

Inquietudes femeninas:
Cobertura periodística sobre
las **mujeres** y el
VIH/SIDA

Información sobre la Women's Edition

La Women's Edition (Edición de Mujeres) es una actividad mundial de Population Reference Bureau (PRB) que reúne a mujeres con altos puestos de redacción, publicación y producción en influyentes entidades de los medios de comunicación de todo el mundo, para analizar y dar a conocer temas que afectan a la salud y la condición social de la mujer. La publicación Women's Edition apareció por primera vez en 1993 y está financiada en la actualidad por la Agencia de EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del proyecto *MEASURE Communication*.

En el año 2000 se seleccionó a las participantes en la Women's Edition de entre un grupo altamente calificado de candidatas que representaban a 10 países, y se dirigían en su conjunto a aproximadamente un total de 25 millones de personas.

La misión de la Women's Edition es dar a conocer decisiones normativas mediante una cobertura oportuna y exacta en los medios de comunicación, y expresando el punto de vista y las necesidades de la mujer. Al proporcionar información a millones de mujeres en los países en desarrollo sobre temas que las afectan, esta publicación también tiene por objeto dirigir el debate público sobre los problemas existentes y ayudar a las mujeres a tomar decisiones con conocimiento sobre temas relacionados con su sustento.

Los periodistas que colaboran en la Women's Edition se congregan dos veces al año, en seminarios de una semana de duración, para analizar cuestiones de salud reproductiva y otros temas afines, reunirse con expertos y buscar estrategias para proporcionar una cobertura sólida de dichos asuntos en los medios de comunicación. El seminario de Women's Edition estudió la forma en que las mujeres se ven afectadas por el VIH y el SIDA. Los miembros produjeron los programas y suplementos de esta colección tras asistir al seminario. La cobertura incluyó separatas en periódicos, artículos informativos, reportajes de noticias, artículos de fondo y programas de tertulia.

La Women's Edition también trata de mejorar la capacidad institucional de las organizaciones de los medios de comunicación. Las periodistas comparten sus experiencias con colegas, a través de las asociaciones locales de periodismo, hacen presentaciones en conferencias, organizan y dirigen capacitación sobre los temas que tratan en los seminarios.

Integrantes en 2000

Gabriela Adamesteanu, 22, Rumania

Harikala Adhikary, "Miliquli" y *Gorkhapatra*, Nepal

Thaís Aguilar, Servicio Especial para Noticias de la Mujer (SEM), Costa Rica

Sarah Akrofi-Quarcoo, Ghana Radio News, Ghana Broadcasting Corporation y *Daily Graphic*, Ghana

Josefina (Pennie Azarcon) Dela Cruz, *Sunday Inquirer Magazine*, *Philippine Daily Inquirer*, Filipinas

Lemlem Bekele Woldemichael, Radio Ethiopia, Etiopía

Judith Hadonou-Yovo, La Chaîne 2, Benín

Eunice N. Mathu, *Parents*, Kenia

Sathya Saran, *Femina*, India

Nawal Sayed Mostafa, *El Akhbar*, Egipto

Sara Adkins-Blanch, *Women's Edition*, PRB, EE.UU.

Información sobre PRB

Population Reference Bureau (PRB) fue fundado en 1929 y está a la vanguardia en proporcionar información objetiva y oportuna sobre tendencias de población nacionales e internacionales, y sus consecuencias. PRB mantiene informadas, mediante una gran variedad de actividades, a autoridades normativas, educadores, los medios de comunicación y los ciudadanos de todo el mundo interesados en velar por el bien público. Es una organización sin fines de lucro que no aboga por ninguna causa específica. El proyecto de *MEASURE Communication* fue concebido para producir información exacta y oportuna sobre la población, salud y nutrición en los países menos desarrollados, con objeto de mejorar políticas y programas.

Inquietudes femeninas: Cobertura periodística sobre las **mujeres** y el **VIH/SIDA**

Índice

Prefacio	2
Panorama mundial: la cara cambiante del VIH y el SIDA	3
Las mujeres son especialmente vulnerables al VIH y el SIDA	6
Las mujeres y el SIDA: ser bueno es malo para la salud	7
¿Tiene usted el VIH? Mujeres en riesgo	9
La agonía de ser una mujer africana	10
Llevar la batuta	12
Transmisión de la madre al niño	13
Informe sobre el SIDA	14
Silencio y mutismo en torno al VIH y el SIDA: el Hospital de Hlabisa ..	15
Los jóvenes y el VIH y el SIDA	16
Problemas actuales	17
¿Tiene usted el VIH?	18
La migración y el VIH	19
Los filipinos y el SIDA: le puede pasar a usted	20
Mutismo y oídos sordos ante el VIH y el SIDA en el África rural	22
Mejorar nuestra propia conducta	23
Gente que vive con el VIH o el SIDA	24
Sigue llevando su vida, a pesar del VIH	25
VIH/SIDA: A romper silencios	27
Florence está infectada con el VIH: la cara de la esperanza y la fortaleza	29
Referencias bibliográficas	31
Reconocimientos	32

Prefacio

Para muchos países el VIH y el SIDA constituyen la mayor emergencia y crisis económica, social y de salud del mundo contemporáneo. El VIH tiene muchos aliados. Para empezar, el silencio y la negación de su existencia han promovido la transmisión. Asimismo los tabús religiosos y culturales que impiden hablar abiertamente de los hábitos y preferencias sexuales, y el uso de métodos anticonceptivos, hacen que este virus, que se transmite principalmente por contacto sexual, se haya visto rodeado de vergüenza y sentimiento de culpabilidad. Muchos gobiernos también han sido lentos en reconocer la crisis, y formular políticas y programas que pongan paro a la epidemia.

La pobreza es otro aliado. Quienes pueden permitirse los costosos tratamientos contra el SIDA prolongan su vida, mientras que los pobres (la mayoría de los cuales son mujeres¹) mueren en cantidades estremecedoras. Uno de los mayores problemas es el profundo impacto de la epidemia en la vida de mujeres, cuya falta de autonomía económica y baja condición social las deja con frecuencia impotentes para abstenerse de conductas arriesgadas, o imponer su voluntad para tomar las precauciones más básicas contra la enfermedad. Por otra parte las mujeres y las niñas constituyen la mayor fuente de apoyo para los enfermos y los moribundos, incluso cuando ellas mismas necesitan atención.

Esta *Inquietudes Femeninas* es la quinta de una serie compilada por el proyecto de Women's Edition de Population Reference Bureau, y examina el efecto de la epidemia sobre las mujeres y las niñas desde el punto de vista de las mujeres periodistas

(ver la información sobre la Women's Edition en la contraportada). En julio del 2000, PRB convocó a periodistas de alto nivel de 10 países para que participaran en un seminario sobre el tema de las mujeres y el VIH/SIDA, previo a la 13ª Conferencia Internacional sobre el SIDA, en Durban, Sudáfrica. Las periodistas después produjeron suplementos especiales para sus periódicos y revistas, así como programas de radio que pusieron de relieve aspectos locales e internacionales de la epidemia. A continuación aparecen extractos de dichos suplementos y programas.

Los artículos y guiones han sido condensados y se presentan en cinco secciones, con una introducción en cada una de ellas. Las secciones representan los temas específicos abordados por las periodistas. La primera trata de lo especialmente expuesta que se encuentra la mujer al VIH, y la siguen otras secciones sobre la transmisión del virus de la madre al niño, y sobre la juventud, la población emigrante y la gente que vive con el VIH y el SIDA. Los artículos presentan diferentes perspectivas culturales, pero todos ponen de relieve la dependencia económica de la mujer respecto al hombre, y el hecho de que la aceptación social de diferentes normas de conducta para uno y otro sexo, contribuye a la vulnerabilidad de la mujer ante la infección y hace que sea mucho más afectada por la epidemia. Los artículos también demuestran que los medios de comunicación juegan un papel en contribuir a eliminar el velo de silencio y negación que rodea a la enfermedad. ■

Panorama mundial: la cara cambiante del VIH y el SIDA

Por la misma razón que la falta de poder y la pobreza ponen a ciertos grupos y comunidades en todo el mundo en mayor riesgo de contraer el VIH, la epidemia se está convirtiendo en algo que cada vez afecta más a la población femenina, los jóvenes y los pobres². Las mujeres corren especial riesgo por una combinación de factores biológicos, económicos y sociales, que se ve más reflejada entre las niñas. A finales del año 2000 las mujeres constituían aproximadamente el 47% de los 36 millones y pico de adultos que vivían con el VIH o el SIDA, y más del 90% de los adultos infectados se encontraban en los países menos desarrollados³. Si bien el VIH afecta a todas las edades, la mitad de las nuevas infecciones corresponden a personas entre 15 y 24 años de edad⁴. En los países africanos las jóvenes infectadas con el VIH superan el número de varones jóvenes (en una proporción de 2 a 1)⁵.

El riesgo para las mujeres es cada vez mayor, tanto en los países más desarrollados como en los países en desarrollo, y las dificultades más notorias tienen lugar en las naciones con menos capacidad para hacer frente a la epidemia. En España el porcentaje de mujeres con SIDA se elevó de 7% en 1985, a 19% en 1995⁶. El aumento ha sido más drástico en Brasil. En 1986 había 16 hombres con el VIH/SIDA, por cada mujer con la enfermedad, y en 1997 dicha proporción pasó a tres hombres por mujer⁷. En África, la región más afectada por la epidemia, 12 mujeres de cada 10 hombres tienen el virus⁸.

La mayor parte de las mujeres con el VIH/SIDA son infectadas en relaciones sexuales sin protección con sus compañeros o esposos, lo que ocurre especialmente en África, Asia meridional y el sudeste asiático⁹. Las mujeres también pueden contraer la infección por el consumo intravenoso de drogas o por transfusiones de sangre, pero en muchos casos la infección es parte

de una gran cadena de transmisión que comienza cuando sus esposos, compañeros o novios son infectados por el virus, por consumo intravenoso de drogas, relaciones con trabajadoras sexuales u otras mujeres, o con varones. Eso es lo que ocurre en la India, donde los altos índices de la infección entre las trabajadoras sexuales y sus clientes se han visto seguidos de una oleada de transmisión del VIH a las esposas¹⁰. Asimismo se piensa que en muchos lugares la migración contribuye considerablemente a la propagación de la infección¹¹. Cuando los hombres y mujeres dejan a sus parejas para ir a trabajar a la ciudad u otro país, se establecen nuevas redes de relaciones sexuales que elevan el riesgo de transmisión del VIH.

Por razones biológicas el riesgo de contraer el VIH en relaciones sexuales sin protección es mayor para las mujeres que para los hombres. El revestimiento de la vagina y el cuello uterino consta de membranas mucosas que constituyen un medio altamente receptivo para la infección¹². Dichas membranas son tejidos delgados por donde el VIH y otros virus pasan fácilmente a los capilares¹³. Por otra parte el semen infectado normalmente contiene mayor concentración del VIH que la secreción sexual de la mujer; y las mujeres están más expuestas que los hombres a contraer otras infecciones de transmisión sexual (ITS), las cuales, de no ser tratadas, pueden multiplicar el riesgo de contraer el VIH. Además la posibilidad de que la mujer sangre o sufra desgarras durante el coito, ya sea debido a relaciones forzadas o a la mutilación genital previa, también eleva el riesgo de que contraiga la infección del VIH. Dicho riesgo es incluso mayor entre las mujeres más jóvenes, debido a que su cuello uterino no está completamente formado y presenta menores barreras a la infección.

Sin embargo los altos porcentajes de infección del VIH entre las mujeres y las

La epidemia se está convirtiendo en algo que cada vez afecta más a la población femenina, los jóvenes y los pobres.

niñas con frecuencia obedecen, no tanto a aspectos biológicos como a cuestiones básicas de poder y control entre los dos sexos. La vulnerabilidad de la mujer ante el VIH es mayor debido a su dependencia económica y social del hombre. Como dice Martin Foreman, editor de *AIDS and Men*, los hombres son generalmente “quienes deciden cuándo tiene lugar el coito y si se usa un condón o no”¹⁴. En condiciones de dependencia económica, la capacidad de la mujer para insistir en el uso de condones es todavía menor. Si las mujeres se rehúsan a tener relaciones o exigen el condón, pueden exponerse a maltratos o a que se ponga en duda su fidelidad. Incluso pueden ser abandonadas u obligadas a dejar el hogar. La violencia sexual (incluida la violación y la importunación sexual) presenta un riesgo patente para la salud reproductiva de la mujer y las niñas, y eleva el riesgo de contraer el VIH.

La cara del SIDA es también cada vez más joven. El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) calcula que la mitad de todos los nuevos casos de infección tienen lugar entre jóvenes en las edades de 15 a 24 años¹⁵. Las niñas están especialmente expuestas a contraer el VIH por vía sexual, debido a que carecen de información, confianza o recursos para decidir usar condones, insistir en dicho uso, o hacer prevalecer su voluntad en otras cuestiones sexuales. Las niñas también tienen mayor probabilidad que los niños de ser violadas o embaucadas sexualmente con alguien de mayor edad, de más fuerza o poder económico. Como Antigone Hodgins, de International Community of Women Living with HIV/AIDS, indica: “las jóvenes se enfrentan a la mayoría de los problemas que tienen las mujeres, pero con diez veces mayor dificultad...”¹⁶

La mayor incidencia del VIH/SIDA entre las jóvenes ha llevado a un aumento en la transmisión del virus de la madre al niño,

ya que el bebé puede contraer el VIH durante el embarazo, el parto, o la lactancia materna¹⁷. Este tipo de transmisión es, con largueza, el más común entre los menores de 15 años¹⁸. Se calcula que, desde el comienzo de la epidemia, aproximadamente 4,3 millones de niños han muerto de SIDA antes de llegar a los 15 años de edad, y sólo en el año 2000 murieron más de medio millón¹⁹. En la actualidad existen 1,4 millones de niños con la infección²⁰ y se espera que la mayoría muera antes de llegar a la adolescencia.

Si bien la infección del VIH no se limita a los pobres, ésta ha contribuido a su propagación, lo que crea otro tipo de vulnerabilidad. La gran mayoría (aproximadamente el 94%) de todas las personas con VIH/SIDA a finales del 2000 se encontraban en las regiones menos desarrolladas²¹, donde una gran proporción de los pobres son mujeres²². El África subsahariana tiene una carga desproporcionada de la epidemia, puesto que en dicha región reside el 70% de los adultos con VIH/SIDA de todo el mundo²³. Por contar con pocos recursos económicos, éstos se ven frecuentemente marginados social y políticamente, y suelen tener poco acceso a servicios e información de salud; y las mujeres pobres pueden adoptar conductas que las exponen a la infección, como el intercambio de favores sexuales por alimentos, albergue, o dinero para mantenerse a sí mismas y a sus familias.

“Para romper este ciclo se necesita, no sólo mucha mayor inversión en formas más eficaces de prevención y tratamiento del VIH, sino medidas más efectivas para combatir la pobreza”, declaró Robert Hecht, director asociado de política, estrategia e investigación de UNUSIDA, en la Conferencia Internacional del SIDA celebrada del 9 al 14 de julio de 2000 en Durban, Sudáfrica²⁴.

Para abordar algunas de las causas básicas de la rápida propagación del VIH, los

programas de prevención están adoptando enfoques que consideran la diferente situación de hombres y mujeres, factores económicos, sociales y legales que contribuyen a la epidemia. Estos programas tratan de elevar el acceso de la mujer a información y servicios, y –lo que es más importante– lograr cambios estructurales para corregir las diferencias de poder entre los sexos. Los pocos países que tienen programas sobre las mujeres y el SIDA continúan poniendo énfasis sobre la educación y la asesoría, así como en reducir el número de compañeros sexuales, promover el uso de condones y alentar la monogamia. Desafortunadamente los mensajes dirigidos a las mujeres no suelen tener en cuenta que la mujer carece de poder para ejercer la mayoría de las soluciones que se proponen.

Los programas que han tenido éxito también tratan de potenciar económicamente a la mujer. Las actividades de prevención del SIDA están cada vez más ligadas a programas que apoyan la independencia económica de la mujer, mediante la capacitación, el crédito, programas de ahorro y cooperativas de mujeres. Otros programas fomentan estrategias de comunicación para facilitar la capacidad de la gente joven de hablar de temas como las ITS, el VIH/SIDA, el uso de condones y la conducta sexual. En Uganda, el gobierno y los dirigentes religiosos, así como las organizaciones de desarrollo de la comunidad y otras entidades han elaborado una campaña para reducir la infección del VIH. La fundación *Straight Talk* (hablar claro), una entidad sin fines de lucro con sede en Kampala, produce un programa radiofónico semanal que llega a más de 1,5 millones de jóvenes, y les enseña técnicas de comunicación para salir de difíciles situaciones sexuales.

Otras intervenciones alientan la participación de la comunidad. Las mujeres nepalesas que se venden a la India, para trabajar en las casas de prostitución en las ciudades

de Bombay, Delhi y Calcuta, están especialmente expuestas a contraer el VIH. El Proyecto Maiti en Nepal proporciona educación, enseñanza de oficios, apoyo y asesoría a las niñas que logran escaparse de los traficantes o corren riesgo de ser vendidas.

En el aspecto médico todavía queda mucho que hacer. Los nuevos medicamentos que inhiben el desarrollo total del SIDA permiten prolongar la vida de ciertas personas con el virus y reducen la transmisión de la madre al hijo; pero estos componentes antirretrovirales son costosos y no están a disposición de la gran mayoría de los infectados. También se ha avanzado en los métodos anticonceptivos de barrera, como el condón femenino, que protegen contra el VIH y otras ITS, y ponen el poder de combatir la infección en manos de la mujer; pero muchas mujeres en los países menos desarrollados no tienen acceso a la tecnología. Continúa mientras tanto la búsqueda de cremas, espumas o geles capaces de matar al virus, que permitan a la mujer protegerse sin necesidad de la cooperación de su pareja.

El impacto del VIH/SIDA trasciende las vidas de las personas infectadas, ya que la enfermedad cambia la dinámica de la comunidad, socava la estructura familiar y pone en entredicho el futuro de los niños. La experiencia demuestra que para contener los efectos del virus es esencial disponer de buena información y participación de la sociedad a todos los niveles. Para que las estrategias sean efectivas también se necesita la total voluntad de acción del gobierno, así como sólidos programas de divulgación y ayuda de la industria farmacéutica. Los esfuerzos más fructíferos a nivel del país han hecho hincapié en el acceso irrestricto a la atención médica y medicamentos, así como en promover el compromiso político y la conducta sexual responsable de ambos sexos. Todo ello es esencial para poner fin a la propagación de la epidemia. ■

Para contener los efectos del virus es esencial disponer de buena información y la participación de la sociedad a todos los niveles.

LAS MUJERES SON ESPECIALMENTE VULNERABLES AL VIH Y EL SIDA

El profundo impacto del VIH y el SIDA en la vida de la mujer es una de las preocupaciones más acuciantes de nuestros días. Se conjugan ciertos factores sociales, económicos y biológicos, que junto con políticas públicas socavan los derechos de la mujer y elevan su propensión a esta enfermedad, cuya forma más común de transmisión en todo el mundo es mediante el contacto sexual.

Las mujeres están especialmente expuestas a contraer el VIH por dos razones. Existen diferencias anatómicas que hacen que la transmisión del virus, del hombre a la mujer por contacto sexual, sea mucho más probable que de la mujer al hombre; pero más importante es el hecho de que la falta de poder, la dependencia y el grado de pobreza de la mujer reducen su capacidad para evitar el riesgo.

La Plataforma de Acción adoptada por los gobiernos en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, que tuvo lugar en Beijing, en 1995, reconoce que la baja condición social de la mujer es la causa de su vulnerabilidad ante el VIH²⁵. Si bien la propagación de la infección se debe en gran parte a la conducta individual, con frecuencia la mujer no se encuentra en posición de tomar medidas preventivas. La capacidad de elección de la mujer suele verse limitada por su impotencia para exigir relaciones sexuales sin riesgo, así como por las diferentes normas de conducta aceptadas socialmente para uno y otro sexo, y la dependencia económica de la mujer en el hombre. Por dichas razones, las mujeres casadas –sean monógamas o no– se encuentran entre el grupo de población con mayor riesgo de contraer la infección del VIH²⁶.

Asimismo, debido a que la mayoría de las mujeres infectadas están en edad de procrear, se enfrentan a la probabilidad de infectar a sus hijos; y, por otra parte, las madres, hijas, esposas, abuelas, hermanas y tías también son quienes se encargan de atender a los miembros moribundos de la familia, y a los niños que quedan huérfanos por la enfermedad.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Los expertos en salud y las instituciones de sanidad están promoviendo formas de combatir el virus que tienen en cuenta los distintos papeles y circunstancias sociales del hombre y la mujer; y los gobiernos y entidades donantes están dando creciente apoyo a los grupos que abogan por los derechos de la mujer y defienden sus derechos humanos –incluido el derecho al control sobre su sexualidad, y a tomar sus propias decisiones a este respecto, de forma libre y responsable.

Como se indica en la Plataforma de Acción de Beijing, dicho derecho incluye la capacidad de elegir métodos inocuos, efectivos y asequibles de planificación familiar, y a disponer de información adecuada y acceso a servicios de salud. Los expertos en salud reproductiva coinciden generalmente en lo esencial de mejorar el acceso a los métodos de barrera (que confieren control a la mujer), como facilitar la disponibilidad y el acceso económico al condón femenino, y fabricar microbicidas vaginales y cremas, espumas o geles que maten al virus. Otro objetivo es educar a los varones de todas las edades, para que adopten una conducta sexual responsable.

Las mujeres y el SIDA: ser bueno es malo para la salud

por Pennie Azarcon Dela Cruz

Cumplir con la definición de lo que la sociedad considera una buena mujer puede ser peligroso para la salud femenina, al menos en lo que respecta al SIDA. Los expertos opinan que actuar pasivamente, de forma sumisa, o con actitud ingenua en cuestiones de sexualidad, y pasar por alto las aventuras del compañero sexual, deja a la mujer más expuesta a contraer el VIH —el virus que causa el SIDA.

En las Filipinas la Dra. Consorcia Lim-Quizon, que lleva la cuenta del VIH/SIDA, indica que de los 1.390 casos notificados entre enero de 1984 y junio del 2000 de personas infectadas con el VIH, 536 eran mujeres y 836 hombres. Se considera que la transmisión por contacto heterosexual, que tuvo lugar en 818 de los 1.390 casos, constituye la principal forma de propagación, seguida por 241 casos debidos a contacto homosexual, 71 por contacto bisexual, 19 por transmisión perinatal, 13 por transfusiones de sangre y sus productos, 6 por consumo intravenoso de drogas y 3 por pincharse accidentalmente con agujas.

Según la Dra. Quarraisha Abdool Karim, del Consejo Sudafricano de Investigación Médica (*South African Medical Research Council*), la naturaleza biológica de la mujer la pone en mayor riesgo de contraer el virus que el hombre por varias razones. Los órganos genitales femeninos tienen expuesta una mayor superficie mucosa, que puede sufrir laceraciones durante el coito, lo que produce puntos de acceso para el virus. En las niñas el riesgo de microlesiones en el área genital es mayor, debido a otros factores como las menores defensas de su organismo y el hecho de que los tejidos de la vagina y el moco del cuello uterino no están desarrollados del todo.

Debido a que las mujeres dependen económicamente de sus esposos, pocas pueden insistir en relaciones sexuales sin riesgo, porque se exponen a comportamientos violentos, recriminaciones y desconfianza por parte de ellos, así como abandono o falta de apoyo financiero. Por ello las mujeres continúan actuando sin firmeza y con actitud pasiva en las relaciones sexuales.

La dependencia económica también obliga a la mujer a soportar el coito a la fuerza, matrimonios a edades jóvenes y el incesto, todo lo cual puede causar desgarramiento en la vagina, y dejar a las adolescentes y jóvenes expuestas al VIH. Por igual razón la mayoría de las mujeres aguantan las relaciones extramatrimoniales de sus compañeros aunque representen un riesgo para ellas. La mayoría de los casos de transmisión del VIH se deben a contacto heterosexual de mujeres monógamas con esposos mujeriegos.

Existen factores culturales que aceleran el riesgo de transmisión del VIH, dice Nonhlanhla Makhanya, gerente de investigación de Health Systems Trust en Sudáfrica. “En muchas culturas se espera que las mujeres sepan menos que sus maridos, especialmente en lo que se refiere a la sexualidad”. Makhanya hace un gesto de negación con la cabeza al recordar sus entrevistas sobre el uso de condones entre los conductores de camiones que recorren largas distancias. Los camioneros decían que usarían condones en sus relaciones sexuales de paso, si así lo aconsejaban los educadores sanitarios, pero que “no los usarían si se lo pedían sus esposas, porque no querían que éstas pensarán que eran más inteligentes que ellos”.

Geeta Rao Gupta, de International Center for Research on Women, con sede en

**La baja
condición social
de la mujer es
la causa de su
vulnerabilidad
ante el VIH.**

“No lograremos avanzar contra el VIH hasta que las mujeres tengan control sobre su sexualidad”.

—Dra. Gro Harlem Brundtland, directora general de la Organización Mundial de la Salud

Washington, D.C., añade que: “Muchas sociedades imponen la idea de que las mujeres ‘buenas’ tienen que ser ignorantes en cuestiones sexuales y pasivas en la relación sexual, lo que hace difícil que estén informadas de las formas de reducir el riesgo; e incluso cuando disponen de dicha información, no están en condiciones de tomar la iniciativa para protegerse en la relación sexual”.

En muchas culturas se espera que las mujeres no hablen de temas de sexualidad, ni tomen decisiones al respecto, por lo que sugerir el uso de condones es inaudito. Se espera que las mujeres confíen absolutamente en sus esposos, y el sentimiento de amor y confianza en el hombre con frecuencia paraliza a la mujer y la impide ser consciente del riesgo real, de tomar precauciones, o tratar de correr menos peligro en la relación sexual.

En algunas sociedades las mujeres no pueden oponerse a que sus esposos tengan varias compañeras sexuales, porque es algo aceptado socialmente; y en ciertas culturas los hombres piensan que tener coito con vírgenes jóvenes les limpia de enfermedades de transmisión sexual y del VIH.

En la Conferencia Internacional sobre el SIDA, que tuvo lugar en julio del 2000, en Durban, Sudáfrica, se hicieron varias sugerencias para reducir la vulnerabilidad de la mujer ante este virus mortal. Entre ellas se encontraban las siguientes:

- Hacer que las niñas tengan mejor acceso a información y educación, para darles mayores oportunidades económicas

e impedir que acaben envueltas en el comercio sexual;

- Crear métodos de prevención que estén bajo el control de la mujer, como los condones femeninos y los microbicidas (sustancias que actúan como barrera para impedir que el virus que causa el SIDA entre en el organismo por vía vaginal);
- Producir microbicidas que no sean espermicidas, para tener en cuenta el deseo de tener hijos;
- Fortalecer la independencia económica de la mujer, ampliando y reforzando las oportunidades de aprendizaje a su alcance, así como los programas de crédito y ahorro, y las cooperativas de mujeres; y ligar todo ello con actividades de prevención del SIDA;
- Integrar los servicios de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual con los de planificación familiar, para que las mujeres puedan acceder a ellos sin temor a críticas de la sociedad; y
- Establecer normas sociales que garanticen mayor protección, apoyando para ello la labor de grupos de mujeres y organizaciones comunitarias que hacen que se cuestionen conductas peligrosas como el abuso de menores, la violación y la coacción sexual, etc.

Como la Dra. Gro Harlem Brundtland, directora general de la OMS (Organización Mundial de la Salud) indica, “No lograremos avanzar contra el VIH hasta que las mujeres tengan control sobre su sexualidad”. ■

¿Tiene usted el VIH? Mujeres en riesgo

por Sathya Saran

No cabe duda de que el VIH ya no afecta simplemente a la población homosexual y los drogadictos, sino que ha pasado al dormitorio de las mujeres casadas y fieles –que prefieren morir antes de mirar con deseos carnales a otros hombres que no sean sus maridos. En la actualidad la esposa india –ya sea una novia inocente o madre joven– está en riesgo, al igual que lo estamos todos nosotros –usted, yo, y el importante banquero de enfrente.

Hecho: Cada vez hay más mujeres infectadas con el VIH. En algunos países africanos hay más mujeres infectadas que hombres –y son esposas, hijas, abuelas, hermanas, tías y sobrinas.

Hecho: Las mujeres están siendo infectadas a edades considerablemente más jóvenes (frecuentemente entre 5 y 10 años antes) que los hombres.

Hecho: Las mujeres casadas de apenas veinte años de edad constituyen un importante componente estadístico del “nuevo grupo” de personas infectadas, junto con las adolescentes y las mujeres en la menopausia.

Hecho: Diez años después de que tuviera lugar el primer diagnóstico de la infección del VIH en una mujer, en 1982, se calcula que había tres millones y medio de infectadas –en la gran mayoría de los casos por transmisión sexual. Para muchas mujeres su principal riesgo es estar casadas.

A estos factores hay que añadir otros que afectan a la mujer, como su nivel de nutrición, la incidencia de enfermedades de transmisión sexual e infecciones en su tracto reproductivo, las lesiones, inflamación y escarificación en el tracto genital

femenino; y el descuido en la provisión de atención clínica, que puede hacer que la mujer quede infectada incluso en la mesa de examinación.

No se puede confiar en nadie.

Una joven contable contrajo el VIH de su esposo, quien, o bien no sabía que estaba infectado, o quizás no se lo dijo a ella –esperando, como algunos hacemos, a ver si el problema desaparecía. No fue hasta que la mujer llegó a la clínica antenatal, que se enteró de su situación. El espanto se apoderó de ella cuando escuchó las palabras del médico, como si la condenaran a muerte, vivió con ella durante el parto y los primeros años de vida del bebé. Por suerte el niño no resultó afectado, pero los padres todavía temen que contraiga la infección en cualquier momento.

Hecho: La mayoría de las mujeres, de cualquier edad y condición socioeconómica, son infectadas por maridos infieles que tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio, quizás incluso con trabajadoras sexuales. El hecho de que muchas mujeres indias sufren en silencio infecciones de transmisión sexual (que las dejan más expuestas a ser infectadas por sus parejas con el VIH) empeora las cosas y explica la alta incidencia de la infección del VIH entre ellas. Asimismo el temor al rechazo y el aislamiento social hace que muchas mujeres oculten o no presten atención a su situación, incluso cuando saben que sus esposos son la única fuente de la infección.

“Yo confiaba en mi esposo” es la expresión más común entre un sinnúmero de mujeres infectadas con el VIH que hoy en día son marginadas y culpadas de haber llevado el SIDA a sus hogares. ■

El temor al rechazo y el aislamiento social hace que muchas mujeres oculten o no presten atención a su situación.

Las mujeres africanas sufren no solamente como personas con SIDA, sino por ser quienes cuidan de sus familiares infectados, así como de los niños huérfanos y otras personas.

La agonía de ser una mujer africana

por Eunice N. Mathu

La epidemia del SIDA azota sin clemencia a las naciones en desarrollo, y las mujeres son quienes más sufren sus consecuencias, especialmente en África. Hay estudios que indican que el 55% de los adultos infectados con el VIH/SIDA en África son mujeres, y las estadísticas muestran que los índices de infección son mayores entre las jóvenes de 15 a 24 años.

Las mujeres africanas sufren la mayor carga de la epidemia, no solamente como personas con SIDA, sino por ser quienes cuidan de sus familiares infectados, así como de los niños huérfanos y otras personas. La desigualdad entre los sexos también hace que las mujeres estén más expuestas a la infección del VIH.

Es innegable que fisiológicamente la mujer tiene más probabilidades de contraer el VIH, pero para las mujeres africanas en particular dicha propensión aumenta por factores sociales, culturales y económicos, que la ponen situación de desventaja en sus relaciones personales, así como en el seno familiar, y en el contexto de la economía y la sociedad en general.

En conclusión, la manifiesta falta de poder que la mujer africana tiene sobre su propio cuerpo y vida sexual, y la inequidad social y económica a que se ve sujeta, hacen que sea presa fácil de la infección del VIH y del SIDA.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que los índices de infección del VIH son mayores entre las mujeres que entre los hombres, en la mayoría de los países africanos, y que en varias ciudades grandes una de cada tres mujeres embarazadas tiene la infección. La gran mayoría de estas mujeres son monógamas y han sido infectadas por sus esposos. Un estudio en Uganda reveló que el 60% de las mujeres con el

VIH están casadas y son monógamas. Es decir que lo normal es que el VIH entre en el hogar de la mujer por medio de su pareja, y lamentablemente las mujeres africanas no están en condiciones de exigir el uso de condones, ya que el hombre es quien toma dicha decisión, e incluso decide cuándo tiene lugar la relación sexual.

Una vez que la mujer contrae la infección del VIH, se ve estigmatizada y rechazada incluso por su propia familia, sin importar si fue el esposo quien llevó la infección al hogar. La mujer sufre en particular la violación de sus derechos de reproducción y sexualidad. Se la obliga a suspender o cambiar su vida sexual, y no se le permitirá tener hijos. En muchos casos las mujeres infectadas con el VIH son abandonadas por sus esposos, sin tener recurso legal o económico alguno.

Recientemente, un hombre de Kenya echó a su esposa infectada del edificio principal de su residencia, y la obligó a vivir en los modestos aposentos de los criados. La esposa, de 34 años de edad y cajera de un banco, había contribuido a pagar la hipoteca de la casa, pero cuando contrajo el VIH, el marido la echó sin contemplaciones. El hombre fue al tribunal para pedir la separación de su esposa, alegando que su vida corría peligro por estar ella infectada. También alegó crueldad, agresión, abuso y otros delitos en la relación.

El 31 de julio de este año [2000], en un dictamen judicial extraordinario, que sentó precedente como una buena actitud normativa práctica sobre el SIDA, tres jueces de tribunales de apelaciones que conocieron el caso ordenaron que el esposo acogiera a la mujer a su hogar. Dijeron que, si bien entendían su temor, abandonar a la esposa era algo amoral, a no ser que lo ordenara una decisión del tribunal.

Sin embargo dicho caso es la excepción a la regla. Muchas mujeres no pueden reclamar sus derechos legales. Con frecuencia después de enviudar por causa del SIDA, la mujer ve su propiedad usurpada por familiares avaros y es abandonada por toda la familia, con lo que tiene que atender a su hijos además de comprar medicamentos para tratar su propia infección (suponiendo que esté infectada con el VIH). En muchos casos dichas mujeres se prostituyen para obtener ingreso, o alientan a sus hijas a que lo hagan; y por regla general las trabajadoras sexuales no pueden garantizar que sus clientes, o ellas mismas, vayan a tener relaciones sexuales con protección.

En otros casos las mujeres infectadas, incluidas las madres solteras, no sólo tienen que costear el alto precio de su propio tratamiento médico, sino también el cuidado de sus hijos. Durante una reciente celebración del Día Mundial del SIDA, una madre soltera con SIDA confesó que amamantaba a su bebé por carecer de dinero para comprar leche, aunque los médicos la

habían advertido que corría el riesgo de infectar al niño. Decía que en el tugurio donde vivía era muy difícil obtener los 600 chelines (\$8 dólares estadounidenses) para comprar la medicina que necesitaba mensualmente contra el SIDA, y preguntó al grupo si la culpaba por amamantar a su hijo, cuando nadie estaba dispuesto a darle dinero para comprar leche.

Existen varias prácticas tradicionales que exponen a la mujer africana a contraer el VIH, como son los casamientos forzados a edades jóvenes y la herencia de esposas. Esta última, también denominada tutela del hogar, es común en el África meridional y oriental. En Kenya se observa en la comunidad que habla el idioma luo. Cuando el esposo muere, uno de sus hermanos o primos se casa con la viuda, para que los niños permanezcan en el clan del difunto y que tanto la viuda como ellos sean atendidos. Si el esposo murió de SIDA y la mujer está infectada, existe el riesgo de que ésta pase el virus a su nuevo esposo y a los niños. ■

Los casamientos forzados exponen a las niñas africanas a contraer el VIH.

Llevar la batuta: tratarse a sí misma con respeto lleva a granjearse el respeto de los demás

por Sathya Saran

Vestía una elegante túnica que le llegaba a los pies y una gruesa cadena de oro, y tenía el cabello de color naranja. Se trata de una mujer que vive en Cape Town, Sudáfrica, y ha trabajado como prostituta durante 20 años.

No era una de esas jóvenes meretrices que se ven en las películas de la India —ni tampoco provocativa, estilizada o rica. Rachel siempre ha tomado a sus clientes de la calle, y continúa haciéndolo. Tiene un tramo de calle que le corresponde, y cuando encuentra a un cliente ya —“sea un juez, un político, un clérigo, o un turista, y es normalmente alguien de piel blanca”— le lleva a un cuarto que le pertenece a una amiga. Sus honorarios incluyen el alquiler del cuarto y el tiempo que el cliente quiera usarlo en su compañía.

“Mi tío abusó de mí por cuatro o cinco años cuando era adolescente”, dice Rachel, “y cuando finalmente se lo conté a mi tía, me dijo que me estaba volviendo demasiado lista para mi edad y me echó de casa. Obviamente ello no excusa el trabajo que hago, pero es parte de mi vida”.

Cuando una organización no gubernamental trabajaba en su área, promoviendo las relaciones sexuales sin riesgo para reducir la propagación del VIH y el SIDA, Rachel tomó la batuta. Hoy, en su parte de la ciudad, ninguna trabajadora sexual

tiene relaciones sin protección con un cliente. “Si lo hace nos lanzamos sobre ella y la obligamos a irse”, dice Rachel. Es consciente del riesgo constante que corre en su profesión, en un país donde más de 4,5 millones de personas están infectadas con el VIH, y trata de velar por su salud.

“Mi médico está muy orgulloso de mí” nos dice. “Le admira el hecho de que cuido de mi cuerpo”.

Su actitud franca y elocuente, y su cuidada apariencia no revelan lo difícil de su situación. “Me han robado toda la ropa y mis pertenencias cinco veces”, dice, y “cada vez he tenido que hacer una nueva inversión en buena ropa, con lo que me he gastado todos mis ahorros. Me encantaría hacer otra cosa para ganarme la vida; estoy harta de lo que hago”. Y luego añade con tristeza en la voz, “pero no tengo otra opción. No tengo ahorros. No puedo casarme con mi novio, porque no tiene un empleo fijo. No me queda otra cosa que mantenerme a mí misma”.

Hace apenas unos meses que Rachel llevó a nuevos niveles su cruzada de proteger a las jóvenes de su profesión. Cuando tres policías apalearon a unas jóvenes trabajadoras sexuales, fue a los tribunales y obtuvo una orden de protección que les impide entrar en el área. ■

TRANSMISIÓN DE LA MADRE AL NIÑO

Para muchas mujeres infectadas, que quizás se enteran de que tienen el VIH únicamente después de quedar embarazadas, la decisión de tener o no el niño es posiblemente una de las más difíciles en su vida. La transmisión del VIH de la madre al niño es, con mucho, la forma más común de infección entre los menores de 15 años²⁷. Más de un millón de niños viven con el VIH o el SIDA en todo el mundo y más de 4 millones han muerto desde que comenzó la epidemia hace dos décadas²⁸. También se espera que las cifras vayan en aumento, a medida que aumenta el número de mujeres infectadas en edad de procrear.

Sin tratamiento, entre el 25% y el 35% de los niños que nacen de madres seropositivas en los países menos desarrollados acaban con la infección²⁹.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

El bebé puede contraer el virus durante el embarazo, el parto, al nacer, o al ser amamantado³⁰. Dos terceras partes de los bebés contraen la infección durante el embarazo o el parto, siendo esta última etapa la que presenta mayor riesgo³¹. La investigación sugiere que es posible que los partos vaginales eleven el riesgo de transmisión del VIH, de la madre al niño³²; pero aunque las cesáreas redujeran dicho riesgo, se trata de una opción que no tienen la mayoría de las mujeres del mundo, porque dan a luz con ayuda de comadronas, en su hogar, sus aldeas, o en pequeños centros de salud.

Una vez que el bebé nace, algunas mujeres tienen que enfrentarse a otra decisión difícil, la de amamantarlo o darle leche maternizada. Dado que aproximadamente una tercera parte de la transmisión de la madre al niño ocurre por la leche materna³³, las familias con medios económicos pueden optar por la segunda opción; pero para millones de familias con escasos recursos, quizás sea excesivamente caro, o quizás sus comunidades carezcan del agua limpia y el combustible necesario para preparar la leche maternizada sin riesgo para el bebé. Por otra parte, en los lugares donde lo común es amantar a los bebés, el no hacerlo puede que haga sospechar que la madre esté infectada, y que ello sea causa de abusos y discriminación.

Para algunas mujeres existe la posibilidad de tratamiento con medicamentos antiSIDA³⁴. Dicho tratamiento se administra en la última parte del embarazo y durante el parto, y se le da también al recién nacido durante cierto tiempo; pero ésta también es una alternativa que sólo está al alcance de quienes pueden costear el tratamiento. El riesgo de transmisión de la madre al niño se ha reducido considerablemente en los países de alto ingreso, donde muchas mujeres seropositivas embarazadas, además de tomar medicamentos antiretrovirales, evitan amamantar a sus hijos. Gracias a dichas medidas, y a los partos por cesárea, la transmisión del VIH de la madre al hijo se ha reducido en ciertos lugares³⁵.

Aparte de proporcionar medicamentos antiretrovirales, los expertos en salud subrayan la importancia de la prevención, la debida asesoría, y que las mujeres se sometieran a pruebas de detección; también hay que dar a las madres y a los recién nacidos el apoyo que necesitan, e información sobre las opciones de alimentación del bebé.

*Más de un
millón de niños
viven con el
VIH o el SIDA
en todo el
mundo.*

Informe sobre el SIDA

por Sarah Akrofi-Quarcoo

Presentador: La lucha contra el VIH y el SIDA se ha convertido en una lucha incesante. La transmisión de madre a hijo, que constituye la principal causa de la infección entre lactantes y niños, continúa siendo una de las mayores dificultades.

Corresponsal Sarah Akrofi-Quarcoo:

Entre llantos, Florence Ngoben, consejera en el Hospital Chris Hani Baragwanath de Sudáfrica, describió como había perdido a su bebé por causa del VIH y el SIDA. El bebé sufría continuos ataques de diarrea y otras dolencias, y acabó muriendo, dejando a Florence Ngoben con el dolor de la pérdida y un sentimiento de culpabilidad por haber pasado la enfermedad a su único hijo, sin ni siquiera saber que estaba infectada. Elizabeth Chidonga se siente igual; trabaja para las Naciones Unidas en Pretoria, en un proyecto que promueve la mayor participación en la lucha contra el SIDA de las personas que viven con la enfermedad (*Greater Involvement of People Living with AIDS* –o GIPA, por sus siglas en inglés). Elizabeth tiene una hija de seis años que fue infectada al nacer.

Aproximadamente el 90% del millón de niños menores de 15 años que viven con el VIH/SIDA en todo el mundo contrajeron la infección de sus madres. En Ghana los niños de 0 a 4 años constituían el 2% de los casos conocidos de SIDA en 1998. Entre las mujeres con SIDA ese mismo año, se encontraban aproximadamente un 6,6% de las que asistían a las clínicas antenatales en las principales áreas urbanas del país, y 12,4% en las clínicas fuera de dichas áreas urbanas; y todas ellas podían haber transmitido el VIH a sus hijos durante el embarazo, el parto, o la lactancia materna.

Según el *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA* de ONUSIDA, expedido en la 13ª Conferencia Internacional del

SIDA en Sudáfrica, la posibilidad de transmisión se reduce si la madre seropositiva toma antiretrovirales durante el embarazo y evita amamantar al niño. Estas dos medidas, junto con el parto por cesárea han reducido extraordinariamente la transmisión de la madre al niño, pero en la mayoría de los casos las mujeres sólo se enteran de su situación debido a que el niño cae enfermo o muere.

Aparte de la falta de conocimiento de la presencia de la infección, existen problemas estructurales y culturales. La Dra. Efua Hesse, pediatra del hospital de enseñanza Korle Bu, dice que ha sido difícil aplicar el protocolo 076 (el tratamiento antiSIDA que se administra a las mujeres seropositivas embarazadas y a sus bebés). El protocolo de tratamiento requiere hacer pruebas de detección a las mujeres embarazadas, tras informarlas previamente de ello y obtener su consentimiento; pero el hospital no está equipado para ponerlo en práctica. El hospital no administra AZT en la actualidad a las mujeres embarazadas seropositivas, por ser demasiado caro y no estar al alcance de éstas, que por lo general tienen un nivel socioeconómico bajo.

El estigma y la vergüenza que conlleva la infección del VIH, tampoco facilita el que las mujeres que desean someterse a la prueba acaben haciéndosela. Por otra parte, las presiones socioculturales que llevan a las mujeres a tener hijos, también hacen difícil que se abstengan de ser madres, incluso después de saberse infectadas; sólo rezan para que los niños no contraigan el VIH y esperan que así sea. Se dice que una de cada 20 personas tiene SIDA en Ghana, y la prevalencia de la infección es alta entre los jóvenes. El mejor de los instrumentos de prevención continúa siendo la educación e información sobre salud reproductiva. ■

Silencio y mutismo en torno al VIH y el SIDA: el Hospital de Hlabisa

por Gabriela Adamesteanu

El camino al hospital de Hlabisa en Sudáfrica pasa por una aldea ordinaria, con casas cilíndricas de techos cónicos, y un mercado donde la gente vende artículos expuestos en el suelo: ropa barata y zapatos de deporte, piñas, racimos de bananas y utensilios para el hogar. Las calles que llevan al hospital son amplias, de tierra rojiza, y están sin pavimentar.

Pasamos por la sala de espera que está repleta de hombres y mujeres sentados en bancos hasta que son atendidos por el médico o son ingresados. El hospital tiene pabellones de techo bajo, que es lo normal en los edificios de Sudáfrica, y el olor de desinfectante y secreción humana se vuelve más fuerte a medida que nos adentramos en el ala de maternidad.

Es el ala más concurrida del hospital. No hay señales de mujeres embarazadas con la infección del VIH, porque no se hacen pruebas de detección. Sólo las adolescentes embarazadas (y hay muchas)

tienen habitaciones aparte. La maternidad a edades tempranas y la falta de conocimiento sexual y médico se encuentran entre las causas principales de la epidemia del VIH.

Según ONUSIDA, si no se proporciona el tratamiento adecuado a las mujeres embarazadas, entre el 15% y el 35% de los niños de madres seropositivas pueden nacer con la enfermedad. La lactancia materna también implica riesgos. Los médicos y los militantes contra el VIH y el SIDA hablan del dilema de las madres con VIH: la decisión de amamantar puede llevar a que el recién nacido contraiga la infección, pero la alternativa puede ser que muera de hambre, ya que [en muchos lugares] la leche maternizada y el agua potable son recursos limitados o inexistentes. Incluso en el hospital de Hlabisa la leche en polvo escasea o no existe, en cuyo caso todas las madres tienen que amamantar a sus hijos. ■

LOS JÓVENES Y EL VIH Y EL SIDA

La gente joven carga con una gran parte de la epidemia del SIDA. Aproximadamente el 50% de todas las nuevas infecciones del VIH en el mundo entero tienen lugar entre las edades de 15 a 24 años, que es cuando la mayoría de la gente comienza a tener relaciones sexuales³⁶. Si a dicha cifra se añaden los casos entre menores de 14 años, el total representa el 60% de las nuevas infecciones. La gran mayoría de estos jóvenes viven en los países menos desarrollados, donde se concentra la incidencia del SIDA³⁷.

La gente joven está especialmente expuesta a la infección del VIH, debido a factores físicos, psicológicos y sociales. Para comenzar, la juventud es una etapa de exploración que lleva a descubrir sentimientos y conductas, pero la gente joven con frecuencia carece de la capacidad social, los servicios y la información necesaria para evitar los riesgos relacionados con actividades como las relaciones sexuales sin protección y el uso ilegal de drogas.

El contexto en que vive la gente joven influye en su grado de exposición al VIH. Entre los grupos más vulnerables se encuentran los que están en ciertas condiciones de marginación, como son los huérfanos, los refugiados y los niños que viven en la calle, así como los que crecen en los tugurios urbanos, o se ven aislados debido a su orientación sexual³⁸. Dichos jóvenes suelen tener poco acceso a educación, e información y servicios de salud; algunos puede que se pongan en mayor riesgo, al optar por prostituirse para sobrevivir; otros puede que sean secuestrados y vendidos a negocios de prostitución; y muchos acaban inyectándose drogas y corren un alto riesgo de contraer el VIH al compartir agujas.

El número de padres que mueren de SIDA también tiene terribles consecuencias para la gente joven, y especialmente para los niños pequeños. En todo el mundo más de 13 millones de niños menores de 15 años han perdido a su madre, o ambos padres, debido al SIDA, y se calcula que el 92% de ellos viven en África subsahariana³⁹. Muchos de estos huérfanos del SIDA se ven obligados a encargarse de sus hogares, al mismo tiempo que tratan de sobreponerse la pérdida de sus padres, y sufren el aislamiento y el estigma social con que se reacciona a la epidemia.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Personas, grupos y gobiernos se enfrentan a la necesidad de eliminar las barreras que impiden que la gente joven obtenga información, servicios y los materiales necesarios para reducir el riesgo de infección o tratar la enfermedad. Las campañas en los medios de comunicación y la información sobre salud sexual y el SIDA, así como la provisión de condones femeninos y masculinos, y otro tipo de servicios de prevención van todos ellos dirigidos a dar a la gente joven los medios y la confianza que necesitan para hacer frente al riesgo de esta enfermedad.

Problemas actuales

por Gabriela Adamesteanu

La Sección Infantil del Departamento de Inmunodeficiencia del Hospital de Enfermedades Infecciosas de Rumania tiene un aspecto impecable desde fuera. Acaba de ser renovada e incluye un parque con verde para los niños. Por dentro está limpia; se ven computadoras, gráficas, una sala para dibujar, otra llena de juguetes para preescolares, personal joven y camas para los niños enfermos, que normalmente están acompañados de sus padres.

Aquí es donde se encuentra la sede del Comité Nacional contra el SIDA. Es el lugar de trabajo del Dr. Adrian Streinu y sus colegas. Un anuncio en la pared dice que la Fundación de la Princesa Margarita ha estado proporcionando alimentos para los niños internados en el hospital. Los víveres llegan de forma periódica, al igual que otras donaciones de diversas fuentes. Me imagino a las madres con sus hijos de la mano cuando la enfermera anota la información del ingreso y el lugar donde vive cada familia. Se les da paquetes de donaciones, con pasta de dientes, alcohol, algodón, vendajes, jabón y medicinas.

Al tener el sistema inmunológico débil, los niños infectados con el VIH pueden sufrir de anemia, tuberculosis, otitis, trombosis y diarrea. Una vez que son ingresados, algunos empiezan a angustiarse y quizás comiencen a exhibir problemas psicológicos. Es el momento en que la mente se ve afectada por el deterioro físico, dice una joven psiquiatra llamada Corina Jalba.

En una situación en que el 90% de los padres no revelan a sus hijos la enfermedad que tienen, y en que se apartan los casos más serios, los niños pierden confianza en su propio cuerpo. "Cuando los padres ocultan la verdad, sólo contamos con el 50% de la información", dice Corina

Jalba. Si el niño tiene neumonía y se le informa de ello, su reacción es combatir la enfermedad.

Algunos padres han abandonado a sus hijos desde 1990-1991. Los niños están ahora a cargo de la Fundación de la Princesa Margarita, que ha establecido para ellos un programa especial de psicoterapia, donde los niños se expresan modelando plastilina y haciendo dibujos y collages.

Estoy mirando las esculturas que han hecho cuidadosamente con plastilina. Algunos de los niños tienen mucho talento, me dice Corina. Elijo dos dibujos al azar, uno de ellos, hecho por un niño moribundo, consiste en descoloridas formas rosadas y rojizas con manchas verdes, que se supone representan niños caminando por el bosque. El otro es una enorme mariposa con manchas de gran colorido sobre alas grises. Los colores apagados llevan intercalados tonos vivos. El dibujo va acompañado de un relato: la mariposa se queda en el hospital porque tiene dañada un ala, y su madre carece del dinero suficiente para llevarla a casa. El dibujo es de un niño gitano que fue abandonado por sus padres. Aunque los padres continúan yendo a verle, tienen una familia numerosa y no pueden permitirse cuidar de él. El niño tiene envidia de sus hermanos que viven en casa.

Las internaciones de los infectados proporcionan oportunidades para conocer más sobre la enfermedad. Los niños tienen que seguir un tratamiento mensual y ver al médico cada tres meses; pero muchos niños enfermos que han sido diagnosticados no siguen el tratamiento, en la mayoría de los casos porque sus padres están demasiado ocupados o son demasiado pobres para hacer frente a la enfermedad. ■



La mariposa se queda en el hospital porque tiene dañada un ala, y su madre carece del dinero suficiente para llevarla a casa.

¿Tiene usted el VIH?

por Sathya Saran

Miro con atención y detenimiento la cara sucia en la ventanilla del auto. La niña debe tener 10 ó 12 años como mucho, suponiendo que esté desnutrida. Lleva un vestido descolorido, aretes de plástico y un alegre lazo de satén rosa en el pelo. No puedo dejar de preguntarme si tiene el VIH.

Hecho: El 30% de los aproximadamente 25.000 niños que viven en las calles de Vijayawada, en Andhra Pradesh, están infectados con el VIH. Por ser un importante núcleo de transporte, Vijayawada constituye uno de los 377 lugares de alto riesgo del estado y un posible centro de transmisión del VIH y el SIDA.

El abuso sexual es una de las mayores causas de la infección del VIH entre estos niños. En Mumbai, donde miles de niños viven en la calle, el abuso es tan común como la luz del día.

Joven e inmortal

Un auto pasa a toda velocidad y se para en seco con un rechinar de ruedas en el semáforo. Se palpa la falta de seriedad y el buen humor que sale como algo vaporoso por las ventanillas. Los chicos, sentados adelante, van de tiros largos; y las chicas, en la parte de atrás, todavía más. ¿Qué les deparará la noche? Les miro y me pregunto si alguno de ellos tiene el VIH, y si acabará infectando a los demás.

El auto desaparece entre la espesura de la noche. “No seas tonta” me dice mi acompañante. “¿Por qué te imaginas lo peor? Más gente se muere de accidentes de tráfico y ataques al corazón que del SIDA”.

Un virus que discrimina

Mi colega es joven y bonita, y la entiendo, pero me pregunto por qué piensa que está a salvo. “¿Realmente crees que el VIH es algo

que sólo les ocurre a los demás?”, le pregunto. Quiero decirle que el simple hecho de ser mujer la pone en mayor riesgo.

Hecho: La vulnerabilidad a las ITS y el VIH tiene unas características, por lo que la probabilidad de ser infectados es mayor para unos jóvenes que para otros. El sexo de la persona, su grado de actividad sexual y su edad son factores tan importantes como la condición socioeconómica, y dichas circunstancias pueden elevar el riesgo que corre, en una zona urbana, toda mujer joven con cierta educación que no sea necesariamente promiscua.

Miro a mi joven amiga. La veo con la mirada fija en la distancia y los ojos perdidos pensando en algo. ¿Estará pensando en su novio? Me pregunto si en su hogar la palabra sexo se menciona entre ella y su madre.

Hecho: Los obstáculos a que se enfrentan la gente joven para proteger su salud sexual y reproductiva incluyen los siguientes:

- Falta de acceso a información;
- Falta de servicios de salud que satisfagan sus necesidades específicas, debido a que los trabajadores de salud pocas veces reciben capacitación sobre temas relativos a la salud sexual de los adolescentes;
- Renuencia por parte de los jóvenes a buscar ayuda médica, incluso si se dan cuenta que tienen ITS; y tendencia a tratarse a sí mismos con medicamentos sin receta;
- Falta de comunicación y asesoría sobre cuestiones sexuales en el seno familiar; y
- Presión de la gente de su edad, que considera la abstinencia sexual como una conducta aberrante. ■

El abuso sexual es una de las mayores causas de la infección del VIH entre los niños de la calle.

LA MIGRACIÓN Y EL VIH

Se sabe que la pobreza, deficientes sistemas de salud y la falta de información aceleran la propagación de la infección del VIH en ciertas regiones, y se está llegando cada vez más a la convicción de que la población que migra de un lado a otro corre mayor riesgo de infección que la menos móvil⁴⁰. A medida que el papel de la migración en la propagación del VIH recibe mayor enfoque, mucha de la atención se centra en grupos sumamente móviles, como los refugiados, los conductores de camiones, los mercaderes, las fuerzas armadas y otros grupos uniformados, los hombres y mujeres de negocios, el personal de las aerolíneas y los trabajadores agrícolas temporales⁴¹.

La migración y la movilidad de la población es algo que data de hace tiempo en la historia de la humanidad, pero en el presente la gente viaja mucho más que nunca, debido a que el transporte es de mejor calidad y más económico, y a que existe mayor comercio internacional, o simplemente por el hecho de que la gente quiere vivir mejor. El movimiento de población puede ser de áreas rurales a urbanas, de áreas pobres a países con mejores oportunidades, y de zonas de guerra y conflicto a lugares de relativa estabilidad política. Los viajeros pueden ser visitantes, o residentes temporales o permanentes, y casi todas las comunidades tienen trabajadores emigrantes⁴². Los cálculos de Naciones Unidas muestran que 120 millones de personas cada año cruzan voluntariamente las fronteras o se mudan a ciudades dentro de sus propios países, y otros 38 millones de personas se ven desplazados dentro de sus naciones o se convierten en refugiados en países extranjeros⁴³.

Al estar separados de su familia y de su pareja sexual habitual durante largos períodos, los emigrantes se sienten solos y quizás algo aislados en

un país o región con un idioma y hábitos culturales diferentes⁴⁴. Dichas personas suelen unirse a grupos en similares circunstancias, e incluso entran a formar parte de redes sexuales. En dicha situación, la gente joven quizás también empiece a tener vida sexual a edades tempranas, sin conocer los riesgos de contraer el VIH u otras infecciones de transmisión sexual; y los emigrantes que contraen el virus quizás contribuyan a su transmisión una vez que vuelvan a sus hogares.

Algunos refugiados y trabajadores emigrantes son estigmatizados, sufren discriminación y pueden sentirse terriblemente impotentes. Muchos viven y trabajan en malas condiciones y a veces no tienen ni siquiera permiso para permanecer en el país anfitrión. Las mujeres y niñas refugiadas son presa fácil de abuso sexual y violaciones. Los emigrantes no documentados que viven con temor constante de ser deportados, evitan ponerse en contacto con los organismos oficiales de gobierno, y constituyen uno de los grupos más expuestos a la infección del VIH, por tener poco acceso a los servicios de salud y bienestar social⁴⁵. Al desconocer sus derechos, las mujeres especialmente pueden ser objeto de abuso y violencia, o verse forzadas a la prostitución.

Los trabajadores de salud y los gobiernos se enfrentan con la dificultad de diseñar programas de prevención y tratamiento del VIH que no parezcan estigmatizar a los emigrantes o concentrar la atención en ellos, lo que puede depender en gran parte de si existen programas de divulgación comunitaria que funcionen bien, y que tengan en cuenta las diferencias lingüísticas y sean coordinados por personas que compartan la misma cultura que la comunidad de emigrantes⁴⁶. Los programas también pueden tomar nota especialmente de las razones de la emigración, el tiempo de estancia previsto en el nuevo lugar de residencia, la condición socioeconómica y el nivel de educación de los emigrantes⁴⁷.

*La población
que migra de un
lado a otro
corre mayor
riesgo de
infección que la
menos móvil.*

Los filipinos y el SIDA: le puede pasar a usted

por Pennie Azarcon Dela Cruz

Los seis millones de trabajadores filipinos en el extranjero –la mayoría de los cuales son mujeres– están particularmente expuestos al riesgo de contraer el VIH, dice Malu Marin, directora ejecutiva de Achieve y de CARAM-Asia, dos ONG que velan por el bien de los trabajadores asiáticos emigrantes. De hecho el 22% de todos los casos reportados de VIH en Las Filipinas pertenecen a dicho grupo, dice Marin; y no es nada sorprendente, añade citando investigación reciente del grupo de mujeres Kala-yaan, Inc. y de CARAM-Asia, que revela que dichos trabajadores son especialmente vulnerables al VIH y al SIDA debido a sus circunstancias laborales fuera del país.

Emigrantes vulnerables

Bajo el título de “Breaking Borders: Bridging the Gap between Migration and AIDS”, el estudio muestra que muchos trabajadores emigrantes son menores de 30 años y tienen vida sexual o curiosidad sexual. Una gran parte son solteros o han dejado a sus familias en su país; son jóvenes, se encuentran solos y socialmente aislados, y tienden a buscar consuelo en las relaciones íntimas que establecen mientras están fuera, o en relaciones sexuales pasajeras, pagan o no por ellas.

Según el informe, la mayoría de las mujeres filipinas jóvenes que se encuentran fuera del país, tienen poca experiencia para protegerse del abuso sexual de los hombres de mayor edad que les dan trabajo. Las relaciones sexuales forzadas, debido a que pueden ocasionar desgarre vaginal, tienden a facilitar la entrada de los organismos patógenos de transmisión sexual, incluido el VIH. Algunas de las trabajadoras que deciden quedarse en un país a pesar de residir ilegalmente en él, acaban en prostitución o comercio sexual, donde se exponen a enfermedades de transmisión sexual o al

VIH. Según el estudio, si bien hay quienes indican tener un conocimiento moderado o alto de la existencia del VIH y el SIDA, la información errónea de que disponen les impide cambiar de conducta. El estudio concluye asimismo que la opinión de que la infección del VIH y el SIDA es una enfermedad de extranjeros, puede llevar a los trabajadores de ambos sexos fuera del país a pensar que se puede tener relaciones sexuales sin protección con alguien de la misma nacionalidad.

Además de la información errónea sobre la enfermedad, existe el problema de que los trabajadores emigrantes tienden a no usar condones por las siguientes razones: falta de acceso a los mismos, falta de confianza en la protección que proporcionan, y su renuencia a usar condones en relaciones íntimas o duraderas.

“Para los trabajadores emigrantes usar condones es como decir que no confían en su pareja sexual” dice el estudio. Otra razón mencionada es que el condón “reduce el placer sexual”.

La mayor parte los trabajadores filipinos en el extranjero vacilan en buscar ayuda médica hasta que están convencidos de que lo que tienen es serio. La tendencia es consultar a los miembros de la familia, aguantarse el dolor o automedicarse, todo lo cual impide la detección temprana de enfermedades. Enfermarse en otro país también supone gastar el dinero que prefieren remitir a sus hogares. Asimismo los trabajadores no documentados carecen de acceso a servicios públicos, por temer que se descubra su situación y les arresten para luego deportarlos. En otros casos prefieren callarse la enfermedad para que no les despidan, y de hecho muchos de los que les contratan encuentran más barato enviar al trabajador a casa, que gastar dinero en pagar sus medicinas.

Es decir que al encontrarse solos, nostálgicos, trabajando al máximo y a veces recibiendo malos tratos, algunos trabajadores emigrantes tratan de compensar su exceso de trabajo con borracheras, pasando tiempo con sus amantes, o teniendo relaciones sexuales de forma casual, paguen o no por ellas.

Crisis financiera

El estudio mostró que la crisis financiera asiática, que comenzó en 1997, ha dejado a los trabajadores emigrantes en una situación más vulnerable. Para desalentar la llegada de trabajadores extranjeros, que compiten por los escasos trabajos con la gente del país, muchas naciones impiden la entrada de familias emigrantes. Por dicha razón es de esperar que en el futuro previsible el mercado laboral se vea limitado a trabajadores jóvenes y solteros, algunos de los cuales se sienten solos y tienen aventuras sexuales.

Otro efecto negativo de la crisis asiática es que se está reduciendo la demanda de empleadas domésticas, y las familias en que la esposa no trabaja ya no pueden permitirse tener una empleada en casa. Dicha situación puede hacer que organizaciones delictivas usen la excusa de proporcionar trabajo doméstico para atraer a trabajadoras filipinas fuera del país. También puede que las trabajadoras filipinas emigrantes opten por la prostitución, por no querer regresar a sus países, a pesar de no encontrar posibilidades laborales en el extranjero.

Riesgos dentro del propio país

Si bien millones de trabajadores filipinos en el extranjero se exponen a contraer el VIH mientras están fuera del país, cuando vuelven al hogar sus esposas sufren el mismo riesgo, dice Marin. El estudio de Kalayaan-

CARAM revela que la mayoría de las esposas se sobreponen a sus temores negando la posibilidad de que sus esposos tengan relaciones sexuales con otras. "Dicen que sus esposos son diferentes; que temen a Dios y les son fieles", señala Marin; o bien las mujeres se encogen de hombros y aceptan las infidelidades "como parte de la naturaleza del hombre, y algo inevitable".

Incluso entre los profesionales de la salud, la falta de información sobre el VIH y el SIDA ha obstaculizado los esfuerzos por reducir la transmisión del VIH, dice el Dr. Dominic L. García, de la Sociedad del SIDA de Filipinas, basándose en un estudio reciente en que participaron 77 médicos de hospitales públicos y privados en tres regiones. "Si bien la Comisión de Educación Superior ha incluido programas básicos de educación y prevención sobre el VIH y el SIDA en los estudios de medicina, ello no ha mejorado el ejercicio de la profesión", dice el Dr. García.

Con la promulgación de la Ley de la República No. 8504 (la ley de Filipinas sobre el SIDA), el gobierno hace obligatorio que todos los trabajadores filipinos en el extranjero participen en una orientación sobre el VIH/SIDA previa a su salida del país; pero a pesar de todas las buenas intenciones no se hace mucho por vigilar la aplicación de la ley, observa Marin. "La mayoría de las sesiones de orientación no son más que un vídeo de 15 minutos, sin explicación alguna sobre la relación entre el VIH/SIDA y la situación del emigrante. Necesitamos convocar a los diferentes grupos de apoyo al emigrante para tener educación preventiva durante todo el proceso -previa a la salida del país, durante la estancia en el extranjero y a su regreso", sugiere Marin. ■

Muchos trabajadores emigrantes son menores de 30 años y tienen vida sexual o curiosidad sexual.

*A veces los
hombres que
están lejos
de sus
hogares usan
condones en
las relaciones
sexuales de
paso que
puedan tener,
pero nunca lo
hacen con sus
esposas.*

Mutismo y oídos sordos ante el VIH y el SIDA en el África rural

por Gabriela Adamesteanu

Las áreas rurales de Sudáfrica

Cuando para el autobús, las mujeres y los niños ponen la cara en las ventanillas, tratando de lograr que los turistas les compren sus productos: naranjas, piñas y bananas, que ofrecen en las bandejas o bolsas de plástico que portan sobre la cabeza.

La movilidad de la población es increíble, especialmente después del cambio político de hace seis años. Se calcula que el 60% de los hombres van a las ciudades en busca de trabajo y vuelven a ver a sus familias sólo una vez al mes, o unas pocas veces al año, dependiendo de la distancia. Después de que se abolió la segregación racial y la gente de raza negra no necesitaba un pasaporte para trabajar en los distritos de raza blanca, aumentó la movilidad social, pero irónicamente ello ha llevado a acelerar la propagación del VIH y el SIDA.

Cuando los hombres se trasladan de sus hogares a zonas urbanas, muchos beben y visitan a trabajadoras sexuales. Algunas de las trabajadoras sexuales reciben condones gratuitos de varias clínicas u organizaciones, pero no siempre los usan. A veces los hombres que están

lejos de sus hogares usan condones en las relaciones sexuales de paso que puedan tener, pero nunca lo hacen con sus esposas, por ello la migración dentro del país es un factor de riesgo importante en todas las enfermedades de transmisión sexual.

Cuando las mujeres se quedan en casa con los niños (y hay que considerar que el 40% salen embarazadas antes de los 18 años), puede que algunas también tengan relaciones casuales con hombres del área, especialmente conductores de camiones. Es decir que no sólo son víctimas, sino también pueden ser portadoras de la infección. La falta de educación y dinero, y las complicaciones psicológicas (sospechas de infidelidad) les impiden establecer las condiciones del encuentro sexual, por lo que no usan condones, que es el medio más común de protección.

Ésta es una de las conclusiones a las que ha llegado un equipo del Centro Africano, un centro demográfico con sede en la ciudad de Mtubatuba, que entró en funciones en febrero del 2000, está financiado por Wellcome Trust y concentra su investigación en el grupo de mayor riesgo, los adolescentes. ■

Mejorar nuestra propia conducta

por Harikala Adhikary

En el distrito de la aldea de Hlabisa, en Sudáfrica, los hombres se trasladan a otras partes del país o a diferentes distritos del área en busca de trabajo, y en esos lugares tienen relaciones sexuales de paso; y se sabe que las mujeres que se quedan con los niños en el hogar, también tienen relaciones sexuales (especialmente con conductores de camiones) para generar mayor ingreso.

Estas situaciones muestran que las actividades, tanto de los hombres como de las mujeres, les pueden exponer al VIH. La enfermedad comenzó en las familias, primero entre los hombres, y luego siguieron sus esposas y los recién nacidos. Algunos tenían tuberculosis, otros diarrea. Fueron al hospital, pero no encontraron alivio. Probaron medicinas tradicionales, pero no cesaron las muertes, y llegó un momento en que no había suficientes hombres para los funerales, y tampoco había féretros. Hubo quien culpó a las mujeres por la muerte de los miembros de la familia.

Los índices de defunciones aumentaron. Incluso las mujeres que nunca tenían relaciones pasajeras resultaron infectadas

por el VIH y comenzaron a pedir información sobre la enfermedad. Hasta entonces sólo había un hospital de misión en Hlabisa. Fueron a dicho hospital a preguntar sobre el VIH, y la forma en que se propagaba y se convertía en SIDA, así como qué se podía hacer para proteger a los niños contra la infección. Una vez que obtuvieron la información, iniciaron servicios voluntarios para diseminarla entre otras personas como ellas. Se dieron cuenta de que las relaciones sexuales sin protección son la principal causa de la transmisión de la infección, y se han vuelto conscientes y cuidadosas. Han aprendido qué deben hacer.

Hoy día (en Nepal) estamos en el mismo momento de la epidemia que la gente de Hlabisa hace 10 ó 15 años. Los hombres también salen de las aldeas en busca de trabajo, y las mujeres se quedan al cuidado del hogar y de los niños. Los hombres tienen relaciones sexuales de paso, y la sociedad no da importancia a dicha conducta, pero es algo que nos causa grave daño y nos destruye, por lo que tenemos que cambiar nuestra propia conducta. ■

Una vez que obtuvieron la información, iniciaron servicios voluntarios para diseminarla entre otras personas como ellas.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

GENTE QUE VIVE CON EL VIH O EL SIDA

Más de dos décadas después del comienzo de la epidemia, el VIH y el SIDA sigue siendo fuente de temor, información errónea y violaciones de los derechos humanos fundamentales⁴⁸. Debido a que el impacto del virus es mayor en las comunidades pobres, la mayoría de los infectados se enfrentan a la dificultad de obtener atención sanitaria de calidad y servicios sociales, al tiempo que tratan de sobrellevar física y mentalmente una enfermedad debilitante e incurable. Las diferentes respuestas a la crisis en las diversas partes del mundo también muestran claramente las diferencias entre ricos y pobres.

Los infectados se enfrentan a persistentes conceptos erróneos sobre el virus. Mucha gente continúa creyendo que pueden contraer la enfermedad mediante contacto casual con una persona que tenga el VIH o el SIDA. Este temor constituye el principal obstáculo para proporcionar la atención y el apoyo que los pacientes de VIH/SIDA necesitan recibir en sus hogares, la comunidad, e incluso en los establecimientos de salud. Muchas personas equiparan el VIH con la muerte. Pocos entienden la diferencia entre ser seropositivo, sin tener síntomas, y estar enfermo del SIDA. Es posible que alguien con el VIH sea considerado básicamente como enfermo incurable, incluso cuando un adulto infectado pueda permanecer libre de síntomas durante años.

Junto con el temor al SIDA como enfermedad mortal está la dificultad en hablar de la enfermedad como una infección de transmisión sexual. En todas las culturas, la vergüenza y el sentido de culpa que con frecuencia rodean las conversaciones sobre prácticas, y preferencias y deseos sexuales, también impide hablar abiertamente del VIH. Por esa razón la respuesta inicial a la epidemia fue considerar el VIH/SIDA como una enfermedad de trabajadoras sexuales, homosexuales y drogadictos por vía intravenosa. Incluso en la actualidad una persona con el VIH o SIDA es frecuentemente vista como una amenaza para los valores morales de la comunidad.

Debido a que la mayoría de las mujeres infectadas están en edad de procrear, una de las dificultades a que muchas se enfrentan es la necesidad de buscar apoyo para sus hijos (incluso la búsqueda de padres sustitutos). Algunas mujeres sólo descubren que están infectadas con el VIH al quedar embarazadas, y corren el riesgo de dar a luz a un niño con la infección. También hay mujeres con el VIH que son echadas de casa, e incluso culpadas de la propagación del virus.

Por otra parte los descubrimientos médicos ofrecen poca esperanza para la gran mayoría de la gente que ha contraído el virus. Los medicamentos que deceleran el avance de la infección hacia el SIDA continúan siendo caros y no están al alcance de la mayoría de las personas que necesitan tratamiento. Algunos gobiernos están adoptando estrategias para obtener versiones genéricas de los fármacos, que son más económicas, pero incluso éstas representan una carga económica para los países menos desarrollados, y especialmente para el África subsahariana.

Las políticas y programas para poner paro a la epidemia tienen por objeto promover mayor acceso a atención sanitaria de calidad, medicamentos y tratamiento para los infectados, y reducir la transmisión mediante enfoques preventivos culturalmente apropiados. Entre dichos enfoques han resultado efectivos los que ponen de relieve el apoyo y la educación entre iguales, como los programas dirigidos por jóvenes y mujeres, o por los niños que viven en la calle, refugiados y drogadictos por vía intravenosa. Los mensajes que ofrece la gente que vive con el VIH o el SIDA son unas de las formas más convincentes para combatir conductas de alto riesgo.

Sigue llevando su vida, a pesar del VIH

por Pennie Azarcon Dela Cruz

Fernando Feliz (no es su nombre real) se acuerda exactamente del momento en que su vida cambió totalmente: “Fue hace ocho años. Había estado bebiendo con mis amigos y cuando me di cuenta estaba en Ermita, donde acabé teniendo relaciones sexuales sin protección con una trabajadora sexual”.

Ahora, a los 36 años, Fernando se pregunta si las cosas hubieran sido diferentes de no haberse emborrachado, o de haberse acordado de todo lo que había leído sobre el SIDA. “No soy ignorante en cuanto al VIH y el SIDA. Mis amigos en EE.UU. me enviaban de vez en cuando revistas, y la compañía para la que trabajaba tenía acceso a publicaciones de ese país. Era a principios de la década de los ochenta, y por aquel entonces no había revista estadounidense que no incluyera información sobre la enfermedad”.

Pero, al igual que muchos otros filipinos, Fernando nunca se preocupó del SIDA. “No pensé que me podría afectar a mí. Yo, no me dedicaba al comercio sexual, no era un drogadicto intravenoso, ni tenía una relación homosexual. Era un graduado universitario, ¡por Dios! Tenía un buen trabajo en una firma en Makati”. De hecho estaba avanzando mucho en su profesión y acababa de solicitar un trabajo en Estados Unidos. “Ya tenía mi visa, pero parte del requisito era someterse a una prueba de detección del SIDA”.

Nada ni nadie le preparó para los resultados de la prueba. “La consejería antes de la prueba de detección empezó a ofrecerse tras aprobarse la Ley de la República No. 8504 (la ley filipina para la prevención y control del SIDA). Aparte de eso no había nada” —recuerda. Cuando el técnico médico vaciló al entregarle los resultados, Fernando empezó a sospechar

algo. “Le dije, ‘Háblame a las claras, aguanto el golpe’.” Pero cuando el técnico le confirmó que estaba infectado el joven visayés sintió que le temblaban las piernas. “Me encontré con una doble pérdida. Había perdido mi posibilidad de empleo en EE.UU., e iba a perder la vida.”

Con el tiempo, y gracias a la consejería que recibió después de la prueba, Fernando se dio cuenta de que tenía toda la vida por delante. “Con los debidos medicamentos, puedo vivir de forma sana unos 10 ó 20 años”, dice. También sintió que necesitaba el apoyo de su familia. Si bien otros similarmente afectados dudan en informar a su familia, Fernando se lo contó enseñada a sus hermanos, a su madre y a su mejor amigo. “Mi familia lo entendió y me apoyó, porque están bien informados”. Pero aún así, prefirió permanecer anónimo, “por respeto a la intimidad de su familia, y para evitarles el estigma asociado con la enfermedad”.

De hecho, como el Dr. Loreto Roquero, del Departamento de Salud, confirma “Con frecuencia es la familia la última en enterarse”. El Departamento de Salud dirige Bahay Lingap —en el complejo de San Lázaro, en Santa Cruz— que es como una residencia intermedia para personas con SIDA, hasta que pueden dar a conocer la enfermedad a sus familias. “Aquí la actitud es proteger su vida privada. No se lo decimos ni siquiera a sus parejas, a no ser que ellos estén de acuerdo. Incluso dentro del círculo médico existe confidencialidad médica compartida”, dice el Dr. Roquero, que está a la cabeza del Programa de Combate y Prevención del SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Fernando sabía que parte de lo que tenía que hacer para proteger a su familia era protegerse a sí mismo. “Leí mucho

Los infectados se enfrentan a persistentes conceptos erróneos sobre el virus.

“Mi familia lo entendió y me apoyó, porque están bien informados”.

—Fernando Feliz (seudónimo), consejero sobre el SIDA seropositivo

sobre Magic Johnson y los estudios clínicos en EE.UU. sobre los medicamentos contra el VIH. Cuando me enteré de que los fármacos costarían entre 27.000 y 40.000 pesos filipinos (\$700 a \$1.000 dólares estadounidenses) al mes, me ofrecí a formar parte de estudios clínicos en el Instituto de Investigación de Medicina Tropical”. Debido al limitado financiamiento, sólo 20 filipinos con SIDA podían participar en los estudios, que tienen por objeto documentar la experiencia local con los compuestos antes de que sean aprobados por la Oficina de Fármacos y Alimentación.

Tomar los medicamentos contra el VIH conlleva su riesgo, explica Fernando.

“Una vez que se empieza, tienen que tomarse de forma continua, porque si no el virus adquiere resistencia y se multiplica”. La medicina es una combinación de antiretrovirales. Fernando toma siete cápsulas diferentes, tres veces al día, lo que suma un total de 21 cápsulas diarias. Afortunadamente no ha sufrido ninguno de los efectos secundarios, como erupción en la piel, náuseas y dolores en el cuerpo.

Fernando recuerda que una vez, cuando se le asignó a hacer trabajo sobre el terreno en el norte de Luzón, dejó de tomar la medicina durante todo un mes. El servicio de mensajería que iba a entregársela, no lo pudo localizar. “Estaba aterrado”, nos dice. “Era el momento de preguntarme qué valoraba más: mi trabajo o mi salud”. La opción fue fácil. Fernando dejó su trabajo bien pagado a cambio de la labor más gratificante de ser un educador y consejero sobre el SIDA; se hizo miembro de Acción Positiva. La mayoría de los miembros de este grupo tienen la infección del VIH, y el resto son voluntarios, donantes y personal médico. Acción

Positiva entrenó a Fernando a realizar tareas de consejería y desde entonces se ha convertido en el principal apoyo del grupo.

“Sé lo difícil que es vivir con la infección”, dice Fernando, refiriéndose a su decisión. “*Feel ko ang sakit, ang bigat* (es una gran carga). La tendencia es deprimirse, y la depresión debilita el sistema inmunológico, que es en sí lo atacado por el virus. Es bueno tener una actitud positiva, eso es lo que aprendí de una gira de estudio en Australia”, dice refiriéndose tanto a sí mismo como a otras personas infectadas.

“No se pueden imaginar lo bien que me sentí cuando una persona con SIDA, que se estaba muriendo, me tomó de la mano y me dijo que quería escuchar mi voz para poder morir contento. Me sentí tan bien de poder estar con él para apoyarle en ese momento”. Por otra parte su propia situación personal le ayuda en la consejería. Nos dice: “Cuando la gente piensa que se va a morir muy pronto porque tiene el virus, les digo, mírenme a mí. Estoy fuerte, estoy sano y llevo ocho años con el virus. Yo soy una prueba tangible de que les queda la vida por delante”.

Fernando empezó a dar asesoría entre iguales, y ahora capacita a personas que antes tenían un contrato en el extranjero, pero han perdido su trabajo al contraer el virus. “Les entreno para que se conviertan en educadores, porque aparentemente la mayoría de los filipinos creen que el SIDA es una posibilidad remota. Quiero que sepan que cualquiera puede ser infectado por el VIH: trabajadores de salud, personal de ONG (organizaciones no gubernamentales), marineros o profesionales. Tenemos que saber qué estamos haciendo bien y qué hacemos mal”. ■

VIH/SIDA: A romper silencios

por Thaís Aguilar

Jabu tiene poco más de 40 años. Vestida con rigurosas ropas negras, busca el consuelo y la ayuda de una enfermera del hospital de Hlabisa, ubicado en el interior de la provincia de Kwazulu Natal. Hace pocos días, su esposo murió a causa del SIDA.

Ella es una campesina zulu y vive en una de las regiones más pobres y deprimidas de este país africano que ostenta el poco honroso puesto de ser una de las naciones del mundo con más personas infectadas con el VIH. De sus 41 millones de habitantes, se calcula que 3,5 millones son VIH positivos; la mayor parte, de raza negra, pobres y de zonas rurales, áreas donde el porcentaje de seropositivos podría elevarse hasta un 50%.

Jabu es una estadística viviente. Es seropositiva y fue infectada por su difunto marido, quien probablemente adquirió el VIH en alguna relación casual sin protección (sin condón), una práctica común entre los trabajadores que migran a alguna de las grandes ciudades sudafricanas (como Johannesburgo, Ciudad del Cabo o Durban) en busca de mejores oportunidades laborales. Jabu, madre de ocho hijos, es un caso excepcional entre sus vecinas, pues ninguno de su prole es VIH positivo.

Ahora no tiene cómo mantener económicamente a su familia y así se lo cuenta a la acongojada enfermera, quien debe hacer de psicóloga cada vez que le toca informar a los pacientes si son seropositivos o no. Sin un solo *rand* (6,83 *rands* equivalen a un dólar) para alimentar a sus hijos, Jabu no solo está asustada sino profundamente deprimida pues sabe que tarde o temprano correrá la suerte de su esposo y teme por el futuro de su familia. En sus condiciones de pobreza extrema, jamás podría tener acceso a medicamentos antiretrovirales,

con los cuales lograría alargar su vida una década más.

Hlabisa, una de las pocas comunidades que se da el lujo de contar con un hospital estatal con 300 camas y la capacidad de dar medicinas y tratamientos paliativos para enfermedades y percances comunes –como malaria, diarreas, intoxicaciones, fracturas y accidentes agrícolas de cierta envergadura– realiza pruebas para determinar quiénes son seropositivos, una tarea difícil en una zona donde los niveles de educación son mínimos, al igual que las condiciones de vida de la gente.

Problema de desarrollo

Diversos expertos africanos sostuvieron la tesis de que la alta prevalencia de enfermedades venéreas que siempre ha habido en el continente africano posiblemente es una causa por la que el VIH/SIDA se ha expandido de forma tan alarmante en esa región. Pero, además, la explosiva combinación de subdesarrollo, pobreza y marginalidad han sido el caldo de cultivo para que sólo en 1999, 4 millones de africanos hayan engrosado la lista de seropositivos, según el reporte global del ONUSIDA, presentado en la 13ª Conferencia Internacional sobre el SIDA, en Durban.

Las comunidades como Mtubatuba, unos 250 kilómetros al noreste de Durban, tienen graves problemas de prevalencia del VIH, especialmente entre los menores de 25 años; pese a la alta incidencia de este virus de transmisión sexual, hablar de sexualidad entre las poblaciones de africanos, y especialmente en zonas rurales, es muy difícil, según representantes no gubernamentales del African Center.

La otra Sudáfrica, la blanca, posee mejores condiciones para lidiar con el

Se puede lograr algo con la inversión de recursos en tratamiento para los infectados y campañas masivas de prevención.

virus. Así lo reconoció Edwin Cameron, juez de la Corte Suprema de Sudáfrica, quien participó en la primera sesión plenaria de la conferencia y, ante un nutrido auditorio, se declaró –además de VIH positivo– homosexual y burgués. Su posición no le impidió echar más leña al fuego de la desigualdad de acceso a las medicinas antiretrovirales. Su caso y el de Jabu ilustran lo que ocurre –en cuanto al SIDA– en los países desarrollados y en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo.

Para él y otros activistas internacionales, los derechos humanos y la salud van de la mano. Uno de estos derechos es el del bienestar de cada persona, no sólo de tener acceso a los servicios públicos de buena calidad, sino también a las medicinas que puedan permitir dicho bienestar.

Una cuestión de recursos y voluntad política

El juez Cameron y varias decenas de connotados investigadores insistieron en la necesidad de que los gobiernos inviertan en tratamientos para quienes ya están infectados y en campañas masivas de prevención. Subrayaron que las campañas deberían incluir aspectos como reconocer la vida sexual activa de los adolescentes y permitirles acceso libre y gratuito a condones.

Peter Piot, director ejecutivo de ONUSIDA, reconoció los fracasos de la organización en sus negociaciones con las

empresas farmacéuticas, y en lo que se refiere a los controles mundiales establecidos por la Organización Mundial de Comercio sobre licencias de importación obligatorias y paralelas.

Las licencias obligatorias se refieren a la producción de medicamentos genéricos, que son igual de efectivos que los originales, pero se producen a nivel local o regional, a un costo inferior para los consumidores. Ello permitiría la producción de medicamentos antiretrovirales a precios más asequibles para los países en desarrollo, como las naciones pobres de África, explicó Richard Laing, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, Estados Unidos, y uno de los muchos defensores del acceso a medicamentos de bajo costo. Las licencias paralelas de importación autorizan la importación de un producto sin el permiso del dueño de la patente. Ambos mecanismos requieren un permiso dentro del complicado sistema de comercio internacional.

Quienes apoyan el acceso a tratamiento antiretroviral de bajo costo, también señalan la responsabilidad de los gobiernos de invertir en la compra de dichos medicamentos, eliminar impuestos sobre las medicinas, así como reducir gastos absurdos (como el gasto militar) e invertir más en el tratamiento y prevención del VIH y el SIDA, y en los sistemas de salud en general. ■

Florence está infectada con el VIH: la cara de la esperanza y la fortaleza

por Eunice N. Mathu

La alta y bella Florence Ngobeni, de relucientes dientes blancos, nació hace 27 años en Alexandra, un bantustán (*township*) de Johannesburgo. Es la única hija del primer matrimonio de su madre, quien la sacrificó para poder casarse otra vez. El nuevo esposo no se quería casar con una mujer que llevara consigo una hija, por lo que Florence se quedó al cuidado de su abuela. Su madre acabó teniendo otros siete hijos del segundo matrimonio y Florence quedó olvidada en la casa de la abuela.

Aunque la abuela, Miriam Ndlovu, era una mujer atenta y cariñosa, trabajaba como empleada doméstica y sólo iba a casa los fines de semana. Florence se quedaba bajo el cuidado de sus tíos de 13 y 22 años. El mayor trabajaba como repartidor de muebles y el menor no asistía a la escuela. El mayor era cruel y abusivo con Florence, y aunque la abuela era consciente del abuso de su hijo hacia la nieta, no podía hacer nada al respecto porque dependía económicamente de él.

A la edad de 17 años Florence conoció a un chico que se convirtió en su mejor amigo, y la convenció para que tuviera relaciones sexuales con él, para probar que lo quería. Por temor a perder a su nuevo amigo, comenzó a tener relaciones con él de forma habitual en la casa de sus padres. La relación duró seis meses, pero Florence quedó embarazada, aunque luego perdió al niño por una paliza que le dio el tío.

No fue sino hasta después de que murió el segundo marido de su madre, que Florence se fue a vivir con ella, pero la relación era tensa y siempre se estaban peleando. Cuando su madre quedó embarazada de otro hombre con su noveno hijo, Florence se fue a vivir con amigos y

diversos novios. No tenía ningún sitio que pudiera considerar su hogar, y sus novios pedían que les pagara con favores sexuales. Como resultado de lo inestable de su vida, empezó a ir mal en la escuela y suspendió los exámenes finales.

A la edad de 19 años fue violada por una pandilla de conocidos delincuentes en Alexandra, pero no habló de ello por temor a que la mataran. Dichas pandillas se jactaban de sus estragos de violación, lo que llamaban "*jack-rolling*"; y si las víctimas decidían hablar o notificar del incidente, sus familias eran atacadas o matadas, sin que la policía pudiera hacer nada.

A la edad de 23 años Florence volvió a quedar embarazada. Esta vez su novio tenía 32 años. La niña, Nomthunzi ("sombra" en Zulu), nació con aspecto saludable, pero se enfermó a la edad de tres meses. Cuando Florence la llevó a la clínica en Johannesburgo, le hicieron una prueba de detección del VIH. Ésta fue la primera vez que Florence se enfrentó a la posibilidad de que su actividad sexual pudiera haberla expuesto al VIH. La prueba confirmó que estaba infectada. Todavía en choque e incrédula fue a buscar al padre de la niña para decirle que su hija estaba muy enferma. Eso fue en diciembre de 1996, el mismo mes que las dos fueron diagnosticadas con el VIH. Al hacerlo se enteró de que su novio había muerto unas semanas antes y ya había sido enterrado. Era demasiado para ella sola, y la única persona a la que podía acudir era su abuela, que fue comprensiva y la apoyó. Pero había corrido la voz en el municipio de que Florence tenía el VIH y que su hija estaba muriendo de SIDA. La gente acudía a la casa de la abuela para ver a una niña con SIDA y la familia del novio la acusó de haber infectado a su hijo.

Florence les informa de la importancia de dejar saber a los demás que tienen la infección, para poner paro a la propagación de la misma.

Florence sólo oyó hablar de enfermedades transmitidas sexualmente y del VIH cuando tenía 19 años, casi tres años después de empezar a tener relaciones sexuales. Ni su madre ni su abuela, ni los tíos que la cuidaron la hablaron nunca del sexo o la sexualidad.

Hoy en día Florence es un miembro activo de NAPWA, la asociación nacional de Sudáfrica de personas que viven con el VIH/SIDA, la cual fue fundada en 1994. Es también miembro del Proyecto del SIDA de los *Townships* en Soweto. Trabaja asimismo con numerosas organizaciones no gubernamentales y de Naciones Unidas en proyectos de SIDA. Habla por las personas infectadas con el VIH, y les proporciona consuelo y trata de prevenir que otros sean infectados, especialmente la gente joven.

Florence trabaja como consejera en la Unidad Prenatal de Investigación del VIH en el Hospital Chris Hani Baragwanath, en Soweto. En calidad de tal ve a muchas personas infectadas con el VIH diariamente. Compartir sus experiencias personales en las sesiones de consejería le ayuda a ella y a los pacientes que apoya. Les aliena a encontrar el valor de notificar casos de violación y violencia, y a abordar la

desigualdad de poder entre los sexos, para lo que invita a los esposos a las sesiones de consejería. También les informa de la importancia de dejar saber a los demás que tienen la infección, para poner paro a la propagación de la misma, y que se reconozcan el VIH y el SIDA como algo real, asociado a un rostro humano.

Dicha revelación sigue siendo un importante tema de debate durante las sesiones de consejería, por la dificultad que frecuentemente conlleva el que una persona con el VIH hable de su situación. Mucha gente se rehúsa a aceptar el resultado de la prueba. Con frecuencia los hombres se vuelven agresivos, se pelean con sus compañeras y las acusan a ellas. Muchas mujeres tienen miedo de revelar que son seropositivas, por temor a que les peguen o que las echen del hogar matrimonial. En algunos casos vacilan en dar a conocer su infección por que temen la hostilidad de la comunidad y ser rechazadas por sus amigos y amigas. Florence tiene una forma de hablar con sus pacientes durante la consejería que hace que la carga no sea tan pesada. Sabe por experiencia propia que la aceptación y notificación de la infección es el primer paso para la recuperación personal. ■

Referencias

1. Ver, por ejemplo, Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la mujer (UNIFEM), *El progreso de las mujeres en el mundo 2000: Informe Bienal de UNIFEM* (Nueva York: UNIFEM, 2000).
2. Adriana Gómez y Deborah Meacham, eds., *Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA: un enfoque desde los derechos humanos* (Santiago, Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMILAC), 1998): 2.
3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: Diciembre de 2000* (Ginebra: ONUSIDA, diciembre del 2000): 3.
4. ONUSIDA, La Campaña mundial contra el SIDA de 1999 (www.unaids.org/wac/1999/eng/facts%2De.htm, visto el 6 de marzo del 2001).
5. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Fact Sheet 10*, "Women and HIV and Mother to Child Transmission" (www.who.int/HIV_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-10/index.html, visto el 9 de febrero del 2001).
6. Avert, "Women, HIV and AIDS" (www.avert.org/womenaid.htm, visto el 12 de junio del 2000).
7. Ibid.
8. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: Junio de 2000* (Ginebra: ONUSIDA, junio del 2000): 11.
9. OMS, *Fact Sheet* No. 242, "Women and HIV/AIDS" (Ginebra: OMS, junio del 2000).
10. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: Junio de 2000* (Ginebra: ONUSIDA, 2000): 13.
11. HIVInSite, "Monitoring the AIDS Pandemic, Part II" (<http://hivinsite.ucsf.edu/social/un/2098.3cee.html>, visto el 24 enero del 2001).
12. Chris Jennings, *Understanding and Preventing AIDS: A Book for Everyone* (Cambridge, Massachusetts: Health Alert Press, 1996).
13. Ibid.
14. Martin Foreman, ed., *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility?* (Londres: Panos/Zed Books, 1998).
15. ONUSIDA, La Campaña mundial contra el SIDA de 1999.
16. HIVInSite, "Young Women in HIV Crisis", desbloquear de prensa de International Community of Women Living with HIV/AIDS for World AIDS Day, el 1 diciembre de 1998 (<http://hivinsite.ucsf.edu/topics/adolescents/2098.3f8d.html>, visto el 6 de marzo del 2001).
17. Family Health International (FHI), "Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV", *Impact on HIV* Vol. 1, No. 1 (octubre de 1998).
18. ONUSIDA, "AIDS 5 Years Since ICPD: Emerging Issues and Challenges for Women, Young People & Infants" (Ginebra: ONUSIDA, 1999): 6.
19. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: Diciembre de 2000*: 3.
20. Ibid.
21. Ibid.
22. Ver por ejemplo, UNIFEM, *El progreso de las mujeres en el mundo 2000: Informe Bienal de UNIFEM*.
23. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: Diciembre del 2000*: 5.
24. Grupo del Banco Mundial, boletín de prensa, "AIDS Blunts Economic Growth, Worsens Poverty in Hard-Hit Countries" (Durban: 11 de junio del 2000).
25. Naciones Unidas, *Platform for Action and the Beijing Declaration, Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995* (Nueva York: Naciones Unidas, 1996): 60.
26. Julie Hamblin y Elizabeth Reid, "Women, the HIV Epidemic and Human Rights: A Tragic Imperative" (Nueva York: PNUD HIV and Development Programme, 1991): 5.
27. ONUSIDA, "AIDS 5 Years Since ICPD: Emerging Issues and Challenges for Women, Young People & Infants": 6.
28. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: Diciembre de 2000*: 3.
29. ONUSIDA, "AIDS 5 Years Since ICPD: Emerging Issues and Challenges for Women, Young People & Infants": 6.
30. Ibid.
31. OMS, *Fact Sheet 10*, "Women and HIV and Mother to Child Transmission" (www.who.int/HIV_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-10/index.html, visto el 9 de febrero del 2001).
32. Ibid.

33. Ibid.
34. Ibid.
35. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: Junio de 2000*: 81.
36. ONUSIDA, *La epidemia de SIDA: Situación en diciembre de 1998* (Ginebra: ONUSIDA, diciembre de 1998): 10.
37. Population Reference Bureau (PRB), *La juventud del mundo 2000* (Washington: PRB, 2000): 1.
38. HIVInSite, "World AIDS Campaign with Young People" (<http://hivinsite.ucsf.edu/social/un/2098.3f71.html>, visto el 29 de enero del 2001).
39. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: Junio de 2000*: 6.
40. UNESCO y ONUSIDA, *Migrant Populations and HIV/AIDS* (Ginebra: UNESCO y ONUSIDA, junio del 2000): i.
41. HIVInSite, "Monitoring the AIDS Pandemic, Part II".
42. Amplia definición de lo que constituye un emigrante/migrante, tomada del documento de debate de ONUSIDA preparado para la segunda reunión temática ad hoc en Nueva Delhi, "Migration and HIV/AIDS" (Ginebra: UNAIDS Programme Coordinating Board, el 28 de octubre 28 de 1998).
43. Ibid.
44. Mary Haour-Knipe, "Migration and HIV/AIDS in Europe" (Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el University Institute of Social and Preventive Medicine, octubre del 2000): 4.
45. Ibid: 1.
46. Ibid: 9-10.
47. Ibid.
48. OMS, *Fact Sheet 6*, "HIV/AIDS: Fear, Stigma and Isolation" (www.sho.int/HIV_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-6/index.html, visto en el 9 febrero del 2001).

Reconocimientos

Este librito es parte de una serie sobre población, salud reproductiva y temas de género publicada de vez en cuando por Population Reference Bureau, con fondos de la Agencia de EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo el proyecto de MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-000001-00).

Entre el personal de PRB, Yvette Collymore escribió el resumen breve de cada sección y compiló y editó los artículos; Heather Lilley hizo el diseño; Justine Sass y Sara Adkins-Blanch redactaron el panorama general; y varios otros miembros del personal contribuyeron al proceso de edición y revisión. De entre el personal de fuera se agradece la colaboración de los siguientes colegas, que revisaron los borradores de la publicación e hicieron valiosos comentarios: Adriana Gómez, de Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC); Ellen Weiss, de Horizons/International Center for Research on Women; y Ellen Starbird, Michal Avni, Gabrielle Bushman y Linda Sussman, de USAID.

PRB agradece la cooperación de las redactoras que participan en el proyecto de Women's Edition, y cuyas organizaciones están representadas en esta publicación. La responsabilidad de los datos e interpretaciones presentadas en los extractos de los artículos corresponde a cada una de sus autoras.

La publicación fue impresa por McArdle Printing Company, Inc.

Foto de la portada: © Digital Vision

Foto de Las mujeres son especialmente vulnerables al VIH y el SIDA (página 6): © CLEO Photography

Foto de Transmisión de la madre al hijo (página 13): © Liz Gilbert, cortesía de la Fundación David and Lucile Packard y M/MC Photoshare (www.jhuccp.org/mmc)

Foto de Los jóvenes y el VIH/SIDA (página 16): © Banco mundial/Tomas Sennett

Foto de Migración y el VIH (página 19): © Victor Englebert

Foto de Gente que vive con el VIH o el SIDA (página 24): © OMS/L. Grubb

© Population Reference Bureau, agosto del 2001



Population Reference Bureau

MEASURE *Communication*

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520

Washington, DC 20009 EE.UU.

Tel: (202) 483-1100

Fax: (202) 328-3937

E-mail: measure@prb.org o popref@prb.org

Sitio Web: www.measurecommunication.org

o www.prb.org

