
UN ENFOQUE CULTURAL DE LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN UNESCO/ONUSIDA

*Información, educación y comunicación
culturalmente adecuadas*

Elaboración y suministro

**Colección especial de manuales metodológicos, N° 1
División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural
UNESCO, 2003**



Las opiniones expresadas en este documento
son responsabilidad de sus autores
y no reflejan forzosamente la postura oficial
de la UNESCO

(CLT-2002/WS/03)



ÍNDICE

PRÓLOGO	5
RESUMEN	7
1 - EL ENFOQUE CULTURAL: UN RECORDATORIO	9
1.1 SUPUESTOS	9
1.2 OBJETIVOS Y CONSECUENCIAS	10
2 - LOS CUATRO GRANDES DESAFÍOS	11
2.1 EL RIESGO	11
2.2 LA VULNERABILIDAD	12
2.2.1 <i>Las condiciones socioeconómicas</i>	12
2.2.2 <i>Las referencias sociales y culturales y su evolución</i>	13
2.2.3 <i>El entorno social y político: situaciones históricas y actuales</i>	13
2.2.4 <i>La determinación de los grupos vulnerables</i>	13
2.3 PREVENCIÓN Y APOYO	14
2.4 ATENUACIÓN DE LOS EFECTOS	14
2.4.1 <i>Los efectos económicos</i>	14
2.4.2 <i>Los efectos sociales</i>	15
2.4.3 <i>Los efectos sociales y culturales</i>	15
3 - EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL	17
3.1 EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ACTUALES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN	17
3.1.1 <i>Información, educación y comunicación: situación actual</i>	17
3.1.2 <i>Componentes de información, educación y comunicación</i>	19
3.1.3 <i>Enseñanzas extraídas hasta la fecha de las actividades de información, educación y comunicación</i>	24
3.2 COMPRENSIÓN DE LAS REFERENCIAS Y LOS RECURSOS CULTURALES	24
3.2.1 <i>Investigación exhaustiva de casos</i>	24
3.2.2 <i>Trabajo experimental, proyectos piloto y labor innovadora</i>	25
3.2.3 <i>Evaluación de las tendencias comunes y la diversidad en los aspectos cultural y social</i>	25
3.3 CONDICIONES NECESARIAS PARA LA SENSIBILIZACIÓN Y LA MOVILIZACIÓN A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN	26
3.3.1 <i>Movilización de los ciudadanos: de la obligación al consenso</i>	26
3.3.2 <i>Asociaciones con miras a la información, la educación y la comunicación</i>	27
3.3.3 <i>Mensajes y procesos adecuados</i>	28
4 - DETERMINACIÓN DE LOS DESTINATARIOS DE LAS ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (GRUPOS VULNERABLES Y DE RIESGO)	29



4.1	LAS PERSONAS, LA VULNERABILIDAD Y EL RIESGO	30
4.1.1	<i>Repercusiones económicas y sociales de la infección</i>	30
4.1.2	<i>Repercusiones socioculturales del VIH/SIDA</i>	30
4.2	GRUPOS VULNERABLES EN GENERAL	31
4.2.1	<i>Los pobres</i>	31
4.2.2	<i>Las mujeres y las jóvenes</i>	32
4.2.3	<i>Los jóvenes</i>	32
4.3	GRUPOS CULTURALMENTE DESESTABILIZADOS	33
4.3.1	<i>Migrantes: destrucción de la identidad cultural</i>	33
4.3.2	<i>Familias desintegradas</i>	33
4.3.3	<i>Nuevas poblaciones y subculturas urbanas: violencia, drogadicción y negligencia</i>	34
4.4	GRUPOS ESPECÍFICOS DE RIESGO	35
4.4.1	<i>Profesiones sujetas a desplazamientos</i>	35
4.4.2	<i>Trabajadores del sexo</i>	35
4.4.3	<i>La homosexualidad y la aceptación social y cultural</i>	36
4.5	CONEXIÓN DE LA SOCIEDAD EN GENERAL	36
4.6	CONCLUSIONES	37
5	- INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN ADECUADAS: COMBINAR LA ELABORACIÓN Y EL SUMINISTRO	38
5.1	INFORMACIÓN TRANSMITIDA A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	39
5.2	EDUCACIÓN	40
5.2.1	<i>La educación preventiva en la UNESCO para la lucha contra el VIH/SIDA</i>	40
5.2.2	<i>Educación y cultura: un todo continuo</i>	40
5.2.3	<i>La educación familiar: un potencial subestimado</i>	42
5.2.4	<i>Vías religiosas y tradicionales</i>	43
5.3	COMUNICACIÓN	46
5.3.1	<i>La comunicación: un proceso interactivo</i>	47
5.3.2	<i>El enfoque cultural aplicado a la comunicación sobre el VIH/SIDA</i>	51
5.3.3	<i>Información, educación y comunicación: trabajo de campo y trabajadores sobre el terreno</i>	53
6	- CONCLUSIONES GENERALES	54



PRÓLOGO

Este manual forma parte de una colección de cuatro documentos metodológicos sobre los siguientes temas:

- *Información, educación y comunicación culturalmente adecuadas*
- *Un enfoque cultural de la formulación de estrategias y políticas*
- *Preparación y ejecución de proyectos que tengan en cuenta las especificidades culturales*
- *Trabajo sobre el terreno: suscitar una respuesta local*

Cada manual en particular trata dos temas principales:

- *Una explicación general del enfoque cultural del VIH/SIDA en relación con el riesgo propiamente dicho, las situaciones de vulnerabilidad y la prevención, el apoyo y la atenuación de los efectos correspondientes.*
- *Unas secciones especiales se centran en los distintos niveles de la intervención que han de tener en cuenta: estrategias/políticas, elaboración de proyectos y trabajo sobre el terreno. Su finalidad es evaluar la situación actual y proponer métodos e instrumentos innovadores.*

El presente manual cumple dos cometidos principales: evaluar el trabajo sobre el terreno en curso y suscitar respuestas pertinentes; comprende asimismo referencias a los otros tres manuales. Durante la elaboración de este trabajo se consultaron numerosos documentos del ONUSIDA; en las notas de pie de página se remite a los citados explícitamente.



RESUMEN

En el proyecto conjunto UNESCO/ONUSIDA “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA”, iniciado a mediados de 1998, se aplica el nuevo enfoque de la prevención y la atención del VIH/SIDA propuesto por el ONUSIDA. La estrategia del ONUSIDA hace hincapié en la necesidad de conceder prioridad al carácter pluridimensional del problema y a la diversidad de su entorno, a fin de formular estrategias y políticas globales y adaptables.

En este sentido, “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA” representa una nueva contribución a la búsqueda de soluciones a este problema aparentemente insuperable. Su principal propuesta metodológica consiste en adaptar el contenido y el ritmo de las intervenciones a las mentalidades, las creencias, los sistemas de valores, la capacidad de movilización y, por ende, modificar en consecuencia las estrategias y políticas internacionales y nacionales, la elaboración de proyectos y el trabajo sobre el terreno.

Esta iniciativa responde claramente a los principios y orientaciones de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA aprobada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (junio de 2001), en la que se destaca la importancia que **ha de darse a los factores culturales, familiares, éticos y religiosos** en la prevención de la epidemia y en el tratamiento, la atención y el apoyo, habida cuenta de las peculiaridades de cada país y de la importancia de respetar todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (párrafo 20).

En el presente Manual se intenta, aprovechando para ello las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha, contribuir a la preparación de materiales y procesos de información, educación y comunicación culturalmente adecuados. Tras una introducción teórica, se presentan las investigaciones metodológicas que han de llevarse a cabo, se evalúan las actividades en curso y se estudian las cuestiones relacionadas con la comprensión, la sensibilización y la correspondiente movilización de los recursos culturales. Se definen también los grupos destinatarios propuestos y sus características específicas y, por último, se proponen modelos adecuados de información, educación y comunicación, en los que se combinan la elaboración y la difusión de los mensajes.



1 – EL ENFOQUE CULTURAL: UN RECORDATORIO

1.1 SUPUESTOS

La experiencia obliga cada vez más a reconocer que la epidemia de VIH/SIDA es no sólo un problema que atañe al sector médico, sino que es ante todo un asunto con múltiples facetas, que exige una respuesta pluridimensional. Si la cuestión se limita a consideraciones médicas o a la pura y simple comunicación de conocimientos, a la educación, información y comunicación de tipo moderno en favor de prácticas seguras, esto es, a la promoción del uso del preservativo, no se obtendrán los resultados esperados. Se trata, a decir verdad, de un fenómeno socioeconómico y cultural complejo que se debe examinar en relación con el desarrollo humano sostenible. Así pues, es necesario adoptar un enfoque cultural para la prevención y el tratamiento de la epidemia a fin de abarcar todos los aspectos del problema.

En términos generales, un enfoque cultural del desarrollo debe cumplir dos condiciones, basadas en la definición de la cultura que formuló la UNESCO en México, y que pueden resumirse como sigue:

- **Basar el desarrollo** en las mentalidades, las tradiciones, las creencias y los sistemas de valores, por razones prácticas y éticas, en la medida en que estos factores pueden propiciar los cambios necesarios u obstaculizarlos si no se los reconoce correctamente, y en que interfieren forzosamente con las medidas adoptadas;
- **Movilizar los recursos culturales** de las poblaciones en cuestión, a fin de obtener su apoyo, cuando se intentan introducir, mediante la determinación conjunta de las necesidades y de las medidas que han de adoptarse, los cambios necesarios en las mentalidades y los comportamientos para un desarrollo humano sostenible endógeno.

Esos recursos y referencias culturales se malinterpretan a veces, cuando se ve en ellos sistemas monolíticos que no pueden modificarse, como si fueran un activo intangible que se debe proteger de modo incondicional. Al observar las situaciones reales, se advierte claramente que no hay forzosamente una contradicción entre cultura y cambio, ya que todas las sociedades y culturas evolucionan con el tiempo:

- En primer lugar, debido a sus aspectos dinámicos intrínsecos;
- En segundo lugar, porque hay una constante interacción entre ellas y los múltiples procesos de transformación externos de carácter económico, social y cultural.

Estas evoluciones pueden conducir a situaciones desestabilizadoras si no se controlan y dominan tales procesos. Las políticas y los métodos de prevención y atención del VIH/SIDA mejorarán y serán más eficaces si tienen en cuenta las especificidades culturales (esto es, si son aceptables y pertinentes), y si determinados grupos y personas los entienden cabalmente y les conceden un alto valor (si se los integra culturalmente) de acuerdo con sus prioridades. Esto propiciará una nueva conciencia de la responsabilidad y motivará la consiguiente buena disposición para la movilización contra la propagación de la epidemia.



Durante los últimos 15 años, se han adoptado muchos enfoques distintos para intentar poner freno a la propagación del VIH y reducir al mínimo sus efectos negativos en las personas, las familias y la sociedad. Actualmente, resulta evidente que no existe una receta simple que funcione para todos los países. Las respuestas nacionales más eficaces son las que se adaptan a las necesidades específicas de un país, las que tienen en cuenta las situaciones concretas que hacen que las personas sean vulnerables al VIH y a sus efectos y saben aprovechar los puntos fuertes de la población y las instituciones del país. En la *Guide to the Strategic Planning Process for a National Response to HIV/AIDS* (1998-1999) y en la *Methodological Review* (1999) del ONUSIDA se exponen estas prácticas.

El enfoque cultural es plenamente congruente con los principios, en materia de orientación y planificación, defendidos en los documentos del ONUSIDA. Su aportación concreta consiste en presentar un análisis detallado de los aspectos específicos y cambiantes de una situación y una población determinadas, y proponer métodos de trabajo basados en dicho análisis.

1.2 OBJETIVOS Y CONSECUENCIAS

Este manual tiene por objeto facilitar la formulación de estrategias y políticas más eficaces y pertinentes para la prevención y la atención del VIH/SIDA, mediante una mejor comprensión de las referencias y los recursos culturales y su integración en la preparación de respuestas pertinentes en el plano nacional.

Teniendo presentes esos objetivos, en este manual se proponen conceptos, criterios e instrumentos metodológicos para la adopción de un enfoque cultural que permita preparar, aplicar y evaluar estrategias y políticas de prevención y atención del VIH/SIDA. De este modo, dichas estrategias y políticas podrán hacer frente mejor a las situaciones de riesgo y vulnerabilidad y atenuar los efectos de la epidemia mediante el establecimiento de sistemas de prevención y apoyo más eficaces, incluida la educación preventiva adecuada.

Estas propuestas se basan en el análisis de las condiciones actuales, la evaluación de las medidas institucionales adoptadas hasta la fecha en todos los niveles y en una investigación a fondo de las situaciones sobre el terreno. La finalidad de este análisis es poner de manifiesto el desfase entre el enfoque actual y el alcance de los sistemas de prevención y atención en relación con la complejidad de las situaciones concretas. En los otros tres manuales metodológicos se presenta de modo extenso una evaluación más detallada de estas interacciones. En el presente manual se proponen métodos para determinar las principales orientaciones y prioridades, los medios, la cooperación y las relaciones de colaboración, con objeto de suscitar una respuesta local mediante un trabajo sobre el terreno que tenga en cuenta las especificidades culturales.

Adoptar un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA

En materia de prevención y atención del VIH/SIDA, la adopción de un enfoque cultural significa que las referencias y los recursos culturales de una población (los estilos de vida, los sistemas de valores, las tradiciones y creencias y los derechos humanos fundamentales) se considerarán referencias clave para la elaboración de un marco que integre las estrategias y la planificación de proyectos. Estas referencias clave se utilizarán también como criterios y fundamento para la preparación de una respuesta pertinente y de actividades sostenibles de prevención y atención, así como de atenuación de los efectos. Se trata de una condición indispensable para lograr cambios profundos y a largo plazo en el comportamiento de las personas y para dar plena coherencia a los proyectos y estrategias médicos y sanitarios.



2 – LOS CUATRO GRANDES DESAFÍOS

Como señala el ONUSIDA, suscitar una respuesta al VIH/SIDA en todos los niveles supone un diagnóstico preliminar formulado en términos claros. El riesgo en sí y la vulnerabilidad que constituye su entorno son dos de los grandes desafíos a los que se debe responder en todas sus facetas antes de intentar encontrar soluciones viables. El establecimiento de sistemas pertinentes de prevención y apoyo, con miras a atenuar los efectos de la epidemia, constituye un factor esencial en la formulación de estrategias y políticas, la elaboración de proyectos y el trabajo sobre el terreno. Estos distintos aspectos constituyen pues los cuatro grandes desafíos del VIH/SIDA.

Estas cuestiones han de analizarse de modo detallado, individualmente y en sus respectivos contextos, con la debida consideración a sus factores determinantes y sus efectos, socioeconómicos y socioculturales, en todos los niveles. Se reflejan en la evaluación de la situación actual en materia de políticas y de las respuestas pertinentes para la preparación, en materia de estrategias nacionales, de iniciativas regionales y respuestas locales.

2.1 EL RIESGO

El comportamiento de alto riesgo está asociado directamente con la proximidad física entre las personas infectadas y las no infectadas. Este es un hecho en todas las situaciones y regiones. Sin embargo, este comportamiento difiere considerablemente según los distintos contextos.

- La principal causa de infección son las **relaciones sexuales**, ya sean heterosexuales, como en África y en otras regiones, y/o bisexuales u homosexuales, como se observa en el Caribe, América Latina y Asia Sudoriental. Algunas prácticas sexuales como la promiscuidad sexual, las relaciones sexuales ocasionales o violentas y la prostitución agravan el riesgo. Éste se relaciona también con otras enfermedades sexualmente transmisibles anteriores al VIH/SIDA, o que coexisten o se confunden con él;
- La **transmisión del VIH/SIDA de madres a hijos**, ya sea durante el embarazo, el parto o el amamantamiento, es otra causa de infección importante. Este tipo de infección se debe en la mitad de los casos a la lactancia materna, especialmente tratándose de mujeres con prole numerosa a la que dan el pecho. Esta práctica se suele mantener por no disponer estas mujeres de alternativas más seguras, como la leche para lactantes preparada en condiciones higiénicas;
- El consumo creciente de **drogas por vía intravenosa** con agujas infectadas y el consumo simultáneo de drogas y alcohol son también causas de infección, sobre todo en Europa Oriental y Asia Central;
- Se estima que la transfusión de **sangre contaminada** es la causa del 10% de las infecciones de VIH/SIDA en el África Subsahariana. La contaminación puede ocurrir también durante el acto sexual si sangran los órganos reproductores de una de las personas. Puede producirse también durante los rituales de intercambio de sangre en determinadas ceremonias de iniciación en las que participan jóvenes de sexo masculino, o mediante la excisión o la circuncisión practicadas en condiciones antihigiénicas, el tatuaje y la perforación de la piel (“piercing”). No obstante, las investigaciones realizadas recientemente en algunos países africanos tienden a mostrar que la circuncisión puede entrañar un riesgo de contaminación sexual menor. Los hechos corroboran que las peleas violentas pueden producir también una contaminación, al sangrar las heridas abiertas.



A pesar de estos hechos irrefutables, la determinación de las diversas situaciones de alto riesgo plantea dos problemas que trascienden el enfoque epidemiológico y son de índole más marcadamente social y cultural:

- La conciencia personal, familiar y colectiva del riesgo de infección y sus consecuencias y, en situaciones óptimas, la decisión consiguiente de protegerse durante el contacto o de abstenerse;
- La aceptación pública y el reconocimiento oficial del riesgo y sus consecuencias y/o la revelación de la infección por parte del grupo, la comunidad, la sociedad o las autoridades públicas en contraposición al silencio y la denegación.

Esto nos lleva a las cuestiones de prevención y atención, en los planos individual y colectivo.

2.2 LA VULNERABILIDAD

La investigación epidemiológica ha aportado importantes contribuciones al reconocimiento de los factores directos de infección del VIH. Sin embargo, poco o nada nos dice de los factores sociales, económicos y culturales que influyen en el comportamiento de las personas con respecto al riesgo. Las condiciones sociales y económicas y las características sociales y culturales deben analizarse a su vez, primero en los distintos niveles y luego como conjuntos entrelazados de causas y efectos.

En 1983 se señalaron en la literatura científica los **primeros casos de SIDA** en el África Subsahariana. Esos pacientes no compartían los mismos factores de riesgo que se asociaban con la enfermedad en Europa y América del Norte, esto es, principalmente las relaciones homosexuales y el consumo de drogas por vía intravenosa. Pronto resultó evidente que las características epidemiológicas del VIH/SIDA en África eran muy distintas de las de los países de alto ingreso: los modos predominantes de transmisión eran las relaciones heterosexuales, la transfusión sanguínea y la transmisión de madres a hijos. El comportamiento de riesgo común como el consumo de drogas por vía intravenosa y las relaciones homosexuales no protegidas puede tratarse mediante intervenciones concebidas para atenuar el riesgo, mientras que resulta mucho más difícil planear intervenciones para poblaciones más numerosas que mantienen relaciones heterosexuales.

Fuente: CARAEL (Michel), "The Dynamic of HIV Epidemic in sub-Saharan Africa: what are the determinants?", Actas de la conferencia internacional de Nairobi, UNESCO, 2001.

2.2.1 LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

El análisis de estas condiciones debe efectuarse en dos niveles :

- El nivel más general: crisis económica, mundialización (y sus efectos en la comunicación y el transporte, la internacionalización de los mercados, incluidas las drogas y la prostitución), deterioro del medio ambiente, guerras, desplazamientos de poblaciones, migraciones internacionales, turismo de masas;
- El nivel más particular: pobreza, desempleo, condiciones de vivienda, falta de acceso a los servicios sanitarios y a la educación, éxodo rural, violencia urbana.

2.2.2 LAS REFERENCIAS SOCIALES Y CULTURALES Y SU EVOLUCIÓN

Se pueden presentar algunos ejemplos a este respecto, debiendo tenerse presente el carácter polifacético de muchas características culturales. En efecto, algunos aspectos de las culturas locales pueden conducir a un comportamiento de riesgo, mientras que otras inducen actitudes de protección directas o indirectas prescritas por normas espirituales y éticas:

- Las representaciones de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el destino y la responsabilidad humana;
- Una fuerte presión de la sociedad y la familia, o ejercida en nombre de éstas;
- La prescripción de actitudes y normas sexuales mediante determinados rituales, tradiciones y creencias religiosas;
- El trastorno o el desplome de normas y sistemas de valores tradicionales;
- Unas relaciones no equitativas entre los sexos y la subestimación del potencial de la mujer en la continuidad o el cambio en la vida cotidiana;
- La condición y situación de los jóvenes en la sociedad;
- Los hábitos lingüísticos y semánticos para referirse a la sexualidad.

2.2.3 EL ENTORNO SOCIAL Y POLÍTICO: SITUACIONES HISTÓRICAS Y ACTUALES

Aun cuando no se relacionen directamente con los aspectos materiales y médicos del riesgo, las condiciones sociales y políticas generales en el plano nacional tienen repercusiones importantes en el alcance y la viabilidad de las políticas de prevención y atención. Pueden mencionarse, al respecto, problemas más específicos, como:

- Las deficiencias en el plano institucional, entre ellas la inestabilidad crónica de las autoridades públicas y la consiguiente fragilidad de las estructuras administrativas;
- La falta de comunicación entre las autoridades públicas y la población;
- El desequilibrio en la capacidad de adopción de decisiones interna y externa;
- El peso de la deuda externa y las políticas de ajuste estructural;
- La falta de respeto de los derechos humanos fundamentales.

2.2.4 LA DETERMINACIÓN DE LOS GRUPOS VULNERABLES

Por lo general, la categorización de los grupos vulnerables debe tomar plenamente en cuenta la situación de las personas en el contexto del desarrollo global: o sea elementos como la pobreza, la inseguridad y los derechos humanos fundamentales. En este sentido, los pobres, las mujeres y los jóvenes, y en particular los refugiados y las minorías, son los que corren más riesgos. Es preciso definir grupos destinatarios específicos:

<p>Las poblaciones más desamparadas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pobres • Los jóvenes • Las mujeres y las niñas • Las personas carentes de educación (los(as) niños(as) no escolarizados(as) y las personas iletradas) 	<p>Los grupos culturalmente desestabilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las familias desintegradas • Las personas desempleadas • Los refugiados y las personas desplazadas • Los trabajadores migrantes, en el plano nacional e internacional • Los trabajadores itinerantes 	<p>Determinados grupos en situación de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los grupos y comunidades segregados o marginados • Los homosexuales • Los(as) profesionales del sexo
---	---	--



2.3 PREVENCIÓN Y APOYO

En respuesta a las situaciones de alto riesgo y vulnerabilidad antes expuestas, se han de elaborar y aplicar estrategias y políticas nacionales en los ámbitos siguientes:

- Las políticas nacionales de atención;
- La educación y la comunicación preventivas, la atención y el apoyo en el marco de las políticas nacionales pertinentes;
- El seguimiento médico, social y psicológico de las personas infectadas;
- En el contexto de las políticas de bienestar social, las medidas especiales encaminadas a atenuar los efectos sociales de la infección.

La diversidad de estas políticas y el número de personas a quienes se imparte educación y asistencia exigen una acción coordinada, no sólo entre las autoridades públicas nacionales, sino también entre todos los interesados, y en particular:

- Los organismos internacionales de cooperación;
- Las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales.

A este respecto, empero, ninguna política pública o institucional logrará resultados notables si no se complementa con la contribución de la sociedad civil en todos sus aspectos. Las distintas categorías de agentes económicos, sociales y culturales (movimientos deportivos y culturales, asociaciones empresariales, sindicatos, partidos políticos, comunidades religiosas, dirigentes comunitarios tradicionales, curanderos, parteras) son copartícipes importantes en la movilización conjunta contra la epidemia.

Huelga decir que el personal médico y sanitario en todos los niveles debe participar en el empeño general por aportar medios de detección y atención a las personas infectadas, en especial a las mujeres embarazadas que tienen la intención de dar el pecho a sus hijos.

Otra categoría de profesionales que participa activamente en la educación preventiva se puede encontrar no sólo entre los educadores (tanto en la enseñanza escolar como en la educación informal), sino además en los medios de comunicación (tanto en los medios audiovisuales como en la prensa escrita).

2.4 ATENUACIÓN DE LOS EFECTOS

2.4.1 LOS EFECTOS ECONÓMICOS

Es de preverse que la elevada tasa de mortalidad debida al SIDA en el sector más activo de la población adulta tenga repercusiones esenciales en todos los aspectos de la vida económica y social. Esto se debe al hecho de que las personas pertenecientes a este sector de la población se suelen encontrar en una edad en la que han empezado ya a constituir sus propias familias y han pasado a ser económicamente productivas. Aunque es difícil medir con precisión las incidencias del VIH en el plano nacional en la mayoría de los países gravemente afectados, se dispone de mucha información acerca de las consecuencias desastrosas, directas o indirectas, de la epidemia en los hogares y en los sectores público y privado de la economía¹.

1. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*, junio de 2000.



Sin embargo, las políticas de atenuación de los efectos no deben centrarse exclusivamente en los trastornos económicos causados por la epidemia, como la escasez de mano de obra y la disminución de la producción. La enfermedad afecta además gravemente al sector de la educación: el virus ha diezmando también a los profesores, cuyo número era ya insuficiente con respecto al creciente número de alumnos, así como a las nuevas generaciones de especialistas en otros sectores del desarrollo nacional.

2.4.2 LOS EFECTOS SOCIALES

Atenuar los efectos sociales de la enfermedad es otro gran desafío para las políticas nacionales de desarrollo y bienestar social. Prestar apoyo a las mujeres abandonadas y a las viudas, incapaces de dar a sus hijos un mínimo de cuidado, o establecer sistemas de solidaridad para los huérfanos dejados por el VIH/SIDA, los niños y jóvenes de la calle abandonados, representa una carga suplementaria para presupuestos públicos nacionales ya exangües.

2.4.3 LOS EFECTOS SOCIALES Y CULTURALES

Los efectos sociales y culturales de la infección y la enfermedad pueden provocar un desplome general de la energía y la esperanza necesarias para luchar contra el virus. El propio tabú y la ley del silencio, sumamente generalizada, no son más que algunos de los desastrosos efectos culturales de la revelación de la enfermedad por parte de la persona infectada o su familia. La estigmatización y el rechazo se han observado en muchos casos, especialmente en las zonas rurales y entre las poblaciones más pobres. En algunos países, por lo menos en la primera fase de la epidemia, se registraron numerosos casos de vacilación o negativa con respecto al reconocimiento del alcance de la enfermedad y la gravedad del desafío que plantea para el país.

El carácter apremiante de esta situación exige a todas luces una intervención urgente, pero con enfoques distintos. Es necesario respetar las normas culturales sociales y los derechos humanos básicos de las poblaciones afectadas, sobre todo si resulta imperativo romper el silencio. Además, puede producirse un serio malentendido sobre el tema de la sexualidad debido a cuestiones semánticas y lingüísticas. Esto puede hacer creer erróneamente a los agentes externos de prevención y atención que a menudo las mujeres conocen mal sus funciones fisiológicas.

EL VIH/SIDA y el sector privado

Las repercusiones de la epidemia del VIH/SIDA en el sector empresarial privado se han intensificado a un ritmo constante en los últimos años y son ahora patentes en algunos lugares. Sigue siendo importante el número de empresarios a los que hay que convencer de que los programas de prevención del SIDA para sus empleados redundan de hecho en su propio interés. En términos económicos, dichos programas de prevención pueden comercializarse como factores de “minimización de costos” o de “prevención de lucro cesante” y de protección de valiosas inversiones fijas en “capital humano”. La ventaja de establecer nuevas relaciones de colaboración con empresas privadas es que éstas disponen de recursos considerables. Al mismo tiempo, los lugares de trabajo brindan una excelente oportunidad de llegar, con máxima eficacia, a un gran número de trabajadores.

Fuente: ONUSIDA, Guide to the Strategic Planning Process for a National Response to HIV/AIDS, resource mobilization.

(<http://www.unaids.org/aidspub/list.asp>)



**República Dominicana:
disimulo, mutismo y revelación con respecto al VIH/SIDA**

En la mayoría de los casos, las parejas infectadas por el VIH informan a sus amigos, familiares y vecinos de su condición cuando un miembro de la pareja ha contraído la enfermedad. Cuando el enfermo es el marido, los grupos de hombres tienden a ocultar la infección a las familias de sus esposas y a la mayoría de sus vecinos. La familia y los amigos de la esposa sólo tienen noticia de la infección cuando los análisis médicos del marido dan positivo. En otros casos, las madres de pacientes con VIH positivo revelaron la condición de sus hijos a sus amigos y vecinos y recibieron posteriormente la solidaridad y el apoyo de muchos de ellos, a pesar de la situación general de pobreza. Las mujeres se ocupan de las tareas domésticas y atienden al enfermo, mientras que los hombres trabajan y ayudan a desplazar al enfermo de un lugar a otro.

Los hombres y las mujeres tienden a reaccionar diferentemente cuando se enteran de su diagnóstico: resignación entre los hombres, pánico y depresión por parte de las mujeres. Se observa una actitud de apatía, rechazo familiar y estigmatización, así como otras reacciones que parecen motivar la voluntad de que la enfermedad se mantenga en secreto.

Fuente: A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care: Dominican Republic's experience, UNESCO, 1999.

3 – EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

3.1 EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ACTUALES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

La primera fase de la lucha contra el VIH/SIDA se centró principalmente en la acción y las investigaciones epidemiológicas sobre la enfermedad. No obstante, los avances científicos han puesto de relieve que puede transcurrir un largo periodo de tiempo (entre 5 y 10 años) entre la infección inicial y la manifestación de la enfermedad. Por ello, se prestó mayor atención no sólo a los aspectos médicos, sino también a la educación para la prevención y a la fase intermedia posterior a la infección.

Como instrumento clave de la acción preventiva, se han elaborado programas de información, educación y comunicación sobre el VIH/SIDA y sobre otros aspectos que suponen un cambio radical de conducta, como las políticas de población. Obviamente, en este marco, se ha subrayado el papel destacado que desempeñan el sistema escolar y los medios de comunicación.

Lamentablemente, las instituciones de cooperación internacional, las organizaciones no gubernamentales y las autoridades nacionales no han incorporado programas, material y proyectos adecuados en los planes de estudio escolares y universitarios. No obstante, los programas de televisión y radio, y en cierta medida, la comunicación directa con las poblaciones en riesgo, han sido más eficaces.

3.1.1 INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN: SITUACIÓN ACTUAL

En el ámbito de la *educación preventiva contra el VIH/SIDA* y el uso indebido de las drogas, las actividades realizadas por la UNESCO durante los dos últimos años estuvieron destinadas principalmente a ayudar a los Estados Miembros a preparar y poner en marcha programas dirigidos a los responsables de la elaboración de los planes de estudio, el personal docente, los jóvenes (escolarizados y no escolarizados) y a las mujeres jóvenes analfabetas. Se estudiaron y diseñaron directrices estratégicas y prototipos de material pedagógico culturalmente apropiados, a fin de ponerlos a disposición de los grupos destinatarios específicos. En los dos próximos años, se pondrá especial empeño en responsabilizar a la juventud, impartiendo educación preventiva respecto del VIH/SIDA y las drogas. Para ello, se prestará apoyo a los sistemas nacionales de educación sanitaria en el diseño de programas de formación del profesorado y la elaboración de planes de estudio, y se organizarán campañas internacionales por y para los jóvenes.

En 1996, en aplicación de los resultados de la Conferencia de El Cairo sobre la Población y el Desarrollo (1994), el FNUAP y la UNESCO iniciaron un programa conjunto de estrategias de información, educación y comunicación sobre las relaciones entre la población, el medio ambiente y el desarrollo. El objetivo es sensibilizar más con respecto a estas cuestiones a los responsables de la adopción de decisiones, los educadores y los estudiantes de los sectores formal y no formal, así como a la opinión pública. Posteriormente, se pusieron en marcha estrategias y proyectos de información, educación y comunicación en diversos ámbitos relacionados con la UNESCO: la información (principalmente a través de los medios de comunicación), la educación escolar y extraescolar y la comunicación directa sobre cuestiones demográficas y prevención del VIH/SIDA.

En el informe de evaluación del FNUAP (1999), se formularon las siguientes observaciones (basadas en evaluaciones de países realizadas en Burkina Faso, Filipinas, México, Marruecos, Nepal y Uganda):

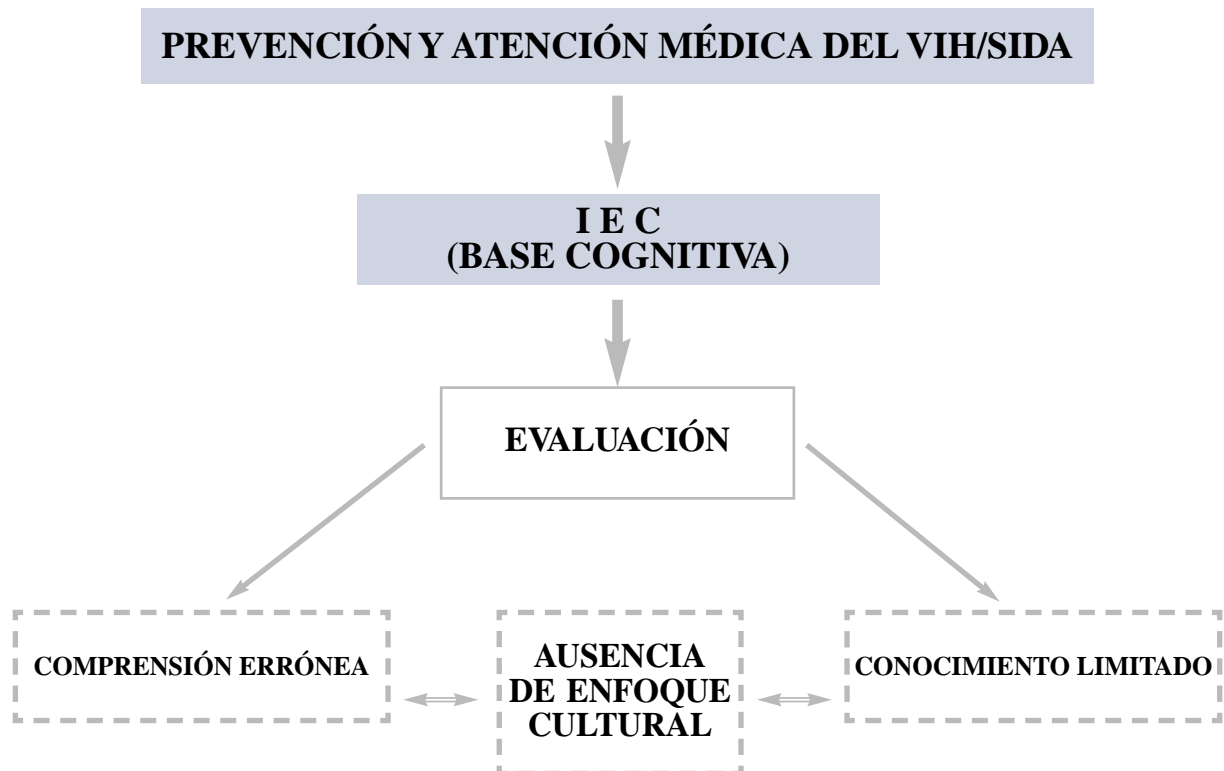
- Las estrategias de información, educación y comunicación se centran excesivamente en impartir conocimientos (enfoque cognitivo) y no en producir cambios de comportamiento;



- Además, no llegan a los grupos destinatarios por falta de especificidad o por tratarse de proyectos de información, educación y comunicación demasiado generales en los que se subestiman y malinterpretan cuestiones concretas vitales para la mujer, el hombre y los jóvenes, y por poner en exceso de relieve los modelos individualistas frente a los comunitarios;
- No se han realizado investigaciones sobre las conductas sexuales (aspectos principales y sistemas de valores subyacentes) o se ha dado aplicación indebida a sus conclusiones;
- Los procedimientos de comunicación basados en información son unidireccionales y artificialmente didácticos;
- Los programas o artículos de los medios de comunicación no están relacionados con los servicios disponibles y otras actividades de información, educación y comunicación;
- Los medios tradicionales de comunicación no están bien identificados y se utilizan de forma ineficaz;
- Existe cierta confusión entre el aumento del conocimiento y la inducción de cambios en el comportamiento; sería necesario alentar este último aspecto y abordarlo desde un punto de vista afectivo.

Las actividades actuales de **educación preventiva** de la UNESCO y su seguimiento adolecen de defectos semejantes. Es necesario cambiar el contenido y la función de la educación relativa al VIH/SIDA a fin de atender las necesidades de los estudiantes, centrarse en mayor medida en la preparación para la vida activa y adaptar los planes de estudio a los grupos marginados. En estos grupos se incluye a los niños y jóvenes sin escolarizar, los analfabetos, y en particular las niñas y las mujeres. En todos los casos, la ineficacia relativa se debe a que no se tienen en cuenta la cultura y la forma de vida cotidiana de estas personas.

Así pues, es preciso dedicar mayores esfuerzos a la creación de prototipos de material pedagógico culturalmente adecuados y de nuevos canales intersectoriales de información y comunicación. Para ello será necesaria la cooperación de otros interesados, ya sean instituciones u organizaciones no gubernamentales, en los planos internacional y nacional, ajustándose por ejemplo a los principios establecidos en el marco de comunicación del ONUSIDA sobre el VIH/SIDA (*UNAIDS Communication Framework on HIV/AIDS*).



3.1.2 COMPONENTES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Hasta ahora, se han incorporado a las estrategias y métodos diferentes componentes de información, educación y comunicación, como los definidos por el FNUAP para las políticas de población y los programas de prevención y atención del VIH/SIDA, dando con frecuencia como resultado una falta de eficiencia, pertinencia y apoyo mutuo. Aunque la necesidad de estrategias integradas se haya expresado en teoría, no se ha traducido en una acción conjunta real. Así pues, la evaluación de cada medio debe seguir haciéndose por separado.

Información (medios de comunicación)

Los medios de comunicación de masas desempeñan un papel fundamental en la creación y mantenimiento de una opinión pública, así como de la voluntad política para afrontar la epidemia del VIH/SIDA. Los medios de comunicación pueden denunciar ciertas tendencias y fenómenos existentes en la comunidad o sociedad que facilitan la propagación del virus, e informar a la población sobre ellos. Asimismo, pueden contribuir a concienciar a los ciudadanos acerca de la importancia de las medidas preventivas, señalar las amenazas, y sensibilizar y movilizar a la opinión pública frente a determinadas tendencias, fenómenos y prácticas que favorecen la pandemia. Para aumentar el grado de conocimiento y sensibilización y reducir las conductas de riesgo entre los diferentes sectores de la población de los países africanos es fundamental la participación activa de las organizaciones y los profesionales de los medios de comunicación en la lucha contra el VIH/SIDA².

En general, la situación actual es menos satisfactoria. Los programas especializados de **radio y televisión**, en particular los retransmitidos en los ámbitos nacional o internacional, han logrado modificar en cierta forma la conducta respecto a la prevención del VIH/SIDA entre los oyentes y telespectadores con mayor nivel de estudios y capacidad de respuesta ante los medios audiovisuales (por ejemplo, en Tailandia). Los programas de radio, que hoy en día llegan en general a toda la población, incluida la de las zonas rurales, no mantienen actualmente una interacción con su audiencia. La accesibilidad y flexibilidad técnicas en la elaboración de programas interactivos hacen de la radio un medio potencialmente adecuado y al alcance de la audiencia, lo que está lejos de ser el caso de la televisión, dadas las enormes diferencias en el número de receptores de televisión entre los países y regiones del mundo.

Pese a los progresos realizados hasta la fecha, en muchos países los medios de comunicación no pueden tratar esta cuestión adecuadamente. Los mensajes de prevención que transmiten no llegan a importantes grupos debido a múltiples factores, como las barreras políticas y el temor a una actitud represiva por parte de las autoridades. También resulta difícil a los canales de los medios de comunicación establecidos llegar a las comunidades de las zonas más remotas o que hablan lenguas minoritarias. Además, en muchos casos, el mensaje no es eficaz por su forma y contenido, al no estar adaptado al contexto cultural específico.

Los principales factores que contribuyen a la ineficacia de los medios de comunicación de masas son:

- 1) El desconocimiento de los "guardianes" de los medios de comunicación de las cuestiones relativas al VIH/SIDA, y su relativa indiferencia hacia ellas. Los directores y administradores de los medios de comunicación toman la decisión respecto de la publicación o retransmisión de noticias. La selección depende de ellos;
- 2) La incapacidad de los profesionales de los medios de comunicación para realizar reportajes de investigación sobre el VIH/SIDA.

2. *Media and HIV/AIDS in East and Southern Africa, A Resource Book*, UNESCO, 1999, págs. 11-12.



Al margen de estos logros limitados, se han detectado deficiencias más complejas en los proyectos de información, educación y comunicación. Uno de ellos es la falta de comprensión del contenido médico o informativo del mensaje y del comportamiento que de él se debía derivar. Por ejemplo, en los países del África Meridional no se han entendido los mensajes dirigidos por los medios de comunicación a las poblaciones rurales, urbanas, sin estudios o pobres. Por el contrario, esos mensajes han acarreado o reforzado temores irracionales y provocado el rechazo de la población con riesgo de estar infectada por el virus o ya enferma, lo que ha llevado a una actitud fatalista respecto de la prevención y la autoprotección.

En Asia Sudoriental, las poblaciones tribales estaban tan asustadas por las imágenes transmitidas en la televisión, en las que se mostraba la degradación física de las personas con SIDA que se negaron a volver a escuchar nada sobre la enfermedad. De este modo, se hizo mucho más difícil, y en algunos casos imposible, informar sobre las medidas de prevención y atención.

Educación preventiva

Logros de la educación escolar

La experiencia ha demostrado a la UNESCO que la educación, y más concretamente la impartida en la escuela y la universidad, constituye un instrumento clave en la prevención. En muchos países se están preparando cursos de información específica como parte integrante del plan de estudios escolar sobre temas como: las aptitudes para la vida, el respeto y el entendimiento mutuo de la mujer y el hombre, y la educación entre iguales. También se facilita información práctica sobre la fisiología corporal, la educación sexual y la importancia de la protección (esto es, de los preservativos). Es necesario potenciar, ampliar y hacer extensiva esta labor a todos los niños en edad escolar del mundo, en el contexto de la enseñanza básica, empleando debidamente métodos y contenidos adaptados, es decir, impartiendo educación culturalmente adecuada para todos. A este respecto, la UNESCO, respecto de la reforma de la educación en la perspectiva de la educación para todos a lo largo de toda la vida, dará prioridad a la expansión de la enseñanza secundaria, haciendo hincapié en la educación preventiva contra el VIH/SIDA y el uso indebido de las drogas. A raíz del Foro Mundial sobre la Educación celebrado en Dakar en abril de 2000, la UNESCO se comprometió a incluir el VIH/SIDA entre sus más altas prioridades, mediante la educación preventiva, formal e informal, y una atención especial a la eficacia de las diferentes estrategias preventivas destinadas a modificar las conductas y actitudes.

Sudáfrica: documento de política general relativo a la educación escolar sobre el VIH/SIDA

1. Principios educativos

En todas las escuelas e institutos deberá aplicarse un programa permanente de aptitudes para la vida y la educación sobre el VIH/SIDA dirigido a los alumnos, estudiantes, educadores y otros miembros del personal. También deberán aplicarse medidas en los albergues.

2. Educación relativa al VIH/SIDA adaptada a las distintas edades

Deberá formar parte del plan de estudios de todos los alumnos y estudiantes, e incorporarse al programa educativo de preparación para la vida activa de la enseñanza preescolar, primaria y secundaria. En el marco de este programa se persiguen los siguientes objetivos:

2.1 Facilitar información sobre el VIH/SIDA y fomentar las aptitudes para la vida activa que requiere la prevención;

2.2 Inculcar los principios básicos de los primeros auxilios desde una edad temprana, como las precauciones de seguridad que deben tomarse en caso de hemorragia;

2.3 Subrayar el papel de las drogas, los abusos sexuales, la violencia y las enfermedades de transmisión sexual en la infección por el VIH, y capacitar a los alumnos para desenvolverse en estas situaciones;

2.4 Animar a los alumnos y estudiantes a utilizar los servicios de atención sanitaria, orientación psicológica y apoyo (incluidos los relativos a la asistencia sanitaria reproductiva y la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual) ofrecidos por las organizaciones de servicios comunitarios y otras instituciones;

2.5 Enseñar a los alumnos y estudiantes a comportarse con las personas portadoras del virus, haciéndoles más conscientes de los prejuicios y estereotipos que rodean a esta enfermedad;

2.6 Propiciar un entorno favorable y una cultura de no discriminación hacia las personas seropositivas o enfermas de SIDA; y

2.7 Facilitar información sobre medidas adecuadas para prevenir y evitar el contagio, incluidas la abstinencia sexual y el respeto de la moralidad, la utilización de preservativos, la fidelidad a la pareja, el tratamiento precoz de las enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis, la prevención del contacto traumático con la sangre y la aplicación de precauciones universales.

3. Educación e información

La educación e información relativas al VIH/SIDA deben impartirse y facilitarse de manera precisa y científica, utilizando un lenguaje y una terminología comprensibles.

4. La escuela, la educación y los padres

Debe informarse a los padres de los alumnos y estudiantes acerca de la educación para la adquisición de aptitudes para la vida activa y sobre el VIH/SIDA que se imparte en las escuelas e institutos, el contenido pedagógico y la metodología que debe emplearse, así como los valores que se inculcarán. Se les deberá invitar a participar en reuniones de orientación para los padres, procurándose que se hagan conscientes del papel fundamental que desempeñan en la educación sexual de sus hijos y la transmisión de los valores en el hogar.

5. Educadores, alumnos y estudiantes

Los educadores no pueden mantener relaciones sexuales con los alumnos o estudiantes y, de producirse esta situación, el caso deberá tratarse con arreglo a la Ley de contratación de educadores de 1998.



6. Infección y actividad pedagógica

Si los alumnos, estudiantes o educadores contraen el virus, se deberá informarles de que, si se cuidan, todavía podrán llevar una vida normal durante muchos años.

7. Obligaciones y responsabilidades

Todos los alumnos, estudiantes y educadores deberán respetar los derechos de los demás alumnos, estudiantes y educadores.

El código de conducta de las escuelas o los institutos deberá incluir disposiciones que prohíban comportamientos de riesgo de transmisión del VIH.

En última instancia, la responsabilidad del comportamiento del alumno o el estudiante es de sus padres:

- de ellos se espera que exijan a los alumnos y estudiantes que observen todas las normas destinadas a prevenir conductas de riesgo de transmisión del virus;
- se les insta a que se interesen de modo activo por toda información o dato sobre el VIH/SIDA que facilite la escuela o el instituto, y a que asistan a las reuniones convocadas para ellos por el órgano o consejo de administración.

Se recomienda que los alumnos, estudiantes o educadores portadores del virus o ya enfermos de SIDA (o sus padres, en el caso de los alumnos o estudiantes) consulten a un médico para que evalúe si, por su condición o conducta, ese alumno, estudiante o educador constituye un riesgo importante, reconocido médicamente, para la salud de otros. Si se establece que ese riesgo existe, deberá informarse al director de la escuela o institución, el cual tomará las medidas necesarias para garantizar la salud y seguridad del resto de los alumnos, estudiantes, educadores y demás personal de plantilla.

Los educadores tienen una obligación especial de garantizar el respeto y la protección de los derechos y la dignidad de todos los alumnos, estudiantes y educadores.

Fuente: A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care: South Africa's experience, UNESCO, 1998.

Límites y deficiencias

Aunque estas actividades han producido cambios importantes para los estudiantes, sus resultados han puesto de manifiesto diferencias según los niveles de educación, los antecedentes sociales y culturales y las situaciones locales, que no siempre se reflejan en las políticas nacionales de educación.

Además, no se ha llegado eficazmente a los niños y jóvenes que se encuentran al margen del sistema de educación formal a través de otras vías y actividades educativas. La situación es aún peor para el gran número de jóvenes y adultos analfabetos, en particular las niñas y las mujeres, para los que deben emplearse otros medios educativos.

Por otra parte, las escuelas no siempre trabajan en coordinación con otros agentes de la educación, como dirigentes religiosos y espirituales, representantes culturales tradicionales, principales actores socioeconómicos de la sociedad, familias y parientes, y sobre todo, medios de comunicación, cuyo potencial se está



lejos de explotar adecuadamente. Por último, la información cognitiva o teórica bien comprendida no produce necesariamente cambios de conducta, como se muestra más adelante.

En el informe de evaluación del FNUAP (1999), se destacan los límites y las deficiencias de las medidas adoptadas en relación con la educación escolar y extraescolar:

- *Educación escolar:* en muchos casos, se observó que resultaba muy difícil hablar de sexualidad en general y de las prácticas sexuales de los jóvenes. Estas dificultades se daban tanto en el medio escolar (profesores, administradores e incluso responsables de las políticas educativas) como en el familiar, ya que muchos padres no estaban de acuerdo con que se tratara abiertamente el tema del sexo con los niños y adolescentes. Además, la conducta segura que se defendía (esto es, la abstinencia) no parecía realista a los estudiantes de más edad, y si bien los más jóvenes la aceptaban con mayor facilidad, en la medida en que no se sentían directamente afectados, no la consideraban necesariamente como una norma de comportamiento que pudiera seguirse siempre;
- *Educación extraescolar:* el problema más grave era la falta de contacto entre los educadores y los jóvenes sin escolarizar, en particular las adolescentes y los jóvenes analfabetos, lo que dificultaba sumamente el establecimiento de una educación entre iguales, de jóvenes que habían recibido educación a jóvenes sin estudios, de diferentes edades;
- *Poblaciones analfabetas:* se deberían dirigir mensajes educativos específicos a las mujeres en particular, ya que su riesgo de contagio es mayor debido a que en algunas situaciones no pueden negarse a mantener relaciones sexuales.

Comunicación (al margen de los medios de comunicación)

La comunicación, entendida como proceso de información al margen de los medios de comunicación, es un intercambio de información entre asesores y consejeros profesionales en la materia y representantes clave de la población. En el proceso de comunicación general, sin embargo, no se han establecido las medidas necesarias para el adecuado intercambio de información sobre la prevención dirigida a jóvenes de ambos sexos expuestos al riesgo de contraer el VIH. Estas medidas deberán basarse en un enfoque mucho menos "frío" de la cuestión, en el que se dé prioridad a la confianza mutua, la empatía y la plena consideración de las referencias y los recursos culturales de una determinada población.

A este respecto, el informe de evaluación del FNUAP "IEC Findings" (1999) puso de manifiesto la existencia de las siguientes deficiencias y necesidades:

- La realización de pruebas del SIDA debería ir siempre acompañada de apoyo psicológico, no sólo para sensibilizar al paciente acerca de los riesgos, sino también para informarle sobre su infección y ayudarle a hacer planes para el futuro;
- Las personas que prestan este apoyo psicológico suelen adolecer de falta de compromiso y de capacidad de escucha, ya que dedican demasiado poco tiempo a las sesiones individuales. No saben cómo actuar cuando las personas infectadas tienen reacciones negativas. Por último, se sienten incómodos cuando se tratan cuestiones sexuales, en particular con jóvenes que tienen su propia forma de hablar de sus normas, prácticas y necesidades.

Las actividades de sensibilización, que consisten en recomendaciones positivas sobre actitudes y prácticas seguras, entre ellas la utilización de preservativos, carecen con frecuencia del apoyo de los dirigentes políticos, las comunidades, los familiares y otros "guardianes". Existen graves deficiencias en cuanto a la elaboración de estrategias de comunicación que tengan por objeto suscitar la voluntad política y crear el entorno sociocultural adecuado que permita una mayor aceptación a todos los niveles de estas campañas de sensibilización.



3.1.3 ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS HASTA LA FECHA DE LAS ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Si bien todas las instituciones de cooperación reconocen el principio de "desarrollo participativo", su puesta en práctica parece más compleja. La realización de actividades participativas beneficiaría a los proyectos de prevención y asistencia, aunque este principio no se haya concretado aún en procesos de información, educación y comunicación.

Las dos principales razones que explican la actual situación son las siguientes:

- Las instituciones subestiman el papel de la cultura como fuerza decisiva que impulsa el desarrollo, en general, y favorece la información, la educación y la comunicación, en particular;
- Las poblaciones locales no asimilan realmente los enfoques institucionales de las cuestiones relativas al VIH/SIDA y no incorporan los mensajes de información, educación y comunicación a sus pautas de pensamiento y de conducta.

Es preciso reevaluar la acción institucional realizada hasta la fecha respecto de los sistemas de *los medios de comunicación y la educación escolar y extraescolar y los procesos de comunicación* entre las instituciones y las poblaciones. En el informe de evaluación del FNUAP (1999) y el marco de comunicación sobre el VIH/SIDA del ONUSIDA (2000) se han determinado los principales elementos a este respecto.

El predominio de la cultura institucional y su excesiva confianza en los métodos "científicos" para los ámbitos educativo y de la comunicación constituyen parte del problema. No obstante, el principal defecto del enfoque institucional es su incompreensión de las referencias y los recursos culturales que impide una reformulación eficaz de las estrategias y los métodos. En su mayoría, unas y otros siguen basándose en un conjunto racional de teorías y modelos de modificación de las conductas sexuales (que se ocupa sobre todo de los aspectos epidemiológico y sexológico).

Habida cuenta de la situación actual, es importante investigar, para entenderlos mejor, las referencias y los recursos culturales.

3.2 COMPRENSIÓN DE LAS REFERENCIAS Y LOS RECURSOS CULTURALES

En efecto, las referencias y los recursos culturales pueden entenderse mejor mediante importantes enfoques metodológicos tales como la investigación exhaustiva de casos y la ejecución de proyectos piloto.

3.2.1 INVESTIGACIÓN EXHAUSTIVA DE CASOS

Para investigar en profundidad situaciones sobre el terreno es necesario realizar las siguientes tareas:

- Determinación de características, referencias y recursos culturales, incluidos los valores religiosos, espirituales y éticos y los tabúes que influyen notablemente en la prevención o propagación del VIH/SIDA y en la asistencia médica y de otro tipo a las personas seropositivas y enfermas;
- Evaluación de la función concreta que desempeñan estas referencias y recursos a la hora de garantizar la pertinencia y eficacia de las actividades de prevención y asistencia en curso;
- Mejora del análisis de las interacciones entre la cultura, la evolución del virus del VIH/SIDA y los problemas y políticas generales de desarrollo;
- Determinación de las necesidades específicas de los grupos de riesgo de las poblaciones marginadas y los métodos necesarios para abordar sus problemas mediante el enfoque cultural.

3.2.2 TRABAJO EXPERIMENTAL, PROYECTOS PILOTO Y LABOR INNOVADORA

Las investigaciones deberán complementarse con un trabajo experimental de diversas maneras:

- Mediante el fomento del proceso participativo, el apoyo y la asistencia comunitarios a los enfermos de SIDA, el establecimiento de redes entre las personas que sufren la enfermedad e iniciativas propugnadas por ellas, el aprendizaje interactivo y la comunicación entre los enfermos y entre las personas infectadas y no infectadas;
- Favoreciendo, a través de todas las vías de información, educación y comunicación, la toma de conciencia, el sentido de la responsabilidad, el respeto mutuo, el vínculo emocional y la compasión, la actualización de las tradiciones y las referencias culturales y el aprovechamiento de los conocimientos tradicionales y los recursos espirituales;
- Mediante el aprovechamiento de los conocimientos tradicionales y los recursos espirituales, el fomento de la empatía y la solidaridad cotidiana con miras a una acción preventiva y la asistencia médica y humana a las personas seropositivas y con SIDA, con objeto de erradicar progresivamente el frecuente rechazo y la estigmatización.

3.2.3 EVALUACIÓN DE LAS TENDENCIAS COMUNES Y LA DIVERSIDAD EN LOS ASPECTOS CULTURAL Y SOCIAL

En la preparación de material y actividades de información, educación y comunicación culturalmente adecuados no se ha tenido suficientemente en cuenta las referencias y los recursos culturales y sociales de las distintas poblaciones destinatarias. Por consiguiente, es necesario evaluar su eficacia, adaptabilidad y perdurabilidad por lo que respecta a la elaboración y puesta en marcha de una acción preventiva y asistencial destinada a cambiar las conductas.

En esta perspectiva, es necesario determinar las tendencias comunes y la diversidad en los aspectos cultural y social de una determinada zona geográfica.

Tendencias comunes

Las tendencias comunes señaladas están sobre todo relacionadas con la percepción del riesgo: la oposición entre conciencia cada vez mayor y comprensión insuficiente de la epidemia es un tema recurrente en la prevención y asistencia. Dado que el VIH/SIDA no es un problema puramente médico, sino un complejo fenómeno socioeconómico y sociocultural, las condiciones socioeconómicas influyen notablemente en las referencias y los recursos socioculturales y, por consiguiente, en el VIH/SIDA.

Las repercusiones de la enfermedad son muy diversas, ya se trate del ámbito socioeconómico o de los sistemas socioculturales. En los últimos análisis, se ha considerado esta enfermedad como una crisis de desestabilización mundial, que incide en las estructuras familiares, las culturas rurales tradicionales y la condición de la mujer y los jóvenes, en particular a través de la explosión urbana mundial.

Diversidad sociocultural

Habida cuenta de los múltiples aspectos de la diversidad encontrados sobre el terreno, la labor de prevención y atención ha sido hasta la fecha relativamente ineficaz. Cabe identificar grandes ámbitos regionales socioculturales con características específicas. Otros elementos importantes de la diversidad cultural están relacionados con las tradiciones, las creencias religiosas, la representación de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte y las pautas y prácticas sexuales.



Los grupos culturalmente frágiles y vulnerables ante el riesgo son generalmente los pobres, las mujeres, los niños y la juventud. Dentro de éstos, los sectores específicamente de riesgo son los jóvenes expuestos a la subcultura de la calle, las profesiones móviles, los trabajadores sexuales y los homosexuales³. Los sistemas culturalmente específicos que se han visto afectados por la epidemia son la familia, las relaciones entre el hombre la mujer, y los lazos comunitarios quebrados por la migración.

3.3 CONDICIONES NECESARIAS PARA LA SENSIBILIZACIÓN Y LA MOVILIZACIÓN A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

El aspecto más importante para producir un cambio en los comportamientos es la **determinación y el aprovechamiento de las motivaciones** de un determinado grupo. Según han observado expertos médicos y especialistas de alto nivel en el ámbito de la información, la educación y la comunicación, el contenido real de los mensajes no se difunde y aplica adecuadamente. Estos mensajes están destinados a hacer comprender claramente a los ciudadanos los orígenes y las manifestaciones de la enfermedad. Lamentablemente, aunque estos mensajes se pueden aprender y "memorizar" desde un punto de vista intelectual, ni son adecuados para los grupos destinatarios, ni se incorporan a las costumbres y comportamientos cotidianos. Por consiguiente, **la comprensión del mensaje no conlleva necesariamente una convicción interna** que haga modificar a las personas su comportamiento sexual y no sexual con respecto al VIH/SIDA. Las referencias y los recursos culturales desempeñan, pues, un papel más importante en la evolución de las percepciones y las actitudes de las comunidades, los grupos y los individuos que los enfoques médicos, educativos o institucionales.

3.3.1 MOVILIZACIÓN DE LOS CIUDADANOS: DE LA OBLIGACIÓN AL CONSENSO

En primer lugar, es necesario establecer una distinción fundamental entre la acción y la reacción institucional y la respuesta de la sociedad:

- Gracias a su cultura profesional, **las redes y los agentes institucionales** desempeñan un papel en la interpretación de las instrucciones de los responsables de la adopción de decisiones. En este sentido, el personal de los distintos niveles institucionales está acostumbrado a cumplir las instrucciones dadas desde arriba, que su formación, experiencia y cultura institucional le permiten entender y asimilar. Esto se aplica también a las políticas y los proyectos de prevención y atención del VIH/SIDA. Así pues, es necesario un esfuerzo de "reflexión" fundamental si queremos abandonar la ejecución de planes e instrucciones en un proceso descendente y adaptar los métodos de trabajo a las culturas y las formas de vida de las poblaciones. Deben elaborarse métodos y programas innovadores de formación y sensibilización para los profesionales que trabajan en organismos e instituciones especializados;
- Como se ha demostrado en los muchos ejemplos dados en las evaluaciones de los países, la **sociedad civil** apela a sus propias referencias y recursos culturales antes de conformar su respuesta a los retos y a las presiones institucionales para que modifiquen su conducta. Así pues, la respuesta se basará en el consenso y en la aceptación, la convicción y las motivaciones personales y del grupo. Más concretamente, sus referencias y recursos culturales (esto es, sus conocimientos y sus percepciones, tradiciones, creencias y pautas de conducta) constituirán el fundamento de las nuevas prácticas culturales, que responderán a las limitaciones y la evolución del entorno socioeconómico.

3. Para un análisis más detallado de las tendencias comunes y las diversidades, véase nuestra publicación "Summary country assessments", UNESCO, 2000.



En consecuencia, habrán de crearse **grupos de proyectos comunitarios** sobre una base plenamente participativa, en los que tomarán parte los principales dirigentes locales, los informadores y las familias, incluidas las personas seropositivas y las que han desarrollado la enfermedad. Los ciudadanos sólo se movilizarán si se llega a ellos allí donde se encuentran y se les trata en pie de igualdad.

3.3.2 ASOCIACIONES CON MIRAS A LA INFORMACIÓN, LA EDUCACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Las asociaciones centradas en los procesos de información, educación y comunicación tendrán que adaptarse realmente a los conocimientos, los sistemas de valores y las culturas de las personas. Sólo serán eficaces si se conciben como un modelo de información bidireccional, que combine los valores y los conocimientos locales con datos médicos y un sistema de explicación modernos. Las explicaciones deberán formularse y transmitirse mediante el lenguaje adecuado (internacional, nacional y local) y la semántica del grupo de que se trate, y no mediante terminología puramente médica, epidemiológica y sexológica:

- a) Para las tareas de movilización, será fundamental el papel de **las comunidades religiosas, los movimientos sociales** (asociaciones de mujeres, de jóvenes, deportivas, etc.) y **los sindicatos y asociaciones de trabajadores y empresarios**. Éstos, que tienen sus propios sistemas de valores, evaluarán las actividades de prevención y atención del VIH/SIDA en función de sus propios cometidos y obligaciones espirituales, éticos y prácticos;
- b) Asimismo, se podrá consultar a los **dirigentes culturales tradicionales**, más en concreto a los **curanderos**, a fin de establecer vínculos con los sistemas médico y educativo modernos. Es indispensable tener en cuenta su función en las labores de prevención y atención, porque muchas personas acuden a ellos cuando temen haberse contagiado, no sólo como expertos médicos sino también como consejeros sociales y psicológicos. El papel que representan se reconoce socialmente en Sudáfrica, en Zimbabwe, en África Occidental y en otros tipos de sociedad;
- c) **Los individuos**: el fomento de la abstinencia, la monogamia y la utilización de preservativos suscitan complejos problemas prácticos y morales, y sólo se aceptarán estas propuestas si son compatibles con los principios, la cultura sexual y las condiciones reales de la vida de las personas. La misma dificultad se plantea en la transmisión del virus al compañero sexual (o compañeros). La notificación en este caso significa romper tabúes y modelos y perder "prestigio". Además, las reglas familiares tradicionales pueden imponer el silencio sobre la cuestión, en particular cuando se trata de mujeres, adultas o adolescentes.
- d) **Los grupos de riesgo**, o grupos cultural y socialmente en peligro, están sometidos a la acción de factores socioeconómicos, educacionales y culturales que influyen profundamente en las cuestiones médicas y sanitarias, al igual que éstas en aquéllos. Estos grupos están en peligro por diversos tipos de dificultades a la vez, todas ellas con graves efectos de desestabilización y segregación: elevadísimas cifras de desempleo, vivienda precaria o ausencia de vivienda, penuria económica y falta de educación;
- e) Cada uno de estos factores se ve agravado por una **desestabilización social y cultural general**, que puede deberse a la migración, el declive rural, la inestabilidad de algunos países y regiones, el predominio de estrategias económicas a corto plazo en las actividades de producción y la rápida urbanización, frente al ritmo mucho más lento que requieren las culturas y sociedades para crear nuevas configuraciones en respuesta al cambio;



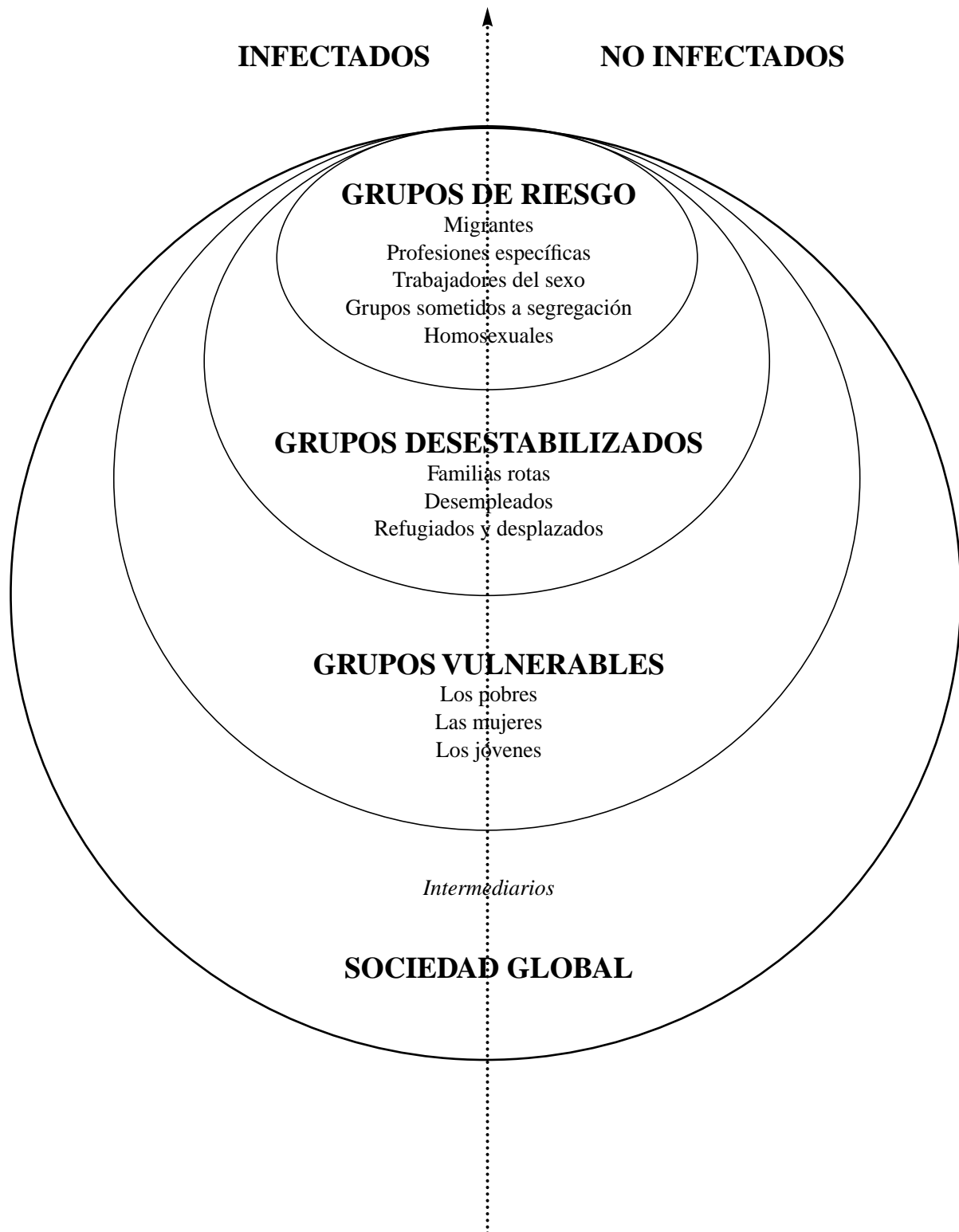
- f) En este contexto, las prácticas arriesgadas, el rechazo a utilizar preservativos, el uso indebido de drogas y el tráfico de estupefacientes, el alcoholismo, la violencia sexual y las demás formas de violencia, la prostitución y el proxenitismo son todos aspectos de las nuevas subculturas que responden a la mera preocupación por sobrevivir en un mundo caracterizado por el poder brutal y los intereses materialistas. Estos problemas pueden poner serios obstáculos a la prevención y la atención médica del VIH/SIDA y, por consiguiente, hay que enfrentarse con ellos para obtener resultados tangibles en la lucha contra la epidemia.

3.3.3 MENSAJES Y PROCESOS ADECUADOS

Los **principales ejes de los mensajes y procesos de información, educación y comunicación culturalmente adecuados** (incluida la utilización de lenguas vernáculas y modos de expresión locales) deben definirse y perfilarse teniendo en cuenta estas circunstancias, para elaborar y aplicar las siguientes estrategias:

- Inicio de movilizaciones masivas en las instituciones, la sociedad, las familias y entre los ciudadanos;
- Mayor conciencia de la opinión pública respecto del cambio de conducta;
- Establecimiento de relaciones de proximidad entre el sistema de prevención y atención y las poblaciones;
- Cooperación con la sociedad civil, las comunidades religiosas y los curanderos;
- Elaboración de proyectos comunitarios de prevención y atención;
- Preparación o adaptación de sistemas de información para planificadores, funcionarios, medios de comunicación y educadores del sistema escolar y extraescolar, trabajadores sociales y personal médico;
- Apoyo a la creatividad en relación con el VIH/SIDA (material de prevención e información creativo, iniciativas literarias y artísticas) teniendo más en cuenta la función que desempeña el deporte;
- Dedicación especial a los grupos de riesgo;
- Investigación más en profundidad de las "zonas grises".

4. DETERMINACIÓN DE LOS DESTINATARIOS DE LAS ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (GRUPOS VULNERABLES Y DE RIESGO)



4.1 LAS PERSONAS, LA VULNERABILIDAD Y EL RIESGO

Desde la infección inicial hasta el desarrollo de la enfermedad, el VIH/SIDA tiene dramáticas consecuencias en el entorno económico, social y cultural de la persona infectada y su familia cercana o el compañero con el que tiene una relación sexual o sentimental. Por ejemplo: pérdida de empleo; rechazo del cónyuge o el compañero, la familia o la comunidad; perturbación de las relaciones interpersonales debido a la culpa y la vergüenza; tabúes, estigmatización social y temor a los seres que le rodean.

4.1.1 REPERCUSIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES DE LA INFECCIÓN

Para la población en general, esta enfermedad requiere el establecimiento de sistemas sanitarios gratuitos o una medicación menos costosa, así como el acceso físico y cultural a centros o especialistas médicos. No obstante, una de sus consecuencias suele ser la pérdida del empleo de los infectados, que se ven así sin medios para sustentar a sus familiares y contribuir a la vida de sus aldeas o tribus, en particular en zonas pobres y países de emigración. Esta situación es frecuente en la región del África Meridional y en los países que tienen frontera con Tailandia.

El caso de los niños huérfanos es ilustrativo de la interacción entre la enfermedad y sus dimensiones socio-económicas. Si uno de los progenitores muere de SIDA, la familia (por ejemplo, los abuelos) suele ocuparse del hijo del fallecido en la medida de sus posibilidades. Otras veces, las viudas y sus hijos son expulsadas de sus hogares o abandonadas en las calles. En estas circunstancias, los niños se encuentran más fácilmente en situaciones de alto riesgo (malnutrición, bandas callejeras, prostitución en edad muy temprana, etc.). La asistencia a los niños huérfanos es de todo punto insuficiente, en particular en los países africanos que presentan los índices más altos del mundo de mortalidad por SIDA.

4.1.2 REPERCUSIONES SOCIOCULTURALES DEL VIH/SIDA

Numerosas personas infectadas ignoran que son seropositivas porque no en todas partes se dispone, ni mucho menos, del material necesario para hacerse las pruebas. Cuando a una persona se le detecta el virus, las consecuencias socioculturales a corto y largo plazo suelen ser devastadoras para ella y su familia (o para su grupo). El rechazo profesional y social con frecuencia provoca graves crisis: destrucción de los vínculos personales y comunitarios y profundos trastornos morales, culturales y económicos.

Por estos motivos, las personas portadoras del virus suelen ocultar la verdad a su cónyuge o pareja con la que mantienen una relación sexual o sentimental. En otros casos, no les preocupa la infección porque tienen problemas más acuciantes derivados de la marginación socioeconómica que sufren. Por otra parte, las personas de niveles social y económicamente superiores (esto es, los "protectores", las personas con autoridad en los sectores comercial, público o educativo) tienden a considerarse "inmunes" a la enfermedad debido a su posición en la sociedad. Muchas personas con profesiones que conllevan una frecuente movilidad no tienen una actitud responsable con respecto a compañeros sexuales ocasionales: se trata, por ejemplo, de camioneros, vendedores ambulantes, marineros, soldados, mercenarios, mercaderes itinerantes, funcionarios y trabajadores temporales del sector minero, la industria pesquera, la agricultura o la construcción. De ahí que la epidemia y la prostitución se concentren en gran medida en zonas de actividad relacionadas con estas profesiones, en particular a lo largo de las fronteras nacionales.

En las situaciones más extremas, la enfermedad puede dar lugar a una "rabia del SIDA", en la que las personas infectadas contagian deliberadamente a otras personas con las que tienen relaciones sexuales como venganza o respuesta a una supuesta maldición. Otra actitud observada entre ciertos grupos urbanos de jóvenes



marginados es la participación deliberada en actividades de alto riesgo. Pese a ser conscientes del riesgo, estos jóvenes lo perciben como un reto, ante el que actúan con una conducta semejante a la del jugador.

Por último, en zonas donde los riesgos epidemiológicos son elevados y múltiples (paludismo, tifus, cólera, enfermedad de sueño, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual en general) y los riesgos de morir frecuentes (zonas en guerra, zonas minadas), las personas no sienten la misma urgencia de combatir una enfermedad específica o un peligro mortal entre otros muchos.

El principal obstáculo a la prevención, no obstante, es el *choque cultural* que sufren las generaciones más jóvenes. La brutal inmersión en el mundo urbano y moderno, donde se congregan nuevos migrantes, nacionales o extranjeros, de zonas rurales y tribales o semitribales (esto es, procedentes de la región del Alto Mekong en el Sudeste Asiático). Al mismo tiempo, estos jóvenes deben hacer frente a un mundo materialista, individualista y egoísta, a la dura competencia por el empleo, al desempleo masivo, a una vivienda precaria o a la falta de alojamiento, en suma, a la "lucha diaria por la vida".

Un ejemplo especialmente dramático de esta situación es el caso de las jóvenes de las zonas fronterizas de Tailandia, cuyas únicas referencias educativas y culturales son las de sus comunidades de origen y a las que los comerciantes del sexo adentran en la prostitución organizada.

El mismo choque cultural sufren, por ejemplo, los y las jóvenes de la República Dominicana, todavía lejos de la madurez intelectual, moral e incluso fisiológica, obligados a prostituirse por la mera supervivencia económica debido a una educación con creces insuficiente, el desempleo galopante y un próspero turismo sexual. En estas circunstancias, el contagio constituye un desastre económico, social y cultural a menudo agudizado por la drogadicción, consecuencia de la depresión mental, la indolencia cultural y la pérdida de referencias vitales.

4.2 GRUPOS VULNERABLES EN GENERAL

4.2.1 LOS POBRES

Los grupos en situación de inferioridad socioeconómica son más vulnerables a muchas enfermedades, entre ellas el VIH/SIDA. En repetidas ocasiones se ha demostrado que las personas de salud frágil son más proclives a desarrollar el SIDA poco después de haber contraído el virus. En diversos estudios e informes se ha examinado el nivel socioeconómico y otros factores relacionados con el VIH/SIDA en países con escasos recursos. En Tailandia, por ejemplo, se ha puesto de relieve que las mujeres con mayor nivel de estudios e ingresos conocen mejor la enfermedad que las demás mujeres. Asimismo, se ha demostrado recientemente que, debido a la recesión económica que atraviesa Tailandia, a las trabajadoras del sexo les resulta cada vez más difícil atenerse a la política de utilización del preservativo en todos y cada uno de los intercambios sexuales a la que se habían adherido.

En los barrios bajos de las ciudades de la India se comprobó que la mayoría de las personas que respondieron a las encuestas, en particular las mujeres, desconocían casi por completo el virus. En otro estudio realizado en este mismo país se puso de manifiesto que el analfabetismo, unido a la pobreza, era un factor que establecía una gran disparidad en cuanto al conocimiento de la enfermedad. Se ha demostrado que en la Argentina, las mujeres que pertenecían a un nivel socioeconómico bajo eran más vulnerables al SIDA debido a su clase y sexo.

Fuente: UNAIDS Communication Framework on HIV/AIDS.



4.2.2 LAS MUJERES Y LAS JÓVENES

Las mujeres y las jóvenes son quienes más sufren las graves consecuencias de esta enfermedad. Los altos índices de analfabetismo, la falta de educación y de vivienda estable son, en el caso de las mujeres y las jóvenes, factores que aumentan su vulnerabilidad ante las situaciones de alto riesgo (por ejemplo, el abuso sexual, a veces incestuoso). Estas condiciones pueden crear serios problemas socioeconómicos: empleo con baja remuneración o no retribuido (en particular, en el servicio doméstico), trabajo infantil, aumento de los embarazos de las mujeres jóvenes casadas (o no casadas), o prostitución forzada. A veces las jóvenes adolescentes, o en algunos países los jóvenes y los hombres, son forzados a prostituirse en edad temprana. En muchos países, son todavía muy escasas las posibilidades de empleo estable y bien remunerado para las mujeres.

Así pues, dadas las estructuras familiares y las pautas entre los dos sexos predominantes en la mayoría de las regiones, el analfabetismo y la falta de educación provocan la **dependencia económica de la mujer**, excepto en las nuevas clases medias urbanas, donde se valora el modelo de familia nuclear. En general, las mujeres con hijos dependen del varón para su supervivencia económica, situación que se agrava considerablemente cuando los hombres se desplazan a las grandes ciudades y a otros países en busca de trabajo. Además de las relaciones sexuales y los embarazos no deseados, la lactancia es aún una costumbre profundamente enraizada en las relaciones entre madre e hijo, un símbolo de la vida dada y la fertilidad. Pero no sólo constituye una creencia arraigada en las culturas tradicionales desde tiempos inmemoriales, sino también una necesidad cuando no se dispone de leche higiénicamente segura para los bebés. En estas circunstancias, el contagio de madre a hijo es frecuente.

4.2.3 LOS JÓVENES

Habida cuenta de la situación demográfica existente en la mayoría de los países en desarrollo, los jóvenes constituyen la categoría de población más amplia. Una educación incompleta o inexistente y los elevados índices de desempleo pueden provocar una falta de perspectivas para construir un futuro mejor.

Debido a esta educación incompleta, inexistente o no pertinente, la mayor parte de estos jóvenes carecen de diplomas o están mal preparados para la entrada en el mercado de trabajo. Por ello, el desempleo es la norma. La situación de los adolescentes y los niños (con o sin padres) se ve agravada por la precariedad de la vivienda o por la miseria de las chabolas en que habitan.

Con todo, sigue aumentando la migración masiva de los jóvenes a las ciudades. **La ciudad es un lugar mítico** donde muchos esperan ganarse la vida gracias a un trabajo regular o a actividades en el sector no estructurado, incluso con un sueldo mínimo. Se sumen con ello en la extrema pobreza, y surgen así las subculturas, con frecuencia en la forma de contraculturas.

Muchos jóvenes que no encuentran trabajo en el sector no estructurado se dedicarán a las actividades ilegales antes mencionadas. Incluso los que tienen un empleo suelen vivir en sórdidos suburbios u hostales, aislados de sus familias. Estos jóvenes, intensamente expuestos a la cultura urbana "salvaje", así como al modo de vida moderno organizado en función del mercado, deben hacer frente a una despiadada competencia, a un mundo en el que **ganar dinero parece a la vez fácil e imposible**.

En estas condiciones, los jóvenes se sentirán marginados y sólo les interesará la supervivencia diaria. Algunos se juntarán en pequeños grupos, en los que la conducta de riesgo forma parte de su situación general. El uso indebido de drogas y el casi inevitable recurso a la prostitución les harán particularmente vulnerables a la infección del VIH/SIDA.

4.3 GRUPOS CULTURALMENTE DESESTABILIZADOS

En general, la segmentación por grupos específicos de riesgo debería tener plenamente en cuenta su situación en el contexto del desarrollo en general: la pobreza, la inseguridad, los derechos humanos, y las otras enfermedades. A este respecto, los pobres, las mujeres, los refugiados y las minorías son los más expuestos al riesgo. Es preciso, sin embargo, determinar los grupos destinatarios más específicos.

4.3.1 MIGRANTES: DESTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD CULTURAL

Un importante factor en la propagación de la epidemia es el movimiento de las poblaciones (debido, por ejemplo, a las migraciones dentro del país o entre países, o a actividades laborales que entrañan una gran movilidad). Los refugiados, los trabajadores migrantes y, en algunos casos, las comunidades tribales nómadas o seminómadas contribuyen a extender el virus y dificultan la evaluación y la atención de las poblaciones que tal vez hayan sufrido contagio. Las repercusiones culturales de la migración también alcanzan a las comunidades, familias, viudas y niños que quedan atrás en las aldeas.

En los sectores minero e industrial, los trabajadores migrantes, que a veces representan la mayoría de la mano de obra, corren concretamente el riesgo de perder su identidad social y cultural; por consiguiente, pueden más fácilmente contraer el virus al verse atraídos hacia lugares donde encontrarán alivio y relajación nocturna, a cualquier precio.

Además, los migrantes viven en su mayoría en **hostales o residencias colectivos**, alejados de sus compañeras sexuales regulares o de sus esposas. Por ello, acuden a las prostitutas o compañeras sexuales ocasionales, o comparten mujeres. Estas prácticas van asociadas a menudo a la droga y el alcohol, en particular entre las jóvenes generaciones.

Sin embargo, las redes de solidaridad pueden sobrevivir en el mundo urbano. Las gentes que pertenecen a la misma comunidad viven en general en la misma zona y crean sistemas de asistencia mutua, grupos de presión y, en algunos casos, bandas de semidelincuentes. Estas redes suelen establecerse entre los grupos más desamparados, para quienes la identidad cultural constituye una de las escasas pertenencias que quedan a personas que han sido desposeídas de todo lo demás.

4.3.2 FAMILIAS DESINTEGRADAS

Uno de los principales factores de desestabilización es la crisis de la estructura familiar, en particular en sociedades donde la familia es la piedra angular de todo el sistema económico, social y cultural (por ejemplo, en África, Asia, el Caribe y América Latina).

La familia extensa puede sentirse como una **responsabilidad abrumadora**. Por ejemplo, a veces, las mujeres y las jóvenes se ven obligadas a tener que sustentar a varios parientes desempleados más o menos cercanos. A la vez, la estructura de la familia extensa puede actuar como **sistema de solidaridad**, como en situaciones de dificultad económica o sanitaria, aportando su estilo específico, apoyo emocional, consejo y compasión.

Por consiguiente, tanto la revolución urbana como la rígida estructura de la familia nuclear (padres con dos hijos) han influido considerablemente en la sociedad, y por tanto en el VIH/SIDA, agravando la situación de las personas seropositivas y enfermas, así como la de sus cónyuges e hijos. Además, la solidaridad familiar puede verse perturbada como consecuencia de la separación de los padres por motivos económicos, o la carga excesiva que suponen las estructuras de poder familiar.



La mala nutrición y unas condiciones de vida miserables son factores que contribuyen a la ineficacia de las campañas de prevención del SIDA respaldadas por servicios sanitarios o de salud deficientes. Huelga decir que estas dificultades aumentan el riesgo de contraer enfermedades en general, en particular las de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La infección conduce a la incapacidad laboral, ésta a la pobreza, y todo ello pone a su vez en entredicho la estabilidad de la vida familiar.

4.3.3 NUEVAS POBLACIONES Y SUBCULTURAS URBANAS: VIOLENCIA, DROGADICCIÓN Y NEGLIGENCIA SEXUAL

Mientras que en ciertas sociedades la poligamia formal es una práctica tradicional, la diversidad de compañeros sexuales es cada vez más corriente en la sociedad urbana. A este respecto, cabe destacar diferencias notables entre el hombre y la mujer.

Las razones que mueven a los hombres a ejercer su **sexualidad con múltiples parejas** son complejas: la separación de sus familias, la movilidad profesional y la cultura de grupo masculina no son las únicas. En muchas sociedades se observa un sentimiento fuertemente enraizado de superioridad expresado mediante la "conquista" sexual de múltiples mujeres, jóvenes o adultas, incluso en un corto periodo de tiempo. Asimismo, a falta de otros intereses o actividades de ocio, el sexo es la forma de esparcimiento más obvia para los hombres jóvenes, y la conquista sexual múltiple un importante factor de prestigio entre ellos.

La nueva clase media urbana ha experimentado también un aumento en el número de mujeres, jóvenes y adultas, que han asumido un papel más activo respecto a los jóvenes muchachos y los hombres, en particular en la cultura "disco", como se aprecia en Sudáfrica.

En muchas ciudades y megalópolis en acelerada expansión en todo el mundo, sobre todo en las barriadas de chabolas, frecuentes en los países en desarrollo, **la delincuencia y la violencia** han aumentado rápidamente desde el decenio de 1970. Paralelamente, el vertiginoso ritmo de la ciudad y la caótica situación económica de la mayoría de los nuevos inmigrantes han propiciado la aparición de inmensas bolsas de desempleo y de nuevas formas de actividad delictiva (tráfico de drogas, robos y contrabando de armas).

La drogadicción y el tráfico de estupefacientes (cannabis, cocaína, anfetaminas y otras nuevas formas de drogas químicas), así como el alcoholismo, están asimismo en alza, principalmente entre los jóvenes. Algunos son a la vez consumidores y proveedores de diversos tipos de productos "para escapar de la vida cotidiana". De este modo, son muy numerosos los jóvenes desempleados y con insuficiente educación que optan por la actividad puramente ilegal como forma fácil de conseguir dinero. Esta situación se produce principalmente en las zonas populares, que suelen carecer de servicios de seguridad o donde, cuando los hay, éstos actúan con pasividad.

Todas estas manifestaciones de violencia y el aumento de la delincuencia (atracos, violaciones, asesinatos, etc.) pueden ser considerados hasta cierto punto como **indicadores de la desesperación**. Obedecen a la permanente explotación social, económica y cultural de que son objeto los pobres por las poderosas minorías nacionales o extranjeras, y al fracaso de los sistemas educativos.

Otro importante aspecto de la subcultura urbana son las crecientes agresividad y xenofobia hacia gentes de otros grupos culturales, que pueden a veces surgir tras largos periodos de cohabitación, como con los inmigrantes recientes.

4.4 GRUPOS ESPECÍFICOS DE RIESGO

4.4.1 PROFESIONES SUJETAS A DESPLAZAMIENTOS

Así pues, la *movilidad profesional* es un factor importante en la propagación del virus. En algunos oficios se está especialmente expuesto a contraer y transmitir la enfermedad (por ejemplo, los camioneros que recorren largas distancias, los trabajadores agrarios temporales, empleados en plantaciones o en grandes explotaciones agropecuarias para la recogida de frutas, verduras o uvas, o para realizar la cosecha). Otro tipo de trabajadores que pueden favorecer la transmisión del VIH son los vendedores ambulantes, los comerciantes itinerantes y los soldados y mercenarios, además de los estudiantes pobres que viven lejos de sus hogares (por ejemplo, en Tailandia y Uganda).

4.4.2 TRABAJADORES DEL SEXO

Los trabajadores del sexo son un grupo a la vez en peligro desde el punto de vista sociocultural y de alto riesgo. Por consiguiente, quienes practican la prostitución, en su mayoría mujeres (en algunos países también existe la prostitución masculina e infantil), están más expuestos al contagio, y a la vez tienen mayores dificultades para obtener atención médica sistemática.

Las jóvenes y las mujeres a menudo comienzan a prostituirse al ser abandonadas por su marido o compañero habitual o por los padres o madres solteras. En la República Dominicana, la prostitución infantil es la consecuencia obvia del éxodo rural hacia las extensas zonas urbanas. El desempleo estructural, la extrema pobreza o la falta de educación básica subsiguientes son un obstáculo a la hora de hacer frente a las necesidades vitales básicas. Algunas de estas personas consideran necesario prostituirse incluso para financiar su educación escolar o universitaria.

Por otra parte, debido a la estigmatización social y cultural asociada a la prostitución, en particular la homosexual, **los trabajadores profesionales del sexo no pueden negarse a realizar prácticas sexuales arriesgadas** y, con frecuencia, cuando se contagian no pueden identificar a sus clientes. Las jóvenes obligadas a tener relaciones sexuales a edad temprana también corren riesgos, principalmente porque ciertos hombres mayores o “entendidos” buscan las relaciones con vírgenes. A veces algunas jóvenes prostitutas han sido forzadas por personas de su entorno familiar o violadas por hombres infectados para “limpiarse” sexualmente. Además, entre las poblaciones más pobres, las mujeres pueden recurrir esporádicamente a la prostitución como fuente no formal de ingresos para comprar alimentos o pagar el transporte.

Otro tipo de prostitutas son las que se “abandona” en los **lupanares** sin experiencia previa de la vida, lejos de su aldea o tribu, a cambio de un dinero que se paga a la familia o los proxenetas locales, por la simple razón de que la industria del sexo quiere “carne fresca”.

No obstante, en el sector del sexo comercial de algunos países (por ejemplo, del Caribe o América Latina) está surgiendo un sentimiento de solidaridad frente al VIH/SIDA. Las prostitutas, incluidos los travestidos, están luchando por crear **grupos y asociaciones**, a fin de establecer contactos con las autoridades, en particular el sistema sanitario público, para obtener protección y servicios sanitarios. Entre los trabajadores del sexo y sus clientes se suele promover la utilización del preservativo. Lamentablemente, las sumas adicionales que se ofrecen por llevar a cabo el acto sexual sin protección hace más difícil a las prostitutas rechazar estas prácticas arriesgadas.



4.4.3 LA HOMOSEXUALIDAD Y LA ACEPTACIÓN SOCIAL Y CULTURAL

Mientras que las prácticas y los círculos homosexuales femeninos no parecen ser objeto de gran debate en relación con el VIH/SIDA, la homosexualidad masculina provoca fuertes reacciones, no sólo en lo que se refiere a los aspectos médicos de la epidemia, sino principalmente respecto a la aceptación social y cultural de este grupo.

La principal razón es histórica. Los primeros casos de SIDA se detectaron entre las comunidades gay de América del Norte y en algunos países de Europa Occidental. El temor a la enfermedad se intensificó, pues, por las actitudes sociales y culturales negativas que suscitan las relaciones homosexuales como consecuencia de los principios morales que rigen el papel de las relaciones hombre-mujer en la sociedad. En las sociedades patriarcales y cristianas, en particular, estas relaciones se contemplan desde la perspectiva de la reproducción humana y la continuidad generacional.

En el mundo occidental, la homosexualidad masculina se ha convertido en una forma de vida legalmente protegida, reconocida y aceptada. Pese a su imagen social y cultural negativa, en algunos países en desarrollo (Jamaica, Tailandia y algunas zonas de América Latina) se está produciendo también esta evolución iniciada en los países occidentales.

Para luchar contra la epidemia, diversos **movimientos colectivos, asociaciones y grupos de presión** están pidiendo el reconocimiento cívico y la ayuda de los sistemas sanitarios, los movimientos de solidaridad y los proyectos, en especial para que se imparta educación preventiva y se ofrezcan servicios médicos y sociales y de apoyo a los enfermos. Las comunidades homosexuales han creado sistemas de asistencia médica, social y psicológica con personal muy motivado y eficaz en diversos países occidentales.

4.5 CONEXIÓN CON LA SOCIEDAD EN GENERAL

Cuando se habla de la prevención y la transmisión del VIH/SIDA, en vez de hablar sólo de grupos de riesgo, que no es apropiado, debería hacerse hincapié en **las conductas responsables o irresponsables** en relación con la prevención y la atención. Esta perspectiva suele ser más adecuada que la de señalar a determinados grupos o minorías sociales y culturales como los únicos responsables de la propagación de la epidemia.

En realidad, la epidemia se transmite de una persona a otra, con independencia de su asociación a un determinado "grupo de riesgo". Como se subrayó en una reciente publicación del ONUSIDA, "Looking Deeper into the HIV Epidemic" (1998), si las personas se relacionan sexualmente dentro de **grupos** relativamente **cerrados** (los denominados grupos de riesgo) el VIH quizá se propague rápidamente entre ellos, pero sus repercusiones en el conjunto de la población serán limitadas. Si, por el contrario, se producen **mayores contactos sexuales** entre los miembros de estos grupos y las categorías de la población que en principio no son de riesgo (por ejemplo, cónyuges o compañeros habituales), es posible que la propagación de la enfermedad sea al principio lenta, pero ésta penetrará en muchos más sectores de la sociedad. Además, los miembros de los denominados grupos de riesgo pueden de hecho no ser seropositivos y conscientes del riesgo, y los miembros de la sociedad en general contaminados actuar de forma irresponsable y contagiar a sus parejas ocasionales. Las poblaciones intermediarias, que constituyen el nexo entre grupos que de otra forma no tendrían conexión, pueden revestir especial importancia para la dinámica de la epidemia, al poner en contacto con sus prácticas a las poblaciones de bajo y alto riesgo.

4.6 CONCLUSIONES

- a) Pese a que existe una conciencia del peligro en el plano mundial, no resulta suficiente para llevar a las personas a cambiar de forma significativa su comportamiento sexual y no sexual respecto a la prevención y la atención. Ello se debe a factores que no son médicos ni sanitarios pero que deben entenderse y tenerse mejor en cuenta en las nuevas estrategias. Además, los métodos de información no suelen estar adaptados a la capacidad de comprensión de la población.
- b) El problema del VIH/SIDA está en permanente interrelación con la cultura y el desarrollo socioeconómico general de la población.
- c) Esta interrelación, como cualquier proceso bidireccional, crea situaciones y obstáculos que impiden que la labor médica e informativa sea plenamente eficaz. Estos obstáculos y situaciones pueden resumirse de la siguiente manera:
 - Las cuestiones económicas y de desarrollo social influyen de forma considerable en la propagación de la epidemia, en la medida en que repercuten profundamente en las condiciones de vida de las personas;
 - La evolución socioeconómica también influye notablemente en los sistemas de valores y los modos de vida socioculturales anteriores, en particular en los países en desarrollo, principalmente a través de los movimientos de poblaciones, las migraciones y una vivienda y unas condiciones de vida miserables, agravándose con ello los riesgos de contagio;
 - El VIH/SIDA tiene, a su vez, importantes repercusiones económicas, sociales y culturales.
- d) Así pues, una información, educación y comunicación eficaces en materia de prevención y atención deben tener en cuenta la relación entre las referencias y los recursos culturales y las cuestiones de desarrollo socioeconómico.



5 – INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN ADECUADAS: COMBINAR LA ELABORACIÓN Y EL SUMINISTRO

Los programas nacionales de lucha contra el SIDA deben impartir educación sobre el virus y la enfermedad a todos los escolares

Obstáculos a la educación sobre el VIH/SIDA en la escuela:

- El tema se considera demasiado polémico
- El plan de estudios está ya sobrecargado
- La educación puede limitarse a ciertos grupos de edad
- No se proponen conductas, sólo se ofrecen datos sobre el SIDA
- A veces esta educación sólo se imparte en algunas zonas del país

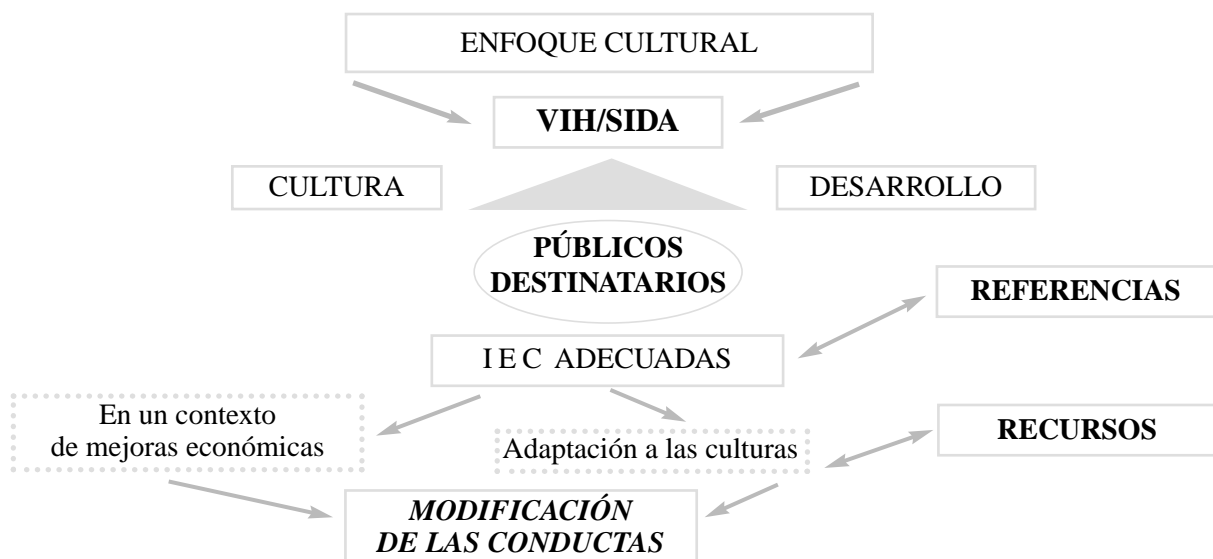
Formas de superar estos obstáculos:

- Elaboración de un buen plan de estudios adaptado a la cultura y las circunstancias locales
- Establecimiento de relaciones de colaboración entre los decisores, los dirigentes religiosos y comunitarios, los padres y los profesores
- Formulación de políticas racionales de educación sobre el SIDA basada en estas relaciones de colaboración

Fuente: ONUSIDA, 1997. *Learning and teaching about AIDS at school*, pág. 2.

En su sentido más general, la comunicación es un **proceso** de intercambio de información y preguntas entre dos o más personas o grupos. Según esta acepción, puede abarcar toda actividad en los ámbitos más específicos de la información a través de los medios de comunicación, la educación o el proceso directo de aportar conocimientos o valores y recibir a su vez nuevos elementos de otras categorías de conocimientos y valores.

Como consecuencia, **la elaboración y la transmisión** de cualquier tipo de mensaje forman parte de un sistema más amplio de comunicación, cuyas diferentes fases no pueden separarse sin que pierdan su especificidad. Por ello, cualquier medida culturalmente adecuada en los campos de la información, la educación y la comunicación debería adoptarse teniendo en cuenta este marco general. A este respecto, el marco de comunicación del ONUSIDA sobre el VIH/SIDA debe considerarse un documento estratégico fundamental.



5.1 INFORMACIÓN TRANSMITIDA A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La radio y la televisión suelen transmitir información general sobre la prevención y atención del VIH/SIDA destinada a un gran público. Sus repercusiones, aunque sean considerables, están limitadas por diversos factores, que si bien a veces son técnicos, normalmente están relacionados con la forma y el contenido de los mensajes, que no están adaptados para que una población diversa los entienda y asimile. Además, dependiendo de las condiciones locales, puede disponerse de muchos receptores de radio, mientras que, por motivos económicos o técnicos, no es tan fácil encontrar aparatos de televisión. Por último, hay mensajes generalizados de los medios de comunicación que pueden fomentar conductas irresponsables y de alto riesgo, provocando éstas el contagio o la transmisión de la enfermedad y echándose así por tierra los esfuerzos desplegados en el marco de programas especializados de lucha contra el SIDA. Por ello, pese a sus grandes posibilidades de movilización de la opinión pública, aún no se ha sacado el máximo partido de los medios de comunicación en muchas regiones para ofrecer una respuesta masiva, nacional o regional, a la epidemia.

Con todo, cada vez se están creando más **programas en las radios locales**, urbanas o rurales, basados en un enfoque participativo o comunitario. Su sencillez técnica y bajos costos de producción hacen de ellos un instrumento adecuado para favorecer la participación y el intercambio de información y experiencias a través de foros de debate de fácil acceso.

En los países del África Meridional se está llevando a cabo un proyecto de este tipo, bajo la denominación general de "Las mujeres hablan a las mujeres", consistente en crear una emisora de radio cuya propiedad y gestión esté en manos de diversas **asociaciones de mujeres**. La finalidad general de estos proyectos es que las mujeres con mayor educación y preparación de la comunidad contribuyan a informar y educar a otras mujeres menos afortunadas acerca de los problemas de la vida cotidiana y sus consecuencias. Obviamente, estos programas utilizan un lenguaje adaptado al público al que está destinado.

Asimismo, se están creando nuevas iniciativas de formación. El objetivo es preparar a los periodistas y otros profesionales de este campo a utilizar los recursos de los medios de comunicación para suscitar, movilizar y mantener una corriente de opinión a fin de apoyar las actividades destinadas a luchar contra las prácticas peligrosas. El primer paso en este proceso es despertar el interés de estos profesionales, y sensibilizarles e informarles acerca de la enfermedad, sus formas de transmisión, su prevención y su gestión, y ayudarles a entenderla. También se persigue su adhesión a la labor de prevención y control de la epidemia.

Información preventiva: un proyecto de la UNESCO

Como respuesta a la necesidad de informar a los periodistas y a los profesionales de los medios de comunicación acerca de su responsabilidad respecto de esta enfermedad, la UNESCO puso en marcha en 1998 un proyecto sobre información preventiva basado en el periodismo de investigación sobre el VIH/SIDA en África Oriental y Meridional. Los objetivos del proyecto son los siguientes:

- Determinar las tendencias existentes en la región que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA;
- Llevar a cabo una investigación en profundidad sobre la relación entre estas tendencias y la perdurabilidad de la enfermedad;
- Estudiar la medida en que los medios de comunicación informan de las consecuencias del VIH/SIDA.

Fuente: Media and HIV/AIDS in East and Southern Africa, UNESCO, 1999.



5.2 EDUCACIÓN

5.2.1 LA EDUCACIÓN PREVENTIVA EN LA UNESCO PARA LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA

En su nueva estrategia de educación preventiva para la lucha contra el VIH/SIDA, la UNESCO determinó nuevos criterios y prioridades a fin de mejorar dicha educación. En particular, dedicó especial atención a evaluar la eficacia de las estrategias existentes en la materia y a la generalización de las mejores prácticas. Uno de los objetivos más importantes es cambiar las conductas de riesgo promoviendo programas en la educación formal y no formal dirigidos a los alumnos, estudiantes universitarios, jóvenes sin escolarizar y adultos. Para complementar estos programas, se realizarán campañas más intensas a través de diferentes medios, como folletos, información en la prensa y mensajes radiofónicos, en un intento de movilizar a los líderes de opinión.

5.2.2 EDUCACIÓN Y CULTURA: UN TODO CONTINUO

Desde un punto de vista conceptual, cabe entender la educación y la cultura como un campo homogéneo de actividad humana, definido como la creación, transmisión y preservación del saber, los conocimientos técnicos y los sistemas de valores de una determinada sociedad, en relación con su pasado, presente y evolución futura.

Así pues, dada la diversidad de los grupos considerados, la elaboración, aplicación y evaluación de las políticas y medidas educativas es un reto cultural, y éste requiere pues un enfoque cultural. Habida cuenta de que la educación está principalmente destinada a los niños y a los jóvenes, es necesario compaginar medidas de emergencia con una perspectiva a largo plazo.

No obstante, la educación escolar es sólo un componente del proceso educativo, que también se desarrolla a través de otras vías: la familia, la comunidad y la sociedad en general. A medida que los modelos e instrumentos de la vida moderna van impregnando cada vez más el tejido social internacional, nacional y local, los medios de comunicación son y serán tan importantes como la educación escolar (si no más). Además, la educación, en un sentido amplio, es un proceso que dura toda la vida en el que participan todas las generaciones y se vehicula a través de todos los canales de comunicación.

Adaptación de la educación escolar a la cultura

¿Es adecuado el sistema de educación escolar? A esta pregunta sólo se dará una respuesta adecuada si las medidas se ajustan a las circunstancias y necesidades reales, no sólo de los grupos fácilmente accesibles, sino también de las **poblaciones insuficientemente atendidas** (esto es, los pobres, los niños de la calle y los niños trabajadores, las poblaciones rurales y que viven en zonas remotas, los trabajadores migrantes y los pueblos nómadas, las poblaciones indígenas, las minorías étnicas, raciales y lingüísticas, los refugiados, las personas desplazadas, los discapacitados y las poblaciones que viven bajo ocupación extranjera).

Por otra parte, una educación adecuada permitirá a las personas aprovechar debidamente su patrimonio cultural, espiritual y lingüístico común, y tendrá en cuenta la diversidad, complejidad y características en evolución de los niños, los jóvenes y los adultos y de la educación escolar y extraescolar. Por ello, la educación debería adaptarse a las condiciones y circunstancias locales: la lengua, el desarrollo participativo, la familia y el apoyo comunitario, el sistema educativo tradicional y las dimensiones sociales, culturales y éticas del proceso educativo. Más concretamente, debería sustentarse en las condiciones de vida y las referencias y recursos culturales del niño o el joven, estableciendo así escalas de prioridades y dándoles motivos para que deseen cambiar⁴.

4. *Declaración Mundial sobre la Educación para Todos y Marco de Acción para Satisfacer las Necesidades Básicas de Aprendizaje*, Jomtien, Tailandia, 1990.



Educación de adultos

Muchos adultos y jóvenes sexualmente activos trabajan para sobrevivir día a día, y por lo tanto no tienen acceso a la información, educación y comunicación preventiva a través del sistema escolar. Convendría elaborar estrategias en la materia dirigidas a ellos en su trabajo o en otros lugares mediante actividades de educación de adultos.

La educación de las mujeres también debería reconsiderarse desde esta perspectiva, a fin de llegar a ellas allí donde están (en su aldea, mercado, centro de atención sanitaria, lugar de trabajo, iglesia, servicios, etc.).

Sudáfrica: el lugar de trabajo: un sitio estratégico para la prevención

En el manual elaborado por el Departamento de Salud de Sudáfrica se ofrecen dos ejemplos de proyectos de prevención que han dado resultados satisfactorios y que estaban destinados a formular políticas y programas sobre el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual para su aplicación en el lugar de trabajo. A continuación se exponen estos ejemplos:

David Whitehead Textiles: "Demostrar a los trabajadores que la empresa se preocupa por ellos"

Las principales actividades realizadas en este contexto son las siguientes:

- Producción de una obra de teatro y de historietas gráficas en distintos idiomas que se presentaron en diversos lugares, entre ellos salas de teatro, clubes nocturnos y salones de actos de escuelas;
- Suministro de información no formal y prestación de asesoramiento a los empleados, individualmente o en pequeños grupos, a veces con trabajadores del sexo, en algunos casos con equipos de trabajo exteriores, en bares y cervecerías, granjas o partidos locales de fútbol.

El número de casos de enfermedades de transmisión sexual disminuyó en la empresa entre 50% y 75% aproximadamente de 1989 a 1992, gracias a una más amplia distribución de preservativos, la menor "demanda" sexual masculina, la colaboración entre la dirección y los empleados y la educación del personal.

Proyecto de prevención del SIDA en Mutare (Zimbabue)

El Departamento de Salud de la ciudad de Mutare, donde en 1990 ya se habían tratado 20.000 casos de enfermedades de transmisión sexual (el 25% de la población adulta), está elaborando un programa de prevención centrado en los grupos de alto riesgo y los empleados del sector estructurado. Se celebran encuentros con educadores de edades similares en contextos sociales, como cervecerías y campos de deporte, en reuniones o en el trabajo. Los educadores se seleccionaron en función de su edad (18-30 años), entusiasmo y capacidad de comunicar y de transmitir información. El índice de casos de enfermedades de transmisión sexual disminuyó un 48% durante el primer año de ejecución del programa.

Fuente: A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care, South Africa Experience, UNESCO, 1999.



5.2.3 LA EDUCACIÓN FAMILIAR: UN POTENCIAL SUBESTIMADO

En todas las tradiciones sociales y culturales, la función de la familia (padres, abuelos y familiares) ha sido fundamental en la educación de los niños. Hoy día, todas las sociedades experimentan un proceso de modernización, que puede desembocar en una crisis de la estructura familiar, en particular respecto de la educación. Por consiguiente, la escuela, el sistema de educación social y "la vida en la calle" han sustituido a la familia en esta función.

Angola: educación sexual, valores familiares tradicionales y VIH/SIDA

La educación familiar, en general, ejerce una indispensable influencia en la conducta de los jóvenes. Sin embargo, el problema del VIH/SIDA raramente se discute entre padres e hijos, ya que el sexo se considera "tabú". Un estudio realizado en Luanda entre adolescentes de 14 a 20 años ha puesto de manifiesto que la mayoría de estos jóvenes no hablan de sexo con sus padres. Este tema suele tratarse con los amigos, los compañeros de escuela o la pareja. Según algunos autores, los padres lo evitan porque creen que de otro modo estarían alentando a sus hijos a iniciar relaciones sexuales a una edad temprana.

En lo tocante a los modelos familiares, la familia en Angola es una realidad sumamente compleja, habida cuenta de la diversidad de los modelos de organización familiar. La idea de la familia venida de los países europeos no se ajusta a la realidad local, por ser algo que está estrechamente relacionado con el contexto sociocultural de cada grupo, comunidad o sociedad. La idea de la familia en Angola comprende criterios relativos a la descendencia, los vínculos matrimoniales y a veces la vivienda.

La familia es el espacio donde los niños están en contacto con sus hermanos, donde se transmiten las normas y valores de la comunidad y se ejerce el control social (Locoh, 1988). De esta forma, la familia puede tener un control sobre su sexualidad.

Igualmente, los regímenes familiares pueden influir en la conducta sexual. Por ejemplo, en los sistemas matrilineales el dominio sexual masculino es inferior, debido al papel determinante de las mujeres en la producción doméstica. Así pues, este sistema contribuye a la autonomía, e incluso a la independencia, de la mujer.

Respecto a la estructura del hogar, el control de la sexualidad sería más estricto en las familias extensas donde, contrariamente a las familias nucleares, viven juntas varias generaciones.

La pérdida de valores tradicionales respecto de la sexualidad es otro factor crucial en la prevención y atención del VIH/SIDA. Las sociedades tradicionales angoleñas han experimentado profundos cambios como parte del proceso de "modernización". Estas transformaciones han inducido la pérdida de algunas normas y valores culturales tradicionales que en un tiempo influyeron en las conductas sexuales individuales. La urbanización y la educación formal alejaron a los individuos de sus grupos. Las decisiones sobre el sexo dejaron entonces de ser una cuestión familiar o comunitaria para convertirse en un asunto personal.

La crisis socioeconómica ha exacerbado estas transformaciones. Hoy en día, las personas mayores tienen cada vez menos control sobre los jóvenes, y los hombres menos influencia sobre las mujeres. En algunos casos, el deterioro familiar ha obligado a los niños a abandonar sus hogares y a vivir en la calle, donde tienen que buscarse sus propias estrategias para sobrevivir. La prostitución, el tráfico de drogas, la delincuencia y otras prácticas y conductas de alto riesgo favorecen la propagación del VIH/SIDA.

En otro estudio quedó demostrado que la educación sexual en la escuela puede incidir en la conducta sexual de los jóvenes (retraso de la edad de las primeras relaciones sexuales y aumento de la utilización de preservativos). Los programas de educación sexual de las escuelas son más eficaces cuando se hace hincapié en las normas y responsabilidades sociales. No obstante, estos programas deberán haberse impartido antes de que los jóvenes tengan su primera experiencia sexual.

Fuente: A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care, Angola's experience, UNESCO, 1999.

5.2.4 VÍAS RELIGIOSAS Y TRADICIONALES

Pese a todo, en la actual crisis del VIH/SIDA, en comparación con otros sistemas de información, educación y comunicación, la familia parece seguir siendo un sistema educativo irremplazable. Por ello, la función de esta institución debería resaltarse, velándose por su preservación cuando tiende a desmoronarse. La educación familiar debería mantener un vínculo permanente con el sistema escolar (asociaciones de padres), los movimientos de la sociedad civil y las autoridades culturales y espirituales, todo ello bajo la mirada atenta y crítica de los medios de comunicación. A la vez, deberían reconsiderarse sus normas en lo que se refiere al tabú y el silencio subsiguiente de que es objeto el tema de la sexualidad entre padres e hijos. Habría que sensibilizar más a los padres y a otros "dirigentes" familiares a este respecto. Más concretamente, debería de realizarse y promoverse mejor la función de la madre como elemento fundamental en la educación familiar.

La función que desempeñan las creencias y las comunidades religiosas hace de éstas uno de los cauces de información, educación y comunicación culturalmente más apropiados. En la educación culturalmente adecuada con miras a la prevención y la atención médica del VIH/SIDA debería tenerse en cuenta el papel crucial que pueden desempeñar el prestigio social y la actividad de los dirigentes y curanderos tradicionales.

La función de las creencias religiosas y la comunidad en la información y la atención

Como se ha observado en los diferentes informes de los países, las creencias religiosas están estrechamente relacionadas con la imagen que se tiene del VIH/SIDA, sus causas y efectos. Cabría basarse en las actitudes espirituales y morales asociadas a estas creencias para ayudar a las personas a adoptar un comportamiento más responsable frente a la enfermedad, tanto respecto de sí mismas como de los demás. Esta solidaridad se da en mayor medida entre ciertas comunidades religiosas y dirigentes espirituales, como por ejemplo, los misioneros cristianos y los imanes musulmanes.

Una de las iniciativas más originales en la mejora de la información, la educación y la comunicación basadas en las creencias religiosas y los vínculos comunitarios fue puesta en marcha en Uganda a través de la Asociación Médica Islámica (IMAU). Su red incluye un gran número de mezquitas que trabajan en este ámbito en todo el país.



Uganda: la educación sobre el SIDA impartida por los imanes

Este proyecto surgió de la necesidad de dar mayor difusión al mensaje de prevención y control del VIH/SIDA en las comunidades musulmanas de Uganda. Su preparación fue compleja debido a la diversidad social y cultural existente en las distintas regiones del país. Los diferentes grupos solían recibir y percibir estos mensajes de forma desigual. Además, la divulgación de la información sobre el SIDA, que con frecuencia era imprecisa, seguía siendo bastante deficiente.

Con objeto de favorecer la realización de actividades adecuadas de información, educación y comunicación, la Asociación Médica Islámica (IMAU) puso en marcha una iniciativa creativa para aplicar el enfoque plurisectorial de control del SIDA. El gobierno de Uganda adoptó esta estrategia cuando se dio cuenta de que esta epidemia no era solamente un problema sanitario sino también social, cultural y económico que requería el esfuerzo colectivo de otras instituciones y sectores. El alto nivel de conciencia sobre la enfermedad y la disminución del número de contagios son el resultado directo de la dedicación de personas e instituciones que decidieron hacer frente a la infección mediante la conjunción de los valores religiosos y la sabiduría islámicos y la información médica y científica sobre el virus.

Fuente: UNAIDS Best Practice Collection, Case Study: Uganda, octubre de 1998.

En Tailandia, algunos monjes budistas trabajan en el cuidado de personas con SIDA, en especial prostitutas y otras mujeres que no pueden volver a sus aldeas o con sus familias.

Tailandia: monjes budistas, mujeres y enfermos de SIDA

En el norte y nordeste de Tailandia, la dedicación de los monjes budistas al cuidado de los enfermos de SIDA varía según la situación general de cada región.

En el nordeste, los migrantes que contraían el virus no volvían a sus aldeas por temor a que su familia fuera discriminada. En la misma región, los monjes que vivían en el monte cuidaron a algunas de estas personas que, durante la estación del trasplante del arroz, retornaban a sus lugares de origen para ayudar a sus padres en estas tareas, ocultando su enfermedad. Una mujer que admitió tener el SIDA y que volvió a ayudar a sus padres fue en un principio recluida en una pequeña choza en los campos de trigo, fuera de la aldea, pero, como no moría, los aldeanos llegaron a pensar poco a poco que no tenía la enfermedad.

Las mujeres no retornaban a menudo a sus hogares porque sus padres e hijos dependían de ellas y no querían constituir una carga para sus progenitores. No sólo no podían sustentar a sus padres sino que además, pensaban, menoscabarían sus recursos.

En el nordeste, algunos monjes que vivían en el monte y que no eran parte integrante de una estructura social más amplia, se ocuparon de enfermos de SIDA con los que no tenían

relación. En el norte, los monjes de la zona de Chiang Rai sí estaban vinculados a las gentes y a la aldea. En las zonas rurales, los monjes eran muy respetados y aceptados por los habitantes. Iban a la aldea a visitar a los enfermos, especialmente los de SIDA, y a sus familias. Los monjes enseñaban a estas familias a cuidar de los enfermos y también cooperaban con el hospital, donde visitaban a los pacientes y tenían una sala de consulta que destinaban a la labor de orientación.

Las diferencias entre la cultura de las zonas urbanas y la de las zonas rurales influían en la manera en que los monjes trataban a los enfermos de SIDA. En las zonas rurales, la gente tenía tiempo de cuidar a sus familias. En las urbanas, el tiempo escaseaba. Por ello, los monjes tomaban a su cargo a los pacientes de SIDA de quien nadie se ocupaba.

En algunos lugares, era difícil mantener a estos enfermos de SIDA en los templos, porque se les asociaba con el sexo y una enfermedad "sucia", que restaba "pureza" al templo. Por este motivo, en el noreste, los monjes que viven en el monte y no en templos sí podían ocuparse de ellos.

Fuente: Factores culturales en la transmisión, prevención y atención del VIH/SIDA en la región del Alto Mekong (Taller de Chiang Mai, junio de 1999).

Medicina tradicional y VIH/SIDA

Asociación Nacional de Curanderos Tradicionales de Zimbabwe (ZINATHA)

ZINATHA es el órgano de coordinación de los 45.000 curanderos tradicionales registrados y reconocidos por la Ley de Profesionales Médicos Tradicionales de 1981. La medicina tradicional se practica ampliamente en Zimbabwe, en particular en las zonas rurales, donde no abundan los servicios médicos modernos y los médicos y enfermeras de formación. Los curanderos tradicionales, junto con los jefes y caciques, son los custodios de la cultura indígena y a quienes, según las estimaciones, primero acuden en busca de tratamiento el 80% de la población rural y urbana.

Estos curanderos, que son muy respetados, actúan además como asesores comunitarios. Tratan una amplia variedad de enfermedades, entre ellas las derivadas del SIDA. El Ministerio de Salud, junto con ZINATHA, puso en marcha una serie de talleres de educación sanitaria centrados en el VIH/SIDA para los miembros de esta asociación. Estos talleres marcaron el inicio de la participación de ZINATHA en las tareas de prevención de la enfermedad.

ZINATHA tiene tres ámbitos principales de actividad: tratamiento y curación, investigación de plantas y hierbas medicinales y educación sanitaria.

Tratamiento y curación

En el marco de este programa, las actividades son más de supervisión que de índole práctica.



Salud y educación

Se trata de un programa relativamente nuevo destinado a hacer frente a las repercusiones de la pandemia del SIDA en la población de Zimbabwe. En colaboración con el Ministerio, se puso en marcha para los miembros de ZINATHA una serie de talleres de educación sanitaria dedicados a esta enfermedad. El objetivo era formar a los curanderos tradicionales acerca del virus (sensibilización y prevención), aumentar la sensibilización sobre las prácticas médicas tradicionales y la epidemia y promover la cooperación entre las medicinas tradicional y occidental en la prevención y atención relativas al SIDA. Actualmente, el programa persigue objetivos mucho más amplios centrados en las actividades de información, educación y comunicación, haciéndose especial hincapié en las técnicas culturalmente apropiadas, los estigmas culturales y las cuestiones culturalmente controvertidas. A estos talleres asistieron en total 2.150 miembros de ZINATHA. Los efectos positivos del programa fueron un marcado aumento del conocimiento, no sólo acerca de los aspectos fundamentales del SIDA, sino también de los tratamientos aplicables a los pacientes. Con todo, los programas de prevención no han producido cambios de conducta generalizados. Aunque en el marco de los programas de información, educación y comunicación se debaten las prácticas culturales, no se ha hecho ningún intento de evaluar sus repercusiones en los programas de prevención.

Si bien son más numerosos ahora los curanderos que hablan con sus clientes del VIH/SIDA, no se ha evaluado los efectos de esta nueva actitud. Se siguen realizando pruebas clínicas con el Programa de Control de las Drogas y se han expedido certificados de eficacia para más de 13 hierbas utilizadas en el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el virus. Se precisan investigaciones y documentación adecuadas sobre los factores culturales y sociales correspondientes y sobre la manera en que éstos pueden tenerse en cuenta en los programas de prevención; por ejemplo, habría que elaborar documentos donde dejar constancia de los valores culturales y las enseñanzas para su utilización en los procesos educativos. La mayoría de los valores se transmiten oralmente y mediante el ejemplo, pero habida cuenta de los conflictos existentes entre las culturas tradicional y moderna y la rápida disminución del número de sabios ancianos, muchos de estos valores se perderán. Una forma de preservar los valores es recogerlos en documentos y enseñarlos en las escuelas. ZINATHA está de hecho planificando el establecimiento de una escuela de medicina tradicional, lo que contribuirá en gran medida a preservar y perfeccionar este campo. Asimismo, esta escuela permitirá trabajar con las comunidades rurales y movilizarlas con miras a la investigación y el acopio de datos auténticos y útiles.

Fuente: Zimbabwe, country case study, abril de 1999.

5.3 COMUNICACIÓN

Además de los medios de comunicación y la educación, la comunicación "en directo" es el principal medio para fomentar un diálogo, un debate y una orientación pertinentes sobre la prevención, la atención y el apoyo en relación con el VIH/SIDA. Para iniciar y consolidar las relaciones con los interlocutores, dirigentes comunitarios, los principales informadores de la población y los líderes de opinión locales se requiere un espíritu de apertura. Si se respetan la cultura local y las condiciones de vida de los pueblos, el arte, los deportes y la creatividad pueden ser de ayuda en estas tareas.

5.3.1 LA COMUNICACIÓN: UN PROCESO INTERACTIVO

Las instituciones deben intentar obtener más información, y de mayor pertinencia, sobre las necesidades de las comunidades y las repercusiones del VIH/SIDA en sus culturas y las funciones que puedan desempeñar dichas comunidades en las labores de prevención y atención.

Asimismo, deben esforzarse por favorecer la participación y las relaciones de colaboración y, en último término, permitir el pleno control por las poblaciones de las decisiones sobre su función y las actividades de movilización que realizan en el ámbito de la prevención y lucha contra la epidemia.

Los trabajadores sobre el terreno son quienes están en mejores condiciones para "gestionar" las disfunciones que se producen en la creación de un proceso de comunicación bidireccional con estos fines. Habría de redefinirse su papel de acuerdo con los nuevos objetivos siguientes:

- Favorecer la determinación de los problemas y la aplicación de soluciones por las poblaciones interesadas;
- Transmitir a las instituciones información sobre las situaciones en las que son llamados a intervenir, y sobre las necesidades de las poblaciones afectadas que se hayan determinado.

Información y sensibilización a nivel local

Las actividades de información y sensibilización son aspectos fundamentales en los proyectos de prevención culturalmente apropiados y en el desarrollo de nuevas actitudes hacia las personas con SIDA. Las asociaciones y los grupos de educación extraescolar pueden trabajar con esta perspectiva, siempre que se adapten a un modelo apropiado, empleando los siguientes métodos de comunicación:

- Debates (por grupos o personales) con los dirigentes locales, modernos o tradicionales, políticos y sociales (sindicatos) o espirituales, incluidos los curanderos;
- Formación médica y sanitaria para las personas que trabajan en proyectos de prevención y atención y en centros de asistencia;
- Fomento del diálogo entre los educadores de edades similares (individuales o por grupos) con la familia, el grupo de edad y los compañeros de trabajo u ocio, haciéndose hincapié en la prevención y la atención;
- Movilización de las personas seropositivas o enfermas de SIDA para que hablen de su experiencia;
- Ocasiones: lugar de trabajo, actos públicos, encuentros deportivos, festivales culturales, celebraciones religiosas, funerales, mercados y reuniones escolares;
- Ocasiones no formales: conversaciones en bares, hostales, discotecas, campos de deporte y otros lugares de esparcimiento.

Tailandia: creación de redes de enfermos de SIDA con miras a la prevención y la atención

En 1994, los enfermos de SIDA empezaron a crear grupos de apoyo y, junto con estas nuevas ONG, mostraron a la opinión pública otras actitudes posibles ante el SIDA. Con esta labor consiguieron obtener mayores concesiones sociales del gobierno.

La esfera pública, no obstante, seguía dominada por el gobierno y los burócratas, y en las cuestiones sanitarias seguían ocupando un lugar primordial la tecnología y la medicina. Los habitantes de las zonas rurales y las minorías no participaban en el proceso de adopción de decisiones. Las personas portadoras del virus y los enfermos de SIDA estaban doblemente marginados.



La posición de los afectados era que para luchar contra la epidemia era necesaria una medicina social, y que para ello había que basarse en la cultura comunitaria. Creían que los enfermos precisaban amor y cuidados, para los que era imprescindible la participación de la comunidad y la familia. La familia y la comunidad tenían que hacerse responsables de sus miembros, alguno de los cuales se habían sacrificado por sus familias y comunidades, en burdeles o trabajando en situaciones de alto riesgo. De esta manera, el VIH/SIDA se percibía, pues, como un problema de la comunidad, no individual.

Esta tentativa de basarse en la cultura de la comunidad fue un éxito pese a los rápidos cambios producidos como consecuencia de los procesos de modernización y urbanización. Varios grupos de afectados diseñaron interesantes métodos de atención a las personas seropositivas o con SIDA. Diversas organizaciones no gubernamentales vinculadas a la Iglesia empezaron a difundir el concepto de "visita a domicilio". Ministros, monjes y personal sanitario superior hicieron estas visitas. Miembros respetados de la comunidad denunciaron la discriminación de que eran objeto los enfermos. Las visitas también sirvieron para mostrar a las familias cómo debían cuidar a estas personas, y constituyeron un mecanismo para transmitir más información a la comunidad acerca de la epidemia.

El sector sanitario público y las organizaciones no gubernamentales contribuyeron a la apertura del espacio social. Las autoridades sanitarias públicas dejaron de considerar a los enfermos de SIDA como personas inútiles a punto de morir, lo cual alentó a muchos de ellos a revelar su enfermedad.

Las autoridades sanitarias públicas comenzaron asimismo a establecer relaciones y asociaciones con organizaciones no gubernamentales de enfermos de SIDA. El Gobierno reconoció que estas entidades eran eficaces en la realización de actividades comunitarias, y se le empezó a asociar a diversos proyectos relativos al VIH/SIDA. A través de ellas, se ha informado a la sociedad civil del trabajo llevado a cabo sobre esta enfermedad, y se ha fomentado la investigación sobre las prácticas médicas tradicionales y promovido las consultas a los curanderos. Éstos trabajan ahora con diversas organizaciones no gubernamentales sobre la manera de utilizar la medicina tradicional y las plantas en el tratamiento del SIDA.

Las organizaciones no gubernamentales animaron a los ciudadanos a intercambiar sus puntos de vista y a aprender de sus propias experiencias y de las ajenas. Asimismo, ayudaron a los enfermos de SIDA a ampliar su espacio social. En el norte, las pruebas de vacunas realizadas son escasas. Las agrupaciones de enfermos de SIDA se han centrado en las prestaciones sociales y el tratamiento que reciben en los hospitales, habida cuenta, en particular, de la gran carestía de los medicamentos.

Los hospitales de los distritos también han reaccionado mejor a la enfermedad, gracias a la labor de las organizaciones no gubernamentales, que no proporcionan el tratamiento, sino que se ponen en contacto con el hospital y se baten hasta que los enfermos reciben una atención médica que los hospitales son a veces reacios a prestar. Pero en algunos hospitales la sensibilización es mayor, y se anima ahora a los enfermos a hablar de sus problemas con los monjes y las organizaciones no gubernamentales. Se han puesto los medios para posibilitar el trabajo con personas del sector sanitario público. El siguiente reto es mantener el nivel de actividad e integrar a los enfermos en la cultura y sociedad común.

Fuente: Taller de la UNESCO sobre los factores culturales en la transmisión, prevención y atención médica del VIH/SIDA en la región del Alto Mekong, Chiang Mai, Tailandia, junio de 1999.

De la participación a la asociación

La participación es el método más básico de información, educación y comunicación para sensibilizar y responsabilizar a los ciudadanos, en particular los hombres jóvenes, acerca de la necesidad de protegerse y de proteger a sus compañeros sexuales del VIH/SIDA, que se transmite a través de las relaciones sexuales, el consumo de drogas y la conducta violenta.

La participación puede adoptar muy diversas formas:

- Colaboración con las autoridades u organizaciones no gubernamentales: esta práctica, que es muy común, no conlleva contacto directo con la población local y, por consiguiente, es menos eficaz;
- Consulta limitada con las poblaciones locales: esta modalidad, sin embargo, no garantiza la perdurabilidad;
- Movilización de la comunidad para preparar y ejecutar actividades;
- Educación, información y comunicación entre iguales: se trata, en principio, de la mejor modalidad, pero puede dar lugar a rivalidades y conflictos si no se realiza adecuadamente.

Mediante la *asociación*, se consigue un equilibrio óptimo en la relación entre los agentes externos y la población, hasta que un equipo local esté en condiciones de asumir toda la responsabilidad.

En ambos casos, deben reunirse **dos condiciones**:

- Disponer de tiempo suficiente (y, por consiguiente, de financiación) para lograr la plena participación;
- La comunicación entre el terreno y las instituciones no deberá ser demasiado lenta e indebidamente formal si se quiere evitar que las instituciones entiendan erróneamente con qué recursos cuentan y a qué problemas debe hacer frente la comunidad.

Uganda: Organización de Apoyo a los Afectados por el SIDA (TASO)

TASO, organización creada en 1987 por ugandeses para prestar apoyo psicológico a los enfermos de SIDA, tiene por objeto contribuir a la recuperación de la confianza y mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades afectadas por el VIH/SIDA. En 1994, esta organización se había extendido a siete distritos de Uganda; prestaba asesoramiento y apoyo social y proporcionaba tratamiento médico a 22.795 personas con VIH/SIDA y sus familias. Además de suministrar un estuche para cuidados, la organización imparte formación en orientación psicológica, facilita apoyo material a los pacientes y sus familias y respalda las actividades comunitarias destinadas a luchar contra la epidemia.

TASO es asimismo un buen ejemplo de utilización del enfoque cultural en el problema del VIH/SIDA. Un importante nivel de participación activa es uno de los elementos del apoyo social y psicológico prestado por la organización. Todas las partes interesadas, los afectados, la comunidad y el personal colaboran en el diseño, planificación y ejecución de las actividades del programa. Este enfoque participativo permite a los interesados sentirse parte del proyecto, crear capacidad y definir conceptos y métodos relativos a la vida con el VIH/SIDA, y conseguir la cooperación de la comunidad en el proceso de evaluación.

Mediante las actividades de apoyo psicológico, TASO ayuda a las personas a hacer frente al problema. No obstante, los afectados deben aceptar su situación y asumir una actitud



positiva ante la perspectiva de una esperanza de vida reducida. De esta forma, el apoyo psicológico ayuda a los pacientes a enfrentarse a su enfermedad. El resultado final es un alto grado de aceptación por parte de las personas afectadas, sus familias y comunidades.

En cuanto al apoyo médico y domiciliario, TASO proporciona tratamiento para determinadas infecciones. Los cuidados comprenden tratamiento médico, apoyo psicológico y asistencia de enfermería. En 1993-1994, 12 de los 14 grupos de debate se sentían satisfechos con los servicios médicos prestados por la organización. La mayoría de los pacientes solicitaron tratamiento médico en fecha temprana (esto es, en las dos semanas siguientes al inicio de los síntomas).

Los servicios de apoyo social consisten fundamentalmente en el suministro de apoyo material (alimentos, ropa, servicios de asistencia de día para los afectados y actividades generadoras de ingresos) a los enfermos y sus familias, y asistencia a niños necesitados en programas de patrocinio escolar. Pese a las buenas intenciones, estos servicios adolecen a veces de falta de fondos.

Fuente: Cultural factors in the prevention, transmission and care of HIV/AIDS in Uganda, junio de 1999.

Creatividad, deportes, prevención del VIH/SIDA y actividades de información, educación y comunicación

Es posible que los ciudadanos, y en particular los jóvenes, que suelen prestar escasa atención a los medios oficiales o tradicionales de educación e información, presten mayor atención a sus artistas y deportistas favoritos.

En los círculos artísticos y culturales, el VIH/SIDA y sus consecuencias han despertado ya la **creatividad**: merece conocerse mejor y recibir mayor publicidad.

Basándose en lo aprendido en el proyecto "El arte en el hospital", ejecutado durante el Decenio Mundial para el Desarrollo Cultural, deberían fomentarse las actividades de grupo centradas en los pacientes seropositivos y con SIDA, ya sea en los hospitales o en su entorno de vida cotidiana.

El interés de los jóvenes por el **deporte** y su trascendencia cultural ofrecen nuevas posibilidades para poner en marcha iniciativas de información, educación y comunicación originales.

Sudáfrica: la pasión por el deporte contra el VIH/SIDA (Proyecto LADUMA)

El Comité Nacional de Lucha contra el SIDA de Sudáfrica ha publicado un "fotocómic" con el que se intenta aprovechar la pasión de los jóvenes africanos por el deporte (en particular, el fútbol) para que se sensibilicen al problema del virus. Este fotocómic **cuenta la historia** de un joven africano de Khayalitsha "que tiene grandes sueños para el futuro y una bonita novia con quien compartirlos". El joven es además un brillante jugador de fútbol, que quizá "esté predestinado a jugar en los primeros puestos de la liga".

Lamentablemente, tiene una relación sexual esporádica sin preservativo con una joven ya contagiada por uno de sus amigos y, por consiguiente, contrae el virus. A su vez él lo transmite a su novia, lo que casi les lleva a la ruptura y acaba con sus sueños de convertirse en un gran futbolista. Sin embargo, al final se reconcilian, se comunican mutuamente su situación y prometen mantener relaciones sexuales protegidas en adelante.

La historia se fraguó en diversos **talleres** celebrados con jóvenes de Khayalitsha y Gujalitu, dos ciudades de la zona del gran Cabo Verde. También se organizaron **grupos de debate** con jóvenes de Kwanashu, Inanado y Thornwood (Kwazalu-Natal).

En el fotocómic se incluyen una serie de **preguntas** para el debate en escuelas, grupos de jóvenes, equipos deportivos, grupos de fieles, grupos políticos o incluso en fiestas informales con amigos. A partir de la historieta, también se puede crear un **juego de rol**. Además, se ofrece **una demostración práctica** sobre cómo se debe poner un preservativo. A continuación se presenta **una sección de información** en forma de preguntas y respuestas. En la última parte se resume **el contenido pedagógico** de la historia por temas: los curanderos y las clínicas, la notificación al compañero sexual, el amor, la confianza, la atención clínica y la manera de ganarse el respeto.

Fuente: A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care. South Africa's experience, UNESCO, 1999.

5.3.2 EL ENFOQUE CULTURAL APLICADO A LA COMUNICACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA

La comunicación entre los trabajadores sobre el terreno y la población supone **un sistema bidireccional de intercambio de información**.

Tanto en la prevención del SIDA como en la atención a las personas aquejadas por esta enfermedad, los trabajadores sobre el terreno deben considerarse especialistas, catalizadores o "agentes activos" en el proceso de identificación de los problemas y los recursos (internos o externos), la solución de los problemas y el reparto de responsabilidades.

Como agentes externos, deben hablar con la comunidad de sus prioridades y objetivos, los resultados que esperan obtener de la acción emprendida, y de los costos (sacrificios) y beneficios previstos.

Condiciones culturales para una buena comunicación:

- *Conocimiento y conciencia culturales:* antes de iniciar su labor sobre el terreno, los trabajadores deben acopiar información y documentación sobre la cultura de la comunidad con la que van a trabajar;
- *Compromiso cultural:* desde el momento de su llegada, los trabajadores sobre el terreno deben tratar de conocer al grupo, sus idiomas, opiniones, conocimientos, criterios, técnicas, necesidades de mitos y leyendas significativos, religión, arte popular y tradiciones orales. Deben intentar entender las relaciones existentes en el grupo y las personalidades y funciones de los líderes de opinión, a fin de ganarse la confianza y amistad de la población;
- *Cooperación en la sistematización del acopio y utilización de información sobre el terreno.* Con tal fin, pueden servirse de los siguientes instrumentos:
 - método de muestreo;



- modelación de las interacciones para movilizar a la población a fin de preparar y llevar a cabo las actividades necesarias;
- calendario de las actividades comunitarias;
- mapas y croquis de la zona de acción.

La cultura, la información, la educación y la comunicación en Viet Nam a través de distintos medios

En la Ciudad de Ho Chi Minh el Departamento de Cultura e Información participa activamente en la producción de material de información sobre el VIH/SIDA. En cuanto a la filmografía, el Centro de Educación Sanitaria siempre desempeña funciones de asesoramiento a fin de evitar que las películas creen un sentimiento de inquietud en la población en general. En la radio, una escritora se sirve de comedias populares que tratan el problema del VIH/SIDA con un toque humorístico para transmitir información. Debe tenerse especial cuidado en mantener la integridad de las comunidades tribales, que pueden sentirse desestabilizadas por una actividad turística incontrolada.

En Viet Nam se ha fundado un pequeño grupo denominado "Los amigos ayudan a los amigos" que se encarga de intercambiar información entre enfermos de SIDA. Esta pequeña organización, que cuenta con el apoyo de las autoridades sanitarias, posee sus propias instalaciones en la Ciudad de Ho Chi Minh y se le ha otorgado rango oficial. Los enfermos de SIDA son agentes muy influyentes en las labores de prevención y atención, debido a su evidente motivación hacia otros enfermos y hacia las personas no contagiadas. Este enfoque se aleja de los planteamientos moralistas y médicos para centrarse en la autonomía de los enfermos, lo que ayudará a los afectados a aceptarse a sí mismos.

Asimismo, las redes de grupos de enfermos de SIDA reciben el apoyo de los funcionarios, según el principio de la aceptación del SIDA por la comunidad y por ellos mismos. A los trabajadores sociales y a los empleados de la salud pública se les anima a entender y aceptar a estos enfermos, a fin de ayudar a las comunidades locales a evaluar sus prácticas y actitudes.

Fuente: Taller de la UNESCO sobre los factores culturales en la transmisión, prevención y atención médica del VIH/SIDA en la región del Alto Mekong, Chiang Mai, Tailandia, junio de 1999.

Comunicación cultural para la modificación de la conducta

- *Suministro de información a los ciudadanos:*
 - "traduciendo" la situación inicial, mancomunando los recursos locales y externos, explicando las limitaciones relacionadas con el contexto institucional y destacando los aspectos "invisibles" de la expansión de la epidemia;
 - cerciorándose de que la comunidad comprende el problema, es capaz de determinar los medios que precisa para resolverlo y las mejoras que esperan conseguir, y está preparada para participar plenamente de modo que quede garantizado el éxito de las actividades de prevención y atención ya iniciadas.
- *Obtención de información sobre:*
 - las necesidades existentes (expresadas por las personas tras el correspondiente debate);

- los intereses contrapuestos existentes dentro del grupo, los recursos locales disponibles y los momentos decisivos de la acción que se emprenda;
 - el prestigio de los trabajadores sobre el terreno entre la población.
- *Labor de facilitación. Los trabajadores sobre el terreno deberán:*
 - favorecer los procesos internos de cambio;
 - fomentar el debate (incluida la autocrítica interna);
 - dar expresión concreta a los intereses y las motivaciones (ventajas obtenidas de tipo político, económico, simbólico o relacionadas con el poder, e intereses de los subgrupos desfavorecidos);
 - actuar como mediadores imparciales en caso de conflicto, con toda la discreción necesaria;
 - contribuir al diseño de actividades y la distribución de tareas;
 - velar por la participación de la población mientras duren las actividades previstas;
 - potenciar el valor de los recursos locales (conocimientos, aptitudes prácticas, contribuciones materiales y aportaciones económicas locales, aun cuando sean simbólicas);
 - llevar a cabo, en colaboración con la población, evaluaciones frecuentes de las actividades realizadas y los cambios conseguidos.

5.3.3 INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN: TRABAJO DE CAMPO Y TRABAJADORES SOBRE EL TERRENO

Diversos tipos de trabajadores sobre el terreno

Los trabajadores sobre el terreno poseen antecedentes académicos y profesionales muy heterogéneos, y pueden pertenecer a las categorías siguientes:

- Funcionarios o personal contratado de instituciones sanitarias o médicas;
- Personal permanente de organizaciones no gubernamentales;
- Colaboradores voluntarios.

Asimismo, pueden ser miembros de un equipo o colaborar a título individual con agentes o comunidades locales.

En las tareas preventivas y asistenciales, es especialmente importante que esos trabajadores se seleccionen y designen en función de sus aptitudes personales y profesionales, en relación con la aplicación de las labores mencionadas, o que reciban la formación adecuada.

Trabajo de campo, trabajadores sobre el terreno y prevención y atención del VIH/SIDA

- Fomentar la participación en la preparación y aplicación de proyectos en el plano local, destinados a determinada población y en colaboración con ella.
- Ayudar a la población a delimitar sus problemas prioritarios respecto de la enfermedad y sus objetivos, a fin de determinar las soluciones que podrán poner en práctica por sí mismos y aquellas para las que necesitarán ayuda externa (evitar la movilización inicial y la decepción ulterior).
- Facilitar, a petición de la población, información oportuna e indispensable para llevar a cabo actividades eficaces, incluida la evaluación permanente conjunta de los progresos realizados y los problemas hallados.
- Integrar su ayuda en los procesos de cambio de la cultura indígena.



6 – CONCLUSIONES GENERALES

Juntamente con la labor internacional destinada a obtener una visión científica más global de la epidemia y de las disponibilidades generales de tratamiento médico, las actividades de información, educación y comunicación constituyen un instrumento clave en la prevención eficaz y el apoyo a las personas portadoras del virus y enfermas de SIDA, en la perspectiva de un desarrollo humano sostenible. Con objeto de darle su plena significación y conseguir efectos a largo plazo, estas actividades deben elaborarse y llevarse a cabo en el contexto del enfoque cultural. Es decir, su validez está y estará a prueba y se medirá por la respuesta de las poblaciones, que será de continuidad o de cambio en sus formas de pensar, sistemas de valores y estilos de vida en relación con la epidemia.

Por ello, las investigaciones metodológicas deben centrarse primeramente en comprender las referencias y recursos culturales de los pueblos y en determinar las condiciones necesarias para sensibilizarlos y movilizarlos respecto de la prevención y la atención.

En segundo lugar, dado que ninguna actividad de información, educación y comunicación de interés puede dar resultados sin un análisis a fondo de las características específicas de los destinatarios, es necesario determinar y segmentar minuciosamente los diferentes "grupos de riesgo" en su relación cultural con el desarrollo socioeconómico y la sociedad en general, a fin de comunicar realmente con todos los componentes de una determinada población.

Por último, se proponen métodos de investigación, educación y comunicación más adecuados, combinando la elaboración y la aplicación y basándose en un enfoque cultural respecto de todos los tipos de comunicación e intercambio, incluidos los de los medios de comunicación y la educación.

El presente manual complementa los demás, dedicados al enfoque cultural en la elaboración de estrategias y proyectos.

N.B.: Como se señala en el Prólogo, se dedicarán otros tres manuales respectivamente a la formulación de estrategias y políticas, la labor sobre el terreno y la elaboración de proyectos.