderos utilizan la misma lógica para cuestionar la eficacia de los ARV en clientes inmunocomprometidos.

estos resultados aumentarían las posibilidades de un compromiso más proactivo con la enfermedad y su tratamiento en Sudáfrica.

Conclusiones y recomendaciones

He empezado este capítulo con la observación algo polémica de que para los biomédicos tiene poco sentido continuar culpando a los amagqirha/izangoma por su ignorancia médica, o acusarlos de saboteadores de la medicina occidental, a menos que los propios médicos quieran implicar a los curanderos en acuerdos colaborativos recíprocos. Los profesionales biomédicos han valorado, sin duda alguna, el contenido “educativo” del curso del HOPE descrito aquí, mientras que las explicaciones de la fuerza de curación atribuida a los antepasados o las nociones del discurso de contaminación y brujería podrían haber sido más problemáticas. No obstante, espero que todo el capítulo haya subrayado la urgencia de establecer un contacto recíproco entre los curanderos tradicionales y la biomedicina en cuanto a las intervenciones del VIH/sida.

He propuesto un acercamiento más respetuoso con los principios de los amagqirha/izangoma al pensar que esto podría contribuir a un mejor resultado para la futura introducción de los tratamientos ARV en Sudáfrica. Obviamente, los biomédicos se podrían beneficiar del recurso humano que representan los curanderos tradicionales. Pero opino que apoyarlos sólo en los programas existentes prolonga la comunicación unidireccional que se ha producido en los experimentos cooperativos “educativos” y aleja potencialmente a un aliado curativo importante. Considero que incluir a los amagqirha/izangoma en el diseño y puesta en práctica de las intervenciones del tratamiento sería algo mucho más productivo y beneficioso para todos. Pero para conseguirlo, los médicos necesitan desarrollar relaciones profesionales con los curanderos tradicionales y entender mejor la complejidad de las elecciones terapéuticas a las que se enfrentan los pacientes. A través de estos descubrimientos recíprocos, los médicos podrían empezar a darse cuenta de que, para muchos de sus pacientes, los métodos y la práctica tradicionales realmente funcionan y que se podrían incorporar con eficacia en las intervenciones médicas occidentales.

Para facilitar este diálogo, recomiendo que los diseñadores de políticas y planificadores de proyectos consideren lo siguiente:

- i. Que se establezcan pautas para facilitar la puesta en práctica de intervenciones como el proyecto HOPE conjuntamente con centros de

salud pública, tanto en áreas urbanas como en áreas rurales sudafricanas.

- ii. Que se anime a los profesionales de la salud pública a desarrollar relaciones profesionales con los amagqirha/izangoma y que estas relaciones estén centradas en familiarizarse recíprocamente con los conocimientos sobre salud y enfermedad.²⁶
- iii. Que la educación médica promueva estas iniciativas incorporando módulos que impliquen activamente a los amagqirha/izangoma y sus etiologías:²⁷ (Para facilitar esto, siempre que sea necesario, los estudiantes deberían conocer al menos una lengua de la Sudáfrica negra).
- iv. Que, en cooperación con los curanderos tradicionales, se inviertan recursos adicionales en investigación científica sobre la eficacia de los remedios utilizados por los amagqirha/izangoma, con especial énfasis en la “laguna en el tratamiento”.
- v. Que, a partir de la dinámica curativa de las nociones de contaminación y el poder de la limpieza ritual en la práctica amagqirha/izangom, los curanderos tradicionales, en colaboración con los centros de salud pública, se animen a desarrollar rituales para contrarrestar la angustia emocional y el estigma asociados al VIH/sida.

Soy consciente de que se necesitarían recursos considerables para llevar a cabo estas propuestas con éxito. Sin embargo, viendo el compromiso del gobierno con la curación tradicional, tal como se expresa en la Estrategia Global del VIH y sida, y su defensa de la “elección” en los regímenes de tratamiento del VIH/sida en Sudáfrica, sugiero que la ayuda política y financiera a estas recomendaciones ofrezca a la administración una oportunidad para demostrar su apoyo genuino y fomentar estos objetivos.

²⁶ Anderson y Kaleeba 2002 describen ejemplos exitosos de estas relaciones en Uganda y Kenia.

²⁷ La autora está implicada actualmente en esta iniciativa con la Unidad de Atención Primaria de la Facultad de Medicina en el Hospital Groote Schuur de la Universidad de Ciudad del Cabo.

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE J. WREFORD

- Capacidad de la medicina tradicional africana de integrar aspectos de la biomedicina sin ser absorbida (o apropiada) por ésta.
- Debate sobre si han de ser las instituciones médicas las que fomenten la “integración” o “colaboración” entre medicinas, o si debe dejarse en manos de las personas que, de hecho, en sus prácticas cotidianas ya integran distintas medicinas.
- Si bien las medicinas tradicionales pueden analizarse como “sistemas médicos”, también tienen un importante componente místico-religioso, indisoluble de su parte médica

Referencias bibliográficas

Almeleh, Colin, 2006 *Why do people disclose their HIV status?* Qualitative evidence from a group of activist women in Khayelitsha. CSSR Working Paper no 170. Centre for Social Science and Research. Cape Town: University of Cape Town.

Anderson, Sarah and Noerine Kaleeba, 2002 *Ancient Remedies, New Disease: Involving traditional healers in increasing access to AIDS care and prevention in East Africa.* Electronic document, <http://www.unaids.org>

Ashforth, Adam, 2002 *An Epidemic of Witchcraft? The Implications of AIDS for the Post-Apartheid State.* *African Studies* 61(1): 121-142.

2005 *Witchcraft, Violence and Democracy in South Africa*, Chicago: Chicago University Press.

Beck, Daniel, 2004 *Men and ARVs: How does being a man affect access to anti-retroviral therapy in South Africa? An investigation among Xhosa-speaking men in Khayelitsha.* CSSR Working Paper No 80. Centre for Social Science Research. Cape Town: University of Cape Town.

Benatar, Dr.Solomon, 2001 *South Africa's Transition in a Globalizing World: HIV/*

AIDS as a Window and a Mirror. *International Affairs* 77(2): 347-375.

Beresford, Belinda, 2006 *HIV remedy storm.* *Mail and Guardian*, March 17-23. Johannesburg: M&G Media Ltd.

Comaroff, Jean and John Comaroff, 1993 *Introduction.* In *Modernity and Its Malcontents: Ritual and Power in Postcolonial Africa.* Jean Comaroff and John Comaroff, eds. Pp. xi-xxxvii. Chicago: University of Chicago Press.

Department of Health Republic of South Africa, 2006 *Progress Report on Declaration of Commitment on HIV and AIDS* Prepared for the UN General Assembly Special Session on HIV and AIDS, Feb. Electronic document, www.doh.gov.za/search/index/html

Dunkle, Kristin, Rachel K. Jewkes, Heather C. Brown, Glenda E. Gray, James A. McIntyre, Sioban D. Harlow, 2004 *Gender-based violence, relationship power, and the risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa.* *The Lancet* 363 May: 1415-1421.

Geffen, Nathan, 2005 *Echoes of Lysenko: State-Sponsored Pseudo-Science in South Africa.* *Social Dynamics* 31(2): 183-210.

Herman, Dominique, 2006 *KZN healer wants claims to be tested,* *Cape Times*, May 26, Cape Town: SA.

Hippler, Rev. Fr. Stefan, Dr. Monika Esser, Dr Joanne Wreford, 2006 *Bridging Culture - Introducing Partnership.* Report. HOPE, Cape Town: S.A.

Leclerc-Madlala, Susanne, 2001 *Demotising women in the era of AIDS: On the relationship between cultural constructions of both HIV/AIDS and femininity.* *Society in Transition* 32(1) 38-46. 2002a Final Evaluation Report, Traditional Medical Practitioners AIDS Training and Support Programme. AIDS Foundation: South Africa. 2002b On the virgin cleansing myth: gendered bodies, AIDS and ethnomedicine. *African Journal of AIDS Research* 1: 87-95.

Lederer, Edith, 2006 *Government accused of 'AIDS denialism' in failing to meet UN treatment goal.* *Cape Times*, May 26. Cape Town: SA.

Letsoalo, Matuma, 2006 *Queue another day.* *Mail and Guardian Monitor*, Sept 22-28, Johannesburg: M&G Media Ltd.

Matthews, Catherine, 2005 *Reducing Sexual Risk Behaviours: Theory and research, Successes and Challenges.* En

- HIV/AIDS in South Africa. Salim Safurdeen Abdool Karim & Koumboudri Abdool Karim, eds. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mills, Edward, Brian C. Foster, Rolf van Heeswijk, Elizabeth Phillips, Kumanan Wilson, Blai, Leonard, Kazuhiro Kosuge and Isadore Kanfer**, 2005 *Impact of African herbal medicine on antiretroviral metabolism*. AIDS 19 (1) 95-96.
- Moffett, Helen**, 2006 'These Women, They Force Us to Rape Them': Rape as Narrative of Social Control in Post-Apartheid South Africa. Journal of Southern African Studies 32(1) 129-144.
- Moore, Anne, Guillermo Herrera, Jack Nyamongo, Eve Lackritz, Tim Gradnade, Bernard Nahlen, Aggrey Oloo, George Opondo, Richard Muga, Robert Janssen**, 2001 *Estimated risk of HIV transmission by blood transfusion in Kenya*. Lancet 358 August : 657-660.
- Mthathi, Siphon**, 2006 *A women's movement to end women's oppression. Equal Treatment*. June. Cape Town: Treatment Action Campaign.
- Naimak, Trude Holm**, 2006 *Antiretroviral treatment in the Western Cape: A success story facilitated by the Global Fund*. CSSR Working Paper No 161. CSSR: University of Cape Town.
- Natrass, Nicoli**, 2004a *The Moral Economy of AIDS in South Africa*, Cambridge: Cambridge University Press. 2004b Trading-off income and health: AIDS and the disability grant in South Africa. CSSR Working Paper No 82. Centre for Social Science Research. Cape Town: University of Cape Town. 2005 Rolling out antiretroviral treatment in South Africa: Economic and ethical challenges. En Ethics and AIDS in Africa: The challenge to our thinking. Anton van Niekerk and Loretta Kopelman eds. Cape Town: David Phillip Publishers.
- Preston-Whyte, Eleanor**, 1994 *Gender and the lost generation: the dynamics of HIV transmission among black South African teenagers in KwaZulu/Natal*. Health Transition Review Supplement to Vol. 4: 241-255.
- Schoepf, Brooke Grundfest**, 2004 *AIDS, History, and Struggles over Meaning*. En Ezekiel Kalipeni, Susan Craddock, Joseph R Oppong, Jayati Ghosh eds. HIV and AIDS in Africa: Beyond Epistemology. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Susser, Ida and Zena Stein**, 2000 *Culture, Sexuality and Women's Agency in the Prevention of HIV/AIDS in South Africa*. American Journal of Public Health 90 (7) 1042 -1048.
- Tangwa, Godfrey**, 2005 *The HIV/AIDS Pandemic, African Traditional Values and the Search for a Vaccine in Africa*. En Ethics and AIDS in Africa: The challenge to our thinking. Anton van Niekerk and Loretta Kopelman eds. Cape Town: David Phillip Publishers.
- The Traditional Health Practitioners Bill**, 2003 B66. Government Gazette no 24751. 14 April. CapeTown: South Africa.
- Tillotson, Jonathan and Pranitha Maharaj**, 2001 *Barriers to HIV/AIDS Protective Behaviour among African Adolescent Males in Township Secondary Schools in Durban*. Society in Transition (32)1: 83-100.
- World Health Organisation**, 1978 *Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care*, Alma Ata, Geneva. Geneva: World Health Organisation. 2006a AIDS Epidemic Update December. Geneva: World Health Organisation. 2006b Unsafe Injections. Electronic document, www.who.int/injection_safety/about/resources/BackInfoUnsafe/en/
- Wreford, Joanne**, 2005a *Missing Each Other: Problems and Potential for Collaborative Efforts between Biomedicine and Traditional Healers in South Africa in the Time of AIDS*. Social Dynamics 31(2): 55-89, Centre for African Studies, Cape Town: University of Cape Town. 2005b Sincedis We Can Help! A Literature Review of Current Practice Involving Traditional African Healers in Biomedical HIV/AIDS Interventions in South Africa. Social Dynamics 31(2): 90-117. Centre for African Studies, Cape Town: University of Cape Town. 2005c Ukusebenza ne'thongo - Working with spirit: The role of sangoma in contemporary South Africa. Ph.D. dissertation, Department of Social Anthropology, University of Cape Town, South Africa. 2006 Facilitating Relationships between African Traditional Healing and Western medicine in South Africa in the Time of AIDS: A Case Study from the Western Cape. CSSR Working Paper no 170. Centre for Social Science and Research. Cape Town: University of Cape Town.

Joan Muela Ribera

PASS-International
Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción

Cuando nos planteamos el problema del acceso a los centros de salud -en nuestro caso, el acceso de las mujeres con VIH/sida o en situación de riesgo a los centros de atención prenatal y otros servicios biomédicos-, inmediatamente surge la pregunta de hasta qué punto las representaciones de la enfermedad (las creencias) y la medicina tradicional inhiben o limitan el acceso a las instituciones biomédicas.

Se tiende a creer que si las mujeres no acuden a los servicios médicos es porque recurren a la medicina tradicional, pero esto, de hecho, no explica absolutamente nada. La cuestión es comprender cuándo, por qué y para qué las mujeres utilizan los servicios biomédicos o los tradicionales; cuándo, por qué y para qué no los utilizan; y cuándo, por qué y para qué utilizan ambos. Para responder a estas cuestiones, más que analizar en detalle los puntos débiles de la medicina tradicional y perdernos en ella, deberíamos, por ejemplo, comparar las características de una y otra medicina, sus especialistas y sus prácticas: esta es la perspectiva del pluralismo médico.

En su sentido más amplio, “pluralismo médico” significa que distintas representaciones de la salud y la enfermedad -pero también distintas formas de entender y practicar las artes terapéuticas- coexisten en un mismo espacio geográfico. En África, como en cualquier otro lugar, el pluralismo médico es una constante más que una excepción, y las personas tienden a utilizar de manera exclusiva, secuencial o complementaria las distintas medicinas a las que tienen acceso. Por este motivo cualquier estudio que contemple las medicinas en sí mismas -como si sus historias, desarrollos y cualidades fuesen independientes, ajenos a las interacciones con los otros recursos terapéuticos- será necesariamente incompleto. El pluralismo médico abarca un amplio y variado campo temático que incluye, por ejemplo, las relaciones formales e informales entre instituciones biomédicas y medicinas tradicionales, las representaciones de la enfermedad entendidas como conglomerados de elementos de distinta procedencia, o los criterios que entran en juego cuando se trata de elegir una medicina u otra.

El objetivo de este capítulo es desarrollar un marco conceptual para la investigación del pluralismo médico aplicada a los programas de salud pública. Los ejemplos provienen de la literatura sobre el acceso a los servicios antenatales en África y de nuestra propia investigación.

El marco conceptual del pluralismo médico

El pluralismo médico es un campo de investigación muy amplio y con múltiples aspectos relevantes, pero es preciso remarcar, antes de entrar en el marco conceptual que guía este artículo, que el pluralismo médico no debe confundirse con el pluralismo cultural, aunque puede compartir algunos aspectos con él. La biomedicina que se practica en cualquier lugar de África no puede considerarse ya una medicina foránea o extranjera; de hecho, tiene tantos elementos globales como locales. Del mismo modo, la medicina tradicional ha ido incorporando nuevos elementos de distinta procedencia y se ha transformado a lo largo de su historia, ya sea merced a los sanadores viajeros, ya sea influenciada por la presencia de otras medicinas como la islámica o la biomedicina, pero también por la medicina tradicional china o el ayurveda en el África oriental.

Contra la asunción de que la gente prefiere “sus” medicinas locales, diversos autores, como Rekdal (1999) y Katz (1982), muestran precisamente todo lo contrario, es decir, la extendida convicción de que las medicinas de “los otros” -o las de ciertos grupos con prestigio de buenos sanadores- son más eficaces que las propias. En todo caso, determinar si las distintas medicinas se corresponden con distintos universos culturales, y si esto es razón para elegir unas u otras, debería ser motivo de investigación, no un presupuesto de partida.

Como marco conceptual, el pluralismo médico tiene dos dimensiones bien diferenciadas, aunque en modo alguno deben contemplarse independientemente (Fig. 1):

1. La primera dimensión es política. Son las opiniones elaboradas en términos ideológicos y/o pragmáticos sobre cómo las medicinas deberían coexistir. El discurso político del pluralismo médico versa sobre cuáles deberían

ser las medicinas presentes en una determinada comunidad o país, cuál debería ser su estatuto legal -cuáles deberían ser excluidas o prohibidas- y cómo deberían interactuar entre sí. En salud internacional, la propuesta más influyente y mejor elaborada sobre la coexistencia e integración de medicinas es el Programa para la Medicina Tradicional (PMT) de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1978; 2002).

2. La segunda dimensión es etnográfica. Desde esta perspectiva, se estudia cómo distintos modelos de salud y enfermedad, prácticas médicas y medicinas coexisten de hecho en

1 Las estrategias promovidas por la OMS son de tres tipos: (1) la integración que podríamos denominar "sincrética", que supone la formación de un nuevo sistema de salud, síntesis entre biomedicina y medicinas tradicionales, organizado con criterios científicos (este es el sentido de "integración" en el texto de 1978); (2) la colaboración o cooperación, con la que las medicinas coexistentes permanecen autónomas pero se remiten pacientes mutuamente si consideran que la otra medicina puede tratarlos mejor; y (3) la participación de sanadores tradicionales en el sistema de salud pública como agentes comunitarios de salud.

2 El concepto de "sistema" es interesante porque alude a las interacciones entre medicinas y las posiciona en su contexto ecológico, social y político. En modo alguno debe entenderse en el sentido de sistema cerrado, autorregulado, estático, con límites bien establecidos, etc., sino que debe interpretarse como sistema abierto y en constante redefinición como consecuencia de los procesos históricos.

una determinada área geográfica. Engloba el sistema médico plural, las representaciones de la enfermedad y los modelos de terapia, así como el uso de las diferentes medicinas por parte de la población. Estos tres campos de estudio etnográfico (sistemas médicos plurales, modelos locales de salud y enfermedad y procesos asistenciales) son indisolublemente interdependientes.

Si el problema es el uso de las medicinas y el acceso a los recursos biomédicos -cuestiones clásicas de los procesos asistenciales-, este será el punto de partida: desde esta perspectiva analizaremos los sistemas médicos plurales, las características de las medicinas que los configuran y las representaciones de la enfermedad.

Sistemas médicos plurales

Hace años, Dunn (1976:134) definía "sistema médico"² como el conjunto organizado de instituciones sociales y tradiciones culturales que se han ido constituyendo a partir de conductas preventivas o terapéuticas deliberadamente encaminadas a lograr o mantener la salud. Instituciones no médicas, como las iglesias, forman parte de los sistemas médicos si, por ejemplo, practican exorcismos para expulsar demonios que causan enfermedad o locura; por el contrario, prohibiciones o prescripciones dietéticas o hábitos de

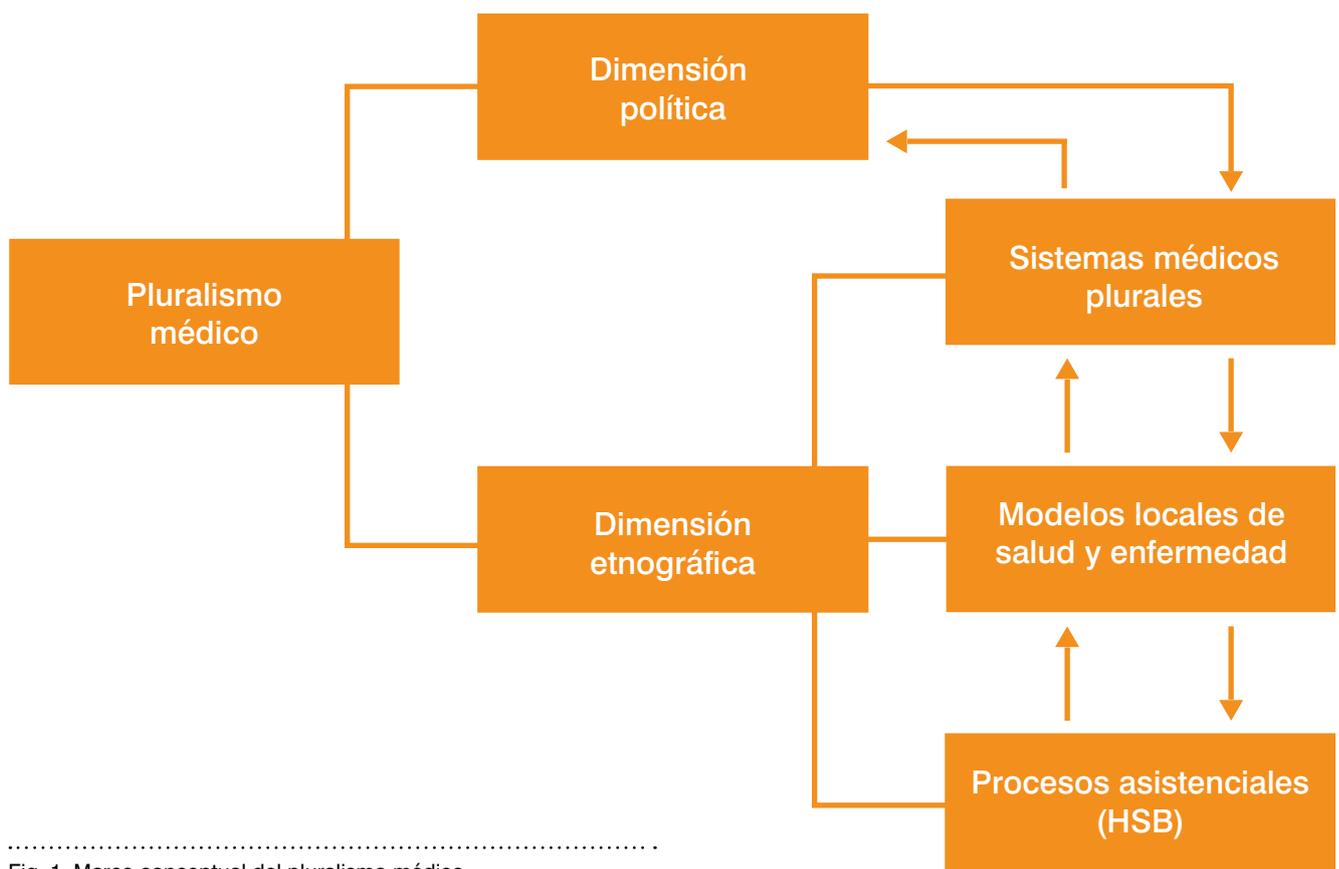


Fig. 1. Marco conceptual del pluralismo médico

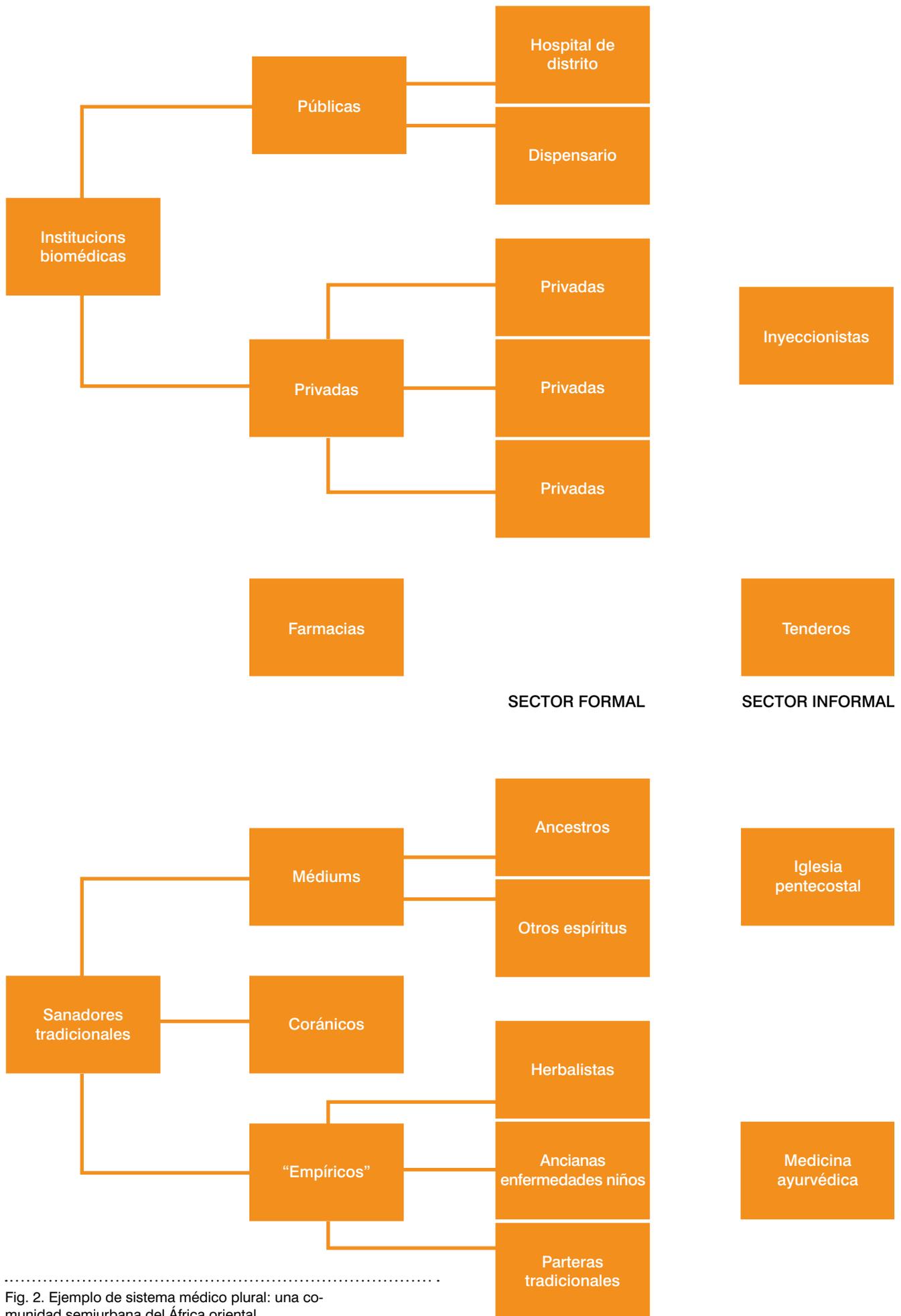


Fig. 2. Ejemplo de sistema médico plural: una comunidad semiurbana del África oriental

conducta, aunque sean saludables, quedan excluidos del campo médico si su finalidad es sólo religiosa o estética.

Todos los sistemas médicos o medicinas coexistentes en una determinada sociedad conforman el sistema médico de esa sociedad (Field, 1976). Dicho sistema incluye las ideas, las prácticas, las instituciones y los diversos especialistas de las diversas tradiciones médicas, y también al sacerdote exorcista, al tendero que dispensa medicación junto con productos de cosmética y otros bienes de consumo o al adivino ambulante que, entre otros augurios, vaticina el estado de salud de sus clientes. A este todo médico plural, vinculado a una sociedad o territorio, Leslie (1976) lo denominó "sistema médico plural"; Kleinman (1980), "Health Care System", y Press (1980), "configuración médica multisistémica" o "configuración médica plural".

La estructura interna de los sistemas médicos plurales varía de sociedad a sociedad, no sólo por las medicinas que los integran, sino también por las diferencias entre, por ejemplo, la biomedicina en distintos países en términos de organización, cobertura, costes (gratuidad o copago), protocolos, etc. La constitución o la estructuración del sistema médico plural es un proceso histórico y socio-político determinado por las alianzas y conflictos entre medicinas, las políticas de salud

y las estrategias para atraer clientes, tanto de la biomedicina como de la medicina tradicional. En este proceso se han ido configurando la posición social de las medicinas -en términos, sobre todo, de prestigio-, sus características distintivas, su estatuto legal y sus espacios terapéuticos -es decir, para qué enfermedades se consideran eficaces. Cuando analizamos el sistema médico

3 La diferencia entre legitimidad social y oficial es importante, porque algunos sanadores tradicionales pueden buscar la colaboración con instituciones biomédicas para ganar un prestigio social que no tienen (Fassin & Fassin, 1998).

4 Véase el capítulo de Cristiano Matsinhe sobre la cultura institucional de la biomedicina en Mozambique y los obstáculos que supone para el acceso a la salud.

plural de una comunidad consideraremos las siguientes cuestiones:

1. Las medicinas que lo constituyen y su distribución geográfica
2. Las relaciones históricas entre medicinas
3. Qué medicinas se consideran útiles o eficaces para tratar qué enfermedades o aspectos de una enfermedad

Aunque el uso de plantas medicinales durante el embarazo es muy frecuente (Varga et al., 1997) y las parteras tradicionales (traditional birth attendant, TBA) juegan un importante papel tanto en las fases de gestación como en el parto y el posparto (Helman, 2001), esto no se debe sólo a la escasa disponibilidad de recursos biomédicos (Varga et al., 1997) ni inhibe la utilización de los servicios antenatales. La tendencia es compaginar biomedicina y medicina tradicional; incluso donde las mujeres prefieren el parto tradicional, no por ello descartan los cuidados antenatales si son accesibles para ellas

4. La aceptabilidad y legitimidad (social y oficial) de las medicinas, incluyendo el estado legal de la medicina tradicional y el papel de las asociaciones de medicina tradicional, si las hay³

5. La estructura y la cultura institucional de las medicinas, incluyendo las instituciones biomédicas,⁴ así como las características de las medicinas que constituyen el sistema médico plural

Características de las medicinas

El conjunto del sistema médico plural constituye, por decirlo en términos de mercado, la oferta médica existente en la comunidad estudiada, pero el estudio de los procesos asistenciales se enfoca en la demanda. Un error muy extendido entre los promotores de la salud consiste en creer que la oferta biomédica es, por definición, superior a la de la medicina tradicional, sin tener en cuenta ni los

criterios locales de aceptación y eficacia ni las condiciones reales de la práctica biomédica, incluyendo el marco estructural, político y económico que la condiciona.

Las características de las medicinas juegan un papel de primer orden para comprender tanto la aceptación de cada una de ellas por parte de la comunidad como su uso real. Consideraremos, por ejemplo, los costes comparados de los tratamientos, incluyendo costes directos (médicos y no médicos) e indirectos; la forma de pago (en metálico, en especie o con trabajo); el tiempo de espera; la distancia y otros factores relacionados con la accesibilidad física; el carisma de los es-

pecialistas; y la confianza, la eficacia percibida y la satisfacción con las distintas medicinas en la comunidad, por citar sólo algunas características relevantes.

Una idea muy frecuente es que las medicinas tradicionales, en contraste con las instituciones biomédicas, tienen unas características que las hacen especialmente atractivas para la población. La imagen estereotipada es la de una medicina tradicional que comparte valores sociales, creencias y manera de ver el mundo con sus pacientes, que contempla al ser humano desde una perspectiva holista, que se preocupa y trata la dolencia (illness) o componente emocional de la enfermedad y que conoce el contexto social del enfermo, en contraste con los profesionales biomédicos, social y culturalmente distantes de sus pacientes y centrados en la patología orgánica (disease).⁵ De todo hay y no deberíamos generalizar, pero es en los cuidados antenatales y, sobre todo, en el parto, donde estos estereotipos se acercan más a la realidad.

Sin embargo, aunque el uso de plantas medicinales durante el embarazo es muy frecuente (Varga et al., 1997) y las parteras tradicionales (traditional birth attendant, TBA) juegan un importante papel tanto en las fases de gestación como en el parto y el posparto (Helman, 2001), esto no se debe sólo a la escasa disponibilidad de recursos biomédicos (Varga et al., 1997) ni inhibe la utilización de los servicios antenatales. La tendencia es compaginar biomedicina y medicina tradicional; incluso donde las mujeres prefieren el parto tradicional, no por ello descartan los cuidados antenatales si son accesibles para ellas.

¿Cuáles son, entonces, los obstáculos? En la literatura sobre acceso a los servicios antenatales en África se mencionan la distancia, la falta de transporte, la ausencia de privacidad y los costes (aun cuando la atención médica es gratuita, hay

que tener en cuenta el transporte).⁵ La estructura misma de los servicios antenatales puede inhibir su uso. Por ejemplo, en un estudio realizado en Burkina Faso, Peeters et al. (2006, informe interno) encontraron que, al ser las unidades de cuidados antenatales espacios públicos -lugares de encuentro desde donde los rumores circulan con una cierta facilidad-, las mujeres con embarazos no deseados o no aceptados socialmente -entre ellas, las portadoras del VIH- evitaban acudir a los controles de embarazo. Otro factor clave es la conducta de los profesionales de la salud; las quejas más frecuentes en este sentido incluyen negligencia, malos tratos verbales, y a veces físicos, y la humillación de la paciente (Pires et al., 2002). El estigma del sida puede incrementar el miedo de las mujeres a ser humilladas y maltratadas (un riesgo muy real) y, en consecuencia, puede alejarlas de los servicios antenatales. Es muy importante, por lo tanto, conocer su percepción de los servicios ofrecidos en las clínicas antenatales, en particular los relacionados con el control de enfermedades infecciosas (VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual), porque en función de cómo estén diseñados y funcionen pueden inhibir el acceso a los cuidados antenatales o facilitarlos.

Representaciones de la enfermedad y pluralismo médico

Junto con las características de las medicinas, las representaciones de la enfermedad en contextos de pluralismo médico son un elemento clave para comprender el uso de los distintos recursos terapéuticos por parte de la población. Las representaciones de la enfermedad incluyen los modelos de causalidad, de transmisión o contagio, de riesgo, de susceptibilidad ante la enfermedad (quiénes la contraen con más facilidad y cuándo), de protección, de gravedad, los esquemas de síntomas,⁷ etc. Están en relación con las representaciones del cuerpo, con los modelos de terapia y, en última instancia, con las ideas de normalidad y anormalidad, con ciertos valores morales y con el conjunto de la cosmovisión.

Una cuestión ya clásica es cómo se integran en los modelos locales los mensajes de salud y cómo esto afecta las prácticas. Las posibilidades lógicas son varias: la gente puede simplemente conocer los conceptos biomédicos pero no creerlos,⁸ o puede malinterpretarlos o reinterpretarlos; los conceptos biomédicos pueden desplazar términos y conceptos locales, coexistir en paralelo⁹ con ellos o bien articularse sincréticamente con saberes previos. En cualquier comunidad encontraremos distintas formas bajo las cuales se manifiesta el pluralismo de las ideas.

5 Distintos autores, como Velimirovic (1990) y Waxler-Morrison (1988), han criticado este estereotipo con buenos contraejemplos.

6 Ndyomugenyi et al. (1998); Schultz et al. (1994); Magadi et al. (2000); Matera et al. (1993); Okonofua et al. (1992); Telfer et al. (2002); WHO, (1998). Véase también el capítulo de Elsa Jacinto, en particular el apartado dedicado a "las tres demoras" y el papel de las parteras tradicionales en la salud reproductiva.

7 Véase también los modelos explicativos de Kleinman (1980).

8 Es bien sabido que los entrevistados muchas veces repiten en los cuestionarios los mensajes de salud y responden, así, lo que suponen que el entrevistador espera escuchar. Por ello los cuestionarios no reflejan necesariamente el conocimiento ni las convicciones de la población (Yoder, 1997)

9 Distintas explicaciones de la enfermedad, incluso aunque parezcan contradictorias, pueden utilizarse para darle sentido en contextos disferentes (Staiton Rogers, 1991).

Una cuestión muy importante, pero que a menudo pasa desapercibida, es que los profesionales de la salud también reinterpretan la información biomédica (obviamente, más profunda y completa que la de sus conciudadanos no especializados) a partir de sus modelos culturales y sus sistemas de valores sociales. Por ejemplo, la teoría biomédica de la infección a menudo se impregna de ideas relativas a la polución o contaminación mística, muy estigmatizante, lo que tiene efectos negativos tanto para la relación con los pacientes -y muy en particular con aquellos afectados por el VIH/sida¹⁰- como para los mensajes de salud que se difunden.¹¹ Cuando estudiamos las representaciones locales de la enfermedad, deberíamos incluir siempre una muestra de los profesionales sanitarios.

Posiblemente la forma más interesante de pluralismo de las ideas sea el sincretismo. “Sincretismo” es un término técnico extensamente utilizado en el estudio de las religiones para definir el cambio en los modelos populares como resultado de la combinación o articulación de elementos procedentes de diferentes tradiciones religiosas, pero que resulta muy útil para analizar los efectos de los mensajes de salud en los modelos locales de enfermedad y terapia (Hausmann-Muela et al., 1998; 2002). La idea básica es que las personas absorben y reinterpretan dinámicamente la información biomédica emitida en los medios de comunicación, en las escuelas, en las consultas, etc., siempre a partir de sus esquemas culturales de representación y práctica. El producto es una nueva síntesis¹² que les permite interpretar la enfermedad y afrontarla con más sentido que los modelos exclusivamente biomédicos.

Obviamente, los sincretismos afectan a una amplia variedad de temáticas y de manera muy distinta. La susceptibilidad percibida ante la infección, por ejemplo, suele explicarse por las conductas (no utilizar preservativo o ser “promiscuo”), pero también en términos de “fortaleza o debilidad de la sangre” incluyendo todos aquellos factores que contribuyen a fortalecerla o a debilitarla, tales como la alimentación, el estado emocional, etc. (Hausmann-Muela et al., 2002). Con todo,

las formas sincréticas más relevantes -porque determinan recorridos terapéuticos claramente duales- son las que articulan conceptos biomédicos con brujería o espíritus: aquí el “puente” que permite el sincretismo es la lógica del doble nivel de causalidad.

En una obra clásica en antropología, Evans-Pritchard (1976 [1937]) decía, por ejemplo, que los azande saben perfectamente que las termitas pueden carcomer los soportes de madera de un granero hasta hacerlo caer, pero si alguien muere aplastado por ese granero cuando está descansando a su sombra, atribuirán su muerte a la brujería. La acción de las termitas explica el cómo, mientras que la brujería explica el por qué de su muerte. Un ejemplo similar, pero que integra conceptos procedentes de la biomedicina con la lógica de la brujería, nos lo presenta Gluckman (1976), quien cuenta que el hijo de un maestro africano -un hombre instruido- murió de tifus; el maestro afirmaba que era brujería, y cuando una socióloga le replicó argumentando que se trataba de una muerte natural, el maestro respondió: “Ya sé que fue un piojo procedente de una persona enferma de tifus lo que comunicó el tifus a mi hijo, y que él murió de dicha enfermedad. Pero ¿por qué fue el piojo a posarse en mi hijo y no en los otros niños con los que estaba jugando?”. De acuerdo con el principio de la doble causalidad, las termitas y el tifus son la causa natural pero secundaria; la brujería es la causa primera y la socialmente relevante.

En las representaciones locales de la enfermedad, los modos de interacción entre los conceptos (etiologías y mecanismos de contagio) procedentes de la biomedicina y la brujería son variados. De la literatura y de nuestro propio trabajo de campo hemos recogido los siguientes: (1) Los brujos pueden enviar los vectores que transmiten la enfermedad (piojos, mosquitos, etc.), contaminar el agua o la comida, etc.; (2) los brujos pueden inducir a sus víctimas a adoptar conductas de riesgo (estas “olvidan” ponerse el preservativo, dormir con mosquitera, etc.); (3) los brujos pueden ocultar o camuflar la enfermedad, con lo que las pruebas médicas serán normales a pesar de que la persona esté enferma, o bien impedir que el tratamiento funcione; (4) los brujos pueden provocar enfermedades falsas, que imitan exactamente la sintomatología del paludismo, del cáncer, del sida, etc., pero que no pueden tratarse con fármacos.

Esto no son simples curiosidades etnográficas, sino que tiene importantes implicaciones para la epidemiología y la salud pública:

¹⁰ Se manifiesta, por ejemplo, con la aversión a dar la mano a una persona seropositiva, por la idea de polución, o con el trato discriminatorio causado por la carga moral de la enfermedad.

¹¹ En particular, la información errónea sobre las formas de contagio y el uso de medidas preventivas.

¹² Los modelos sincréticos son abiertos y están en constante transformación. De hecho, toda la cultura es sincrética o “mestiza”, como plantea Amsèlle (1990): mezclas de mezclas precedentes que se pierden en la historia.

1. Un buen conocimiento de la enfermedad no es incompatible ni contradictorio con una cosmovisión que incluye la brujería y el mundo de los espíritus

2. Las lógicas de la imitación y del doble nivel de causalidad explican en buena medida el uso secuencial o complementario de la biomedicina y la medicina tradicional

Procesos asistenciales

El campo de estudio de los procesos asistenciales son las conductas ante la enfermedad, sea para prevenirla o para tratarla en el ámbito doméstico o en el especializado y contempla los factores que inciden en las conductas de salud, así como los procesos y contextos (ecológico, socio-cultural y político) en los que están inmersas.

La lógica del doble nivel de causalidad permite explicar, en buena medida, los itinerarios terapéuticos múltiples y, en particular, por qué los pacientes acuden a la medicina tradicional después de haber sido diagnosticados y/o tratados en un centro médico, una práctica nada excepcional, también entre los pacientes diagnosticados de VIH/sida. De todos modos, esta lógica no excluye otras explicaciones, como la búsqueda desesperada de una solución,¹³ el pragmatismo¹⁴ o la falta de medios en los centros de salud. En relación con esto último cabe recalcar que no son sólo las creencias ni los beneficios de las terapias tradicionales, sino también las carencias de la biomedicina y la falta de voluntad política para lograr

mejoras sustanciales en el acceso global a los fármacos, las que conducen sin posibilidad de elección a la medicina tradicional.

Las representaciones de la enfermedad nos permiten comprender para qué afecciones se acude a una medicina u otra, o por qué mucha gente recurre a ambas. Determinadas características de las medicinas pueden explicar que la población

-en nuestro caso, las mujeres embarazadas contagiadas por el VIH o que sospechan que pueden estarlo- sea reticente a utilizarlas -como sucede, por ejemplo, con el trato de los profesionales de la salud o el miedo a los rumores- y otras pueden limitar el acceso a los servicios, aun si los pacientes desean acudir a ellos -como sucede, por ejemplo, a causa de la distancia o los costes. Las características de las medicinas y la interpretación de la enfermedad forman parte de todos los modelos de procesos asistenciales,¹⁵ pero hay otros factores en juego.

Los modelos de procesos asistenciales provienen de la psicología social, de la geografía, de la sociología y de la antropología médica. Normalmente trabajamos con adaptaciones que incluyen y fusionan elementos de distintos modelos. Es importante tener en cuenta que, al ser modelos centrados en la acción y en los factores que la condicionan, unos autores ponen el énfasis en la agentividad -la capacidad de las personas de decidir sobre sus acciones- y otros en los límites estructurales a la acción -teniendo en cuenta la estructura ideológico-cultural¹⁶ y sociopolítica, y no sólo la material. Sería tan erróneo pensar en una determinación estructural absoluta como creer que la fuerza de la voluntad y el saber hacer permiten franquear cualquier obstáculo. Lo que necesitamos es comprender (1) tanto los obstáculos estructurales a la acción¹⁷ como las estrategias activadas, con o sin éxito, para superarlos; y (2) los grupos particularmente vulnerables. Uno de estos grupos lo constituyen las adolescentes embarazadas; una serie de estudios realizados en Nigeria (Okonofua et al., 1992), Kenia (Magadi et al., 2000) y Uganda (Mbonye et al., 2005) muestran que las adolescentes y las mujeres embarazadas solteras son las que menos acceden a los servicios antenatales.

Cuando trabajamos con modelos de procesos asistenciales es muy importante tener en cuenta que el acceso difícilmente se explica por un factor por sí solo. El peso, así como el impacto de los factores, debe entenderse en relación y en contexto. Así, por ejemplo, aunque una enfermedad se considere grave, la acción será muy distinta si se sabe que hay recursos terapéuticos en el centro de salud o si no los hay

13 Ante problemas sin solución, ante el dolor que no cesa, ante la duda, el pluralismo médico ofrece siempre una esperanza después de cada fracaso (Benoist, 1996).

14 El pragmatismo puede ser de dos tipos: (1) cuando biomedicina y medicinas tradicionales se utilizan para tratar distintos aspectos de la enfermedad "porque funcionan"; y (2) cuando el cambio de una medicina a otra se debe a razones prácticas materiales (por ejemplo, los costes) o emocionales (por ejemplo, el trato).

15 Véase Conner & Norman (1995) y Hausmann-Muela, Muela & Nyamongo (2003)

16 Por ejemplo, la capacidad de actuar (agentividad) depende, entre otros muchos factores, de la percepción que de sí mismas tienen las mujeres (Ana Loforte).

17 El capítulo de Kalipeni, Ghosh & Valhmu presenta un marco conceptual complejo pero claro que permite organizar los factores que contribuyen a la vulnerabilidad ante VIH/sida, incluyendo los límites estructurales a la atención sanitaria.

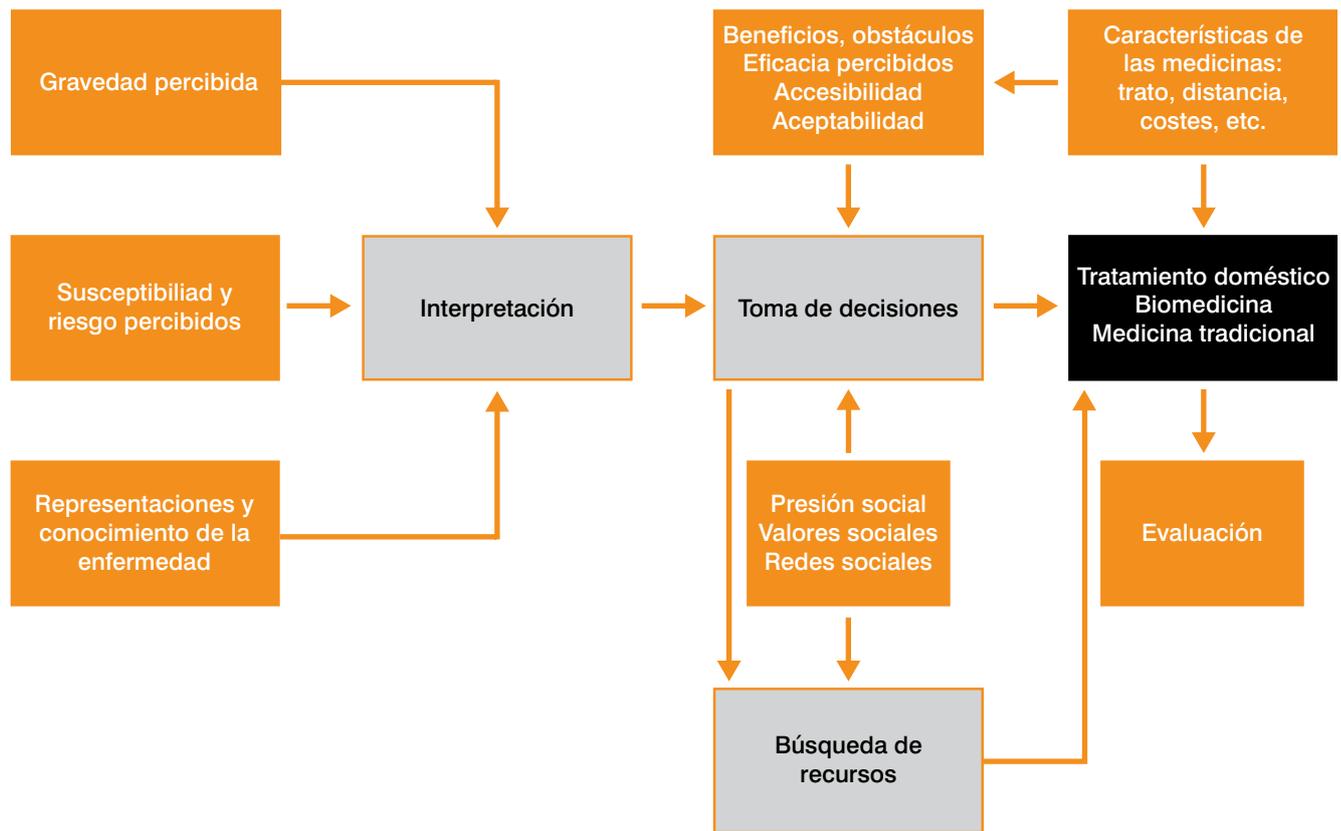


Fig. 3. Factores que inciden en los procesos asistenciales. En gris, los procesos.

El modelo que presento a continuación incluye factores del Health Belief Model, del modelo procesual de Good, del modelo socioconductual de Andersen y de la teoría de la conducta planeada de Ajzen (fig 3):

Cuando trabajamos con modelos de procesos asistenciales es muy importante tener en cuenta que el acceso difícilmente se explica por un factor por sí solo. El peso, así como el impacto de los factores, debe entenderse en relación y en contexto. Así, por ejemplo, aunque una enfermedad se considere grave, la acción será muy distinta si se sabe que hay recursos terapéuticos en el centro de salud o si no los hay; la distancia es un obstáculo mayor en épocas de máximo trabajo; los beneficios percibidos deben entenderse en relación con los obstáculos percibidos -los costes del tratamiento o el estigma del diagnóstico si el resultado es VIH-, etc. Debemos tener en cuenta también que la eficacia percibida de los fármacos, por ejemplo, en principio no excluye la convicción de que otras acciones terapéuticas -sean tradicionales, neotradicionales o nuevas modas- son igualmente eficaces, como muestra (dramáticamente) la práctica de mantener relaciones sexuales con vírgenes.

No podemos detenernos en todos los factores en juego, pero las redes sociales, los valores y la presión social merecen que les dediquemos unas líneas. El estigma que sufren las personas afectas de VIH y las ideologías de género que impregnan tanto la toma de decisiones como el acceso desigual a los recursos económicos y terapéuticos forman parte de los valores sociales. El apoyo de la red social es fundamental para el acceso a los servicios antenatales. Distinguiremos (1) las personas que aconsejan, participan en rituales allá donde los hay, acompañan a las mujeres a los servicios antenatales, etc. (suelen ser mujeres); (2) las que pagan los costes directos e indirectos de los servicios biomédicos; y (3) la presión de los pares, por ejemplo en el caso de adolescentes que instan a otros adolescentes a acudir a clínicas de enfermedades de transmisión sexual.

Puesto que el embarazo es un asunto familiar, los procesos asistenciales deben entenderse en el contexto de la organización social de la procreación y de las ideologías de género y de parentesco:¹⁸ es importante saber quién o quiénes deciden dónde acudir cuando la mujer está embarazada y cuando se sospecha que puede estar contagiada por el VIH, saber cómo se toman las decisiones, conocer los mecanismos que se uti-

¹⁸ Véase el capítulo de Ana Loforte.

lizan para forzar a las mujeres a que las sigan y saber si ellas activan estrategias para contrarrestar la presión social. También es importante conocer las razones de la falta de apoyo social, como la existencia de unidades domésticas pequeñas y pobres, la ausencia de personas relevantes, el desinterés de los maridos, el estigma, etc.¹⁹

Recomendaciones

El pluralismo médico es un marco conceptual que permite ir más allá de las “creencias” y de las medicinas tradicionales descontextualizadas: invita a pensar en términos de relaciones e incluye como objeto de estudio los recursos médicos presentes en la comunidad,

las representaciones de la enfermedad y el uso que la población hace de esos recursos. Como marco conceptual, permite sistematizar y ordenar una amplia gama de factores, lo que favorece el análisis²⁰ de problemas y realidades complejas en un período de tiempo relativamente corto, adaptado a la duración del proyecto.

El pluralismo médico es un marco conceptual que permite ir más allá de las “creencias” y de las medicinas tradicionales descontextualizadas: invita a pensar en términos de relaciones e incluye como objeto de estudio los recursos médicos presentes en la comunidad, las representaciones de la enfermedad y el uso que la población hace de esos recursos. Como marco conceptual, permite sistematizar y ordenar una amplia gama de factores, lo que favorece el análisis de problemas y realidades complejas en un período de tiempo relativamente corto, adaptado a la duración del proyecto

Aunque en este capítulo me he centrado en las medicinas tradicionales, los programas que incluyen la perspectiva del pluralismo médico no sólo deben tener en cuenta posibles colaboraciones con la medicina tradicional,²¹ sino también la participación comunitaria en la gestión de la salud.²²

¹⁹ Telfer et al. (2002).

²⁰ Objetivos claros, marco conceptual sólido y diseño metodológico adecuado a la problemática que estudiamos son las claves para una buena investigación. Véase el capítulo sobre metodología de la investigación de Iqbal Shah.

²⁰ Véase el capítulo de Jo Wreford sobre la colaboración entre medicina tradicional e instituciones biomédicas.

²¹ Véase el capítulo de Jo Wreford sobre la colaboración entre medicina tradicional e instituciones biomédicas.

²² El caso de la organización TASO de Uganda es un buen ejemplo de este tipo de participación y de protagonismo comunitario a que me refiero (véase el capítulo de Noerine Kaleeba).

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE J. MUELA

- Es necesario ejercer un control sobre la calidad de las medicinas tradicionales y el papel que las asociaciones de sanadores pueden jugar en regular la medicina tradicional, con criterios que no provengan sólo de la ciencia.
- Cuestionamiento: ¿los sanadores tradicionales deberían ser capacitados para administrar fármacos en situaciones de emergencia y ante la imposibilidad de derivar a sus pacientes a un centro de salud?

Referencias bibliográficas

- Amselle, J.L.**, 1990 *Logiques mé-tissées. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*. Paris: Payot.
- Benoist, J. (ed.)**, 1996 *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.
- Conner, M. & Norman, P. (eds.)**, 1995 *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Dunn, F.**, 1976 *Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems*, en Leslie, C. (ed.) *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.
- Evans-Pritchard, E.E.**, 1976 *Brujería, magia y oráculos entre los azande*. Barcelona: Anagrama.
- Fassin, D. & Fassin, E.**, 1988 *Traditional medicine and the stakes of legitimation in Senegal*. *Social Science and Medicine*, 27(4): 353-357.
- Field, M.**, 1976 *The modern medical system: The Soviet variant*. En Leslie, C. (ed.) *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.
- Gluckman, M.**, 1976 *La lógica de la ciencia y la brujería africanas*, en Llobera, J.R., (ed.) *Ciencia y brujería*. Barcelona: Anagrama.
- Hausmann-Muela, S., Muela Ribera, J. & Tanner, M.**, 1998 *Fake malaria and hidden parasites – The ambiguity of malaria*. *Anthropology and Medicine*, 5(1):43-61.
- Hausmann-Muela, S., Muela Ribera, J., Mushi, A.K. & Tanner, M.**, 2002 *Medical syncretism with reference to malaria in a Tanzanian community*. *Social Science & Medicine*, 55:403-413.
- Hausmann-Muela, S., Muela Ribera, J. & Nyamongo, I.**, 2003 *Health-Seeking Behaviour and the Health System Response*, DCP (Disease Control Priorities Project), DCP Working Papers Series. <http://www.fic.nih.gov/dcpp/wps.html>.
- Helman, C.**, 2001 *Culture, Health and Illness*. London: Arnold Publishers.
- Katz, R.**, 1982 *Boiling Energy. Community Healing Among the Kalahari Kung*. Harvard University Press
- Kleinman, A.**, 1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Leslie, C. (ed.)**, 1976 *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.
- Magadi, M.A., Madise, N.J., and Rodrigues, R.N.**, 2000 *Frequency and timing of ante-natal care in Kenya: explaining the variations*

- between women of different communities. Social Science and Medicine* 51: 551-561.
- Materia, E., Mehari, W., Mele, A., Rosmini, F., Stazi, M.A., Damen, H.M., Basile, G., Miuccio, G., Ferrigno, L., and Miozzo, A.**, 1993 *A community survey on maternal and child health service utilization in rural Ethiopia. European Journal of Epidemiology* 9: 511-516.
- Mbonye, A. K., Neema, S. and Magnusen, P.**, 2005 *Preventing malaria in pregnancy: a study of perceptions and policy implications in Mukono district, Uganda. Health Policy and Planning* 21: 17-26.
- Ndyomugenyi, R., Neema, S. and Magnusen, O.**, 1998 *The use of formal and informal services for antenatal care and malaria treatment in rural Uganda. Health Policy and Planning* 13: 94-102.
- Okonofua, F. E., Feyisetan, B. J., Davies-Adetugbo, A. and Sanusi, Y. O.**, 1992 *Influence of socio-economic factors on the treatment and prevention of malaria in pregnant and non-pregnant adolescent girls in Nigeria. Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 95: 309-315.
- Pires Lucas d'Oliveira, A.F., Grilo Diniz, S. and Blima Schraiber, L.B.**, 2002 *Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. The Lancet*, 359(9318): 1681-1685.
- Press, I.**, 1980 *Problems in the definition and classification of medical systems. Social Science and Medicine*, 14B:45-57.
- Rekdal, O.B.**, 1999 *Cross-cultural healing in East African ethnography. Medical Anthropology Quarterly* 13(4): 458-482.
- Schultz, L.J., Steketee, R.W., Chitsulo, L., Macheso, A., Nyasulu, Y., and Ettling, M.**, 1994 *Malaria and childbearing women in Malawi: knowledge, attitudes and practices. Tropical Medical Parasitology* 45: 65-69.
- Staiton Rogers, W.**, 1991 *Explaining health and illness. An exploration of diversity*, London: Harvester Wheatsheaf.
- Telfer, M.L., Rowley, J.T. and Walraven, G.E.L.**, 2002 *Experiences of mothers with antenatal, delivery and postpartum care in rural Gambia. African Journal of Reproductive Health*, 6(1): 74-83.
- Varga, C. A. and Veale, J. H.**, 1997 *Isi-hlambezo: Utilization patterns and potential health effects of pregnancy-related traditional herbal medicine. Social Science and Medicine* 44: 911-924.
- Velimirovic, B.**, 1990 *Is integration of traditional and western medicine possible?* en: Coreil, J. and Mull, J.D. (eds). *Anthropology and Primary Health Care*. Oxford: Westview Press.
- Waxler-Morrison, N.**, 1988 *Plural medicine in Sri Lanka: Do ayurvedic and western medical practices differ? Social Science and Medicine*, 27(5): 531-544.
- World Health Organization**, 1978 *The promotion and development of traditional medicine*. Geneva: WHO.
- World Health Organization**, 2002 *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Geneva: WHO
- World Health Organization and UNICEF**, 2004 *Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities*. Geneva: World Health Organization and United nations Children's Fund.
- Yoder, P.S.**, 1997 *Negotiating relevance: belief, knowledge and practice in international health projects. Medical Anthropology Quarterly*, 11(2):131-146.



ABORDAJE DE LAS NECESIDADES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: USO APROPIADO Y OPORTUNO DE LOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Iqbal H. Shah

Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization, Geneva

Nota: los puntos de vista expresados en este capítulo pertenecen exclusivamente al autor del mismo y no reflejan necesariamente los de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Introducción

Desde los primeros años ochenta, la pandemia de la infección por el virus del inmunodeficiencia humana (VIH) ha representado un problema importante tanto en sufrimiento como en vidas humanas. Los países del África subsahariana siguen soportando la parte más dura de la epidemia mundial. En 2006, el 63% (24,7 millones) de los 39,5 millones de personas infectadas en todo el mundo por el VIH residía en el África subsahariana (UNAIDS y OMS, 2006). En el conjunto de los 4,3 millones de personas que presentaron infección inicial por el VIH en 2006, 2,8 millones residían en el África subsahariana, lo que representa una cifra mayor que la cifra total combinada correspondiente al resto de las regiones del mundo. En 2006, el 72% (2,1 millones) de los fallecimientos por síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) que tuvieron lugar en todo el mundo (2,9 millones) se produjo en la región del África subsahariana. Las mujeres de esta región son las que soportan una carga mayor en relación con la infección por VIH/sida; tienen una probabilidad mayor que los hombres de sufrir infección por el VIH y también son las que más participan en el cuidado de los pacientes que sufren esta enfermedad. En el conjunto de las personas de todas las edades, el 59% (17,7 millones) de las personas infectadas por el VIH que vivían en África subsahariana en 2006 era de sexo femenino, lo que representa un incremento de más de 1 millón de personas desde 2004. Por cada 10 hombres adultos infectados por VIH y residentes en esta región hay aproximadamente 14 mujeres adultas seropositivas.

A pesar de las iniciativas concertadas que se han llevado a cabo para «detener la marea», se ha mantenido un incremento continuado en el número de personas infectadas por VIH, en el número de nuevas infecciones y en el número

de fallecimientos anuales por sida. La respuesta mundial frente a la pandemia ha sido impresionante en términos de apoyo económico y profesional. En conjunto, se han dedicado recursos significativos a los programas y a las distintas formas de intervención para la prevención y el control de la infección por el VIH, así como para la asistencia de los pacientes que sufren infección por VIH/sida. Últimamente, los distintos gobiernos nacionales y la comunidad mundial han centrado su atención en la provisión de tratamiento antirretroviral, de manera que se ha estimado que en junio de 2006

estaba recibiendo este tipo de tratamiento aproximadamente 1 millón de personas en África subsahariana.

La pandemia del VIH también ha aunado los esfuerzos de científicos de disciplinas tan diversas como las ciencias sociales (antropología, demografía, economía, psicología, sociología), la epidemiología, la salud pública y las ciencias biomédicas con el objetivo de encontrar soluciones a diversas cuestiones complejas como los cambios del comportamiento, el cumplimiento de los tratamientos y otros aspectos que se han mantenido tradi-

cionalmente en el dominio de las ciencias sociales. La aparición de la pandemia por el VIH también ha llevado a la palestra pública el hasta ahora tema tabú de la sexualidad y el comportamiento sexual. Debido a que los distintos programas y formas de intervención han tenido un éxito menor del esperado, y teniendo en cuenta que el acceso a los servicios asistenciales en el contexto de la infección por el VIH todavía presenta limitaciones importantes a pesar de sus dotaciones económicas y de personal sanitario relativamente adecuadas, la atención se ha centrado actualmente en la búsqueda de respuestas al «por qué» de la falta de buenos resultados y al «cómo» eliminar las barreras para incrementar el acceso a dichos servicios. ¿Por qué algunos programas dan buenos resultados mientras

En la presentación de la *Commission on Social Determinants of Health*, de la OMS, el ex director general de la OMS, el Dr. J.W. Lee, señaló: La salud pública es un problema social... las intervenciones dirigidas hacia la reducción de la enfermedad y el ahorro de vidas sólo tienen éxito cuando contemplan adecuadamente los determinantes sociales de la salud

que otros fracasan?, ¿por qué las personas siguen presentando comportamientos sexuales de riesgo a pesar de que saben la manera de protegerse? Los especialistas en salud pública acuden con una insistencia cada vez mayor a los expertos en ciencias sociales para el uso por sí mismos o a través de estos expertos de los métodos de investigación cualitativa, con el objeto de rellenar las lagunas de conocimiento y mejorar así la provisión de los servicios a las personas con mayor necesidad de los mismos. En la presentación de la *Commission on Social Determinants of Health*, de la OMS, el ex director general de la OMS, el Dr. J.W. Lee, señaló:

La salud pública es un problema social... las intervenciones dirigidas hacia la reducción de la enfermedad y el ahorro de vidas sólo tienen éxito cuando contemplan adecuadamente los determinantes sociales de la salud. (Lee, 2005).

En este capítulo se aborda el papel que desempeñan los métodos de investigación cualitativa en ciencias sociales, en lo relativo al ofrecimiento de la información que necesitan de manera crítica los especialistas en salud pública y los gestores de programas para mejorar la calidad de los servicios sanitarios de salud sexual y reproductiva, así como la accesibilidad a los mismos. La investigación cualitativa está justificada por sí misma para la generación y el incremento del conocimiento, a través de la elaboración de teorías o del análisis de las creencias y los comportamientos de las personas en los diferentes contextos culturales. Sin embargo, el objetivo de este capítulo está fundamentado en su relevancia para la salud pública.

En primer lugar se definen los métodos cualitativos, se destaca su importancia en el contexto de la salud pública y se exponen las razones que han dado lugar al abandono relativo por parte de los especialistas en salud pública y de los gestores de los programas. Después, se describe el potencial de los métodos cualitativos y se ilustra dicho potencial con un ejemplo. El capítulo concluye con una recomendación de estrategia de triangulación de los métodos de investigación como abordaje óptimo para cuantificar y evaluar el acceso a los servicios, una información de carácter clave para la implementación de intervenciones culturalmente apropiadas, localmente aceptables y con posibilidades de éxito.

Objetivo

El objetivo principal de este capítulo es la revisión del potencial de los métodos de investigación cualitativa en el abordaje de las necesidades sa-

nitarias sexuales y reproductivas de las personas, a través del análisis detallado de los factores de contexto e individuales subyacentes a dichas necesidades.

Definición del problema

Los métodos de investigación cualitativa ofrecen un soporte científico único y de gran valor para el conocimiento y el análisis de los factores de contexto e individuales subyacentes que facilitan o dificultan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. No obstante, su implementación ha sido irregular y el análisis de sus resultados desigual. En este capítulo se evalúan las razones de ello y se sugiere una estrategia para la armonización de los métodos cualitativos y cuantitativos.

Métodos de investigación cualitativa: definición y objetivo

La investigación cualitativa se define en mayor medida por su objetivo que por los métodos que utiliza. Cuando los objetivos principales son los de «explorar» y «explicar» los comportamientos -más que los de «cuantificar» y «describir» dichos comportamientos-, o bien cuando no existe familiaridad con los distintos problemas o se desconoce el vocabulario utilizado a nivel local, los métodos de investigación cualitativa ofrecen las opciones de investigación necesarias para rellenar las lagunas de conocimiento. Las características de la investigación cualitativa destacadas por Ulin y otros (2002) son las siguientes:

- Cuestionamiento del porqué, el cómo y las circunstancias en las que ocurren las cosas
- Análisis detallado de la información
- Contemplación holística de los fenómenos sociales
- Exploración y descubrimiento
- Ofrecimiento de información respecto a los significados de las decisiones y las acciones
- Aplicación de una metodología de interpretación y de otros métodos de carácter abierto
- Una aproximación de carácter iterativo, más que fijo
- Una aproximación de carácter emergente, más que preestructurada
- Implicación de los afectados como participantes activos, más que como sujetos
- Definición del investigador como un instrumento en el proceso de investigación

La investigación cualitativa parte de tres asunciones básicas. En primer lugar, la necesidad del análisis detallado de los datos relativos a los significados culturales, a los valores y a los patrones de comportamiento culturalmente acep-

tados, con objeto de obtener una serie de explicaciones culturales que no se pueden representar de manera numérica. En segundo lugar, la necesidad de un abordaje holístico de los patrones culturales de comportamiento. En tercer lugar, la manifestación de un grado de uniformidad u homogeneidad de los patrones culturales del grupo social o la comunidad concretos, lo que facilita la aplicación a todo un grupo social o comunidad de la información obtenida a través de unos pocos componentes de la misma.

En la investigación de la salud sexual y reproductiva se ha aplicado una amplia gama de técnicas cualitativas. Sin embargo, la discusión detallada de su amplitud, solidez y limitaciones queda fuera del objetivo de este capítulo. Los abordajes principales se pueden agrupar en tres: 1) entrevistas individuales

Los métodos de investigación cualitativa ofrecen un soporte científico único y de gran valor para el conocimiento y el análisis de los factores de contexto e individuales subyacentes que facilitan o dificultan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. No obstante, su implementación ha sido irregular y el análisis de sus resultados desigual. En este capítulo se evalúan las razones de ello y se sugiere una estrategia para la armonización de los métodos cualitativos y cuantitativos.

detalladas (el «contacto de conversación»), que incluyen las entrevistas con informadores clave y el estudio de casos; 2) enfoques de entrevista en grupo, que incluyen las discusiones de grupo con objetivos concretos (DGOC), las entrevistas informales de grupo y las técnicas de investigación de acción mediante participación (IAP), y 3) las técnicas de observación que consisten básicamente en la observación informal y no estructurada de los participantes, de los acontecimientos específicos y de las interacciones. En la Tabla 1 se exponen los métodos utilizados con mayor frecuencia en función del objetivo de la investigación, el abordaje y la técnica de investigación.

Tabla 1. Técnicas principales de investigación cualitativa, en función de la pregunta planteada y de la metodología (adaptado de Sommers y Sommers, 1986)

PREGUNTA A PLANTEADA EN EL ESTUDIO	ABORDAJE	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN
¿Cómo se comportan las personas en público?	Observación de las personas	Observación de los participantes
¿Como se comportan las personas en privado?	Solicitud para que rellenen un diario	Documentos personales
¿Qué piensa la gente o cómo se comporta en privado?	Pregunta directa	Entrevistas detalladas
¿Dónde van las personas?	Seguimiento de sus movimientos	Definición de sus comportamientos
¿Cuáles son los comportamientos normales (aceptados o esperados)?	Discusiones de grupo	Discusiones de grupo centradas en objetivos
¿Cuál es el vocabulario local (utilizado para definir la enfermedad, los comportamientos u otras cuestiones)?	Pregunta directa	Listas libres
¿Cómo se deben organizar e investigar los patrones de comportamiento?	Agrupación sistemática de los ítems a partir de listas libres	Clasificación de grupos

Hay diversos abordajes en investigación aplicada, en los que se combinan técnicas cualitativas y cuantitativas de obtención de datos. Algunas de estas técnicas se aplican sobre comunidades y otras sobre servicios o sobre las distintas formas de provisión de los servicios. Los «procedimientos de abordaje rápido» se iniciaron mediante el «abordaje rural rápido» (RRA, rural rapid appraisal), y son utilizados por equipos multidisciplinarios para la obtención de datos a través de las personas que conforman las comunidades. La expansión de este método mediante la implicación de los miembros de la comunidad como agentes activos en la obtención y análisis de la información, así como en los procesos de toma de decisiones, dio lugar al enfoque denominado «abordaje rural participativo» (PRA, participatory rural appraisal). El PRA está constituido por un conjunto de métodos para la realización de una investigación participativa y cualitativa, con el objetivo de facilitar a los individuos la descripción y el análisis de su propia situación, con evaluación de las limitaciones y las oportunidades. El PRA es más un abordaje y una herramienta para el desarrollo comunitario que una estrategia de investigación. La prioridad es la de conseguir la información que permita llevar a cabo acciones, más que información para incrementar los conocimientos con una aplicación más amplia.

Los «procedimientos de valoración rápida» (RAP, rapid assessment procedures) facilitan la adaptación de los métodos etnográficos para la recogida de información cualitativa sobre los puntos de vista y las creencias de las personas acerca de la salud y de los distintos aspectos del tratamiento y la prevención de las enfermedades. También ofrecen información acerca de los factores sociales y culturales que influyen en los comportamientos. Los «estudios etnográficos por objetivos» (FES, focused ethnographic studies) son otro procedimiento de evaluación rápida que aplica técnicas de investigación etnográfica para abordar las cuestiones de relevancia en la planificación de las intervenciones. Este abordaje se ha utilizado para el estudio de los comportamientos sexuales y de la infección por VIH/ETS, e implica generalmente la entrevista a informadores clave,

la visita a la comunidad y a los centros de salud, y el conocimiento del tejido social. Además, ofrece información acerca de los factores de contexto que pueden limitar el acceso a los servicios por parte de las personas que los necesitan.

Contribución de la investigación cualitativa a la salud pública

La investigación cualitativa ha contribuido a la salud pública en numerosos aspectos. En algunos casos ha permitido diversos descubrimientos y en otros ha facilitado la identificación de los patrones que refuerzan o compensan la susceptibilidad de los individuos y las comunidades frente a los problemas de tipo sanitario. Un ejemplo del primer tipo es el descubrimiento del Dr. John Snow (1813-1858) de que el cólera no se transmitía a través del aire contaminado (la teoría prevaleciente en aquella época) sino a través del agua contaminada por las deyecciones de los pacientes con cólera. Mediante entrevistas con los residentes locales, el Dr. Snow identificó la causa del brote de cólera en Soho, Inglaterra, en 1854. En una carta al director de *Medical Times and Gazette*, el Dr. Snow escribió:

Tras acudir a la zona, observé que casi todos los fallecimientos se habían producido a una distancia muy corta de la fuente de agua de Broad Street. Sólo se produjeron 10 fallecimientos en hogares situados claramente alrededor de otra fuente de agua de la calle. En cinco de estos

casos, las familias de los fallecidos me informaron que siempre cogían el agua de la fuente de Broad Street debido a que preferían este agua a la de las fuentes más cercanas a su domicilio. En otros tres casos, los fallecidos eran niños que iban a un colegio situado cerca de la fuente de agua de Broad Street...

Un ejemplo reciente es el desarrollo de una intervención participativa, sostenible y de bajo coste económico con grupos de mujeres de áreas rurales de Nepal, con la que se consiguió una reducción del 30% en la mortalidad neonatal y otros muchos resultados positivos en salud pública (Manandhar y otros, 2004). Al tiempo que los métodos de investigación cuantitativa como

las entrevistas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) o los ensayos clínicos con asignación aleatoria (ECAT) describen las relaciones causa-efecto, los métodos cualitativos ofrecen explicaciones de este tipo de relaciones y facilitan el desarrollo de intervenciones tanto preventivas como asistenciales.

Barreras al uso adecuado de los métodos de investigación cualitativa

El alcance y el objetivo de los métodos de investigación cualitativa deberían hacer que ésta tuviera un atractivo importante para los planificadores de desarrollo, los profesionales de la salud pública y los investigadores, aunque las estadísticas sobre su grado de aceptación y utilización son por lo menos contradictorias. Las razones van desde la falta de reconocimiento y el error de concepto en lo que se refiere al objetivo de los métodos cualitativos, hasta su aplicación equivocada o la interpretación errónea de sus resultados.

Falta de reconocimiento y conocimiento

La mayor parte de los planificadores de desarrollo y de los profesionales de la salud pública sigue utilizando principalmente información cuantitativa expresada de manera numérica a la hora de tomar decisiones acerca del diseño y la implementación de los programas. Entre otros investigadores, Chambers (1997) y Bleek (1987) se refieren al paradigma cuantitativo predominante que anula o minimiza los métodos y los resultados de la investigación cualitativa. Chambers (1997: 39) señala que:

Entre las distintas especialidades y dentro de cada una de las mismas, el estatus y el nivel de respeto son valores apreciados que se consiguen a través de la cuantificación, de técnicas matemáticas y de la precisión. Las profesiones o disciplinas que desarrollan o adoptan técnicas precisas de medición tienen un desarrollo mayor: en Reino Unido, la psicología clínica sufrió un avance importante tras la introducción de los tests psicológicos y de las terapias del comportamiento de carácter mecanicista; los sociólogos han perseguido el respeto «científico» a través de la aplicación de cuestionarios que generan números susceptibles de análisis estadístico, y los investigadores que usan sistemas de trabajo de campo también han realizado encuestas para conseguir cifras que se pueden utilizar en análisis multivariados con los cuales impresionar o desconcertar a sus colegas.

Algunos antropólogos y sociólogos han utilizado encuestas de carácter cuantitativo con objeto de

alcanzar un respeto científico. Bleek (1987: 317) explica esta situación:

A menudo me sentía reprendido por los colegas, respecto a la debilidad estadística de mi investigación. Se ponía en duda la representatividad de mis resultados debido a que en la muestra evaluada sólo participaban 42 adultos.

En efecto, en muchos círculos correspondientes a la salud pública se siguen cuestionando el rigor científico, la capacidad de extrapolación y la fiabilidad de los datos cualitativos. Por falta de tiempo y escasa familiaridad con los métodos cualitativos, los gestores de programas y los profesionales de la salud pública ha seguido utilizando fundamentalmente información cuantitativa, que es contemplada como más precisa. No es infrecuente encontrar profesionales médicos que a menudo desconocen los métodos cualitativos y que consideran los mismos como «poco científicos» y sus resultados como «anecdóticos». Además, algunos expertos sostienen el punto de vista erróneo de que los métodos cualitativos no son compatibles con la toma de decisiones «basada en la evidencia» debido a que no ofrecen información procedente de grandes estudios de encuesta o de ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria y control, con grupos de intervención y control en los que se lleva a cabo un seguimiento en el tiempo para determinar relaciones causa-efecto específicas.

Interpretación errónea del objetivo de los métodos cualitativos

La falta de conocimiento de los métodos cualitativos, especialmente entre los especialistas cuya formación básica en investigación de ciencias sociales es escasa o nula, así como la familiaridad con las presentaciones de tipo numérico, ha hecho que algunos expertos utilicen abordajes de tipo cualitativo para definir y describir numéricamente comportamientos como la incidencia de aborto, el porcentaje de personas que utilizan preservativos, etc. Algunos profesionales de la salud pública y gestores de programas han limitado su interés por los métodos cualitativos al conocimiento de las características socioeconómicas y demográficas de las personas que acceden a los servicios. Así, los métodos cualitativos son contemplados erróneamente como un sustituto barato de las encuestas CAP cuantitativas de gran envergadura. Esta expectativa respecto a los métodos cuantitativos limitada al comportamiento de «descripción» ha dado lugar a errores y a resultados inútiles.

Aplicación errónea

En trabajos publicados y no publicados hay ejemplos de la aplicación errónea de estos fundamentos, tal como el uso de las DGOC para la obtención de información personal o la aplicación de técnicas estadísticas a los datos obtenidos en las DGOC. Además, las encuestas CAP se han usado para conseguir información acerca de actitudes, creencias, percepciones y causas, que se abordan mucho mejor a través de métodos de investigación cualitativa. Esta falta de congruencia entre los métodos y los objetivos de los estudios ha debilitado la utilización en salud pública de los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo por las ciencias sociales.

Aplicación errónea del modelo biomédico: el ejemplo de las revisiones críticas

Los principios éticos de la necesidad del consentimiento informado para la participación en un estudio, de la privacidad y de la confidencialidad de la información tienen una aplicación universal. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en las intervenciones biomédicas, los métodos de investigación cualitativa consistentes en la conversación con los individuos o en la observación de los mismos no conllevan ningún riesgo para la salud. No obstante, la mayor parte de los comités de ética aplica el modelo biomédico a la investigación en ciencias sociales a la hora de revisar los procedimientos éticos. Así, casi todos estos comités están constituidos por personas que están familiarizadas únicamente con los métodos e intervenciones de la investigación biomédica, y que –por tanto– carecen de los conocimientos básicos de los métodos y procedimientos de la investigación cualitativa. Algunos de dichos comités señalan que las entrevistas y observaciones personales son tan peligrosas y conllevan un riesgo tan importante para el individuo como los tratamientos o procedimientos terapéuticos que se llevan a cabo en el contexto de los ensayos clí-

nicos. Suele darse que estos comités soliciten el consentimiento informado de todas las personas presentes (por ejemplo, en una ceremonia o ritual de tipo sanitario) antes de la observación antropológica del participante. La revisión de las propuestas de investigación de las ciencias sociales a través de un punto de vista biomédico ha dado lugar con frecuencia a una distorsión del objetivo, el diseño y la implementación de este tipo de investigación.

No es infrecuente el recurso a los métodos cualitativos cuando las cosas «no van según lo planificado».

Muchos programas de intervención dotados con abundantes recursos económicos y humanos se fundamentan en una información escasa o nula de la perspectiva de las personas que necesitan estos programas. Cuando estas intervenciones no dan lugar al resultado esperado, los políticos sanitarios recurren a la investigación cualitativa para descubrir las razones de la falta de éxito en sus objetivos. Por supuesto, el uso de estos métodos cualitativos puede ofrecer información, aunque muchos de estos programas se podrían salvar mediante la realización de un análisis cualitativo «antes» de la implementación de la intervención, más que «después» de ello.

falta de buenos resultados. En el estudio cualitativo y detallado de seguimiento para determinar las razones del fracaso del programa, se obtuvo abundante información que podría haber sido útil para un diseño más efectivo de la intervención, si se hubiera aplicado desde el principio. Por ejemplo, se demostró que los clínicos eran reacios a la distribución de preservativos femeninos debido a que temían ser

Aplicación a destiempo

No es infrecuente el recurso a los métodos cualitativos cuando las cosas «no van según lo planificado». Muchos programas de intervención dotados con abundantes recursos económicos y humanos se fundamentan en una información escasa o nula de la perspectiva de las personas que necesitan estos programas. Cuando estas intervenciones no dan lugar al resultado esperado, los políticos sanitarios recurren a la investigación cualitativa para descubrir las razones de la falta de éxito en sus objetivos. Por supuesto, el uso de estos métodos cualitativos puede ofrecer información, aunque muchos de estos programas se podrían salvar mediante la realización de un análisis cualitativo «antes» de la implementación de la intervención, más que «después» de ello.

Ulin y otros (2002) han publicado uno de estos casos donde el programa para el ofrecimiento de preservativos femeninos y de información relacionada con los mismos fue suspendido, debido a su «aparente»

acusados de proporcionar los preservativos contaminados con el VIH, un rumor que circulaba por la comunidad. Las entrevistas con las mujeres revelaron que muchas conocían el método, pero que no lo solicitaban debido a que consideraban que los médicos no tenían los preservativos, o pensaban que eran ineficaces e incluso peligrosos. Las discusiones en grupo centradas en objetivos ofrecieron información adicional respecto a las relaciones de poder y a las diferencias de género en el contexto de la comunidad, con una consideración detallada del grado de aceptación del preservativo femenino. Toda esta información fue útil para abordar los distintos aspectos sociales y culturales, pero llegó demasiado tarde para su consideración en el diseño del programa, que ya había sido retirado debido a que la investigación cuantitativa había demostrado su «falta de éxito».

La información ofrecida por la investigación cualitativa puede ser determinante para el diseño de las intervenciones apropiadas, que permitan cubrir las necesidades y preferencias de las personas.

El camino a seguir: la triangulación

Se ha dedicado mucha energía intelectual al debate de la superioridad de un método de investigación sobre el otro. Sin embargo, la combinación e integración de los métodos y los datos correspondientes a una misma cuestión ofrece un abordaje más completo y general, de gran utilidad para el diseño de programas apropiados. Un buen proyecto de investigación de ciencias sociales debe «describir» y «explicar». Hay cada vez más pruebas de que la aplicación de cualquiera de estos dos métodos por separado no solamente es un abordaje incompleto y poco útil, sino que en ocasiones puede conducir a errores. Aplicados en conjunto, ambos abordajes ofrecen información para describir, explorar y explicar el comportamiento, teniendo en cuenta de manera plena los factores del contexto y la forma con la que éstos influyen sobre los comportamientos y respuestas individuales.

Crece progresivamente el número de estudios que incluyen componentes cualitativos y cuantitativos. Uno de estos estudios ha sido patrocinado por la Organización Mundial de la Salud en Kenya, Sudáfrica, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabue. Los objetivos planteados fueron: a) definir las perspectivas de los individuos sexualmente activos acerca de los riesgos de infección por el VIH/sida y de embarazos no

deseados; b) investigar las estrategias consideradas por los individuos sexualmente activos como formas apropiadas, prácticas y eficaces para eliminar estos riesgos, y c) evaluar las oportunidades y las limitaciones de la modificación del comportamiento con un énfasis especial en la comunicación con la pareja. En el diseño del estudio se incluyeron las DGOC, seguidas por una encuesta y por entrevistas detalladas a los hombres y mujeres con comportamientos sexual y reproductivo de riesgo elevado. Los participantes que cumplían los criterios necesarios para el estudio fueron mujeres sexualmente activas de 18 a 39 años de edad, junto con sus parejas masculinas (parejas casadas o de hecho). Las localizaciones en las que se llevó a cabo el estudio fueron un área urbana y un área rural en cada país.

En general, las DGOC ofrecieron información que demostraba la existencia de barreras importantes para el uso del preservativo en el contexto de la pareja. También lo revelaron las respuestas consideradas normales y la existencia de diferencias de género. Por ejemplo:

- *Los preservativos están bien, pero no se pueden aplicar en nuestra cultura.*

[Hombres de una zona urbana, Uganda]

- *Los hombres no los van a utilizar con sus esposas, debido a que ellas no son prostitutas.*

[Mujer de una zona rural, Kenya]

- *El uso del preservativo con la propia esposa es prácticamente imposible.*

[Mujer de una zona urbana, Uganda]

- *Si te ven con un preservativo ya estás estigmatizado... de manera que sólo llevarlo encima es ya un problema.*

[Hombres de una zona rural, Kenya]

Teniendo en cuenta únicamente los resultados de la DGOC, se podría concluir que en estos grupos sociales el uso del preservativo en el contexto de la pareja o el matrimonio es escaso o nulo. Sin embargo, en la encuesta de carácter cuantitativo efectuada a 6.140 hombres y mujeres de las distintas localizaciones del estudio, se demostró que un porcentaje no despreciable de mujeres casadas o con parejas de hecho utilizaba el preservativo (Tabla 2).

USO DEL PRESERVATIVO	ZONAS URBANAS	ZONAS RURALES
SUDÁFRICA	%	%
Uso actual para planificación familiar	8,7	5,2
Uso constante/ocasional con la pareja	31,3	11,1
KENYA		
Uso actual para planificación familiar	2,2	1,7
Uso constante/ocasional con la pareja	14,5	11,6
UGANDA		
Uso actual para planificación familiar	5,6	3,1
Uso constante/ocasional con la pareja	21,8	11,0

Tabla 2. Porcentaje de mujeres casadas o con pareja estable que afirman utilizar el preservativo.

Los participantes en las entrevistas detalladas fueron seleccionados por sus respuestas al cuestionario de la entrevista general. En estas entrevistas más detalladas se pusieron en evidencia los mecanismos y las estrategias personales de superación utilizadas para abordar el riesgo doble: de infección por VIH, y de embarazos no deseados. Se observó que las mujeres que se consideraban a sí mismas bajo riesgo de infección por VIH, eran capaces de negociar con sus parejas el uso del preservativo. En conjunto, los métodos utilizados en este estudio ofrecieron información nueva que incluía las ventajas potenciales del uso del preservativo en el contexto de la pareja o el matrimonio, la capacidad de decisión de las mujeres respecto a los métodos anticonceptivos y al uso del preservativo, y las implicaciones clave de los distintos programas y normativas políticas. La triangulación de los métodos de investigación tuvo éxito para disipar los mitos de que los preservativos no se podían utilizar en el contexto del matrimonio en África y de que las mujeres carecen de cualquier capacidad de toma de decisiones. Los resultados del estudio constituyeron una oportunidad para

que los profesionales sanitarios promocionaran el uso del preservativo en el contexto de la pareja estable, y para que reforzaran el papel que desempeña la mujer, con capacitación de la misma para la decisión sobre el uso del preservativo. También se demostró la manera con la que cada método complementa a los demás en lo relativo a la obtención de información sobre los comportamientos personales de carácter responsable, y sobre el papel desempeñado por los factores de contexto. Los métodos cualitativos pueden ser especialmente útiles para ofrecer información en la evolución del proceso a través del cual se pueden incorporar los preservativos en la vida de pareja, mientras que el análisis integrado de los datos generados con los diferentes métodos puede facilitar la aplicación de programas de promoción del uso del preservativo más informados y eficaces que permitan abordar mejor las necesidades de las parejas casadas o de hecho que residen en el África subsahariana.

Conclusiones

Con el objetivo de ampliar el acceso a los servicios por parte de las personas que más los necesitan, los métodos cualitativos aplicados de manera apropiada y junto a los métodos cuantitativos pueden ofrecer ventajas importantes. Los

profesionales de la salud pública deben evitar el riesgo de utilizar únicamente información cuantitativa para abordar los distintos aspectos del comportamiento humano y de los procesos de toma de decisiones. Lo mejor es definir cuantitativamente el comportamiento y explicarlo de manera cualitativa.

Los métodos de investigación cualitativos están fundamentados en principios y procedimientos de carácter científico para la obtención de información objetiva acerca de los factores que dificultan o facilitan el uso de los servicios. La aplicación apropiada de estos enfoques requiere pericia, conocimientos y experiencia, con objeto de evitar los errores y la investigación redundante (p. ej., las entrevistas CAP son realizadas a menudo por profesionales sanitarios que no conocen la información ofrecida por otras encuestas). La aplicación a tiempo de los métodos cualitativos puede ser informativa para el diseño de políticas y programas, de manera que garantice su utilidad y su rentabilidad económica. Si el objetivo es el de crear un programa o el de diseñar una encuesta cuantitativa para determinar la incidencia de un resultado de carácter sanitario, los métodos cualitativos son clave. El uso de estos métodos debe preceder a la implementación del programa, más que aplicarse después de la misma. También deben usarse antes del diseño de cualquier encuesta o cuestionario, con objeto de incorporar en los mismos las preocupaciones y terminología locales. Aplicados de manera oportuna y apropiada, los estudios cualitativos pueden ofrecer información de gran importancia para reducir la morbilidad y la mortalidad, así como para evitar costes económicos innecesarios, tal como se ha demostrado en las experiencias llevadas a cabo en Mozambique, Nepal y otros países (Grypdonck, 2006).

El diálogo entre los investigadores cualitativos y los profesionales de la salud pública es mejor cuando los primeros abordan cuestiones de interés para los segundos, y también cuando la investigación cualitativa identifica implicaciones claras de política sanitaria, especialmente en lo que se refiere a las acciones a corto plazo. Los políticos tienen horizontes de tiempo relativamente cortos y están interesados en resultados rápidos. El análisis cronológico y la difusión y provisión de información también puede facilitar un mayor conocimiento y apreciación de los resultados obtenidos con la investigación cualitativa. Finalmente, los equipos multidisciplinares constituidos por investigadores cualitativos y por profesionales de la salud pública son óptimos para una investigación relevante desde el punto

de vista político, que permita abordar más eficazmente las necesidades de las personas a través de intervenciones que, además de ser aceptables, puedan asumirse económicamente.

Eventos y revistas relevantes

Eventos

1. 13th Annual Qualitative Health Research Conference 2007: «Human understanding and Science», Seúl, 20-23 de junio de 2007 (fecha límite para la recepción de los resúmenes: 28 de febrero de 2007): <http://www.qhr2007.org>.
2. Mixed Methods Conference 2007, Cambridge (Reino Unido), 8-11 de julio de 2007: <http://www.health-homerton.ac.uk/research/events/MixedMethods2007/MixedMethods07Home.html>.
3. International Institute of Qualitative Methodology, University of Alberta, Canada (conferencias, seminarios y talleres ocasionales): <http://www.uofaweb.ualberta.ca/iiqm/>

Revistas

1. International Journal of Qualitative Methods
2. Journal of Biosocial Science
3. Qualitative Health Research
4. Reproductive Health Matters
5. Social Science and Medicine

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE I. SHAH

- Es preciso llevar a cabo investigaciones sociales de calidad y que respondan a problemáticas relevantes para la salud pública.
- Es necesario aumentar la receptividad y apertura hacia las aportaciones de las ciencias sociales por parte de los planificadores de salud y los profesionales médicos.
- La sensación general es que existe un interés creciente por triangular la investigación cuantitativa con la cualitativa, a pesar de que en el ámbito de la salud pública continúa predominando una mayor valoración de la primera.

Referencias bibliográficas

Bleek, W., 1987 *Lying informants: a fieldwork experience from Ghana*. Population and Development Review 13: 314-322.

Campbell, O, J. Cleland, M. Collumbien, and K. Southwick, 1999 *Social science methods for research on reproductive health*. Geneva: World Health Organization.

Chambers, R., 1997 *Whose reality counts?* London: Intermediate Technology Publications.

Daly, J, K. Willis, R. Small, J. Green, N. Welch, M. Kealy, and E. Hughes, 2006 *A Hierarchy of Evidence for Assessing Qualitative Health Research*. Journal of Clinical Epidemiology 60: 43-39.

Grypdonck, M., 2006 *Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice*. Qualitative Health Research 16:1371-1385.

Lee, J.W., 2005 *Public Health Is a Social Issue*. The Lancet 365: 1005-1006

Manandhar, D.S., D. Osrin, B.P. Shrestha, N. Mesko, J. Morrison, K.M. Tumbahangphe, S. Tamand, S. Thapa, D. Shrestha, B. Thapa, J.R. Shrestha, A. Wade, J. Borghi, H. Standing, M. Manandhar, and A.M. de L. Costello, 2004 *Effect of Participatory Intervention with Women's Groups on Birth Outcomes in Nepal: Cluster-Randomised Controlled Trial*. The Lancet 364: 970-979.

Obermeyer, C.M., 2005 *Reframing Research on Sexual Behaviour and HIV*. Studies in Family Planning 36: 1-12.

Price, N. and K. Hawkins, 2002 *Researching Sexual and Reproductive Behaviour:*

A Peer Ethnographic Approach. Social Science and Medicine 55: 1325-1336.

Pullum, T., J. Cleland, I. Shah, 2005 *Consensus, Power and Trust in the Use of Family Planning and Condoms by Couples in Eastern and Southern Africa*. Paper presented at the XXV International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Session 124, Tours, France, July 18-23. Website: www.iussp.org.

Scrimshaw, N.S., and G.R. Gleason, eds., 1992 *Rapid Assessment Procedures: Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes*. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries.

Sommers, R. and B. Sommers, 1986 *A Practical Guide to Behavioural Research*. 2nd Edition, New York: Oxford University Press.

Ulin, P.R., E.T. Robinson, E.E. Tolley and E.T. McNeill, 2002 *Qualitative Methods: A Field Guide for Applied Research in Sexual and Reproductive Health*. North Carolina: Family Health International.

Scrimshaw, S.C.M., and E. Hurtado, 1987 *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness*. Tokyo: The United Nations University, UNICEF and UCLA Latin American Center.

UNAIDS and WHO, 2006 *AIDS Epidemic Update: December 2006*. Geneva: UNAIDS and WHO.

PERSPECTIVAS DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA CRÍTICA SOBRE LA CIRCUNCISIÓN MASCULINA PARA PREVENIR EL VIH

María Cristina Álvarez Degregori

Grupo Interdisciplinario de Investigación sobre Cultura y Salud
(Grupo ICS)
Medicus Mundi Catalunya

Nota: los puntos de vista expresados en este capítulo pertenecen exclusivamente a la autora del mismo y no reflejan necesariamente los de las instituciones con las que esta vinculada

Introducción

En los países del África subsahariana viven en torno a 25 millones de personas VIH positivas, aproximadamente las dos terceras partes de todos los afectados del mundo (ONUSIDA 2006), y la evolución de la pandemia en esta región denota que está “modelada” por una diversidad de factores culturales, sociales, económicos, políticos o conductuales que permiten, incluso facilitan, al VIH expandirse en la población con efectos devastadores. En este contexto, el aporte de la antropología sería especialmente valioso para comprender la matriz donde se diseña la construcción social de la enfermedad, donde se definen algunos de sus comportamientos epidemiológicos o donde se perfilan las conductas que contribuyen al éxito o fracaso de los programas de salud pública.

De hecho, desde la aparición del sida en el escenario sanitario y social, las ciencias sociales en general y la antropología en particular han contribuido de forma significativa al estudio del perfil multifactorial de la epidemia. También en algunos ámbitos institucionales se crearon progresivamente espacios que enlazan las ciencias sociales con la epidemiología o la bioestadística consideradas “núcleos duros” de la salud pública. La OMS tanto en su constitución como en varias declaraciones (Lee, 2001) reconoce la importancia de las comunidades, culturas, valores y factores sociales para la salud. Y la UNESCO trabaja desde 1998 un proyecto conjunto con ONUSIDA destinado al **enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/sida**. La conjunción entre la salud pública y las ciencias sociales, amplió además la agenda de los derechos humanos debido a la presencia catalizadora del sida que puso en evidencia la inexorable conexión entre salud y derechos humanos.

En consecuencia, daría la impresión de que hubiese una constelación apropiada para que la antropología, tuviese palabra “autorizada”, al igual que otras disciplinas, a la hora de diseñar o evaluar políticas y programas destinados al VIH/sida.

Sin embargo, cuando se analizan muchos de los programas destinados a la VIH/sida en el África subsahariana, parece que toda aquella diver-

sidad factorial de la epidemia, que conformaría el objeto de estudio para la antropología y otras ciencias sociales, quedara reducida en el contexto de la salud pública a unos pocos “factores de confusión”. Factores susceptibles de ser regulados en los procesos de control de diseño o los de ajuste estadístico, a la hora de confirmar la validez de los estudios biomédicos, estudios en los que frecuentemente se sustenta la evidencia científica para el diseño de políticas de salud que pueden resultar cruciales en el control de la epidemia.

A propósito de estas “ausencias” en este capítulo trataré el caso de la circuncisión masculina, una intervención que ha generado poderosas expectativas en la prevención de la transmisión heterosexual del VIH en el África subsahariana.

Desde la perspectiva de la antropología médica crítica, analizaré una serie de factores que podrían influir significativamente en el impacto de una política de expansión de circuncisiones masculinas en gran escala. “Factores de confusión” que han sido subestimados y otros factores ni siquiera considerados- mayoritariamente de índole socio-cultural- y que bien podrían llamarse en conjunto “factores de co-fusión” ya que se anidan en el tejido social, que interactúan entre sí de forma transversal en el espacio y longitudinal en el tiempo y pueden tener efectos decisivos a mediano y largo plazo particularmente en lo que se refiere a la situación de las mujeres en el escenario de la epidemia, un dato destacable cuando la progresiva “feminización” del sida es una evidencia.

El caso de la circuncisión masculina

La circuncisión masculina (CM) es la remoción del prepucio, bien de forma quirúrgica en el ámbito sanitario, o, tal y como se practica en muchos pueblos del mundo, con instrumentos operados por practicantes tradicionales en el contexto de un proceso generalmente ritual, de índole religioso, social o identitario.

En África la circuncisión masculina ritual es una práctica ampliamente extendida, en todos los países habitados por pueblos semitas musulmanes del África septentrional, en todas aque-

Ilas regiones islamizadas del África meridional y aquellos otros pueblos que practican tradicionalmente la circuncisión como parte de sus rituales de pasaje.

La asociación entre circuncisión masculina y VIH en el contexto del África subsahariana, y el interés que ha generado entre los epidemiólogos, data de finales de los 80, cuando se observa que aquellas zonas geográficas con mayor prevalencia de VIH coinciden con una menor prevalencia de circuncisiones masculinas tradicionales. (Bongaarts y otros 1989, Moses y otros 1990, Caldwell y Caldwell 1996). Mas tarde Weiss (2000) en una revisión sistemática y meta-análisis de la bibliografía médica encuentra que los hombres africanos circuncidados presentan menos posibilidades de contraer el HIV en la transmisión mujer-hombre del virus. Ambos enfoques plantearon un amplio debate científico y otros autores como De Vicenzi y Mertens (1994), Ntozi (1995), Van Howe (1999), Siegfried y otros (2003), Way y otros (2005) disienten con las publicaciones anteriores remitiendo a los factores de confusión y otras limitaciones metodológicas.

La tríada destinada a sustentar la plausibilidad biológica de los efectos preventivos de la circuncisión masculina en la transmisión heterosexual del HIV consiste en:

- Mayor densidad de células del sistema inmuno-protector en el tejido submucoso del prepucio, incluyendo células de Langerhans, que se presentan como objetivos del VIH-1 y como trasmisoras del virus a los linfocitos T
- La fragilidad de la mucosa del prepucio para sufrir erosiones durante el intercurso sexual.
- El efecto preventivo para otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) con úlceras genitales que facilitarían la entrada del virus..

Del análisis de esta tríada, que se repite como consigna científica en gran parte de la bibliografía revisada sobre el tema, lo que resulta sorprendente es que el argumento más consistente de la plausibilidad biológica esté sustentado en la patologización de la anatomía, histología y fisiología normales del prepucio. De hecho, las células de Langerhans, que son una primera línea de control y “espionaje inmunológico”, están donde corresponde, es decir donde existe mayor riesgo de entrada de agentes patógenos y hacen lo que deben, es decir interceptar el invasor y activar los mecanismos de defensa a través de los linfocitos T.

Respecto a las células de Langerhans, circuncisión y VIH, ya se habían pronunciado Cold y Taylor (1999). Estos autores, que hacen una exhaustiva revisión de la embriología, anatomía, histología y función del prepucio, señalan que aún después de la circuncisión persiste mucosa residual en el glande y que hay células de Langerhans en toda la epidermis del tallo del pene, razón por la cual la extirpación quirúrgica de los tejidos con estas células no solo no es posible sino tampoco racional, concluyendo que se trata de células inmunes normales de la mucosa, no de entidades patológicas que requieren escisión.

Seis años mas tarde, un grupo de científicos holandeses (de Witte y col 2007) refuerzan la posición de Cold y Taylor cuando descubren que la langerina (lecitina tipo-C) contenida en las células de Langerhans, a quien se atribuía la transmisión del VIH-1 a los linfocitos T, por el contrario los intercepta facilitando su degradación. Los resultados del estudio indican que los métodos para combatir la enfermedad deberán promover, preservar, o al menos no interferir con el funcionamiento de esta proteína.

Desde otro abordaje y con una perspectiva también crítica, esta tríada ha sido cuestionada por Atashili (2006), que, apoyado en un amplio soporte bibliográfico, alega falta de evidencia científica en el primero y segundo argumentos y remite a los datos contradictorios de la literatura médica sobre la pertinencia de las circuncisiones para evitar enfermedades genitales ulcerosas, en el tercero.

Durante la XVI International AIDS Conference (2006), algunos autores presentaron evidencias discordantes con la lógica general sobre el efecto protector de las circuncisiones masculinas. A diferencia de aquellos que sustentan una relación ecológica entre VIH y la circuncisión masculina, Way y col. (2006), confirmaron este dato tan solo en uno de los ocho países africanos que estudian (Burkina Faso, Camerún, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Uganda y Tanzania.). En un estudio de control de caso entre militares de la Armada Americana, Thomas y col. (2006) no identificaron entre los hombres no circuncidados, más riesgo de contraer el VIH que los hombres circuncidados. Castilho y col. (2006) tampoco encuentran mayor riesgo para la transmisión del virus a las mujeres por hombres no circuncidados, que entre aquellos que lo están, siendo hasta la fecha el unico autor que incluye las mujeres como universo de observación relacionado con la CM y el VIH.

Entre el año 2005 y finales del 2006 fueron presentados los resultados de tres ensayos clínicos controlados, realizados en Sudáfrica (Orange Farm) (Auvert y col. 2005), en Kenya (Kisumu) y Uganda (Rakai) (OMS 2006) que han demostrado una reducción del 50% en el riesgo de adquirir el VIH entre los hombres circuncidados.

En función de los resultados de estos tres estudios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Secretariado de la ONUSIDA realizaron una consulta internacional entre expertos que recomendaron que la CM sea reconocida como una “intervención importante para reducir el riesgo de adquisición heterosexual del VIH en los hombres”.

No obstante, en el mismo documento (WHO & UNAIDS 2007) la recomendación es complementada por una advertencia. Catherine Hankins, Directora Asociada del Departamento de Control, Evidencia y Partenariado de la ONUSIDA remarca: “Sin embargo nosotros tenemos que ser claros: la circuncisión masculina no provee de protección completa contra el VIH. Aquellos hombres y mujeres que consideren la circuncisión masculina como método preventivo deben continuar usando otras formas de protección como condones femeninos y masculinos, demorar el debut sexual, y reducir el número de compañeros sexuales.”

Mientras tanto, adelantándose a los resultados de los tres estudios, OMS (2006) ya previa un incremento importante -dramático según algunos autores implicados en el proceso (Groeneveld y col. 2006)- de la demanda espontánea de circuncisiones masculinas quirúrgicas en aquellos países africanos más afectados por la pandemia de sida, particularmente Botswana, Lesotho, Suazilandia, Tanzania y Zambia y la International AIDS Society (IAS) reclamaba una implementación de las circuncisiones masculinas “cuidadosa pero rápida”.

En realidad este ha sido un proceso con pocas sorpresas. En septiembre del 2002 la Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional (USAID) realizó una conferencia (USAID 2002) en el marco del proyecto AIDSMark para tratar las implicaciones programáticas de la CM para la prevención del VIH. Muchos de los

expertos que participaron en el evento habían participado los días previos en otro encuentro, también promovido por USAID, sobre el Programa ABC¹ con el que ya entonces se podía intuir que las CM tuvieran una relación aún más próxima que la contigüidad de eventos, empezando por una C, letra capital tanto de circuncisión como de condón y por tanto intercambiables o sustituibles. En el informe de esa conferencia puede verse una proyección a mediano plazo del proyecto sobre CM, y una pulida preparación de todas las variables para una rápida implantación, anticipando resultados favorables en los ensayos clínicos programados.

En el listado de recomendaciones del documento, había una que resultaba singular por el hecho de referirse a un proyecto científico:

“Work with the media, i.e., be more proactive in providing balanced and accurate information to the press and possibly in responding to internet web-sites that may spread misinformation (such as materials posted by the more extremist anti-MC groups)” (sobre este tema ver pgxxxxx).

De hecho podría decirse que efectivamente ha habido una amplia divulgación mediática de los estudios clínicos en proceso, que crearon una fuerte expectativa local y que puede, en parte, haber sido responsable del aumento “es-

pontáneo” en las demandas previstas de CM aún antes de tener resultados finales confirmatorios. Divulgación que se constata también de forma muy consistente en la prensa internacional y que convierte la circuncisión masculina, además de un proyecto científico, en un fenómeno mediático, algo poco habitual incluso cuando de sida y África se trata.

En estas arenas compartidas entre ciencia y medios de comunicación se ha acuñado por un lado, y divulgado por otro, el concepto de “vacuna quirúrgica” (Groeneveld y col. 2006), aludiendo al efecto de la circuncisión masculina frente al VIH.

MC provides a degree of protection against acquiring HIV infection equivalent to what a

1 ABC (Abstinence, Be faithful, Condomise) of The President's Bush Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)

vaccine of high efficacy would have achieved (Auvert y col. 2005:1120).

Esta tergiversación semántica que remite a conceptos sólidamente afianzados en el imaginario popular pero fuera de su contexto original, no parece contribuir a reconocer la circuncisión como un recurso cuyo efecto preventivo del riesgo del 50% se balancea con otro 50% de riesgo a secas. Tampoco parece contribuir al “uso consistente del condón femenino y masculino por aquellos hombres y mujeres” -como advierte la Dra. Hankins- que hayan considerado la CM como método de prevención.

Conducta en primer lugar poco probable, porque, como señala más adelante, las mujeres tienen poco acceso a estos niveles de decisión. Por otra parte, como es de público conocimiento, el condón ha sido, durante estos años sistemáticamente sometido a una campaña de penalización y descrédito, a favor de la abstinencia, tanto en el caso de la iglesia católica, como de aquellos sectores religiosos conservadores que sustentan PEPFAR y el programa ABC (Girard 2004; GAO 2006; The Lancet 2006). Dos sectores claves para el control de la pandemia, pero muy especialmente en el África subsahariana, uno porque maneja la mayor aportación económica para el combate contra el VIH/sida en el mundo, el otro porque dispone de una amplia red de recursos sanitarios, muchas veces los únicos accesibles en las zonas más desfavorecidas, por lo cual ambos tienen una importante capacidad de influencia sobre la opinión pública y sobre las políticas sanitarias locales que reciben o utilizan sus recursos.

Luego, el uso sistemático y correcto del condón, un método inocuo, económico y reversible, que por sí solo podría alcanzar un nivel de efectividad del 96% puede resultar tan solo una recomendación testimonial, cuando se propone para dar cobertura a la CM, con tan solo el 50% de protección, irreversible, con más riesgos y difícil de operacionalizar, pero que cuenta con la bendición de los sectores más conservadores, quizá porque

tenga una mayor consonancia con la abstinencia, y no interfiere en la concepción.

Por otra parte, posiblemente Halperin (2000) no se equivocaba cuando en una entrevista adelantaba:

... for men in Africa who are in risk of dying of AIDS, keeping the foreskin is the last thing in the world that they are worried about.

Aunque cabría matizar que no se trata solo de África, ni del sida. La decostrucción formal del prepucio es un proceso que data desde finales del siglo XIX, prueba de ello es la referencia –en un nutrido alegato circuncidador- que hace el Dr.

Ramondino, un reconocido médico de la época, sobre los “poderes demoníacos” de esta parte de la anatomía genital masculina con una alta especificidad erógena (citado por Gollaher 2000).

Después de un siglo, Halperin, una figura relevante en el paradigma circuncidador en tiempos de sida, explicaba en una entrevista de radio, en lenguaje simplificado y en clave evolucionista, cuando y cómo las condiciones medioambientales de nuestros antepasados daban sentido a la circuncisión, destinada a evitar las incomodidades de un prepucio mejor “diseñado” para el hábitat de la selvas, que para coexistir con las arenas de los desiertos. (Halperin 2000)

En este contexto, el desafío para los diseñadores de políticas sanitarias, no pasaría apenas por definir pautas técnicas para el procedimiento quirúrgico de las CM, ni crear brigadas de circuncidadores formados, ni montar servicios especiales los fines de semana, sino por resolver diversos déficit estructurales crónicos en los sistemas sanitarios locales, cuya responsabilidad en la evolución de la pandemia en el África Subsahariana probablemente tenga más peso que las injusticiadas células de Langerhans.

Peligroso e inútil, constituyen las bases del ideario racional que parte de los demonios y acaba en las células de Langerhans, para convertir al prepucio en un error de la naturaleza –un superviviente ontogénico- susceptible de ser corregido por la cirugía para poner las cosas en orden.

Se ha llegado a un punto en la constelación de paradojas que parecen difíciles de encajar en la lógica cultural, que ahora, frente a la expansión de las circuncisiones masculinas medicalizadas y promovidas en regiones del África subsahariana, cabe preguntarse qué recomendaciones se plantearán con respecto a todas aquellas circuncisiones que se realizan en ámbitos no sani-

tarios, o sea la mayoría de circuncisiones rituales o religiosas que se realizan en África, Asia, Medio Oriente, Oceanía, América y Europa. Qué recomendaciones destinadas a las circuncisiones que se realizan en menores de edad, con o sin anestesia en ámbito sanitario, sin posibilidades de propio consentimiento y sin indicación terapéutica? Circuncisiones que en conjunto configuran la actual estadística de aproximadamente un 30% de hombres circuncidados alrededor del mundo. ¿Cuales serán legitimadas, cuales no? ¿Como se operacionalizarán en las ideologías dominantes y en los idearios subordinados tales legitimaciones y deslegitimaciones?...Sin duda la argamasa de este constructo, creado entre cultura, ciencia y natura, dará para mucho.

Un riesgo adicional y probable como consecuencia del aumento de demanda espontánea de circuncisiones quirúrgicas en aquellos países africanos con mayor prevalencia de VIH, es que la si la capacidad de los servicios de salud resulta insuficiente o inadecuada, los demandantes puedan buscar respuesta en los servicios privados de salud, o en los circuncidados tradicionales de otros grupos étnicos regionales, para los que se abriría una veta de mercado inesperada. Esta opción, de hecho poco controlable, cerraría de una forma natural el circuito que parte de la cultura y vuelve a su origen y podría representar un problema sanitario, incluso un problema para el control de la transmisión VIH.

Desde una perspectiva focalizada en los recursos de salud, un aumento significativo en la demanda de circuncisiones masculinas implicaría una sobrecarga de la sanidad local en términos financieros, operacionales y de recursos humanos. Sistemas sanitarios que generalmente presentan fragilidades estructurales, relacionados según el caso con las secuelas de conflictos armados o de los programas de ajuste estructural, con el efecto nocivo de los programas verticales, o simplemente con la pobreza. En este escenario, una política de expansión de circuncisiones quirúrgicas en los servicios públicos locales reforzaría la dependencia con los recursos externos y probablemente exigiría una reorientación en la distribución de esos recursos por los donantes, sobre lo que cabría preguntarse a costa de qué

o a cambio de qué. Quizá desde un enfoque integral de abordaje de la epidemia, sea la ocasión de plantear estrategias para reforzar los sistemas de salud incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva, que atienden a las mujeres y que están estrechamente vinculados con los programas de control VIH/sida.

Porque en este ámbito, la mortalidad materna, que es un indicador especialmente sensible para medir el acceso a los servicios de salud, presenta según la OMS en el África subsahariana, las tasas más elevadas del mundo con unas cifras estimadas para el año 2000 de 830/ 100.000 nacidos vivos, y un riesgo de mortalidad materna durante toda la vida reproductiva de 1/16, comparado con 1/2800 en los países ricos. En la misma dirección, y a pesar de haber tenido un aumento muy importante, la cobertura de TARV (tratamiento anti retroviral) no ha conseguido superar el 23% de las necesidades reales (OMS 2006). Y se calcula que en África subsahariana tan solo un 9% de las mujeres embarazadas VIH+ consiguen hacer uso de los programas de prevención de la transmisión VIH madre-hijo.

En este contexto, el desafío para los diseñadores de políticas sanitarias, no pasaría apenas por definir pautas técnicas para el procedimiento quirúrgico de las CM, ni crear brigadas de circuncidados formados, ni montar servicios especiales los fines de semana, sino por resolver diversos déficit estructurales crónicos en los sistemas sanitarios locales, cuya responsabilidad en la evolución de la pandemia en el África Subsahariana probablemente tenga más peso que las injusticiadas células de Langerhans.

Ante una escalada de las circuncisiones masculinas en el África subsahariana, queda claro desde la observación de la antropología que una intervención sobre el pene, legitimada, promovida, valorizada e institucionalizada tendrá otras consecuencias además de las sanitarias.

En este contexto entra en juego la construcción social de la masculinidad y con ella el proceso de socialización de género. Género que por su propia razón de existir no se limita a un compartimiento estanco para lo masculino o lo femenino,

sino a ser relativo de, o comparado con. Y es precisamente en las relaciones de género donde aparece nuevamente nuestro personaje, aquella a la que está especialmente destinado este libro: la mujer en el contexto africano, en el contexto del SIDA, en el contexto de la salud sexual y reproductiva, todo transversalmente influenciado por la forma en que la sociedad contextualiza y construye el binomio hombre/mujer.

Barker y Ricardo (2005) puntualizan que en cualquier análisis de género entre hombres debe tenerse en cuenta que las diversas versiones de la masculinidad que se dan en el África son:

- Socialmente construidas
- Fluidas en el transcurso del tiempo y en diferentes entornos
- Plurales. No existe un prototipo masculino ni una única versión africana de “ser hombre”.

Esto me remite nuevamente a los estudios que han demostrado el efecto protector de la CM en la adquisición del VIH, y que han servido de plataforma para calcular, mediante modelos matemáticos y simulaciones, el impacto de la intervención a gran escala, la relación costo-eficacia a largo plazo o las predicciones comportamentales, lo que sugiere a priori un hombre africano genérico, situado en escenarios homogéneos y estables, con comportamiento sexual previsible, neutro, interactuando con figuras femeninas o masculinas irrelevantes, tanto en Bostwana como en Mozambique, o se trate de un zulú como de un masai.

Algunos de los factores, detallados por Barker y Ricardo, que intervienen en la socialización de los varones en el África subsahariana son la autonomía económica, la formación de una familia propia, el papel de los ancianos del grupo, los ritos de pasaje, la experiencia sexual legitimada, la violencia asociada a la sexualidad relativamente común en los mas jóvenes y el contexto de cambio social, de urbanización, de inseguridad política incluso de conflicto armado. En una perspectiva de conjunto resulta posible inferir que la circuncisión masculina como política sanitaria, pueda generar un proceso de resignifi-

caciones simbólicas que sin duda involucrará a más actores que los directamente sometidos a la intervención, y cuya dinámica y efectos serían impredecibles a largo plazo.

Reforzando esta idea remito a una reflexión de Richard Parker (2001) en un debate sobre El poder en las Relaciones Sexuales, donde señala que el individuo no debería ser visto nunca como una unidad aislada de investigación y análisis, sino integrada con las parejas y las comunidades. Resumiendo, el prepucio no es una cuestión de hombres solamente como tampoco lo es el proceso de “hacerse hombre” en cualquier sociedad del mundo. Las mujeres interactúan desde diferentes posiciones, madres, novias, esposas, suegras, compañeras sexuales, amigas, hermanas, hijas... y no son irrelevantes, ni siquiera en los patriarcados más sólidos.

El prepucio no es una cuestión de hombres solamente como tampoco lo es el proceso de “hacerse hombre” en cualquier sociedad del mundo. Las mujeres interactúan desde diferentes posiciones, madres, novias, esposas, suegras, compañeras sexuales, amigas, hermanas, hijas... y no son irrelevantes, ni siquiera en los patriarcados más sólidos.

En la literatura revisada existen pocos estudios sobre la aceptabilidad para las mujeres de la circuncisión masculina en la prevención del VIH (Mattson y col. 2005 y Scout y col. 2005). Teniendo en cuenta que la aceptabilidad es un atributo condicionado por la información que se dispone sobre el objeto o tema a la que se atribuye, ésta puede resultar especialmente variable e inestable. La fiabilidad de los resultados, entonces, dependerá, por citar algunos condicionantes, de la calidad de la informa-

ción que maneja el informante, de la forma en que se le ha presentado, del número de respondientes, de la metodología con que se investiga y de la forma en que se conducen las preguntas, o del contexto en que se realiza el estudio.

En el África subsahariana, donde la principal línea de transmisión del VIH es la heterosexual por vía coital, las mujeres constituyen el 59% de los adultos infectados (ONUSIDA 2006). Focalizando más la información, es la región del mundo donde viven casi tres cuartas partes de todos los jóvenes seropositivos, aproximadamente 6,2 millones de personas cuya edad oscila entre 15 y 24 años, de las cuales 75% son mujeres. La creciente feminización de la epidemia VIH, no solo se refleja en el número cada vez mayor de mujeres infectadas, sino en la inter-relación del sida con el estatus de la mujer en el grupo familiar y social.

Existe consenso general en señalar que algunas inequidades fundamentales de género facilitan la expansión de la epidemia o se agravan por su causa, tornando a las mujeres más vulnerables, para lo que remito al capítulo de Ana María Loforte en este mismo libro. Aquí solo intentaré dar algunas pinceladas en lo que atañe al impacto que podría generar una política destinada a la implantación de las circuncisiones masculinas, como recurso preventivo de la transmisión del virus VIH, sobre las desigualdades de género.

La dificultad de las mujeres para negociar relaciones sexuales sin riesgo es consecuencia de las desigualdades de poder en las relaciones entre hombres y mujeres. En esta situación resulta inquietante el efecto que las circuncisiones masculinas pudieran tener sobre la ya limitada capacidad de las mujeres en esa negociación, cuando la circuncisión solo provee de una protección limitada y otros métodos complementarios de prevención como el uso del condón, o incluso la abstinencia y la fidelidad, también quedan bajo el control masculino.

Algunos estudios han valorado el efecto desinhibidor de las circuncisiones masculinas respecto a las conductas sexuales de riesgo. Agot y col. (2006) concluyen que durante el primer año después de la cirugía los hombres circuncidados no tuvieron más de conductas de riesgo que los no circuncidados. No obstante, considerando que la circuncisión provee de una protección parcial, cobra especial interés aquella contraparte femenina con las que “los fracasos” de la circuncisión pudieron mantener relaciones sexuales después de haber adquirido el VIH, así como la influencia que tuvo la circuncisión en la negociación sobre sexo seguro, si es que la hubo.

Volviendo a un tema ya discutido, pero oportuno para este contexto, quizá esta sea una de las grandes diferencias “de facto” que existen con las vacunas. El pene circuncidado puede operar como certificado corporal y personal de pertenencia al grupo de los que tienen menor riesgo de adquirir el VIH, o incluso al grupo de los “vacunados” entre los cuales un 50 % tiene probabilidades no solo de adquirir el VIH, sino de transmitirlo.

La apropiación social del “efecto vacuna” podría tener consecuencias en la feminización del sida, aumentando la vulnerabilidad de las mujeres y el estigma. En numerosas sociedades africanas diversas enfermedades son atribuidas a la mujer, su familia de proveniencia o sus antepasados. En este contexto estigma y culpabilización están estrechamente relacionados y suelen afectar los sectores más frágiles de la sociedad, generalmente la mujer joven que aún no ha consolidado su estatus social en el grupo, (75% de los afectados por el VIH en el África subsahariana). Luego, la “generización” de la culpa, fenómeno que desde hace varios años forma ya parte del debate sobre género y el VIH (LeClerc-Madlala 1999), puede verse negativamente influenciada.

La Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW) comunicó desde Suazilandia su consternación ante una campaña oficial para la prevención del sida.

The campaign is enforcing that women are responsible for the high incidence of HIV in the country as they are the ones spreading it. (ICW 2006)

En el texto alega que se culpabiliza a la mujer porque suele ser la primera en conocer su estatus, generalmente en los controles prenatales, y califica la campaña de sexista y de promover la feminización de la pandemia. En el mismo do-

cumento destacan diversas carencias en el plan estratégico para el VIH/sida, aprobado por el gobierno de Suazilandia en el 2006, referentes a las personas que viven con VIH/sida, tales como la falta de acceso universal y equitativo a los cuidados y tratamiento. También denuncian falta de compromiso para que los afectados participen en el diseño, planificación e implementación de acciones dirigidas al VIH/sida a nivel nacional, la ausencia de medidas legislativas para proteger a mujeres y niños de su vulnerabilidad frente a la infección, y la ausencia de legislación que reconozca y proteja el derecho de los afectados por la pandemia.

Suazilandia es uno de los países con mayor prevalencia de VIH del mundo, 33,4% en adultos, y 39% entre mujeres jóvenes 15-24 años, atendidas

en las consultas prenatales (UNUSIDA 2006). Es el primer país que ha incluido la circuncisión masculina en el nuevo Plan Estratégico Nacional VIH/sida, con la perspectiva de apoyar una escalada de la intervención en los servicios a nivel nacional por lo que se espera un aumento muy significativo de la demanda (Simelane y Halperin 2006, Tsela y Halperin 2006).

Namibia, como Suazilandia, es otro de los países con más altas prevalencias de HIV, 19,6 % en adultos, llegando al 43% en mujeres embarazadas en algunas regiones del país (ONUSIDA 2006). En Namibia, existe una iniciativa (Parliamentarians for Women Health) destinada a mejorar el acceso de las mujeres y niñas a los servicios de salud, especialmente al tratamiento para el VIH/sida, la prevención, los cuidados y el asesoramiento. También existe una delegación regional de ICW.

Jennifer Gatsi, miembro de ambas entidades, manifiesta su preocupación (e-mail a la autora, enero 10, 2007) sobre las circuncisiones masculinas como medida de prevención para el VIH. Ella explica que si esta política no fuese conducida cuidadosamente y con la información correcta, de forma que los beneficios sean aceptables tanto para hombres como para mujeres, buena parte de los avances logrados en temas que afectan a las mujeres y niñas pueden retroceder al punto de partida. Mientras tanto, algunas costumbres antiguas y peligrosas pueden encontrar vías de reintroducción, el juego de la culpa se puede intensificar, las relaciones de género sufrir un deterioro, y la toma de decisiones de las mujeres para sexo seguro verse seriamente afectadas.

Probablemente estos sean ejemplos paradigmáticos para plantearse las consecuencias directas e indirectas, entre las mujeres, de un programa de expansión de las MC y, muy especialmente, para plantear la necesidad de controlar de forma crítica los mensajes destinados a promoverlo.

Uno de los factores que dificulta la entrada del VIH, además de la extirpación del prepucio y a consecuencia de ello, es la queratinización secundaria del epitelio del glande debido a la exposición y el roce.

Esta modificación histológica, que engrosa el epitelio alejando las terminales sensitivas de la superficie, y la remoción del tejido erógeno especializado del prepucio, disminuyen la sensibilidad peniana y pueden modificar la fisiología del orgasmo demorando la eyaculación. Hodgins (200:9), analizando la aceptabilidad de la circuncisión masculina en áreas rurales y urbanas de Zambia, asume este efecto secundario como un beneficio marginal que prolongaría el placer sexual de la mujer, “as circuncised men are thought to be able to perform longer...”, valoración que parece ser más fiel a medio siglo de feminismo activo en occidente que a la realidad africana. De hecho, las expectativas sobre el desempeño sexual masculino son, en cualquier parte del mundo, una construcción social y, como tal, compartida entre hombres y mujeres, sujeta a una amplia diversidad de condicionantes y estrechamente vinculada con la reafirmación de la masculinidad y las relaciones de género. Los

autores que han trabajado en el África subsahariana como Barker y Ricardo (2006), confirman que entre los varones jóvenes las relaciones sexuales están influenciadas por fuertes presiones sociales y son un medio importante para conquistar respeto y estatus social. En este contexto, la prueba de competencia sexual y masculinidad podrían estar relacionadas con un mayor número de compañeras sexuales y va-

rios orgasmos por episodio sexual, como refieren estos autores y como indican los datos preliminares de un estudio etnográfico en Mozambique (Aboobakar, comunicación personal), lo cual sin duda sugiere una performance que no encaja en la teoría de Hodgins.

EEUU es el único país del mundo que durante gran parte del siglo XX, y hasta la fecha ha realizado la circuncisión masculina en el medio sanitario, como práctica rutinaria para los recién nacidos, razón por la cual aproximadamente el 80 % de los varones adultos está circuncidado. Este escenario, que resultaría especialmente propicio para analizar la influencia de la circuncisión en la sexualidad masculina, presenta, en cambio, una notoria escasez de publicaciones sobre el tema.

No obstante, aprovechando aquellos casos en que la circuncisión fue realizada en adultos que podían comparar los cambios percibidos en la

Tan solo un voluntarioso proceso racional que transforme en “higiene” o “limpieza” el concepto de “pureza” concebido en el ámbito ritual, podría explicar la, de otra manera, inexplicable amnesia durante los 3900 años que median entre Moisés y Pasteur.

sexualidad, Fink y col. (2002) estudiaron 123 hombres con este perfil, que identificaron un empeoramiento en la función eréctil y una disminución en la sensibilidad peniana después del procedimiento. Laumann y col. (1997), analizando información del National Health and Social Life Survey, detectaron una tendencia mayor entre los hombres circuncidados hacia las prácticas sexuales más elaboradas como sexo anal, oral y masturbación, que los hombres no circuncidados. Esta observación induce a pensar que se trate de recursos sexuales para compensar, la disminución de la sensibilidad peniana con el aumento de la fricción.

En algunos países africanos como Sudáfrica, Senegal, Zaire, Camerún, Malawi, Zambia, Kenia, Mozambique, Zimbabwe, Nigeria (Orubuloye 1995, Kun 1998, Baleta 1998) ha sido reportada una práctica sexual denominada "sexo seco" que consiste en secar, estrechar y/o aumentar la temperatura vaginal antes de la relación sexual mediante la aplicación de duchas o de preparaciones astringentes, limpieza con paños u otros agentes físicos. Algunas etnografías refieren que los fluidos vaginales son considerados promiscuos, impuros (sucios) y que su remoción facilita la fecundación, o que algunos productos son utilizados para prevenir infecciones. Bagnol y Mariano (2006), en un estudio sobre prácticas vaginales, realizado en la zona centro de Mozambique, aportan una perspectiva reveladora sobre la propia concepción del cuerpo femenino, sobre significado de ser mujer y de lo que se entienden como relaciones sexuales satisfactorias para mujeres y hombres. Generalmente, las prácticas de sexo seco - que aumentan la fricción del pene durante el coito, facilitando la capacidad orgásmica- aunque decididas, aceptadas y gestionadas por las mujeres, tanto en el ámbito doméstico como en el sexo comercial pueden resultar condicionadas por su vulnerabilidad social y económica respecto a los varones, son generalmente dolorosas, producen lesiones en la vagina, pueden lesionar el pene y constituyen un riesgo potencial en la transmisión del VIH y para la salud sexual y reproductiva.

En las publicaciones revisadas no han sido identificadas referencias sobre una posible correlación entre sexo seco y circuncisión, pero sabemos que las regiones donde se practica el sexo seco también se practica la circuncisión masculina.

Además de los países africanos citados previamente, esta práctica se extiende también a Arabia Saudita, Indonesia, Malasia, Filipinas y Costa Rica. En conjunto, a título informativo y comparando con la prevalencia de circuncisión masculina por distribución geográfica (Drain y col. 2006) el 60 % de los países donde se describen prácticas de sexo seco pertenece al grupo de los países con tasa de circuncisión alta (>80%), 20% al grupo con tasa media (entre 20 y 80%), y el resto al grupo que tiene tasas bajas de circuncisión (> del 20%). Hull y Budiharsana (2001) describen en detalle la práctica de sexo seco en el sudeste asiático, donde la tasa de circuncisiones masculinas también supera el 80%.

Cabe destacar que uno de los estudios sobre esta práctica vaginal fue realizado en Orange Farm (Beksinska y col. 1999), lugar donde 5 años más tarde se llevó a cabo el primer ensayo controlado sobre la circuncisión masculina. Los resultados del estudio revelan que el 60% de los hombres y 46% de las mujeres entrevistadas refieren al sexo seco en sus prácticas sexuales cifra que asciende al 87% cuando se trata de los jóvenes entre 15 y 24 años.

En otro estudio, realizado en Meru, Kenia, Schwandt y col. (2006) constatan que las prácticas de sexo seco y sexo anal (más relacionado con relaciones forzadas) son frecuentes entre las trabajadoras sexuales que raramente utilizan el condón como medida de protección, y que estas prácticas se asocian con un aumento de enfermedades de transmisión sexual.

En otro estudio, realizado en Meru, Kenia, Schwandt y col. (2006) constatan que las prácticas de sexo seco y sexo anal (más relacionado con relaciones forzadas) son frecuentes entre las trabajadoras sexuales que raramente utilizan el condón como medida de protección, y que estas prácticas se asocian con un aumento de enfermedades de transmisión sexual.

En conjunto, la información disponible sugiere que la relación entre circuncisiones masculinas y la práctica de sexo seco, que conviven en estrecha proximidad, deberían ser tema de estudio y análisis para contextualizar las circuncisiones masculinas en relación con la salud de las mujeres y su vulnerabilidad en las relaciones sexuales frente al VIH.

En conjunto, la información disponible sugiere que la relación entre circuncisiones masculinas y la práctica de sexo seco, que conviven en estrecha proximidad, deberían ser tema de estudio y análisis para contextualizar las circuncisiones masculinas en relación con la salud de las mujeres y su vulnerabilidad en las relaciones sexuales frente al VIH.

En la misma zona de Meru en Kenya, habita el grupo étnico del mismo nombre que tradicionalmente practica la circuncisión ritual a los varones aproximadamente a los 15 años de edad y a las mujeres a partir de los 14 años. En el Hospital de Chogoria, situado en esta región, se ha medicalizado el ritual de pasaje de los Meru (Brown y

col. 2001). La circuncisión quirúrgica, realizada en medio hospitalario se complementa con el periodo de seclusión, también institucional, cuyas “enseñanzas” han sido adaptadas al programa ABC para la prevención de VIH/sida.

La medicalización de la cultura, o sea, la extensión del orden médico a las dimensiones colectivas e individuales de la existencia humana, es un fenómeno que se generó formalmente con el advenimiento de la teoría bacteriana y se consolidó durante más de un siglo de racionalismo médico. La consecuencia evolutiva del proceso conduce de forma inexorable a la culturalización de la medicina, de la cual la experiencia del Htal Chogoria es un ejemplo. Desde una perspectiva antropológica, se trataría apenas de una expresión sintomática de la medicina moderna como sistema cultural, del mismo modo que son sistemas culturales las otras medicinas con las que comparte espacio en el pluralismo médico africano.

De hecho la circuncisión masculina tiene un amplio currículum en las arenas de la medicalización de la cultura, que comienza en la propia concepción y legitimación sanitaria del concepto de “higiene quirúrgica”.

Tan solo un voluntarioso proceso racional que transforme en “higiene” o “limpieza” el concepto de “pureza” concebido en el ámbito ritual, podría explicar la, de otra manera, inexplicable amnesia durante los 3900 años que median entre Moisés y Pasteur.

Pero caso omiso a estos cuestionamientos epistemológicos, el concepto de “higiene quirúrgica” busca espacio desde hace más de un siglo como miembro legítimo de la comunidad científica, de forma que la circuncisión masculina pasó de la prescripción ritual a la prescripción médica y se consolidó como una de las cirugías más frecuentes y polémicas de los EEUU.

Esta historia² que data desde finales del siglo XIX ha sido detalladamente investigada por Gollaher (2000) en un libro que relata los avatares de la circuncisión masculina en las arenas de la sanidad y expresa claramente que no se trata de un tema novedoso en absoluto.

Volviendo a los Meru, y tal como he planteado, este pueblo circuncida a las niñas con el mismo

objetivo ritual y de socialización que a los varones.

Si bien no todos los pueblos que practican la circuncisión masculina, intervienen los genitales femeninos, puede decirse en cambio, que todos los pueblos que realizan la escisión femenina en cualquiera de sus tipos, como el caso de los Meru, practican la circuncisión masculina como contraparte. (Alvarez Degregori 2001). Dicho esto, cuando se habla de circuncisiones masculinas rituales, llama la atención una constante significativa: la omisión de su contraparte femenina, una omisión contextual que no se trata de un hecho aislado. Prueba de ello es que en el marco de las políticas destinadas a la erradicación de la Mutilación Genital Femenina (MGF), también llama la atención la omisión sistemática de cualquier mención a las circuncisiones masculinas que las acompañan y la ausencia de informes etnográficos que den razones de la dualidad masculino/femenina de la intervención genital

Por el contrario, y seguramente razón de las omisiones, existe un interés manifiesto en disociar ambas prácticas. Durante un seminario en Burkina Faso (United Nations 1991) denominado Prácticas Tradicionales que Afectan a Mujeres y Niñas se recomendó:

...ensuring that, in mind of people, male circumcision and female circumcision be dissociated, the former as procedure for hygienic purposes, the latter, excision, as a serious form of assault on the women's physical integrity.

A partir de esta clara voluntad que omite la perspectiva etnográfica con una sentencia casi prescriptiva, cualquier mención que cuestione su lógica o que vincule ambas prácticas, femeninas y masculinas, resulta por lo menos incómoda.

Stallings y Karugendo (2006) sin embargo, abordan el tema de forma indirecta a través de un estudio entre 5.297 mujeres en Tanzania, donde identifican que las mujeres circuncidadas presentaban menor riesgo de infección por VIH. Este resultado, que los autores califican como un “verdadero acertijo”, quizá por la cautela que impone el caso, no resulta especialmente sorprendente cuando en muchos de aquellos territorios con una menor prevalencia de VIH, que fue relacionada con la circuncisión masculina, también se practica la escisión femenina. Con esta información nadie se atrevería especular de que la MGF pudiera prevenir la transmisión hombre mujer del VIH, o incluso reforzar la abstinencia, especialmente promovida en algunos programas. Preci-

² También puede encontrarse una cronología histórica detallada de la circuncisión masculina en <http://www.circinfo.org/chronology.html>

samente por esta razón debería de ser un punto de partida para la reflexión crítica sobre la necesidad de contar con estudios comparativos, sistemáticos y científicamente sólidos entre ambas prácticas tradicionales- femenina y masculina- para superar el escaso nivel de conocimiento actual y la falta de perspectiva contextual de no pocos programas de salud.

Luego, existe una preocupación legítima entre los *policy makers* de que la promoción y medicalización de la circuncisión masculina complique las campañas de erradicación de la MGF en aquellos lugares donde se realizan ambas prácticas. Preocupación legítima, porque desde una perspectiva émica, seguramente sea mucho más complejo disociarlas, siendo tan próximas, que lo que puede haber sido en aquel seminario de expertos.

Paradójicamente las campañas de derechos humanos destinadas a la erradicación de la MGF y a la sensibilización de la opinión pública en todo el mundo, pusieron en dificultades a las circuncisiones masculinas no terapéuticas que se realizan a los niños en los países más ricos, sean de índole religioso, ritual, cultural, o como se practica en EEUU y otros países, como practica sanitaria rutinaria en los recién nacidos.

Un número muy significativo de organizaciones civiles (ver Internacional Coalition for Genital Integrity) en las que participan médicos, enfermeras, juristas, afectados, grupos religiosos críticos y otros actores sociales, tanto hombres como mujeres, se movilizaron desde EEUU y otros países ricos del mundo para incluir las circuncisiones masculinas realizadas a menores de edad sin indicación terapéutica dentro de la misma agenda de derechos humanos de MGF. La finalidad consiste en reclamar para los niños de cualquier parte del mundo las mismas garantías físicas y psicológicas reconocidas para las niñas. En este sentido se presentaron propuestas en diversas instancias legislativas y normativas de 16 estados de EEUU (MGMBill.org). A finales del 2001, Suecia fue el primer país que legisló las circuncisiones masculinas no terapéuticas, a raíz de la muerte de un menor debido a las complicaciones de

una circuncisión religiosa, y a finales del 2003 el Danish National Council for Children solicitó a los juristas locales la ilegalización de las MC en Dinamarca.

En este contexto se podría decir que la indicación de la circuncisión masculina para la prevención del VIH en el África Sub-sahariana, resulta además singularmente oportuna para contrarrestar los efectos en la opinión pública de los países más ricos, de un debate especialmente delicado. Una circunstancia que no se debería omitir en el análisis global de las circuncisiones masculinas en el África subsahariana, porque amplía necesariamente el ángulo de observación también al terreno ideológico y político y a las relaciones norte/ sur.

Conclusiones y recomendaciones

La implementación de las circuncisiones masculinas como estrategia de prevención del VIH en el lugar del mundo más castigado por la pandemia, plantea una alternativa compleja que desborda el ámbito estrictamente sanitario y conlleva un gran desafío ético para los responsables de programas destinados al control de la enfermedad.

La falta de perspectiva contextual y de participación interdisciplinaria que dominan la plataforma de despegue para políticas de salud destinadas a la escalada de las

circuncisiones masculinas, han permitido omisiones sustanciales que pueden tener consecuencias especialmente desfavorables para las mujeres y niñas e influencias negativas con un efecto bumerang en los resultados esperados. Consecuencias relacionadas con el acceso a los servicios sanitarios, con las relaciones de género, con la capacidad y necesidad de las mujeres de decidir por relaciones sexuales seguras, con la feminización de la culpa y el estigma.

Además de evidenciar una ausencia notable de enfoque de género, el discurso circuncidador, parapetado en un perfil netamente biomédico, omite otras realidades como la construcción social de la masculinidad, que incide decisivamente en binomio hombre/mujer o en la manera de relacionarse sexualmente, y por ende en las con-

ductas que favorecen o inhiben la expansión de la enfermedad

Con la finalidad de generar un cambio de mirada y dado el ámbito idóneo en que se presenta este libro, considero especialmente recomendable y urgente fomentar estudios sobre las circuncisiones masculinas, independientes, desde una perspectiva interdisciplinaria en el marco de las ciencias sociales e implicando a mujeres activistas de los países más afectados por la pandemia.

Estudios que analicen aquellos factores olvidados, omitidos o desplazados en el enfoque biomédico y que fueron visibilizados en este capítulo, y que analicen muy especialmente, el impacto que, una política orientada a la expansión de las circuncisiones masculinas, puede tener en la condición social de las mujeres y las niñas y en su vulnerabilidad frente al contagio del virus.

REFLEXIONES, COMENTARIOS Y APORTACIONES A LA EXPOSICIÓN DE C. ÁLVAREZ

- El objeto de estudio son las políticas y estrategias para la prevención del sida, un enfoque poco frecuente en antropología médica.
- Debate sobre el papel de la “moda” y la “politización” del prepucio en el aumento de demanda de circuncisiones masculinas en áreas donde no era tradicional.
- Debate sobre la relación ciencia / ideología en los programas de salud.

Referencias bibliográficas

- Agot K, J. Kiare, H. Nguyen, J. Odhiambo, T. Onyango and N. Weiss**, 2006 *Circumcision in Siaya and Bondo districts, Kenya: a perspective cohort study to assess behavioural desinhibition following circumcision*. Trabajo presentado en AIDS 2006. XVI International AIDS Conference (Toronto Canadá) 13-18 agosto
- Alvarez Degregori M C.**, 2001 *Sobre la Mutación Genital Femenina y otros Demonios*. Publicacions d'Antropologia Cultural 19 . Bellaterra. Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Atashili J**, 2006 *Adult male circumcision to prevent HIV?* International Journal of Infectious Diseases 10:202-205
- Auvert B, D. Taljaard, E. Lagarde, J. Sobngwi-Tambekou, R. Sitta and A. Puren**, 2005 *Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial*. PLoS Med 2(11): e298.
- Baleta A.**, 1998 *Concern voiced over “dry sex” practices in South Africa*. The Lancet 352:1292
- Bagnol, B. y E Mariano**, 2006 *Genital Modification, Eroticism and Sexual Pleasure: Notions of the body and sexual health of women in Tete province of Mozambique*, Journal Culture, Health and Sexuality (en prensa)
- Barker G. Y C. Ricardo**, 2005 (junio) *Young men and the Construction of masculinity in Sub-saharian Africa: Implications for HIV/*

Referencias bibliográficas

- Agot K, J. Kiare, H. Nguyen, J. Odhiambo, T. Onyango and N. Weiss**, 2006 *Circumcision in Siaya and Bondo districts, Kenya: a perspective cohort study to assess behavioural disinhibition following circumcision*. Trabajo presentado en AIDS 2006. XVI International AIDS Conference (Toronto Canadá) 13-18 agosto
- Alvarez Degregori M C.**, 2001 *Sobre la Mutación Genital Femenina y otros Demonios*. Publicacions d'Antropologia Cultural 19 . Bellaterra. Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Atashili J**, 2006 *Adult male circumcision to prevent HIV?* International Journal of Infectious Diseases 10:202-205
- Auvert B, D. Taljaard, E. Lagarde, J. Sobngwi-Tambekou, R. Sitta and A. Puren**, 2005 *Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial*. PLoS Med 2(11): e298.
- Baleta A.**, 1998 *Concern voiced over "dry sex" practices in South Africa*. The Lancet 352:1292
- Bagnol, B. y E Mariano**, 2006 *Genital Modification, Eroticism and Sexual Pleasure: Notions of the body and sexual health of women in Tete province of Mozambique*, Journal Culture, Health and Sexuality (en prensa)
- Barker G. Y C. Ricardo**, 2005 (junio) *Young men and the Construction of masculinity in Sub-saharian Africa: Implications for HIV/AIDS, Conflict, and Violence*. Social Development papers. Conflict Prevention and Reconstruction. Social Development Department. The World Bank. Paper Nº 26/
- BBC**, 2006, 13 diciembre. *Health Male Circumcision "cuts" HIV risk*. BBC News 17:38 GTM- Documento electrónico. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/6176209.stm> Accesado diciembre 30, 2006.
- Beksisnka M, H. Rees, I Kleinschmidt, J. McIntyre**, 1999 *The Practice and prevalence of dry sex among men and women in South Africa: a risk factor for sexually transmitted infections?*. Sexually Transmitted Infections, 75:178-180
- Bongaarts J, P. Reining, P. Way and F. Conant**, 1989 *The Relationship Between Male Circumcision And HIV Infection in African Populations*. AIDS, 3(6): 373-377
- Brown J, KD. Micheni, E. Grant, J. Mwenda y I. Muthiri**, 2001 *Varieties of male Circumcision: a study from Kenya* Sexually Transmitted Diseases. 28:608-12
- Caldwell, J C. y P.Caldwell**, 1996 (march) *The African AIDS epidemic*. Scientific American. 274(3): 40-46
- Castilho E.A, C. Boshi-Pinto y M.D. Guimaraes**, 2006 *Male Circumcisión and HIV heterosexual transmission*. Trabajo presentado en AIDS 2006. XVI International AIDS Conference (Toronto Canadá) 13-18 agosto
- Cold JC y J.R. Taylor.**, 1999. *The Prepuce*. British Journal of Urology Int. (Suppl 1):34-44
- De Vicenzi, I y T. Mertens**, 2004 (febrero) *Male Circumcision: a role in HIV prevention?*. AIDS, 8 (2): 153-160.
- Drain PK, D.T. Halperin, J.P. Hughes, J.D. Klausner y R.C. Bailey.**, 2005 *Circumcision, religion, and infectious diseases: An ecologic analysis of 118 developing countries*. BioMedCentral Infectious Diseases, 6:172-175
- Gollaher D**, 2000 *Circumcision: A history of the world's most controversial surgery*, New York, Basic Books, 2000
- Groeneveld A.E, D. Halperin y L.T.Kanya**, 2006 *Male circumcision and HIV transmission: changing concepts in Swaziland* Trabajo presentado en AIDS 2006 - XVI International AIDS Conference. (Toronto. Canadá) 13-18 agosto.
- Halperin, D.**, 1999 *Dry sex practices and HIV infection in the Dominican Republic and Haiti* Sexually Transmitted Infections, 75:445-446
- Halperin D.**, 2000. *The case of circumcision*. Entrevistado por Gordy Slak en Eastbay Express, mayo 15, 2000.
- Hodgins S.**, 2002. *Findings from focus groups in Lusaka and a nearby rural area in Zambia* USAID Zambia. *Male Circumcision: Current epidemiological and Field Evidence. Program and Policy Implications For HIV Prevention and Reproductive Health*. Conference Report. pp 10-11
- Hull T.H y M. Budiharsana**, 2001 (noviembre) *Male Circumcision and Penis Enhancement in Southeast Asia: Matters of Pain and Pleasure*. Reproductive Health Matters, 9(18):60-64
- ICW**, 2006 (26 de julio) *ICW dismayed at recent prevention campaign in Swaziland*. Documento electrónico campaign <http://www.icw.org/node/207> Accedido noviembre 29, 2006
- International Coalition for Genital Integrity.**, 2006 Memeber Organizations. Documento electrónico <http://www.icgi.org>. Accedido octubre 22.

- Kun, K.**, 1998 (junio) *Vaginal drying agents and HIV transmission*. International Family Planning Perspectives 24(2)::93-94
- Laumann E, Masi C y E. Zuckerman**, 1997 (abril 2) *Circumcision In The United States Prevalence, Prophylactic Effects, and Sexual Practice*. Journal of the American Medical association, 277 (13):1052-1057
- Leclerc Madlala S.**, 2001 *Demonising women in the era of AIDS: An analysis of the Gendered Construction of HIV/AIDS in KwaZulu-Natal*. Mbali. M. "The Key Shift" (Durban:University of Natal) Durban, 58-62.
- Lee Jong-wook**, 2005 (18 march) The Lancet. 365: 1005-1006
- Mattson C. L, R. C. Bailey, R. Muga, R. Poulussen y T.Onyango**, 2005 *Acceptability of male circumcision and predictors of circumcision preference among men and women in Nyanza Province, Kenya*. AIDS Care 17(2)182-194
- MGMbill.org.**, 2006. *A Bill to End Male Genital Mutilation in the U.S*. Documento electrónico E:\MaleCircumcision\MGMbill_org submit to congress.htm. Accedido noviembre 27.
- Moses S, J. E. Bradley, N. J.Nagelkerke, A. R. Ronald, J. O. Ndinya-Achola y F. A. Plummer**, 1990 (september) *Geographical Patterns Of Male Circumcision Practices In Africa: Association With HIV Seroprevalence*. International Journal or Epidemiology 19 (3) 693-697
- Ntozi J.**, 1995 *Using Circumcision to prevent HIV infection in sub-saharan Africa: the view of an African*. En *The East African AIDS epidemic and absence of male circumcision: whats the link?*. Forum: Health Transition Review 5: 97-117
- OMS**, 2006 (july). *Demand for male circumcision rises in a bid to prevent*. Bulletin of the World Health Organization 84(7): 505-588
- OMS**, 2006 (agosto) *WHO HIV/AIDS treatment data*.
- OMS**, 2006 *Statement on Kenyan and Ugandan trial findings regarding male circumcision and HIV*. Media centre. Statements 2006
- United Nations**, 1991 *United Nations Report of the Seminar related to Traditional Practices affecting the Health of Women and Children*, Ouagadougou, Burkina Faso, Apr.29-May 3, 1991, E/CN.4/Sub.2/1991/48, Jun.12, pp 9.
- ONUSIDA. OMS**, 2006. *Situacion de la Epidemia de SIDA*. Diciembre
- Orubuloyea I.O, P .Caldwell y J. Caldwell**, 1995 *A note on suspect practices during the AIDS epidemic: vaginal drying and scarification in southwest Nigeria* Health Transition Review, Supplement to 5: 161-165
- Parker R.**, 2001 *El Poder en las relaciones Sexuales. Inicio de un diálogo entre profesionales en salud reproductiva*. Population Council.IGWG, IPPF pp9
- Parliamentarians for Women's Health.**, 2006 Documento electrónico <http://www.womens-healthcare.org/article/articles-tatic/40/1/1/>. Accedido octubre 19
- Schwandt M, Ch. Morris, A.Ferguson, E. Ngugi y E.Moses**, 2006 (21 junio) *Anal and dry sex in commercial sex workers, and relation to risk for sexually transmitted infections and HIV in Meru, Kenya*. Sexually Transmitted Infections; 82:392-396
- Scott B.E, H.A. Weiss y J.I.Viljoen**, 2005 (abril) *The acceptability of male circumcision as an HIV intervention among a rural Zulu population, KwaZulu-Natal, South Africa* . AIDS Care 17(3):304-313.
- Siegfried N, M .Muller, J. Volmink, J. Deeks, M. Egger, N. Low, H. Weiss, S .Walker, P .Williamson**, 2003 *Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men (Cochrane Review)*. En: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
- Simelane D y D. Halperin**, 2006 *A pilot community-based program for addressing the growing demand for safe and affordable male circumcision/male reproductive health services in Mbabane Swaziland*". Trabajo presentado en AIDS 2006- XVI International AIDS Conference (Toronto. Canadá). 13-18 agosto
- Stallings RY y E. Karugendo**, 2006 *Female circumcision and HIV in Tanzania: for better or for worse?*. Trabajo presentado en AIDS 2006- XVI International AIDS Conference (Toronto. Canada) 13-18 agosto
- Thomas AG, L.N. Bakhireva, S.K. Brodine y R.A Shaffer.**, 2006 *Prevalence of male circumcision and its association with HIV and sexually transmitted infections in a U.S. navy population*. Trabajo presentado en AIDS 2006. XVI International AIDS Conference (Toronto Canada) 13-18 agosto
- UNAIDS**, 2004 *Report on the Global AIDS Epidemic*
- UNESCO**, *SIDA y Cultura*. El proyecto "Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/sida". On line http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=2932&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Van Howe**, 1999 *Circumcision and HIV infection: review of the literatures*

CONCLUSIONES GENERALES

Susan M. DiGiacomo

Universitat Rovira i Virgili

University of Massachusetts at Amherst

Este libro es el producto de un proceso extraordinariamente intenso y productivo de diálogo que tuvo lugar durante una semana a finales de noviembre de 2006 y del que tuve el honor de ser moderadora y secretaria.

El último día del encuentro, todos los autores revisaron de nuevo su capítulo ya presentado y discutido, y el grupo dedicó las últimas horas de las jornadas a efectuar una serie de conclusiones generales respecto al trabajo que se había llevado a cabo a lo largo de toda la semana. Las conclusiones que aparecen a continuación son mi propia síntesis de las ideas planteadas.

1 El diálogo interdisciplinar es una fuente posible y efectiva de nuevas ideas. El grupo de trabajo es un grupo diverso de científicos de las ciencias sociales –algunos de los cuales tienen una orientación más académica o universitaria y otros más práctica o de campo–, de médicos con experiencia importante en medicina social, salud pública y cooperación internacional, y de activistas. En el proceso de producción de este libro el diálogo tuvo lugar tanto en el contexto de cada una de las disciplinas, como entre las áreas de solapamiento de las distintas disciplinas (entre medicina, ciencias sociales y activismo); entre las diversas disciplinas de las ciencias sociales (antropología, sociología y geografía), y entre las distintas subdisciplinas de cada una de las ciencias sociales. Tal como lo ha expresado Elsa Jacinto (una de las médicas participantes en el grupo de trabajo), los médicos ya no van a sentirse solos en su lucha contra el VIH/sida y van a tener aliados entre los especialistas en ciencias sociales y entre los activistas que comparten sus objetivos de conseguir que los tratamientos y las medidas de prevención sean accesibles a todas las personas. Una alianza de este tipo va a facilitar la posibilidad de que los objetivos de los proyectos de investigación sean los correctos, tal como demuestra el capítulo de Arachu Castro.

2 El análisis de los factores políticos e institucionales tiene una importancia extraordinaria para la potenciación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Tal como demuestra la contribución de Cristiano Matsinhe a este libro, el valor de las ciencias sociales no solamente radica en el estudio de las creencias y percepciones de las personas, cuyo contexto cultural es distinto del correspondiente a los puntos de vista de la biomedicina y la salud pública occidentales. Las instituciones sanitarias y gubernamentales en las que se planifican las políticas de intervenciones de salud, así como las estructuras burocráticas a través de las cuales se implementan dichas políticas e intervenciones, pueden ser sometidas provechosamente a un análisis de carácter antropológico. Los resultados de este tipo de estudios podrían definir los procesos a través de los cuales las instituciones generan los obstáculos al acceso a los medios sanitarios. Tal como indica Cristina Álvarez en su capítulo sobre la circuncisión masculina para la prevención de la infección por el VIH, los profesionales de la salud pública y de las ciencias sociales deben aprender a evaluar de manera crítica las políticas de prevención que llevan a cabo las agencias de ayuda internacional, dado que dichas políticas pueden dar lugar a consecuencias negativas no intencionadas para las mujeres.

3 Para los antropólogos y otros científicos sociales no siempre es fácil conseguir que los políticos y gestores sanitarios les escuchen, pero ello no es necesariamente el resultado de una exclusión deliberada. Las personas responsables de la política sanitaria están sometidas a numerosas y variadas presiones, especialmente cuando –como ocurre en el caso del VIH/sida– «el listón está muy alto». Los límites entre las disciplinas científicas están reforzados por la estructura burocrática de las universidades y por las estrategias de publicación necesarias para el desarrollo de las distintas carreras profesionales, lo que quiere decir que los profesionales de las distintas disciplinas tienen más posibilidades de leer las revistas de su propia especialidad que las correspondientes a otras especialidades. Cuando esto ocurre entre las ciencias sociales estrechamente relacionadas entre sí (p. ej., entre la antropología y la sociología), las barreras a la circulación normal del conocimiento entre las mismas y las ciencias biológicas pueden ser cualquier cosa menos insuperables. Tal como señala

Iqbal Shah, los científicos sociales deben volver a plantearse sus estrategias de publicación para intentar colocar parte de sus trabajos en revistas a las que tengan acceso los médicos y los especialistas de salud pública a los que realmente se dirigen dichos trabajos. En palabras de Harriet Birungi, los científicos sociales deben adoptar una postura «positivamente agresiva», es decir, agresiva pero en el sentido más positivo que negativo, con objeto de que sus propuestas lleguen a oídos de los políticos.

4 Entre las ciencias de la salud pública y las ciencias sociales, hay más puntos en común de lo que podría parecer. Uno de estos puntos se refiere a las limitaciones institucionales a las que se ve sometida la investigación sobre aspectos sanitarios con una orientación sociológica. El modelo de revisión institucional de los proyectos de investigación sobre sujetos humanos (*human subjects review*) procede directamente de las ciencias experimentales y es completamente inadecuado tanto para las ciencias sociales como para la salud pública. La aplicación de este modelo crea obstáculos al desarrollo del conocimiento relativo a las realidades sociales que desempeñan un papel central en el desarrollo de las estrategias dirigidas hacia la contención de la pandemia por VIH/sida. Tal como expuso Ezekiel Kalipeni a los demás participantes en el grupo de trabajo, el proceso de revisión de proyectos de investigación sobre sujetos humanos en su universidad obligó a una modificación en el diseño de su investigación. El proyecto iba a incluir inicialmente la participación de adolescentes pero la universidad puso en conocimiento de los investigadores que no aprobaría la subvención del proyecto a menos que el umbral de edad para los participantes se elevara hasta los 18 años. Mientras no conozcamos la experiencia de los niños y los adolescentes como agentes sociales, no vamos a obtener el conocimiento necesario para el diseño de intervenciones más efectivas. Una de las posibles plataformas de colaboración entre las ciencias de la salud pública y las ciencias sociales es el desarrollo de un conjunto de criterios para los diseños de revisión de personas que sea apropiado para la investigación social.

5 Las formas abiertas y holísticas de activismo pueden introducir cambios reales. *The AIDS Support Organization (TASO)* de Uganda es un ejemplo extraordinario de la manera con la que se pueden movilizar de manera imaginativa y efectiva los recursos de la sociedad civil para el establecimiento de distintas alianzas con los sectores privado y gubernamental o público. Tal como demuestra la contribución de Noerine Kaleeba a este libro, los valores en los que está fundamentada TASO (dignidad humana; transparencia y demostración de responsabilidad contable a todas las partes implicadas; eliminación del personalismo en los roles de liderazgo; obligación de la sociedad para atender a las personas con VIH/sida; insistencia en el restablecimiento de la esperanza y en la mejora de la calidad de vida, no solamente de las personas individuales sino también de las familias y de los grupos comunitarios al completo) permiten alcanzar resultados de tipo práctico en lo relativo a la accesibilidad de los medios de tratamiento y prevención del VIH/sida a través de los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en lo que se refiere a los sectores más vulnerables de la sociedad. El carácter holístico del enfoque TASO debería constituir un estímulo para el replanteamiento de los fundamentos de los servicios de salud sexual y reproductiva. Tal como demuestra el capítulo de Harriet Birungi, el abordaje limitado de la sexualidad únicamente como un problema sanitario o como una cuestión de reproducción, deja inevitablemente fuera de consideración las necesidades y deseos sexuales. Uno de los retos que plantea el futuro a este nivel es el de ayudar a los adolescentes a convivir con el VIH y a equilibrar su responsabilidad con sus deseos de establecer relaciones íntimas y de crear familias.

6 Tal como se demuestra en la aportación de Joanne Wreford y Susan Levine a este volumen, el activismo y la investigación son actividades compatibles, y las intervenciones médicas no se limitan a las que se pueden llevar a cabo a través de las instituciones de biomedicina occidentales. Joan Muela señala en su capítulo que el pluralismo médico es la regla más que la excepción, y que el

análisis de las intersecciones y las interacciones entre las diferentes tradiciones de carácter sanitario y entre las distintas representaciones de la enfermedad nos debe invitar a pensar de una manera distinta, es decir, a examinar la lógica cultural que vincula a los distintos elementos en un complejo proceso de solicitud de ayuda sanitaria, más que a desechar de manera simplista los métodos tradicionales utilizados por los curanderos como si fueran un obstáculo para una asistencia médica eficaz, o bien a centrarnos de manera miope en un conjunto de «factores» causales que se combinan para conseguir un resultado específico.

7 Las relaciones de poder y las diferencias de género están estrechamente relacionadas con la transmisión de la infección por el VIH, tal como se demuestra en el capítulo de Arachu Castro. Sin embargo, el reconocimiento de la vulnerabilidad específica de las mujeres africanas no nos debe llevar a considerarlas víctimas pasivas, a negar su capacidad de acción y de expresión, o a contemplarlas genéricamente como el sexo femenino africano sin cara ni voz. Son realmente actores sociales que interactúan con otros actores sociales, tal como señala Ana Loforte. Este reconocimiento es útil para abrir espacios de diálogo que rompan los silencios, eliminen el estigma asociado al VIH/sida y faciliten el acceso a los medios de prevención y tratamiento.

8 La biomedicina (incluyendo las intervenciones de salud pública y de educación sanitaria) tiende a considerar la enfermedad como un problema individual que debe ser abordado de forma también individual. Sin embargo, lo que se demuestra en muchos de los capítulos de este libro es que este tipo de enfoque nunca va a permitir la contención de la pandemia de VIH/sida en los países del África subsahariana. Para ello, el único medio es la aplicación de un enfoque multifactorial que tenga en cuenta el contexto social y cultural tanto de la enfermedad como de las intervenciones dirigidas contra la misma. El contexto es muy amplio y, según se demuestra en el capítulo de Ezekiel Kalipeni, incluye no solamente la consideración de las diversas prácticas culturales sino también de los procesos de carácter histórico como la explotación colonial de África y sus consecuencias a largo plazo (pobreza, inestabilidad política, migración de la mano de obra y desplazamiento de masas de población).

9 La perspectiva combinada de la salud pública y las ciencias sociales debería ser la norma más que la excepción. El grupo de trabajo que ha elaborado los capítulos de este libro pretende constituirse en un modelo para este tipo de desarrollo y análisis continuado de un espacio compartido de investigación e intervención. La mayor parte de los participantes en el grupo de trabajo ya se había reunido previamente en la conferencia VITA sobre el VIH en los países de África subsahariana celebrada en Barcelona en abril de 2006. Al final de esta conferencia se alcanzó el acuerdo espontáneo de que todos los participantes debían mantener el contacto entre sí para encontrar oportunidades futuras de seguir trabajando juntos. Varios meses después, estos especialistas se reunieron durante una semana de trabajo con el objetivo de elaborar los contenidos de este libro y siguieron estando convencidos de la necesidad de la continuidad con el establecimiento de una agenda preliminar de proyectos conjuntos futuros.



CONTACTOS

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Elizabeth Madraa,
emadraa@yahoo.com

Cristiano Matsinhe,
cmatsinhe@kula.co.mz

Ana Maria Loforte,
analoforte@yahoo.com

Harriet Birungi,
hbirungi@pcnairobi.org

Ezekiel Kalipeni,
kalipeni@uiuc.edu
Jayati Ghosh,
Jghosh@dominican.edu
y **Lucy Mkandawire-Valhmu,**
mkandawi@uwm.edu

Elsa Jacinto,
ejacinto@dnsdee.misau.gov.mz

Noerine Kaleeba,
nkaleeba@yahoo.com

Susan Levine,
slevine@humanities.uct.ac.za

Arachu Castro,
Arachu_Castro@hms.harvard.edu

Joanne Wreford,
jow@unwembi.co.za

Joan Muela Ribera,
juan.muela@uab.es

Iqbal Hussain Shah,
shahi@who.int

María Cristina Álvarez Degregori,
cristinalvarez_projectes@yahoo.es

Susan M. DiGiacomo,
susan@anthro.umass.edu

realizado por



con el apoyo de

