TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA

Maria José González Martínez

ISBN: 978-84-694-2179-6
Dipòsit Legal: T.1073-2011

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

MARIA JOSE GONZÁLEZ MARTÍNEZ

TENGO MIEDO DE DECIR A MI MARIDO QUE TENGO XÍPONGWANA

TESIS DOCTORAL

DIRECTORES Dr. JOAN MUELA Y Dr. YUSSUF ADAM

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA, FILOSOFIA Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

TARRAGONA 2009

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

INDICE

I.SUMARIO…….....3

II.AGRADECIMIENTOS……..…….17

III. BIOGRAFIA Y GENESIS……20

III. MAPA I…….24

IV. MAPA II……25

V. MAPA III……26

VI. COMITÉ DE BIOÉTICA…….27

VII. RESUMEN……..28

VIII. POEMA DE PABLO NERUDA……30

IX. CONTEXTO…….31

X. LA INVESTIGACION……265

XI. LAS CONCLUSIONES……..499

XII. BÍBLÍOGRAFÍA…….…….....537

XIII. ABREVÍATURAS……..567

XIV. GLOSARÍO…….....569

XV. ANEXO I. ESTADÍSTÍCAS DEL PTV DE CHAMANCULO……..….....571

XVI. ANEXO II. PREPARACÍÓN DE LA COMISÍÓN DE BÍOÉTICA……...578

XVII. ANEXO III. LÍSTA DE FOTOGRAFÍAS….....585

XVIII. ANEXO IV. LÍSTA DE FIGURAS……..……...588

XIX. ANEXO V. LISTA DE MAPAS. …….....589

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

SUMARIO

SECCIÓN I……..31

LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE VIH / SIDA DE MADRE A HIJO EN MOZAMBIQUE UN GRAN DESAFIO…….....31

1. Introducción……...…….31

2. El panorama mundial…….....33

3. Los desafíos a nivel internacional…….....38

4. La prevención de la transmisión vertical en Mozambique…….39

5. El panorama del VIH / SIDA en Chamanculo……41

6. El objeto de estudio……...……...….....44

7. El objetivo principal……..……..45

8. Los objetivos secundarios…….…….....45

9. La organización de la Tesis…….46

II. MÉTODOS Y MATERIALES……..53

O COMO APRENDER A NAVEGAR EN UN MAR TURBULENTO……53

1. Introducción…….53

2. Los materiales utilizados…….……54

3. Los métodos de investigación…….56

4. La observación participante…….57

5. Las conversaciones informales……...…….58

6. Las entrevistas formales e informales……...……..59

7. Los cuestionarios…….……59

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

8. La historia de pasajes de vida…….....60

9. El análisis de las historias psico-sociales……61

10. Los informadores clave…….....62

11. El método de estudio de caso…….....62

12. Las visitas a los PMTS……..62

13. La literatura y los trabajos realizados en Mozambique…….....63

SECCION II……75

EL CONTEXTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISÍÓN VERTICAL DEL SIDA EN EL MUNDO…….....75

CAPITULO I

LAS MUJERES EMBARAZADAS Y SUS HIJOS EN EL CENTRO DEL DEBATE DEL SIDA DESDE EL INICÍO DE LA PANDEMIA.……76

1. Introducción……...……..76

2. La historia natural del VIH / SIDA……..……...77

3. Las metáforas más usadas en relación al VIH / SIDA……...…….....84

4. La historia de la prevención del SIDA…….....86

5. Las mujeres embarazadas, un grupo de gran riesgo……..…….....92

6. Los inicios del estigma y la discriminación…….....96

7. El desafío emocional de la asesoría y pruebas voluntarias del VIH / SIDA….....99

8. Abrir el resultado de la condición de VIH / SIDA a otra persona…….....101

9. Las posibles consecuencias de abrir la condición de VIH positiva.....103

10. La vulnerabilidad de las mujeres al VIH / SIDA……108

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

11. El estigma y la discriminación……..……..110

12. Los derechos humanos, de salud sexual y reproductiva……..…….....112

13. La política de prevención del norte viajó al sur…….112

14. Conclusiones……..…….…….....114

CAPITULO II

PARAR LA TRANSMISÍÓN DE VIH / SIDA DE MADRE A HIJO. SALVAR A LOS NIÑOS.....116

1. Introducción……...116

2. La transmisión vertical en el mundo desarrollado……..……..…..……...116

3. Los inicios de los programas de VIH / SIDA en África…….……..…118

4. El PTV Plus…….....121

5. La consulta prenatal ……..124

6. El trabajo de parto, nacimiento y post-parto……...……..126

7. La planificación familiar en el contexto de la pandemia……..…..……127

8. La alimentación de los hijos nacidos de madres VIH positivas …….……..129

9. Las percepciones de la comunidad sobre el VIH / SIDA……..132

10. Conclusiones…….....133

CAPITULO III

ÁFRICA AUSTRAL, LA ZONA, MÁS CASTIGADA POR EL VIH / SIDA……...135

1. Introducción……...135

2. Las teorías del VIH / SIDA y sus consecuencias…….…….....137

3. La historia del VIH / SIDA en África…….....138

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

4. Buenas condiciones para el desarrollo de la pandemia……..……141

5. Los datos que anunciaban la tragedia.……..144

6. Los desafíos del personal sanitario…….……...146

7. Los nuevos retos causados por la pandemia……..147

8. Los Sistemas Médicos Plurales…….....147

9. El pluralismo medico…….....149

10. Las parteras tradicionales en África……150

11. La feminización de la culpa por la transmisión del SIDA.……151

12. Las ideologías en que se basan estas creencias locales.……..153

13. Conclusiones…….....155

SECCION III……157

LA HISTORÍA DEL SIDA EN MOZAMBIQUE.……..…….157

CAPITULO IV

HISTORIA DE LA PANDEMÍA DEL VIH / SIDA (*XIPONGWANA*) EN MOZAMBIQUE…….....160

1. Introducción……...160

2. Breve marco de la historia de las enfermedades infecciosas.…….....161

3. La historia del virus del VIH en el país.……....163

4. Las guerras y la enfermedad del siglo…….……..166

5. El análisis de la historia del VIH / SIDA (*Xipongwana*)…….…….169

6. La evolución de la enfermedad de la vergüenza…….....171

7. Las fases de la epidemia de la moral…….....173

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

8. La pandemia de la fatalidad o la fatalidad de la pandemia……...174

9. Las consecuencias de las guerras: de descolonización y después la civil…….....177

10. Conclusiones……..…....178

CAPITULO V

LAS CAMISAS DE VENUS CONTAGIADAS DE VIRUS DE VIH Y OTROS COMPONENTES DEL PROGRAMA DE SIDA……..….....180

1. Introducción……...…….……..180

2. El primer Plan Estratégico del SIDA……180

3. La prevención del VIH / SIDA…….....181

4. Las campañas de información, educación y comunicación (IEC)…….....182

5. La asesoría para una sexualidad controlada y segura.……...187

6. *Las camisas de Venus*…….....188

7. Los Hospitales de Día para no reforzar el estigma.……..190

8. Las enfermedades de Transmisión Sexual (ITS)…….....191

9. Y llega la esperada profilaxis y terapia antirretroviral.…….192

10. La diferenciación regional en Mozambique…….....195

11. El programa de prevención de la transmisión vertical...…….....196

12. Conclusiones…….....200

CAPITULO VI

EL MEDIO AMBIENTE SOCIAL, CULTURAL, ECONÓMICO, SEXUAL ADECUADO PARA EL DESARROLLO DE LA EPIDEMÍA……..……202

1. Introducción……...202

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

2. Los conceptos de riqueza y pobreza local……..……...203

3. La epidemia de la sospecha y del pesimismo…….....204

4. Cambios en las formas de hablar de sexualidad…….....205

5. Las prácticas sexuales tradicionales, modernas y su influencia en la pandemia……...206

6. La *pitakufa, levirato, soroato*……206

7. Los ritos de iniciación masculina……..209

8. Los ritos de iniciación femenina……...210

9. *Sugar daddies*…….....213

10. La identidad masculina…….....214

11. La identidad femenina…….....216

12. Los matrimonios tradicionales y *lobolo*...…….……..217

13. El divorcio…….....220

14. Las parejas de hecho temporales…….220

15. *Sexo seco* y otras prácticas sexuales en el país……221

16. Prácticas sexuales con coacción……...……...223

17. La economía del sexo……...…….....223

18. Las historietas del preservativo……..….....226

19. Las prácticas homosexuales……..…….230

20. Conclusiones…….....231

CAPITULO VII

LA INFLUENCIA DE LAS RELIGIONES Y LA MEDICINA TRADICIONAL EN MOZAMBIQUE EN LA EPOCA DEL SIDA……..233

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

1. Introducción…….…….....233

2. Las influencias de las diferentes religiones en la epidemia…….....234

3. El primer congreso de VIH / SIDA en Maputo……237

4. Los Sistemas Médicos Plurales…….……....239

5. Los PMTS durante la guerra civil……..……...241

6. Algunas bases culturales locales de la salud y de la enfermedad…….242

7. La diferencia de conceptos de salud, enfermedad…….……244

8. Los periodos de estudio de la Medicina Tradicional……...…….245

9. Los tipos de Practicantes de la Medicina Tradicional…….…….....246

10. Las tareas de los PMTS…….....248

11. Las consecuencias de los tratamientos de los PMTS……..249

12. La AMETRAMO, el gobierno y los PMTS……...…….252

13. Los profesionales sanitarios y los PMTS…….....254

14. El Gabinete de Estudios de la Medicina Tradicional……..254

15. La *contaminación y la polución*……..256

16. Las mujeres responsables tradicionalmente de estar impuras……259

17. La prevención desde el punto de vista tradicional……..260

18. Las representaciones culturales del SIDA en Mozambique……...……..262

19. Conclusiones……..…….263

SECCION IV

EL ESTUDIO DE CASO DE CHAMANCULO. UN BARRIO D ELA CAPITAL DE MOZAMBIQUE QUE NO ES MUY DIFERENTE DEL RESTO DEL PAIS……....265

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO VIII

EL BARRIO Y HOSPITAL DE CHAMANCULO EN MAPUTO. BREVE HISTORIA DEL PROYECTO DE SIDA DE MÉDICOS SIN FRONTERA SUIZA……..266

1. Introducción…….....266

2. Chamanculo D…….....269

3. El área de salud de Chamanculo…….....271

4. El hospital…….....272

5. La Descripción del hospital……...273

6. Los comienzos del programa de VIH / SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza…….275

7. La historia del gabinete de asesoría y pruebas voluntarias de VIH en el programa de SIDA.....278

8. El inicio de la Integración y el caos en el programa de PTV……280

9. La desaparición de las mujeres embarazadas VIH positivo…….….....281

10. La prevención en el PTV de MSF-Suiza…….…….285

11. El análisis de las historias psicosociales de Chamanculo.……..…….287

12. Las variables analizadas en las historias psico-sociales……..289

13. Las elecciones de las enfermas no han sido consideradas.…….…….295

14. La violencia de género……296

15. Conclusiones…….....297

CAPITULO IX

MÉDICOS SIN FRONTERA SUIZA SE INSTALA EN EL HOSPITAL DE CHAMANCULO.……...……..300

1. Introducción…….....300

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

2. La utilización de los pacientes del PTV…….....301

3. El trabajo dentro de MSF-Suiza.……...304

4. El trabajo de coordinación.……306

5. El equipo médico expatriado de Médicos sin Frontera Suiza.……..307

6. Las relaciones de Médicos Sin Frontera con el MISAU.…….....309

7. Los problemas de la alimentación de los bebés en el proyecto de MSF-Suiza……..……...310

8. Los resultados del PTV PLUS de Chamanculo.…….……...312

9. las pacientes del PTV de Chamanculo…….....313

10. La Descentralización / Integración……..314

11. Los problemas de la descentralización…….....317

12. La consulta prenatal…….....320

13. El VIH / SIDA en el personal sanitario local…….....321

14. Conclusiones…….....322

SECCION V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES……324

CAPITULO X

LOS DIFERENTES MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ÍNFECCIÓN DEL VIH / SIDA – *XIPONGWANA* EN EL ÁREA DE CHAMANCULO…….....325

1. Introducción…….....325

2. Los pacientes expertos y los consejeros……327

3. Las metáforas de la guerra…….330

4. Viajem el paciente experto de Chamanculo……...……...331

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

5. Las metáforas de los estilos de vida inmorales…….....336

6. Las personas navegan entre varias teorías…….338

7. *Xipongwana* un concepto émic……..339

8. Las mujeres de Chamanculo……..345

9. La *Kutsamiwa*..……...….....346

10. Los *espíritus* y los *antepasados* también vigilan y castigan……...348

11. Una experiencia de colaboración entre las dos Medicinas.…….……349

12. El personal sanitario compartía las dos Medicinas.……350

13. Intentando entender el trabajo de los PMTS.…….351

14. La hechicera de Chamanculo, la tía Zulaida……...352

15. Los *espíritus* dentro de un PTV causando confusión…….354

16. Conclusiones…….…….....355

CAPITULO XI

NAVEGANDO ENTRE EL MIEDO A GUARDAR EL SECRETO DE SER VIH POSITIVA, LAS HABLADURIAS Y SALVAR AL HIJO…….357

1. Introducción…….……..357

2. Celia no sabe cómo explicar la situación……..359

3. Delia cree que todo el mundo va a morir……..361

4. Joanna no sabe como cogió esto……..363

5. Ismenia su hijo y el xipongwana……...364

6. Helia, la niña que no entendía su situación……...366

7. Las conversaciones con un grupo de mujeres con VIH / SIDA en el PTV……...367

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

8. El difícil papel de la mujer embarazada en Chamanculo…….373

9. Las mujeres con SIDA de Chamanculo…….....377

10. La *poligamia escondida*……..379

11. Conclusiones…….....381

CAPITULO XII

EL MIEDO A REVELAR AL COMPAÑERO LA CONDICÍÓN DE VIH / SIDA POSITIVA…383

1. Introducción…….……..383

2. Revelar la condición de VIH positiva y buscar un confidente.…….384

3. La evolución del miedo a notificar el estatus al compañero / a……386

4. Las consecuencias de no abrir el juego con los compañeros.……...390

5. Las razones que nos cuentan las mujeres para no hablar con el marido…….....391

6. El aumento de las parejas en la asesoría de VIH en la asesoría y test de VIH…….394

7. Las noticias en Maputo sobre la pandemia en julio 2009.……398

8. Los desafíos pendientes en la revelación de la condición de SIDA……...…...399

9. Los hombres o como ponerle el cascabel al gato…….....402

10. Conclusiones…….....405

CAPITULO XIII

HISTORIA DE NYELETI, UNA VIDA MUY INTENSA Y COMO UNA ENFERMEDAD SE VOLVIÓ UNA FORMA DE SUPERVIVENCIA……407

1. Introducción……...407

2. Historia de vida de Nyeleti…..……...408

3. El primer trabajo en la embajada de Tanzania.……411

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

4. La vida del desenrasca o buscarse la vida.……...412

5. Salomão, el hombre de su vida……..414

6. Las mezclas de sangres y de semen contaminados……...416

7. Los tratamientos de los diferentes sistemas de salud……412

8. El descubrimiento de la enfermedad de la vergüenza……...……418

9. La riqueza de la sangre……..420

10. Salomão entra en el mismo club que su esposa……...422

11. Nuevo trabajo como paciente experta……...……..423

12. Cambios de religión…….426

13. Conclusiones…….....428

CAPITULO XIV

PRESTADORES DE CUIDADOS DE SALUD: ENTRE EL *XIPONGWANA* O EL ATAQUE DEL VIRUS DE VIH…….433

1. Introducción…….....433

2. Soraya, trabajar en una situación compleja y con falta de recursos……..434

3. Amalia, los problemas de las mujeres, el *xipongwana o los espiritus*……..440

4. Mukavel, la asesoría y la desigualdad de género……..445

5. Luisa o las complicaciones de los maridos…….449

6. Miriam, la experiencia de la Integración…… ……..……....451

7. Maimuna, las mujeres, suegras y *hechizos*……452

8. Saúl, el farmacéutico y los mapas de pastillas……..456

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

9. Josh, el enfermero que cree en la magia……457

10. Alberto, el activista internacional……459

11. Carlota, una visión humanitaria…….....463

12. Malena, la asesoría se ha convertido en una receta de cocina…….....465

13. Julia, el esfuerzo de tratar a los niños VIH positivos……..467

14. María, una visión del panorama internacional……468

15. Lecciones aprendidas en la historia de la epidemia……476

16. Conclusiones…….....477

CAPITULO XV

LOS PACIENTES DEL BARRIO DE CHAMANCULO Y SUS HISTORIAS……..481

1. Introducción……...481

2. Sara, la enfermera de la auto-estima alta……...……482

3. Raquel no creía en la existencia del virus…….484

4. Xiluva, o contando muchas historias…….488

5. Alina, la comerciante del *Mukhero*…….....489

6. Farida, la impotencia de una mujer musulmana…….....491

7. Jenny, abandonada por estar enferma……492

8. Xixacha, el zapatero poseído por un *espíritu*……493

9. Matilde y los *biscatos*…….....494

10. Rigoberta, la abuela que no entiende nada……..495

11. Mohamed de soldado a enfermo a paciente informado……..496

12. Conclusiones…….....497

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CONCLUSIONES FINALES……...499

1. Introducción……499

2. Las conclusiones de los estudios realizados en Mozambique…….....501

3. El circulo vicioso que atrapa a hombres y mujeres……...506

4. La situación de los hombres en Chamanculo……...…….509

5. Las consultas médicas se están volviendo exprés…….....510

6. Los problemas que son retos.……512

7. La teoría de la conspiración sirve para explicar todo……514

8. Aceptar el SIDA como una enfermedad crónica más……..…….....515

9. La educación sexual basada en el placer y en la salud sexual…….....517

10. Los sistemas médicos plurales……518

11. Políticas sanitarias apropiadas…….520

12. Muchos cambios políticos y sociales importantes en poco tiempo…….522

13. Nuevos modelos de explicar la enfermedad bien adaptados…….....527

14. Desarrollar políticas sociales……...528

15. Las malas prácticas…….....529

16. Revelar la condición de VIH / SIDA un bicho de 7 cabezas…… 530

17. Comprender la pluralidad de culturas…….…….....532

18. Implicar a todos los elementos de la sociedad……...…….....533

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero expresar mi agradecimiento a mis directores, Joan Muela en España y Yussuf Adam en Mozambique, por la dedicación mostrada y por su sabiduría. ***Tengo miedo de decir a mi marido que tengo Xipongwana*** surgió en una conversación mantenida con Yussuf Adam *en la mesa 11 del Restaurante Costa del Sol*, mi oficina favorita de Maputo en el año 2006, d*espués* de ayudarme a superar el miedo de cómo empezar a trabajar en el tema de mi Tesis, que ya llevaba tiempo realizando pero que no lo concretaba. Quiero agradecer a todos mis compañeros de Médicos Sin Frontera Suiza el apoyo, paciencia y simpatía que me han demostrado en todos estos años, ya todos me decían al final: ***Epa mana Pepa ainda naõ acabo ese trabalho***, en especial a aquellos compañeros que fueron mis informantes clave Amelia, Mafalda, Isabel, Amina, Viajem, Bea, Isabel y los compañeros que contestaron a todas las preguntas con infinita paciencia. A Médicos Sin Frontera Suiza, que fue una suerte poder trabajar con ellos, que me brindaran la oportunidad de descubrir Chamanculo donde he pasado un tiempo muy interesante en el que me enseñaron muchas cosas y descubrí muchas otras.

A las compañeras del Hospital de Chamanculo, a los pacientes, a los compañeros locales del Hospital de Día de Alto-Mãe y de los centros de la descentralización. A Laura, Marcela, Carlos, Norma, Alex, Flavia, Patricia, todos del equipo expatriado de MSF y muy especialmente a Oliver de quien escogí varias de sus fantásticas fotografías de Maputo. También quiero agradecer a las autoridades sanitarias del MISAU, de la ciudad de Maputo, del Hospital de Chamanculo y a las autoridades administrativas del barrio de Chamanculo, los permisos para autorizarme a realizar este trabajo, la simpatía y la confianza que me demostraron ante el pedido de llevar a cabo en esta zona mi Tesis de doctorado.

En casa en Maputo tengo que agradecer la paciencia de todos, en mi pelea diaria con el ordenador: no encuentro el artículo, perdí el texto de la tesis, ya lo he encontrado, que yo no sirvo para hacer esto, y las variadas canciones habituales de la guerra que llevé con la tecnología y con los múltiples borradores hasta llegar al texto final. Quiero agradecer a todos los demás la ayuda y paciencia demostrada en especial a mi compañero Yussuf por todo el apoyo, la ayuda, la paciencia y el amor demostrado en las innumerables conversaciones sobre el tema y el empujarme a continuar cuando sin saber exactamente la razón quería abandonar este trabajo porque sentía dolor e inseguridad.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Ha sido un periodo difícil la realización de la Tesis, mis padres que nunca entendieron porque quería hacer este trabajo, otra locura más de mi hija según mi padre del que saque la pasión de viajar, las ganas de vivir y el gusto por el buen vino. La gran influencia de mi madre desde mi niñez por su historia personal, que ella no entendía y yo llevaba escondido en mi subconsciente, grabada en mi memoria. Todas las circunstancias que me influían fueron saliendo en forma de dolores por todo mi cuerpo, cuando volví enferma en el año 2000, de una misión como coordinadora médica en el terreno durante las inundaciones que castigaron el Sur de Mozambique, en las que yo trabajé como coordinadora general en el terreno del hospital de Campaña de la Cooperación Española. Estas experiencias me llevaron a estudiar a los cuarenta años dos licenciaturas la de Enfermería y la de Antropología Social y Cultural en la Universidad Católica de Murcia, y el doctorado más tarde en Antropología Médica ayudada por el padrino de mi promoción Dr. Comelles, al que tantas veces recurrí, que tanto me hizo trabajar y me envió de nuevo a mi añorada África, con la que soñaba todos los días en volver. A todos los profesores que pasaron por Tarragona en aquel año: Eduardo Menéndez, Karl Kendall, Els van Dongen, Mari Luz Esteban, José María Uribe, José María Comelles y el resto del equipo de profesores. Las maravillosas horas leyendo en todas las lenguas a Mary Douglas, Deborah Lupton, Cecil. Helman, Paul Farmer, Didier Fassin, Els Van Dongen, Susanne Leckerc- Madlala, Quentin Gausset, Signe Arnfred, Alice Desclaux, Brooke Schoepf, Richard Parker, Silbermitdth entre otros.

Mi padre murió y fue una gran pena que no pudiera llegar mi trabajo, él que soñaba desde su silla de ruedas en ir a desviar el rio Zambeze, para que los niños y mujeres africanos pudieran cultivar sus huertos y poder tener para comer. A mi hermano Miguelito que planchó el texto para controlar que no me dejaba ni un punto ni una coma, *hermana escribe en pasado, no sabes escribir, repites las cosas, no entiendo nada, esto no es castellano.* A mis tres lindos sobrinos y a mi perrita Lolita que fue una fiel compañera en mis largas horas, días de trabajo con la Tesis, desaparecida el día antes de mi salida de Maputo, esa ciudad que tanto amo y que se ha convertido en mi casa. A todos los amigos que me ayudaron con las ideas, las conversaciones, los diseños de cuadros, y las tablas que siempre me resultaron muy complicadas, Cristina, a las dos Mónicas, Gloria, Isabel e Isabelita, Vicent, Blanca, Maki y a los que me olvide en este momento en ayudarme a las lecturas del texto para corregir y eliminar el portuñol que salía por todos los lados.

A mi gran amiga Teresa, estupenda médica, que tanto me ayudo en todas las crisis de salud que pasé, en el montón de diferentes diagnósticos, el montón de diferentes tratamientos a cual más

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

loco que yo mezcle y me tomé como yo quise, todas las cosas que le conté, discutí con ella, mi inmenso agradecimiento por intentar curarme, entenderme y apoyarme. El agradecimiento, el gran amor que mi madre, mi abuela materna sintieron por mí, y que cuando mi madre se quería morir, yo conseguí acabar la última versión de la Tesis, que nunca acaba de parir, de desmamar a mi bebé, y eso que nunca fui madre. Esta Tesis quiero que también vaya dirigida y sea un homenaje a las estupendas mujeres mozambiqueñas, tan bellas, fuertes, luchadoras, pacientes y con tanto coraje para pelear la vida diaria con las circunstancias adversas que tienen, que yo tanto admiro y tantas cosas me han enseñado en todos estos años, en especial a tener paciencia, palabra que no existía en mi diccionario. Para todas las mujeres autenticas, valientes, reales, luchadoras, locas o no, brujas o lo que quieran ser, para que vuelen libres, salvajes, sabias y felices en sus experiencias por el mundo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

BIOGRAFIA Y GENESIS

Al inicio de los años 80 justo cuando acabé Enfermería, en todo mi entorno irrumpió con fuerza el experimentar con drogas, era la moda. Con 20 años, todos empezamos a tontear con ellas, era divertido, ser moderno, y de repente, todos los amigos nos encontrábamos envueltos en una aventura que se volvió una pesadilla: la heroína, cocaína, éxtasis, acido lisérgico, chocolate, marihuana. Mi experiencia personal fue dura y recibí una lección vital siendo muy joven, que me llevó a ver el alcance de la situación, de forma contundente, me planteé muy seriamente mi posición en relación a toda esta etapa y decidí irme a trabajar con Médicos Sin Frontera en Mozambique. Mientras tanto, algunos amigos, amigas comenzaron a enfermarse y a morir, unos con VIH / SIDA, otros con enfermedades oportunistas asociadas a la infección. Fue muy duro ver morir a los compañeros de aventuras de aquellos años maravillosos y locos. Algunos de los amigos cogieron la infección a través del consumo de heroína y muchos en sus prácticas sexuales con personas que la tomaban. Con todas las noticias que venían de EEUU sobre esta terrible enfermedad, yo tenía miedo de infectarme y aunque tenía cuidado pase por ocasiones en que por poco no me infecté. Peor suerte corrieron varias amigas que de repente vieron que la tenían, sus compañeros comenzaron a ponerse enfermos y a morir.

La muerte de Félix, Pepe, Casti, Ian, Eva, Manolo y otros amigos en plena juventud me causaron una gran desolación. Me ha llevado bastante tiempo darme cuenta de mi interés e implicación personal con este tema, el dolor que había detrás de mi obsesión y la rabia que durante muchos años me empeñe en estudiar este terreno. Esta Tesis va dedicada muy especialmente a todos los amigos y amigas que murieron, y a los que consiguieron sobrevivir, muy especialmente al Súper Márquez por el tiempo en que fuimos compañeros de aventuras, juntos cruzamos por este período de nuestras vidas con amor, lucha por salir de este ambiente y el sufrimiento, que tanto marco nuestra vida en los años siguientes.

Llevaba dentro de mi bloqueada todas estas circunstancias hasta que acabe de escribir la Tesis. Cuando acabe fue que me di cuenta que estaba intentando volverme una experta en un tema que había llevado su estudio de forma obsesiva y a la catarsis. Durante el trabajo de campo empezó a salir la rabia y tristeza que tenia al ver tanto dolor e injusticia con las impresionantes mujeres con las que tuve el placer y el honor de llevar a cabo mi trabajo, sin saber que estaban saliendo todos mis dolores, los fantasmas de mi vida, y porque yo tenía una implicación tan personal en sus historias

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

como en el caso de la niña del Kaposi, o la chica joven con 2 gemelos de dos meses que vino para abandonar los bebés, Ismenia, Nyeleti, Mafalda o Yolanda.

Hace 20 años llegue a trabajar a Mozambique en un proyecto de Médicos Sin Frontera España en el Hospital José Macamo, era mi primera misión internacional y el país ya llevaba muchos años en guerra. La llegada desde Valencia donde trabajaba en una ciudad sanitaria de tecnología moderna con todo tipo de medios a la realidad que encontré en un país en guerra, fue un gran choque en mi cabeza, aprender a trabajar en un hospital sin medios, con muchas deficiencias, ventanas y camas rotas y hasta sin sabanas, casi sin medicación, los enfermos tirados por el suelo, las mujeres embarazadas tenían el parto en cualquier lugar, fue muy duro. A cambio descubrí un país que aunque estaba en situación de guerra aunque ya estaba acabando, había mucha pobreza y las personas viviendo con grandes problemas para sobrevivir, sin embargo la gente era amable, sonreían, hablaban y te preguntaban cosas con mucha curiosidad, gran sentido del humor, dignidad y ganas de vivir. Me enamoró Mozambique, fue una gran lección en mi vida de chica moderna de Valencia y el descubrimiento de este país maravilloso y desde ese año Maputo se convirtió en mi hogar.

La Tesis ha sido un proceso vital que me llevó a reflexionar profundamente sobre la vida y los problemas que me iba poniendo delante y que si no se van solucionando e integrando según van apareciendo, llega un punto en que esa amalgama de cosas, nos hacen daño, estallan, pueden salir como el vapor en una olla a presión. El riesgo es que si estos procesos se nos van de las manos, atacamos, juzgamos a los demás y queremos que las personas que queremos estén dentro de las medidas que pensamos que son las adecuadas, que entren en el juego y a procesos muy complejos que pueden derivar en problemas más importantes como enfermedades, violencia, adiciones etc. Esta Tesis sirvió para que todos los fantasmas que llevaba en mi cabeza salieran, al final pude ver y escribir con claridad las conclusiones y las teorías asociadas que iban saliendo en los datos que había recogido.

Durante estos veinte años anduve por Maputo, en Inhambane en el centro de Mozambique, en Pemba y todo el norte del país. En Zimbabwe durante el tiempo que estuve viviendo allí durante el año 1992. En Kenia donde viví y trabaje en Garissa en una emergencia nutricional formando parte de un equipo de Médicos Sin Frontera España. Mis amigos eran las parteras tradicionales, los adivinos, los tradicional healers, pero muy en especial una abuela brujita linda que era mi gran

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

amiga, a la que yo adoraba, que me presento, compartió conmigo todo aquel mundo que a mí me pareció interesante, loco y la maravillosa Fatuma mi compañera de aventuras. Yo les correspondía con mis tiradas de cartas, aprendiendo de ellas, en discusiones locas e interminables y las ayudaba lo que podía para que todos los niños, madres embarazadas, huérfanos, hermanos de los niños que tenían criterios entraran en los centros de nutrición moderada para comer, recuperar la salud, descansar, lavarse, empezar a jugar y vivir de nuevo. Las lecciones de dignidad y de orgullo de ser mujer, que me dieron aquellas mujeres fuertes, bellas y valientes, que me aceptaron como una más, me respetaban y venían a pedirme ayuda cuando tenían problemas serios relacionados con la salud y seguridad de ellas y sus hijos.

En Mozambique también fue igual durante los años que viví siempre estuve en contacto con PMTS, hombres y mujeres a través de cualquier conocido o por cualquier problema o causa. Y así continúe por todos los países por los que anduve viajando, en todos siempre era una llamada importante la que sentía de ir al mercado y conocer algún chaman, o adivino, o bruja, curandera. Muchas veces en estas entrevistas me dijeron que yo tenía una intuición especial hacia este mundo que venía de parte de la familia materna y que el espíritu de mi abuela no me dejaría en paz hasta que no aceptara esta parte de mi vida. Cuando llegue a los 40 años me enfermé, pase por muchos diagnósticos y fui a buscar tratamiento, alivio en médicos, todo tipo de sanadores, y encontré unas cuantas amigas.

Gracias a todas ellas que me hicieron descubrir una faceta mía, que todo el mundo en mi casa pensaba que eran *las locuras de Pepa*, con las que nací, mame desde niña con mi abuela roja, de influencia celta, de mi madre que soñaba lo que iba a suceder, que era todo lo contrario a mi abuela, y siempre lo escondió. Mi madre trato de que no se desarrollaran en mi *estas cosas* no fueran a considerarme loca, cosa que fue así, porque siempre los hombres de mi familia decidieron que era una loca y nunca entendieron nada, excepto mi padre que al final consiguió aceptarme. Gracias a mi grupo de amigas de Valencia, astrologas, tarotistas, naturistas, homeópatas y de todo tipo de tendencias, casi todas solas en la época de la madurez, abandonadas por los hombres que tenían muchos miedos, o que ellas abandonaron cansadas de que ellos no las entendieran. Este grupo de mujeres sabias, libres, algunas también sufrieron en sus carnes la enfermedad del VIH / SIDA y sus diferentes tratamientos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Las peleas y discusiones sin fin entre todas de que si el VIH / SIDA existía, si el tratamiento antirretroviral era bueno o no, las amigas juntas, separadas o en pequeños grupos, que vinieron arroparme, apoyarme cuando pensaba que mi madre se estaba muriendo. En estos días difíciles en que yo descubrí que había nacido así y que me estaba muriendo de pena junto con mi madre para poder renacer como *Pepa, o Morgan* como me llamaban mis hermanos pequeños en recuerdo del pirata Morgan que a mí me encantaba y en realidad era la bruja buena de la tradición celta Morgana.

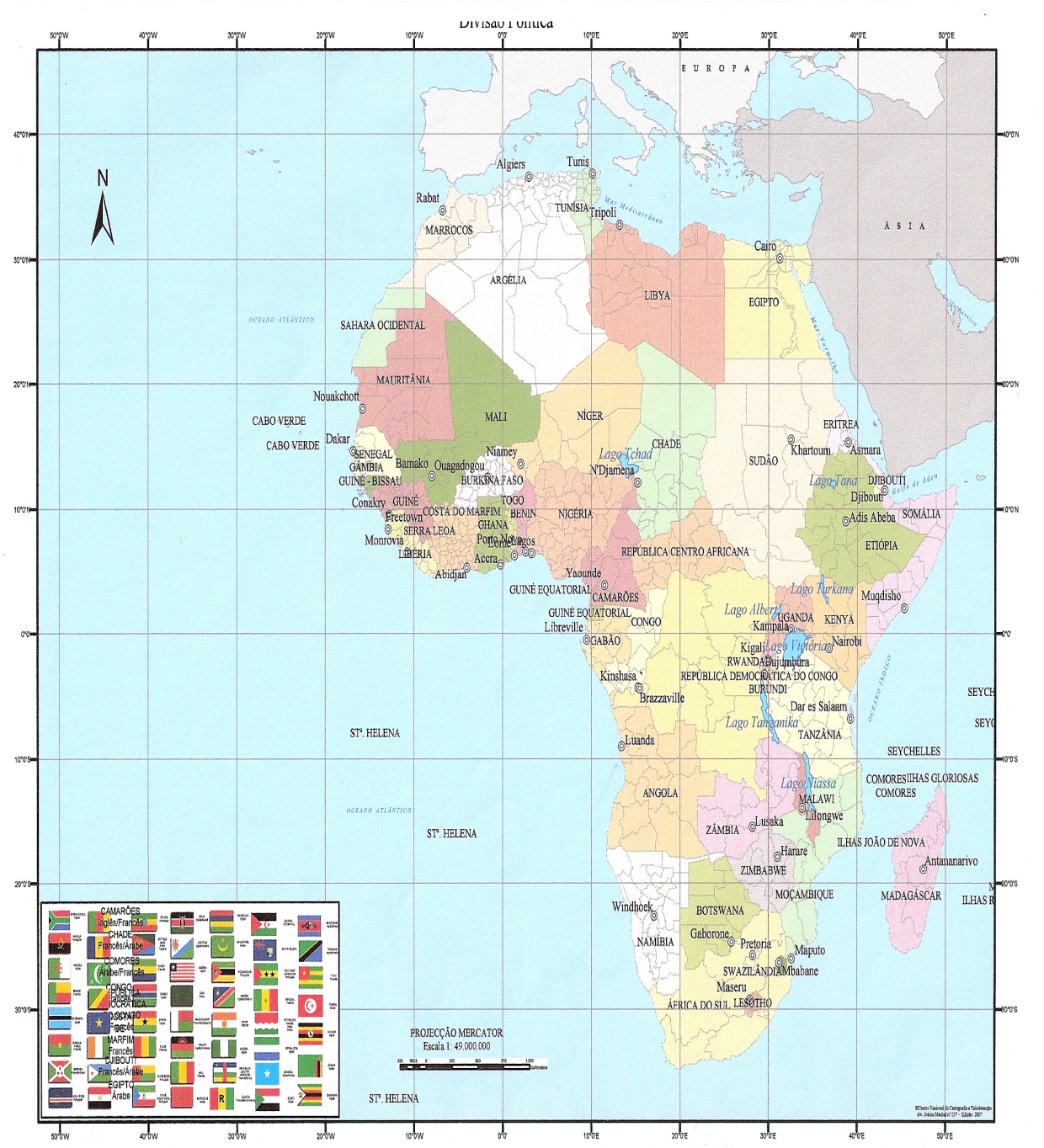
La próxima fotografía muestra una imagen de la bella ciudad de Maputo, antigua Lorenzo Márquez, o también llamada la Perla del Índico, es una de las ciudades más bonitas de África y bajo mi punto de vista de las más interesantes. Desde que llegue en el año 1991 me sentí fascinada por esta ciudad, sus gentes, el ambiente que aquí se respiraba y desde entonces es mi casa a pesar de los grandes cambios que ha sufrido la vida del país, me sigue pareciendo fascinante por su historia, cultura, tradiciones y esa mezcla de todo tan (impresionante) que lo impregna todo.

Fotografía I: Vista del paseo marítimo de Maputo

Fuente: Fotografía realizada por Oliver compañero de MSF en el año 2006

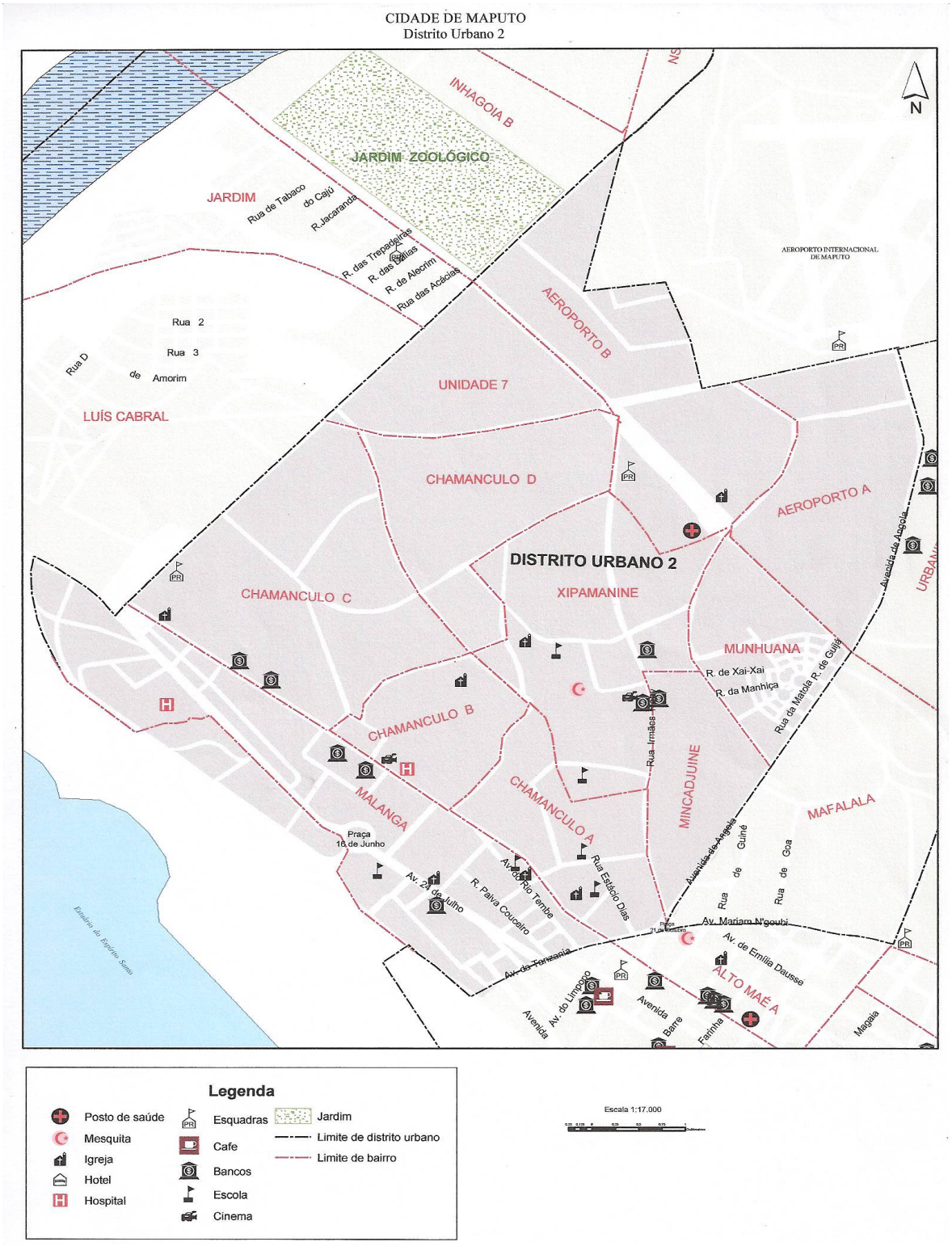
UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

MAPA I. ÁFRICA



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

MAPA II. CIUDAD DE MAPUTO



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

MAPA III. BARRIO DE CHAMANCULO

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

COMITÉ DE BIOÉTICA

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE

Exma Senhora
Dr.ª Maria José Gonzalez

Ref. 395/CNBS Data 15 de Dezembro de 2008

Assunto: Parecer sobre estudo tenho medo de dizer ao meu marido que tenho xipunguana.

O Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) analisou as respostas relativas ao protocolo com seguinte. **"Tenho medo de dizer ao meu marido que tenho xipunguana: Estudo de caso do PTV de Chamanculo, Maputo, Moçambique"**, sobre o mesmo o CNBS chegou a seguinte conclusão:

O CNBS não vê nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo pelo que, dá a sua devida aprovação.

Contudo, recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS do decurso do estudo.

Faz notar que a aprovação ética não substitui a autorização administrativa.

Sem mais de momento as nossas cordiais saudações.

O Presidente

Dr. João Manuel de Carvalho Fumane

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL 264
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 430814/427131(4)
Telex: 6-239 MISAU MO
FAX: 258 (1) 426547
258 (1) 33320

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

RESUMEN

Con este trabajo he pretendido estudiar los aspectos culturales, sociales, religiosos, sexuales, económicos y políticos que impiden a las mujeres embarazadas con condición de VIH / SIDA positiva participar en el programa de prevención de la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo. Los problemas de estas mujeres de entender y aceptar la enfermedad, hablar con sus compañeros para revelar la condición de VIH positiva, las posibles consecuencias negativas derivadas de esta situación y la preocupación de contagiar al hijo la enfermedad, miedo a los maridos, al estigma y la discriminación. También se analizaron las relaciones de estas mujeres con el personal sanitario, familia, barrio y comunidad. Con este trabajo pretendí contribuir a la elaboración de la historia de la pandemia de VIH / SIDA y particularmente de la prevención de la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo en Mozambique a través de los testimonios de las personas, que venían a buscar cuidados médicos, del personal sanitario del hospital y barrio de Chamanculo en Maputo. El trabajo de campo empezó en enero del año 2006 en el programa de SIDA en Chamanculo de Médicos Sin Frontera Suiza y acabó en septiembre del año 2009.

La información fue recogida de diferentes fuentes: materiales y artículos publicados en revistas y libros de antropología médica, ciencias sociales, médicas, informes de agencias internacionales, de ONG´S internacionales y locales o de los mass media mozambiqueños u otros relevantes. Mis observaciones prácticas, las conversaciones y entrevistas realizadas a lo largo del trabajo. No hay métodos propios de las disciplinas, usé técnicas de investigación cualitativa como la consulta documental, entrevistas, historias de pasaje de vida y métodos cuantitativos como análisis de estadísticas y de las historias pico-sociales del programa de SIDA.

Históricamente las mujeres han sido consideradas impuras y las transmisoras de las enfermedades de transmisión sexual en Mozambique y está situación se ha extendido al VIH / SIDA. Vigilar y castigar, siguiendo la Teoría de Foucault, estaba bien ajustada al programa de SIDA y ha sido el modelo utilizado por la Salud Pública para controlar a las mujeres embarazadas y sus hijos desde el comienzo de la epidemia en EE.UU., después fue implantado en África. Las medidas de salud publica tomadas para prevenir la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo deben ser aplicadas al padre y a la madre, el aumento del SIDA pediátrico es una consecuencia dramática de las insuficiencias del programa de prevención de madre a hijo. La revelación de la condición de VIH al compañero / a es una estrategia de prevención de la epidemia que debe ser cuidadosamente

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

evaluada y aplicada a los dos miembros de la pareja, tratando de evitar las consecuencias negativas a las personas que abren su condición de VIH en todo el mundo y en especial en Mozambique.

En los países desarrollados estos programas tienen buenos resultados y nacen pocos niños contagiados de VIH, tomando madres e hijos tratamiento o profilaxis antirretroviral, partos con mínimos riesgos y alimentación a los niños con leche artificial. Existe un proceso cultural, no sólo lingüístico, de manera que los términos biomédicos son sustituidos por términos de la cultura local para explicar la historia natural del VIH / SIDA, que acaban transformándose y resignificándose. Estos cambios pueden modificar la forma de entender la enfermedad, la prevención y el tratamiento. El resultado puede ser que las personas creen un sincretismo con los dos modelos diferentes de explicación de la enfermedad principales, la Medicina Moderna y la Medicina Tradicional, además estos modelos se mezclan con otras creencias locales como polución y contaminación sexual. Las personas van a buscar soluciones a los problemas de salud en los diferentes sectores del sistema plural de salud existentes en Mozambique.

Palabras clave: VIH / SIDA, transmisión vertical de madre a hijo, prevención, revelación del estatus al compañero, profilaxis, tratamiento antirretroviral, Chamanculo, Maputo, Mozambique.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Poema de Pablo Neruda. "Veinte poemas de amor y una canción desesperada"

Cuerpo de mujer, blancas colinas, muslos negros,

Te pareces al mundo en tu actitud de entrega.

Mi cuerpo de labriego salvaje te socava

Y hace saltar el hijo del fondo de la tierra.

Fui solo como un túnel. De mi huían los pájaros

Y en mí la noche entraba su invasión poderosa.

Para sobrevivirme te forje como un arma,

Como una flecha en mi arco, como una piedra en mi honda.

Pero cae la hora de la venganza, y te amo.

Cuerpo de piel, de musgo, de leche ávida y firme.

¡ Ah los vasos del pecho! ¡Ah los ojos de ausencia!

¡Ah las rosas del pubis! ¡Ah tu voz lenta y triste!

Cuerpo de mujer mía, persistiré en tu gracia.

¡Mi sed, mi ansia sin límite!, ¡Mi camino indeciso!

Oscuros cauces donde la sed eterna sigue,

Y la fatiga sigue y el dolor infinito.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

EL CONTEXTO

SECCIÓN I.

LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH / SIDA DE MADRE A HIJO EN MOZABIQUE, UN GRAN DESAFIO

1. INTRODUCCIÓN

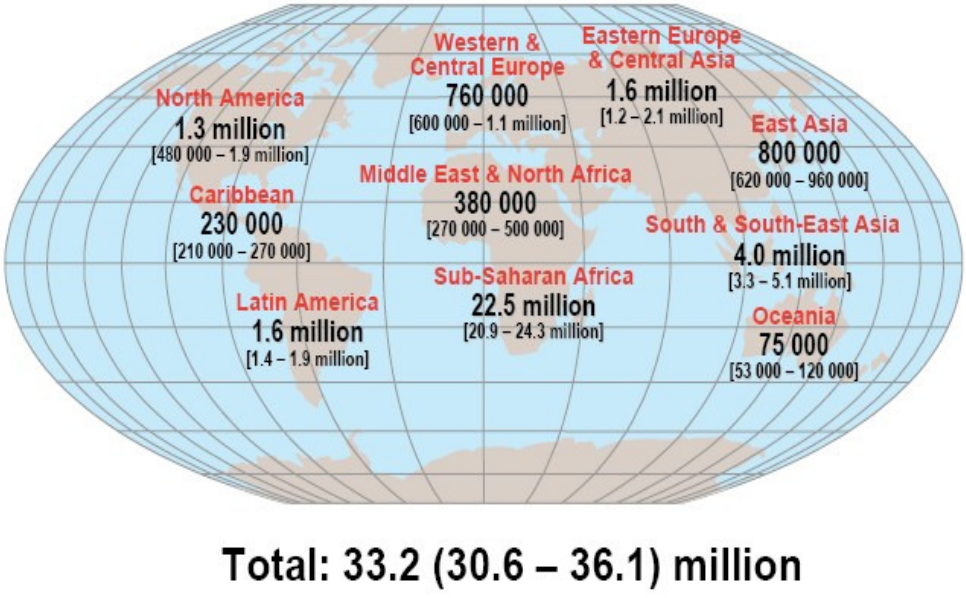
Tal como sucedió con la lepra o la tuberculosis en el siglo XIX, la infección del VIH / SIDA ha seguido una evolución que podemos considerar similar desde el punto de vista del miedo, estigma, la discriminación sufrido por los enfermos y creado alrededor de esta epidemia. En la primera fase de la epidemia fue denominada el *cáncer gay* con la aparición dramática de los primeros casos, fue caracterizada por el desconcierto de explicaciones catastróficas, las teorías de la conspiración, el castigo divino, la violación de los tabúes, los comportamientos inmorales, desviantes y el aumento del número de muertos hasta que llegó a ser una pandemia. Durante esta fase se descubrió el agente etiológico de la enfermedad, el virus del VIH, las vías de transmisión, las pruebas diagnosticas de detección del virus, se definieron los primeros métodos de prevención del VIH, las infecciones oportunistas asociadas a la infección, los primeros tratamientos con AZT y otras medicaciones antirretrovirales que mejoraron los sistemas inmunitarios de los pacientes. El SIDA pasó de ser una patología mortal a ser considerada una enfermedad crónica.

En el caso del VIH / SIDA esta primera fase ha durado aproximadamente treinta años, la pandemia se ha cobrado muchas víctimas, hay millones de personas infectadas en todo el mundo y muchos pacientes ya están tomando el tratamiento antirretroviral en los países en vías de desarrollo. Todo el mundo continúa esperando que aparezca la cura definitiva, vacuna, o el tratamiento, la famosa bala mágica capaz de curar la enfermedad. Desde el inicio la biomedicina tomó el control de la situación de pánico creado por la epidemia, al demostrar que era una enfermedad viral transmisible a través de la sangre, semen, secreciones vaginales y de la leche materna. La Biomedicina creó sinergias con otras ciencias, nuevos abordajes que permitieron crear líneas de trabajo con protocolos internacionales para diagnosticar, tratar, prevenir la enfermedad, un sistema de vigilancia epidemiológica mundial y una agencia de Naciones Unidas especial para esta pandemia, ONUSIDA.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En estos 30 años de historia, el VIH / SIDA ha funcionado como un catalizador que ha sacado a la luz pública grandes problemas y muchas de las desigualdades que existen en el mundo, ya que este virus ataca sin distinción de sexo, raza, color o genero. Las consecuencias de la pandemia han sido que millones de personas han muerto, existen muchos millones contagiadas con el virus y continúa aumentando el número de personas que toman tratamiento antirretroviral. En algunos países africanos que tienen epidemias generalizada como Zimbabwe parece que la epidemia empezaba a estar controlada pero en otros como Mozambique estaba descontrolada y en muchas áreas del mundo siguen aumentando el número de casos de la infección de forma alarmante en el año 2009. En el mapa mundial ONUSIDA se muestra la distribución y el número de personas viviendo con el VIH / SIDA en el mundo durante el año 2007, eran unas cifras que causaban miedo por el aumento de nuevos casos especialmente entre los jóvenes.

Mapa IV: Número de casos estimados de VIH / SIDA en el mundo en el año 2007.



Fuente: ONUSIDA, (www.unaids.org).

En estos años han sido realizados muchos estudios, en los que se ha analizado y debatido diferentes temas, desde diferentes ángulos de las ciencias biomédicas, las ciencias sociales o de otras ramas del saber, en relación a una enfermedad que tocaba aspectos fundamentales de la vida de las personas. Temas como la sexualidad, la identidad sexual, las diferencias de género, la vulnerabilidad de las personas ante la enfermedad, los derechos humanos, los derechos sexuales, la violencia de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

género, la violencia sexual, la salud reproductiva, la salud sexual, el estigma, la discriminación, los sistemas médicos plurales, la notificación al compañero, la igualdad y derecho al tratamiento antirretroviral, la pobreza, la violencia estructural, el derecho de los grupos marginados por sus prácticas sexuales diferentes, gais, lesbianas, violencia estructural y otros muchos temas, han sido examinados la mayor parte de estos temas estaban ligados entre sí y muchos correlacionados entre ellos, condicionaban el desarrollo de los países afectados y la práctica de la medicina frente a una pandemia que de momento parece imparable.

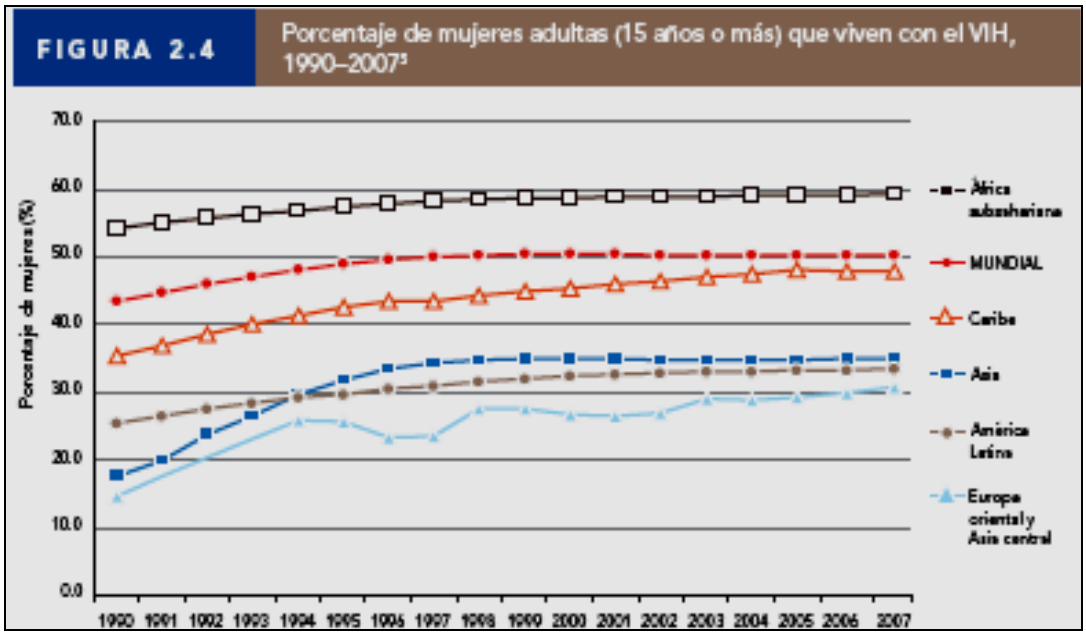
2. EL PANORAMA MUNDIAL

"…La mayoría de las epidemias de África Subsahariana parecen haberse estabilizado, aunque a menudo a niveles muy elevados, particularmente en el África Meridional. Además la prevalencia del VIH parece estar en descenso en una cantidad mayor de países. En comparación con los hombres, las mujeres se ven afectadas de una manera desproporcionada en toda la región y las diferencias entre sexos son especialmente marcadas en la prevalencia de VIH entre los jóvenes. En los países que han bajado las prevalencias en las mujeres embarazadas son: Zimbabwe. Botswana, Malawi y Zambia, que tenían epidemias generalizadas. Las jóvenes de 15 a 24 años presentan un 45% del total de las nuevas infecciones en adultos y gran cantidad de jóvenes aún no cuentan con la información exacta y completa sobre cómo evitar la exposición al virus y las nociones sobre su cuerpo y la educación sexual adecuada. En los dos últimos años se avanzó mucho en la ampliación de los servicios sanitarios para prevenir la transmisión materno-infantil…" (ONUSIDA, 2008:15).

La próxima figura muestra el porcentaje de mujeres que vivían en el mundo con la infección de VIH / SIDA desde el año 1990 al año 2007 en que fueron analizaron los últimos datos de la situación mundial de la epidemia en el mundo y fueron publicados en el año 2008. Resulta alarmante ver el aumento impresionante del número de mujeres que están contagiadas con el virus de VIH, demuestra la evidente feminización de la pandemia en el mundo y del amplio número de mujeres que se contagian cada día. En África, pienso que a pesar de las cifras tan elevadas de mujeres diagnosticadas y que saben que tiene el virus, además existen muchas mujeres aún escondidas que no quieren pasar por el test, ni ir a los servicios médicos hasta que no están verdaderamente enfermas debido al miedo que tienen a las consecuencias negativas, al significado cultural, social, personal de la enfermedad. Además es visible que desde el inicio de la pandemia las mujeres africanas han sido las más afectadas y que más han sufrido sus consecuencias.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Figura I: Porcentaje de mujeres con VIH desde 1990 – 2007.



Fuente: ONUSIDA 2008 (www.unaids.org).

El mismo informe de ONUSIDA asegura que sin un tratamiento adecuado, la mitad de los niños que tienen el virus morirán antes de su segundo aniversario debido a causas relacionadas con la enfermedad. En este escenario las tasas de supervivencia aumentaran en un 75%, si los recién nacidos seropositivos tuvieran acceso a diagnóstico y se les comenzara a aplicar el tratamiento adecuado antes de cumplir las 12 primeras semanas (ONUSIDA, 2008). "…A nivel mundial, las mujeres reciben mayor cobertura de terapia antirretroviral que los hombres, aunque los niños tienen una cobertura menor en los niveles detección de la enfermedad y en la cantidad de líneas de tratamiento antirretroviral adecuadas para ellos, que son mejores para los adultos y los adolescentes en los países con epidemias generalizadas donde la carga de la enfermedad es más elevada. En el año 2007 menos del 10% de los lactantes nacidos de madres seropositivas fueron diagnosticados antes de cumplir los dos meses de edad…".

"…En el momento actual debemos centrarnos en el refuerzo de nuestros sistemas sanitarios para que madres e hijos reciban tratamiento lo más rápidamente posible. Pocas mujeres embarazadas conocen en el mundo su condición de VIH / SIDA. En 2007, solo un 18% de las mujeres embarazadas en los países de renta baja o media se habían sometido a un test de diagnostico y solo

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

el 12% se habían sometido a otra prueba para detectar el estado de la enfermedad y el tratamiento que deberían de recibir. La prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo no solo es eficaz, es un derecho humano…" (ONUSIDA, 2008: 20).

El mismo informe recomienda la necesidad de un mejor acceso a los test de evaluación de los sistemas inmunológicos de las madres seropositivas para determinar en qué fase de la infección se encuentran, decidir el tratamiento adecuado en función de sus necesidades sanitarias, reducir al máximo el riesgo de que el virus sea transmitido a sus hijos y a otras personas. La prevención de los contagios de VIH entre las mujeres representa la primera línea de defensa para impedir el contagio en recién nacidos. La mejor manera de conseguirlo es involucrar a los jóvenes en las iniciativas contra el VIH para que los programas sean correctamente enfocados y eficaces (ONUSIDA, 2008).

La transmisión del VIH / SIDA de madre a hijo en los países desarrollados había sido controlada empleando medidas de salud pública rigurosas en los servicios de asesoría y pruebas voluntarias de VIH / SIDA, casi obligatorias a todas las mujeres embarazadas y a sus hijos, recibiendo posteriormente profilaxis o tratamiento antirretroviral las madres y los bebés, la alimentación con leche artificial para los recién nacidos durante el primer año de vida. En los países en vías de desarrollo, especialmente en el África Subsahariana, existían porcentajes muy bajos de mujeres embarazadas que participaban de estos programas a pesar de que en los últimos años se estaba tratando de aumentar la cantidad de las mujeres embarazadas para que acudieran y participaran en los programas de SMI (Salud Materno Infantil).

En diversas regiones del mundo, los dirigentes políticos, jefes religiosos y líderes comunitarios, inmersos en un gran debate sobre el problema del SIDA parecía que todavía no se habían dado cuenta o no querían aceptar la gravedad de la pandemia y el futuro tan incierto que venía en camino. Mientras que no se entiendan realmente las relaciones entre la enfermedad, los valores culturales, religiosos, sociales, políticos, económicos, los derechos humanos, los problemas de desigualdad de género, la pobreza, se armonicen los diferentes sistemas médicos, y se busquen estrategias adecuadas a la prevención, el tratamiento, los apoyos sociales, psicológico y legales, se luche contra la violencia y las desigualdades de género, el abuso sexual de las mujeres y niños, la venta de esclavos sexuales para prácticas horribles como la llamada *riqueza de la sangre* será muy difícil que se puedan introducir los cambios estructurales en la vida cotidiana y en los sistemas de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

salud para que los programas de la prevención de la transmisión vertical realmente funcionen (Latre-Gato, 1999; Berer, 2003; Raisler & Cohn, 2005; Desclaux & Desgrees du Loû, 2006, Castro, 2006).

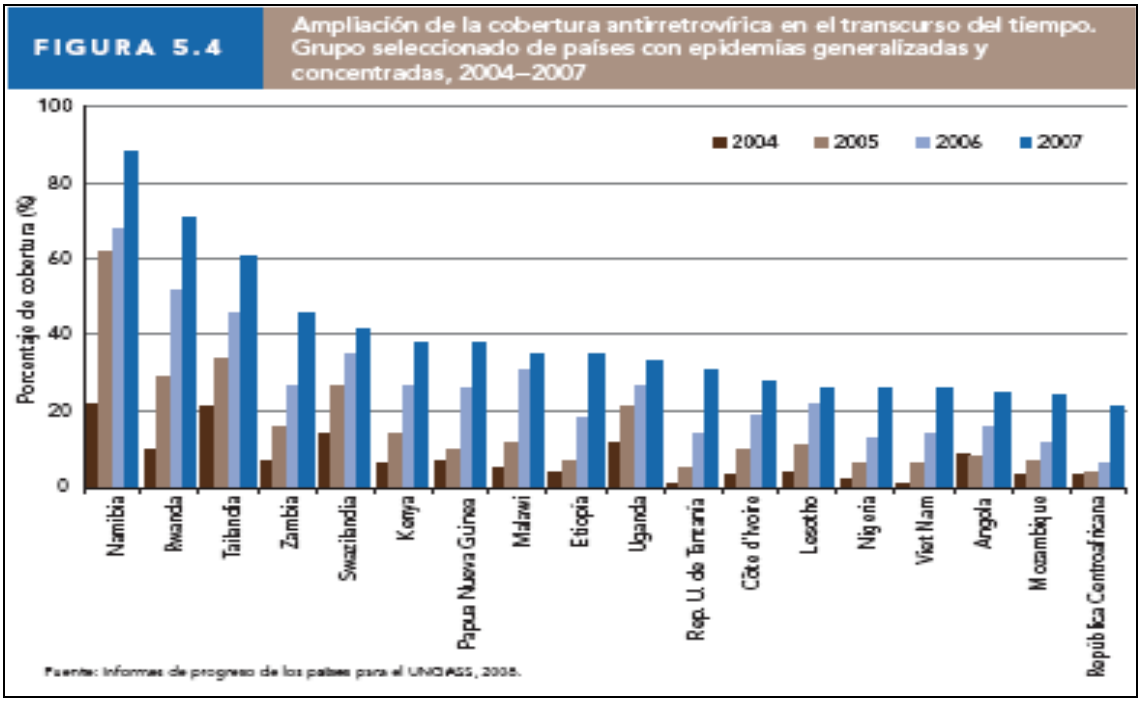
Las intervenciones estructurales deben de movilizar a todos los sectores de la sociedad, es necesario tomar en consideración las necesidades de las mujeres y la responsabilidad compartida de los padres, como en los países desarrollados. En los centros de salud de Europa existen escuelas para que los padres y madres educasen a los hijos dentro de un comportamiento de paternidad / maternidad responsable favorecidas por el gobierno. En el África Subsahariana se aglutinan el mayor número de mujeres embarazadas con condición de VIH / SIDA positiva, especialmente en el África Austral. En este continente es donde las mujeres tienen de media más hijos, por el valor cultural y social de la maternidad en estas culturas. Este escenario puede tener como resultado que una sola madre infectada pueda transmitir el virus y la enfermedad a varios hijos. La transmisión heterosexual es la principal vía de contagio entre los adultos, la transmisión vía madre a hijo es la segunda vía principal de transmisión de VIH / SIDA en África Subsahariana y esta segunda vía el contagio de madre a hijo puede ocurrir durante el embarazo, parto o lactancia (Latre-Gato, 1999; Berer, 2003; Raisler & Cohn, 2005; Desclaux & Desgrees du Loû, 2006, Castro, 2006).

La expansión de la epidemia se puede atribuir a los factores socio-culturales, económicos generales, sexuales, políticos y biológicos, que favorecen que la mujer sea más vulnerable a la infección. Entre los factores más comunes se pueden citar las desigualdades de género que generan desigualdades socio-económicas en materia de sexo, la dificultad para el uso de las medidas preventivas y la negociación de relaciones sexuales seguras, las consecuencias no esperadas de las campañas de prevención del virus de que los hombres no usen el condón con las esposas y lo utilicen solo fuera de casa, las relaciones de violencia facilitadas por el excesivo consumo de alcohol, las prácticas culturales tradicionales, la emigración, el recurso al sexo comercial para la supervivencia, menor nivel de educación de las mujeres, de acceso a las tierras, nivel más bajo de formación escolar. La no existencia de prioridades claras en las estrategias de salud pública en los sistemas sanitarios para dar prioridad a los programas de transmisión vertical, la falta de respeto de los derechos humanos y sexuales, la no suficiente inversión en buscar en los métodos de prevención más eficaces y aceptables para reducir el contagio y los programas adecuados de educación para la salud (De Brey et al., 1995; Schoepf, 1992; Latre-Gato, 1999; Farmer & Castro, 2004; Castro, 2006).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En la figura siguiente muestra cómo ha ido evolucionando el tratamiento antirretroviral en los países más afectados por la pandemia de SIDA en los últimos años, seguí los datos del último informe de ONUSIDA. A pesar del aumento de personas en tratamiento antirretroviral en el mundo, las necesidades y la cobertura de tratamientos necesarios para que la epidemia llegue a ser una enfermedad crónica, continuaba siendo muy baja. En el caso de Mozambique, se apreciaba el aumento de enfermos en tratamiento antirretroviral, pero apenas sobrepasaba el 20% de cobertura en la población que tenía necesidades del tratamiento antirretroviral. Para tener una cobertura satisfactoria, de enfermos que necesitaban el tratamiento antirretroviral, debería de estar a un nivel del 80%, es decir cuatro veces más de la cobertura ofrecida en ese año. Los esfuerzos a realizar en el futuro continuaban siendo muy importantes para alcanzar a la mayoría de la población.

Figura II: La terapia antirretroviral en países afectados por la pandemia, año 2007.



Fuente: ONUSIDA 2008, (WWW. unaids.org)

Llevamos años hablando de las mismas situaciones, problemas y llegando a las mismas conclusiones en las ONG´S, las organizaciones de cooperación internacional, local, mundial sobre la poca participación de los hombres en los programas de PTV y de SIDA, del problema de la revelación y la notificación del estatus al compañero obligatoria, o que solo participa cuando es un deber para conseguir un trabajo, una visa, lo prescribe el médico o están muy enfermo. La discusión

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

en el año 2009 a niveles de ONG internacionales es que se les ha dado prioridad a las mujeres que vienen en mayor cantidad a los hospitales de día a buscar ayuda y tratamiento, están mejor informadas que los hombres, muchas mujeres están tomando el cóctel antirretroviral, llevando seguimiento médico de ellas y sus hijos infectados, por esa razón sabemos que había una feminización de la pandemia, del tratamiento de la enfermedad, que los hombres no tienen interés, no vienen al hospital sino están enfermos y la necesidad de crear servicios adecuados para ellos por que empiecen a reaccionar. ¿Serán necesarios estos cambios? o ¿debemos hacer una evaluación profunda del programa de VIH / SIDA a nivel medico, sexual, cultural, económica, política y religiosa para buscar estrategias más adecuadas a las personas que sufren la pandemia del VIH / SIDA en Maputo y por extensión a todo Mozambique?

3. LOS DESAFIOS A NIVEL INTERNACIONAL

El último informe de ONUSIDA sobre la situación de la epidemia en el mundo es hasta este momento la evaluación más exhaustiva que se ha llevado a cabo en respuesta al VIH / SIDA. Está basada en los informes presentados por 147 países de todo el mundo sobre el progreso nacional realizado en la aplicación de la declaración de compromiso sobre el VIH / SIDA del año 2001. La respuesta al VIH / SIDA resulta vital para el progreso de todos los objetivos de la agenda de desarrollo mundial. En muchos países se observa un importante progreso en la reducción de las muertes causadas por el SIDA y en la prevención de nuevas infecciones. Este progreso ha sido disparejo en algunos países y el futuro de la epidemia es incierto, y subrayaba la necesidad de una acción todavía más intensiva para avanzar en el acceso universal de la prevención, el tratamiento integral en relación al VIH (ONUSIDA, 2008).

"…La decisión de la comunidad mundial de caminar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo con el VIH da testimonio de un compromiso moral de proporciones históricas. Es la primera vez que el mundo intenta, a tan gran escala, llevar la gestión integral de las enfermedades crónicas a lugares con recursos limitados. En los últimos seis años, el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral ha aumentado 10 veces. En lugares donde antes el VIH era mortal, la introducción de tratamientos que preservan la vida ha rejuvenecido familias, revitalizado a comunidades enteras y mejorado la respuesta al VIH / SIDA. Es necesario un progreso considerablemente mayor para avanzar hacia el acceso universal al tratamiento y la atención del VIH / SIDA. El número de nuevas infecciones causadas por el VIH

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

continua superando el aumento en el número de personas que reciben la terapia antirretroviral cada año que es de una tasa de 2,5 personas que necesitan el tratamiento a 1 persona que lo recibe. Como consecuencia, es posible que se comprometa la sostenibilidad a largo plazo incluso del ritmo actual de ampliación del tratamiento…" (ONUSIDA, 2008:16).

4. LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL EN MOZAMBIQUE

En Mozambique, según ONUSIDA, en el año 2007 hubo un aumento importante en los casos de infección de VIH. Las principales vías de transmisión eran dos: las relaciones heterosexuales y la de traspaso del virus de madre a hijo, como sucedía en la zona del África Austral; este patrón de evolución de la epidemia era el que seguía el país. Los enfermos de VIH / SIDA dejaron de ser las personas que pertenecían a los *grupos de riesgo* por sus prácticas sexuales como las trabajadoras de sexo, comerciantes, emigrantes, homosexuales, militares y policías, pasó a ser la mujer que trabaja en su casa, cuida de su familia y campesina como se demostró en el estudio que se hizo en la provincia de Gaza (Epstein, 2002) y poco después los hijos de estas mujeres. El SIDA ya no era una enfermedad que afectaba a grupos específicos de población y pasó a ser una patología común que afectaba a toda la población en general independientemente de color, clase, religión, etnia, lugar de residencia o género.

"...La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (15 - 49 años) aumentó del 11% en el año 2000 al 16% en 2004, uno de los aumentos más abruptos que se habían observado en el África Subsahariana en los últimos años. Los niveles de infección del VIH / SIDA en mujeres embarazadas eran mayores en el centro y sur del país. En la ciudad de Maputo, Sofala y Gaza se habían registrado los aumentos más significativos, donde la prevalencia del VIH oscilaba entre el 18 % y el 27% en 2004…" (Consejo de Lucha contra el VIH / SIDA, 2007). En el periódico Noticias de julio del año 2009, el más leído en el país, publicó la noticia sobre la situación descontrolada de la pandemia del VIH / SIDA en Maputo, siguiendo el curso natural de la infección sin que las intervenciones realizadas por el programa de SIDA y el gobierno pudiesen aún cambiar la situación para que la pandemia se fuera estabilizando.

Las medidas de prevención para evitar los contagios, estimaba el gobierno, no estaban funcionando como había sido planificado en el programa de SIDA, y las agencias internacionales, siguiendo las estrategias de prevención escogidas por el programa nacional de SIDA basadas en el cambio de comportamiento o ABC (abstinencia, fidelidad y uso del condón) (Green et al., 2006),

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que era la estrategia que apoyaba e imponía PEPFAR y las agencias de Naciones Unidas, especialmente ONUSIDA y la OMS, pese a que todos conocían los malos resultados que habían tenido estas estrategias en los países del África Subsahariana.

El número de personas que usan preservativo que no tienen el virus y de las personas que están en tratamiento antirretroviral es bajo, especialmente en el área donde ha sido realizado esta Tesis en la ciudad de Maputo, y estos datos no están en consonancia con las estadísticas de los informes de vigilancia epidemiológica publicados por las autoridades. Encontré datos reales que son más elevados y que me preocupan. Las personas tienen resistencia para ir a la asesoría y test de VIH / SIDA en los GATVS (gabinete de asesoría y test de VIH / SIDA). El número de personas que necesitan tratamiento antirretroviral continúa aumentando. El Triomune es el cóctel de 3 componentes de la medicación antirretroviral más usado en la primera línea de tratamiento, uno de sus 3 componentes es el D4T, no se ajusta a las recomendaciones internacionales y en muchos países ya no estaba en uso por los efectos tóxicos que causaba a los enfermos que lo tomaban. A pesar de estas circunstancias, este tratamiento ha mejorado la vida y el sistema inmunológico a muchas personas en Mozambique.

Las mujeres son el grupo más afectado por la pandemia del VIH / SIDA, existe una feminización de la epidemia del SIDA, también más mujeres están en tratamiento antirretroviral y están mejor informadas que los hombres en Chamanculo (Tolan, 2005). Se ha hecho más visible el aumento del diagnóstico de niños que fueron infectados por sus madres porque han mejorado los métodos diagnósticos, ya se usa el PCR-DNA en Maputo y en Beira. El PTV (programa de prevención de la transmisión de madre a hijo), cuando está bien organizado y desarrollado, es un programa que tiene buenos resultados, como había sido visto en diferentes países desarrollados y en otros países en vías de desarrollo (Desclaux & Desgrees du Loû, 2006).

La pandemia del VIH / SIDA en Mozambique a pesar de las inversiones y esfuerzos que se han llevando a cabo en el programa de SIDA a todos los niveles, tales como la mejoría de las estructuras sanitarias, la formación de personal sanitario para trabajar con enfermos de VIH / SIDA y los avances en la gestión de medicamentos antirretrovirales. La integración en los programas de VIH / SIDA de personal formado en otras áreas de las ciencias como psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos médicos, epidemiólogos, farmacéuticos intentando crear equipos multidisciplinarios. La creación de protocolos, guías de tratamiento y de actuación de los

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

profesionales en los diferentes componentes del programa de VIH / SIDA. La expansión del tratamiento, de la profilaxis antirretroviral y de las enfermedades oportunistas a todos los distritos del país. A pesar de todos estos esfuerzos realizados, El VIH / SIDA continua siendo un grave problema de salud y de desarrollo en el país que necesita de más medidas, mayores esfuerzos para mejorar y alcanzar a más pacientes. El programa de SIDA en Mozambique no ha sido bien adaptado social y culturalmente a la población a la que atiende, según algunos analistas, en especial antropólogos y científicos sociales (Arthur & Osorio, 2002). Aunque este programa tiene un recorrido de más de 20 años y han sido creadas campañas de educación, comunicación y de información (IEC) a la población para la prevención e inicio temprano del TARV (tratamiento antirretroviral) por los pacientes, evitar la transmisión de madre a hijo y el SIDA pediátrico, es necesario el diseño de nuevas estrategias para que el programa funcione mejor y más familias participen en los centros de salud para evitar más contagios.

Al inicio, el efecto que tuvieron las campañas IEC fue diferente del esperado porque las campañas de prevención fueron planteadas de una manera muy agresiva, y las consecuencias de estas campañas habían tenido un resultado no deseado, las personas tenían miedo de pasar por la asesoría y test de VIH / SIDA. Cuando el resultado del test de VIH era positivo, las personas, en especial las mujeres se enfrentaban a la decisión de si seguían el circuito del programa o si desaparecían. La mayoría de las personas tenían mucho miedo por las consecuencias derivadas de ser considerados enfermos de VIH / SIDA tales como ser estigmatizados, discriminados y de tomar un tratamiento para toda la vida del que no entendían sus efectos, ni porque debían de tomarlo con buena adherencia para que tuviera buenos resultados y las personas mejoraran.

5. EL PANORAMA DEL VIH / SIDA EN CHAMANCULO

Las mujeres cuando están embarazadas van al programa de SMI, se les realiza como protocolo de rutina el test de VIH a no ser que ellas se nieguen específicamente y muy pocas mujeres tienen el valor de negarse y enfrentarse con las enfermeras porque es la norma dada por el MISAU (Ministerio de la Salud), para que sea realizado el test de VIH, al mayor número de mujeres embarazadas. Cuando las mujeres descubren la situación, que están embarazadas y tienen una condición de VIH positiva, muchas de estas mujeres entran en shock porque no esperan este resultado sencillamente porque están asintomáticas y no creen que estaban en situación de riesgo de coger el virus. Muchas mujeres niegan la situación o simplemente no creen en el resultado del test

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de VIH al inicio, más tarde van a pasar por otro test en otro centro de salud y confirmar que es una realidad. En este momento, comienza una serie de problemas para ellas como son: no aceptar la enfermedad, explicar la situación al compañero, a la familia, saber la situación de cómo está su sistema inmunológico en relación al virus del VIH, evitar pasar la infección al bebé, al marido y a otros posibles compañeros sexuales. A partir del momento que aceptan seguir en el programa de PTV comienzan a recibir un proceso de educación para la salud sobre la infección, la enfermedad y la prevención, Todas las circunstancias que estas mujeres deben de empezar a cambiar para que sus niños nazcan VIH negativos, otra parte importante de este proceso, es notificar su condición de VIH positiva al compañero y convencerlo para que venga al hospital para realizarse el test y la asesoría de VIH. Las mujeres tienen mucho miedo de hablar con el compañero por las posibles consecuencias negativas que pueden derivar de esta situación.

Muchos hombres se realizan las pruebas de la asesoría y test de VIH sólo cuando es necesario, si no evitan la situación y también prohíben a sus mujeres ir al programa de Salud Materno Infantil. Los hombres también tienen miedo de notificar su condición de VIH positivo, sólo en algunas situaciones hablan y notifican sus estatus de VIH a la mujer. El resultado de esta situación es que los dos miembros de la pareja escondenn la condición de VIH y quizás llevan un tiempo ya en tratamiento antirretroviral, comportándose como si nada sucediera. Pueden estar en una situación en que pueden estar re-infectándose el uno al otro a través de las relaciones sexuales porque no usan de la *camisa de Venus* (preservativo). En el año 2009, el contagio entre parejas es considerada la vía de contagio más frecuente en los países de África Subsahariana y también en Mozambique (Tolan, 2005; Desclaux & Desgres du Lôu, 2006; ONUSIDA, 2008).

El resultado de toda esta situación es que pueden estar pasándose diferentes cepas de virus el uno al otro y a los posibles hijos de esta unión, también a las posibles parejas con las que pueden mantener relaciones sexuales fuera de esta relación o dentro de las redes sexuales con las que interactúan. Con la variedad de tipos de virus de VIH, el tratamiento de la enfermedad puede no ser bien tomado y seguido, o quizás no funcione bien el tratamiento indicado y es cada vez más complicado y caros conseguir más líneas de tratamiento que sean efectivas para que mejore la salud de los enfermos. La carga viral si el tratamiento no funciona será más elevada por lo cual las personas contagiadas están en situación de transmitir más la enfermedad, es un círculo vicioso. Como conclusión, las estrategias propuestas por las organizaciones mundiales a nivel de prevención, la necesidad de revelar el estatus de VIH, la desaparición de las mujeres embarazadas que se ponen

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

fuera del sistema para no ser castigadas indican que estas estrategias no funcionan y es necesario buscar nuevas estrategias para intentar mejorar este panorama.

En contraposición a esta situación de la pandemia de la que todo el mundo habla en Maputo y que la mayoría de la personas esconden. Existe un ambiente en la ciudad de Maputo en que la sensualidad y gozar de los placeres de la vida flota en la atmosfera, esta vitalidad y las ganas de vivir al máximo es como una respuesta a la fatalidad de la enfermedad. Además coexisten otras situaciones curiosas en que hablar de sexualidad abiertamente es tabú y las personas no hablan claramente sobre sus prácticas sexuales especialmente las mujeres, en contraposición los hombres hablan más claramente pero es para afirmarse en su masculinidad como el hecho de que mantener relaciones sexuales con muchas mujeres es sinónimo de ser hombres poderosos, en cambio las mujeres no hablan de sus relaciones sexuales por miedo a ser consideradas mujeres de mala vida.

Los pacientes no quieren que se sepa su condición de VIH / SIDA porque tienen miedo del estigma, de las habladurías, discriminación y de la muerte de su vida social. En una situación de crisis como la que existe en Mozambique hay un baile de datos entre todos los participantes y los diferentes analistas del programa de VIH / SIDA, existe una discusión sobre las cifras de prevalencias e incidencias. Estos datos pueden servir de base para diferentes análisis aunque muchas veces sean contradictorios dependiendo de quién los interpreta o analiza, sus valores, sus teorías y muchas veces los objetivos para que se quieren usar. Existen también diferencias de cosmogonías, religiones, una larga historia de opresión de la mujer, un sistema en que el hombre es el dueño y señor de su esposa, de malos tratos a las mujeres, a los niños y de hambre en las familias.

Existen toda una serie de cuestiones endémicas que deben ser estudiadas por los sistemas de salud y que no se hacen. Las experiencias llevadas a cabo en el pasado en la lucha contra las epidemias como capital de saber aprendido no han sido tenidas en consideración para trabajar contra esta pandemia. Este es el panorama en el que se ha ido desarrollando esta investigación, donde la situación internacional ha influido mucho en la situación nacional y que junto a las características sociales, culturales, políticas, sexuales, económicas, históricas del país han confluido en que el programa de prevención de madre a hijo en Chamanculo, Maputo y Mozambique sea un gran desafío para el gobierno, todas las instituciones y organizaciones que trabajaban en esta área del programa nacional de SIDA de Mozambique.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

6. EL OBJETO DE ESTUDIO

Las mujeres embarazadas cuando van a la consulta prenatal les realizan como protocolo de rutina la asesoría y test de VIH. Las mujeres que tienen un resultado de VIH positivo deben de entrar al programa de prevención de la transmisión del VIH / SIDA de madre a hijo. Muchas de las mujeres embarazadas VIH positivas participan, muchas de ellas desaparecen y no vuelven más, tiempo más tarde muchas de estas mujeres retornan y continúan con el programa de PTV. Estudiar los problemas de estas mujeres para enfrentar esta situación y los aspectos sociales, culturales, económicos, políticos que influyen para que las mujeres no quieran participar en este programa. Muchas mujeres no consiguen hablar con sus compañeros y revelar su condición de VIH /SIDA, tienen miedo, no se sienten capaces para invitar a sus compañeros para venir al hospital a pasar por la asesoría y test de VIH juntos.

Intententaré seguir y analizar la colaboración entre los practicantes de la Medicina Tradicional y de los servicios de PTV que son imprescindibles para el buen funcionamiento de los programas de prevención de la transmisión vertical. Las mujeres utilizan simultáneamente varios sistemas paralelos de salud, recurren a los cuidados de salud prestados por los representantes de diferentes religiones, hechiceros, curanderos y adivinos entre otros y el tratamiento médico en el centro de salud. Analizaré el programa de SIDA, especialmente las componentes del programa destinado a la prevención de transmisión de madre a hijo. El proceso de Integración del programa de SIDA en los centros de salud de atención primaria del área de Chamanculo para que el VIH / SIDA sea tratada como una enfermedad crónica más, e intentar disminuir el estigma y discriminación. Estudiaré la situación de este país, que tenía una prevalencia muy baja al inicio del programa de SIDA a finales de los años 80 y saltó a un aumento alarmante en un periodo de 10 años; y las circunstancias políticas, sociales, culturales, económicas, sexuales, históricas que han rodeado estos cambios.

La literatura existente ha sido utilizada para comprender el problema del SIDA y de la transmisión de madre a hijo en el ámbito mundial en general, del África Austral y Mozambique en particular. Un estudio basado en el funcionamiento cotidiano y práctico de una consulta de PTV y después de la consulta prenatal del Hospital de Chamanculo en Maputo desde el año 2006 al 2009 demostrará las lecciones que se pueden aprender de las actividades realizadas, las dificultades enfrentadas, las soluciones adoptadas para intentar facilitar el acceso de las mujeres embarazadas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

con VIH al programa de prevención y a las alternativas de grupos de soporte psicológico, medico y social.

7. EL OBJETIVO PRINCIPAL

En este estudio analizaré y evaluaré los aspectos sociales, culturales, económicos, políticos, sexuales, médicos, religiosos que pueden influir en el programa de la prevención de la transmisión vertical en el barrio y Hospital de Chamanculo con el objetivo de ayudar con la información y el saber producidos a mejorar el programa de VIH / SIDA de forma de poder crear sinergias entre todos los actores implicados. Crear un ambiente en que exista respeto por la cultura, la sociedad, los valores, la economía y se pueda mejorar la vida de las personas que padecen la enfermedad.

8. LOS OBJETIVOS SECUNDARIOS

Los objetivos secundarios de la investigación son los siguientes:

1. Escribir y analizar la historia desde el inicio de la epidemia cuando empezó el problema de las mujeres embarazadas y sus hijos, cuando fueron considerados grupos de riesgo y obligados a realizarse el test de VIH, para contextualizar la situación de las mujeres embarazadas, de sus estrategias, del problema de la revelación de la condición del VIH al compañero, las consecuencias, para después analizar la situación en Mozambique y sacar las conclusiones derivadas de estas políticas.

2. Contextualizar la evolución de la pandemia de VIH / SIDA en la historia contemporánea de Mozambique, considerando la evolución de los factores socio-económicos, políticos, los cambios en el sistema de salud, las estrategias de salud pública, la evolución del patrón epidemiológico. Y como estos cambios han influenciado de una forma importante en la pandemia del VIH / SIDA para buscar y recomendar estrategias de actuación.

3. Describir, analizar y comprender la situación de las mujeres embarazadas que van al programa de Salud Materno Infantil porque están embarazadas, y se les aconseja que lleven un seguimiento médico del embarazo; este es el programa más popular de salud del país. Analizar sus miedos, sus creencias, sus estrategias de adaptación, las dinámicas individuales, colectivas y mantener relaciones más equitativas con los hombres. Son las mujeres embarazadas las primeras en descubrir su estatus positivo cuando van a la consulta prenatal. Los hombres que participan en la concepción del hijo no son obligados hacer el test de VIH, como son las mujeres embarazadas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

4. Intentar entender por qué los hombres no participan en las consultas prenatales, por qué no quieren saber su condición de VIH, participar junto a sus familias en el programa de transmisión de madre a hijo y continúan manteniendo un comportamiento sexual de riesgo.

5. Recoger y analizar los conocimientos, las practicas de las mujeres embarazadas en relación al VIH / SIDA. Como entienden los modelos explicativos de la enfermedad de VIH / SIDA en las explicaciones que reciben del personal sanitario, como ellas comprenden estas explicaciones y dan nuevos significados: cómo se desarrollan los síntomas, los diagnostico, las vías de contagio, la prevención, los tratamientos y otros problemas ligados al proceso salud / enfermedad / atención.

9. LA ORGANIZACIÓN DE LA TESIS

Esta tesis está organizada en 5 secciones y cada una de ellas en varios capítulos:

- **La primera sección,** cuyo título es "La prevención de la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo en Mozambique, un gran desafío", en ella describo el planteamiento del problema de investigación, su contextualización a nivel internacional y de Mozambique en particular, el objeto de estudio, los objetivos, los resultados, los métodos y materiales usados. Incluye un epígrafe donde explico las diferentes secciones de la tesis con los capítulos que componen cada sección para dar una lógica y una continuidad a los argumentos que fui desarrollando a lo largo del trabajo como hilo conductor de la Tesis. Esta primera parte es la introducción y la explicación del segundo protocolo que tuve que escribir para presentar al Comité de Bioética del Ministerio de la Salud de Mozambique para que me autorizaran a llevar a cabo esta Tesis y está organizada en dos partes:

  En la primera parte describo el tema de investigación, que es la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo en Chamanculo, un barrio de la capital de Maputo en Mozambique. En ella realizo una pequeña contextualización internacional del programa de PTV y del SIDA en Maputo. En la segunda parte explico la metodología, los materiales usados para el desarrollo de la Tesis, y escribo una recensión crítica de parte de la literatura escrita en Mozambique que fue consultada para la organización de este trabajo.

- **La segunda sección** cuyo título es: "El contexto del programa de la prevención de la transmisión vertical en el mundo". Explico la contextualización desde el inicio de la epidemia, de cómo las mujeres embarazadas que eran o habían tenido contacto con los grupos considerados de *riesgo*, fueron incluidas también en el *grupo de alto riesgo*. El inicio del problema de la transmisión

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

al hijo de la enfermedad del SIDA, todas las circunstancias que rodearon la creación del programa de prevención de la transmisión del VIH / SIDA de madre a hijo, su evolución en el mundo y especialmente en África Austral. Esta sección está compuesta por tres capítulos: En el capítulo I, cuyo título es: "Las mujeres embarazadas y sus hijos en el centro del debate del VIH / SIDA desde el inicio de la pandemia", explicó las razones que llevaron a considerar a este grupo – las mujeres embarazadas y sus hijos - como grupo de riesgo para el tratamiento prioritario en los programas de la lucha contra el VIH / SIDA en la mitad de los años 80 y las consecuencias de las políticas de salud pública en la prevención, asesoría y pruebas voluntarias de VIH, las contradicciones que surgieron, los comportamientos y reacciones de estas mujeres.

En el capítulo II, cuyo título es: "Parar la transmisión de madre a hijo. Salvar a los niños", describo y analizo la evolución de las estrategias propuestas de profilaxis, tratamientos antirretrovirales, alimentación de los hijos de madres VIH positivas para controlar la transmisión de VIH de madre a hijo, su eficacia, evolución del programa de PTV con el tiempo en el mundo desarrollado y en África Subsahariana. El capítulo III, cuyo título es:"África Austral y Meridional la zona más castigada por la pandemia del SIDA", está centrado en el análisis de la problemática del VIH /SIDA en África Austral, la zona con los niveles más altos de infección, la historia de cómo comenzó la epidemia, cómo fue evolucionando, las circunstancias que han favorecido para esta pandemia generalizada en la zona y los efectos en las mujeres embarazadas y sus hijos.

- **La sección III** cuyo título es: "la historia del VIH / SIDA en Mozambique". La evolución del VIH / SIDA en Mozambique sólo puede ser comprendida si tomamos en consideración la historia del país, la cultura de las poblaciones que componen el país, el tipo de organización social y económica de las personas, la evolución de los sistemas de salud plurales que coexisten en Mozambique, las circunstancias políticas, sociales, económicas y culturales que han tenido un papel especial en la evolución de la pandemia en el país. La tercera sección incluye cuatro capítulos. El capítulo IV trata de "La historia de la pandemia de VIH / SIDA en Mozambique," en él realizo un análisis de las historias ya llevadas a cabo sobre la pandemia, un análisis de las historia y las consecuencias del paso del país de ser una colonia a un régimen comunista y de las guerras de liberación de la colonia de Portugal y civil más tarde. Su influencia en el comienzo de la epidemia y de las respuestas dadas a la enfermedad por las autoridades del país.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

El Capítulo V es: "Las camisas de Venus contagiadas con el virus del VIH y los componentes del programa de SIDA". En el describo la evolución de la respuesta mozambiqueña al SIDA, las estrategias seguidas para evitar la propagación del virus y los diferentes componentes del programa de SIDA que surgieron en la evolución de la pandemia. El capítulo VI cuyo título es ´´El medio ambiente social, cultural, económico, sexual y político en el que se desarrolló la pandemia´´. Expongo los factores sociales, culturales, económicos, sexuales, políticos, históricos, religiosos que han regido el entendimiento de las relaciones sexuales entre los habitantes del país, como fueron cambiando y afectando a la evolución de la pandemia.

El capítulo VII titulado: "La influencia de las religiones y La Medicina Tradicional en Mozambique", trato de explicar cómo las religiones tratan de influenciar en la epidemia con sus discursos morales cada una siguiendo sus creencias, muchas religiones en vez de apoyar y ayudar a sus feligreses enfermos los consuelan con más oraciones. La Medicina Tradicional cómo entiende la enfermedad, la salud, los tratamientos que se realizan y sus relaciones con otros sistemas de salud del país. Las personas recurren a los diferentes prestadores de cuidados plurales del proceso salud / atención / enfermedad que existen en el país.

- **La sección IV** es donde comienza la parte de la investigación, cuyo título es: "El estudio de caso de Chamanculo. Un barrio de la capital de Mozambique que no es muy diferente del resto del país". En los dos capítulos que componen esta parte describo las características socio-económicas de los residentes, las instituciones de salud existentes en el área de salud de Chamanculo y de los principales usuarios del PTV. En el Capítulo VIII cuyo título es "El barrio y hospital de Chamanculo en Maputo, breve historia del proyecto de Médicos Sin Frontera Suiza". Llevo a cabo una pequeña historia de cómo surgió el barrio y de las condiciones socio- económicas de las personas que viven allí, de la situación de saneamiento del barrio, de infraestructuras y de cómo está organizada el área de salud y hospital de Chamanculo".

En el Capitulo IX cuyo título es "Médicos Sin Frontera Suiza se instala en el Hospital de Chamanculo" describo la presencia y la intervención de esta ONG Internacional, mostrando la evolución de sus programas, las políticas aplicadas y su relación con otros actores sobre todo el MISAU. Aquí analizo los datos obtenidos en el PTV a través de sus estadísticas e historias psicosociales. Las mujeres embarazadas o que acaban de tener un hijo son un grupo heterogéneo en

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

cuanto a cultura, situación de matrimonio, indicadores socio - económico, educación, trabajo, de prácticas sexuales.

- **La sección V** cuyo título es: "La discusión de los resultados", está compuesta por seis capítulos, aquí voy explicando los resultados de los datos y la información que fui encontrando en el trabajo que realicé en el Hospital y Barrio de Chamanculo y discutiendo los resultados que considero más interesantes. El capitulo X se titula: "Los diferentes modelos explicativos de la infección del VIH / SIDA - *Xipongwana* en el área de Chamanculo". En este capítulo expongo cómo las explicaciones dadas a los pacientes sobre la historia natural del virus del VIH / SIDA por el personal sanitario local, utiliza conceptos de la cultura local para explicar qué es un virus, concepto que no existe en su lengua y lo transforman por *xipongwana,* este cambio usando analogías crea una resignificación de conceptos y como resultado se mezclan los modelos explicativos de la enfermedad. Los pacientes a su vez mezclan estos conceptos con otras creencias de las culturas existentes en el área creando un sincretismo que puede afectar a los modos de prevención, tratamiento y el uso de los sistemas plurales de salud.

El capitulo XI se titula "Navegando entre el miedo, el secreto de ser VIH positiva, las habladurías y salvar al hijo". En el explico y comento la historias de mujeres embarazadas de Chamanculo". En este capítulo puse voz a las embarazadas y sus historias cuando descubren que tienen una condición VIH positiva o ya están con la enfermedad del SIDA. Las estrategias de las mujeres para aceptar la situación y buscar soluciones que las ayuden a no contagiar a sus hijos y a no ser castigadas socialmente por la dolencia. El capitulo XII se titula: "El miedo a revelar al compañero/a la condición de VIH / SIDA positiva". Aquí realizo una breve historia de la revelación al compañero del sero-estatus desde el inicio del programa de SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza y las consecuencias negativas que han traído a las embarazadas el revelar su situación. Los desafíos pendientes y un breve recuerdo histórico para saber por qué los hombres culpan a las mujeres de la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

El capitulo XIII se titula" Historia de Nyeleti, una vida muy intensa y como una enfermedad se volvió una forma de supervivencia". Explico en esta historia la trayectoria de una paciente especial, una mujer que pasó de ser víctima de la enfermedad a trabajar como paciente experta. Esta trayectoria es muy semejante a la de otras pacientes que todavía tienen dificultades en describir y analizar su propia vida, a pesar de las grandes diferencias que existen entre ellas, pues Nyeleti es un

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

caso extremo y una mujer valiente en la forma como ha ido enfrentando su vida. El capitulo XIV se titula "Los prestadores de cuidados de salud: entre el *xipongwana* o el ataque de los virus de VIH". En este capítulo pongo voz a diferentes prestadores de cuidados de salud locales del área de Chamanculo y en la segunda parte a diferentes profesionales expatriados.

En el capitulo XV cuyo título es: "Los pacientes del barrio de Chamanculo y sus historias", describí la diversidad de las trayectorias de los diferentes pacientes que entrevisté. A pesar de las diferencias en las historias hay algo que es semejante: el poco conocimiento de la patología, la vulnerabilidad de los hombres y las mujeres frente a la enfermedad. La existencia de una *teoría de la conspiración* para explicar la enfermedad por parte de los actores sociales cuando en la realidad hay un gran conjunto de creencias y de comportamientos que lleva a las mujeres a la promiscuidad sexual que puede tener como resultado que se infecten todos. Los hombres tienen muchas mujeres, alegan las mujeres infectadas, pero las mujeres tienen muchos hombres según dicen algunas mujeres y hombres. Las mujeres embarazadas explican que se sienten víctimas de los hombres y niegan que tengan muchas relaciones sexuales y los hombres además se sienten víctimas de las mujeres. Pero la realidad parece ser que tanto hombres como mujeres mantienen una red de contactos sexuales.

Las conclusiones finales: En las conclusiones de la Tesis defendiendo la necesidad de prestar cuidados de salud que sean impermeables al color, clase, cultura de los pacientes y que les sea prestado un tratamiento de calidad y un trato más humano. La necesidad de considerar el VIH / SIDA como una enfermedad crónica más, como la diabetes o la hipertensión, parar con el estigma, la discriminación y el auto-estigma que rodea a esta enfermedad. Vigilar y Castigar ha sido el modelo usado por la Salud Pública Internacional para controlar la epidemia y las consecuencias han sido que las estrategias no funcionan como se esperaba, que hay muchas personas enfermas fuera del sistema, con mucho miedo de entrar al sistema médico y que la moralidad no debe de ser usada para valorar las enfermedades, sean de transmisión sexual o de otros tipo. Son necesarios nuevos planteamientos neutrales para que los enfermos no se sientan víctimas de un sistema que ya los tiene muy castigados en los países en vías de desarrollo.

En la siguiente fotografía muestro a un grupo de mujeres y niños que me impresionaron en uno de mis viajes realizado durante el periodo de trabajo de campo por el norte del país y en el que comparaba las condiciones de vida de Chamanculo y las de la zona norte de la provincia de Cabo Delgado. Fuera de los centros de las ciudades las condiciones de vida de la población son llamativas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

por la pobreza, la falta de infraestructuras mínimas aunque en esta población exista un centro de salud completamente nuevo y que la población local apenas usan, por que los niños están con conjuntivitis, mocos, enfermedades de la piel, barrigas hinchadas llenas de vermes y desnutrición entre otros problemas de salud.

Fotografía II: Una imagen cotidiana de una aldea rural de Mozambique

Fuente: realizada por la autora en Cabo Delgado en diciembre del año 2007.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

II. LOS MATERIALES Y LOS MÉTODOS

O CÓMO APRENDER A NAVEGAR EN UN MAR TURBULENTO

1. INTRODUCCIÓN

La complejidad de la tarea que tenía por delante se podía describir a dos niveles: por un lado los métodos que tenía que usar para llegar a entender la situación de una manera global y por otro la complejidad del objeto de estudio que había escogido. Intenté utilizar los conocimientos que había aprendido durante los estudios, usando todos los manuales aplicados que tenía a mano y que ya era para mí un desafío. Aprender a manejar la grabadora y meter todos los datos al ordenador para después procesarlos, con los problemas que tenia con el manejo de las nuevas tecnologías. Todos los problemas del sistema de enseñanza en el que me había educado, me saltaron encima. ¿Cómo aprender a organizar y aplicar un cuestionario?, ¿Cómo realizar la observación participante?, ¿Cómo realizar la historia de vida o de pasajes de vida, el estudio de caso? Los manuales eran claros y en ellos todo parecía simple, pero llevarlos a la práctica era una cuestión muy diferente y más cuando estabas en una consulta con enfermos de SIDA, ¿cómo observar y cuidar de los enfermos? Los manuales y las explicaciones de mi director de Tesis en el terreno fueron muy útiles pero fue difícil ir solucionando cada problema según iba apareciendo.

La complejidad de objeto de estudio fue también una dificultad añadida. Me resultaba difícil explicar a mis colegas y a los enfermos que estaba realizando un estudio en el primer contacto que tenia con ellos, debido a la sospecha de que pudiera haber un bloqueo en la situación, además del miedo que yo tenía por qué no sabía cómo llevar a cabo el trabajo. Como ir tratando con las mujeres que ya tenían la enfermedad, como ir participando en los colectivos en los que yo trabajaba y al mismo tiempo realizar mi investigación, tenía muchas dudas e interrogantes y no sabía por dónde empezar. Al inicio hablé con una compañera que tenía experiencia y había sido profesora de antropología durante la licenciatura cuando vino a visitarme al PTV, y me dijo: “Pepa tranquila, tienes las mujeres aquí, las conoces, las tienes delante, empieza y poco a poco veras como encuentras la manera de ir realizando las cosas”. Otro problema fue como mantener el control sobre mis ideas, emociones, intuiciones y de seguir objetivamente a una mujer que ya había sufrido experiencias negativas porque era seropositiva.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

2. LOS MATERIALES UTILIZADOS

Los materiales que utilicé para la organización del trabajo los separé en 3 grandes grupos:

1. Las observaciones prácticas que llevé a cabo durante los 18 meses que trabajé en el PTV de Chamanculo, las conversaciones mantenidas durante el periodo de trabajo que iba formando en el día a día mientras era responsable del PTV y de la Descentralización. Mis tareas como coordinadora incluían la gestión general del equipo que estaba compuesto por personal local mozambiqueño. Además estaba integrada en el equipo médico internacional que trabajaba en el proyecto de SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza en el Hospital de Día (HdD) de Alto-Mãe y en el PTV del Hospital de Chamanculo. Mantuve numerosas conversaciones formales e informales con muchas personas en Maputo, reescribí el protocolo de investigación para presentarlo al comité de Bioética, tomé muchas notas, escribí cuadernos de campo, elaboré cuestionarios, grabé entrevistas y conversaciones que después fueron transcritas y consulté numerosos documentos para elaborar los diversos borradores hasta llegar al texto final.

No tuve ninguna beca pero tuve la suerte de encontrar trabajo con Médicos Sin Frontera Suiza en el proyecto de VIH / SIDA de Alto-Mãe y Chamanculo que me permitió ser una observadora en primera línea de acción. Era una enfermera disfrazada de investigadora y al revés, dependiendo de las circunstancias en las que estaba en cada momento y como estas iban transcurriendo en el día a día. Tenía la ventaja de que desde mi situación privilegiada era más fácil observar, hablar con las personas que venían al PTV, al hospital, al área de salud de Chamanculo, de poder proponer estrategias de trabajo, de consideración de los aspectos de problemas que sin un bagaje previo no hubiese podido entender y tampoco discutir con el equipo de trabajadores sanitarios de Médicos Sin Frontera Suiza (MSF-S) que me ayudaron mucho con las innumerables preguntas y las discusiones de las situaciones que se iban presentando cada día.

2. El material escrito que conseguí consultar en el contexto de mi trabajo con las limitaciones impuestas por mi contrato, la documentación diversa publicada en Mozambique por el gobierno u otras entidades internacionales: ONG, organizaciones de cooperación bilateral y multilateral, el trabajo científico publicado en motores de búsqueda como Social Science and Medicine, Google Scholar y otros. Todos los libros y artículos relacionados con el tema que encontré en el trayecto de los viajes realizados de España a Mozambique. Intenté seguir los medios de comunicación mozambiqueños en especial la prensa escrita. En un país con altas tasas de analfabetismo y con una

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tradición de cultura oral, donde la mayoría de las lenguas no eran escritas con ortografía propia, eran transcritas con el alfabeto latino en el sur y en el centro del país, en el norte con alfabeto árabe en las zonas islamizadas. Las personas seguían las noticias y las informaciones especialmente a través de la radio que tenía más cobertura que la TV del país. Cuando finalicé el contrato de trabajo con MSF, volví a elaborar un nuevo protocolo de investigación diferente del elaborado en el inicio del doctorado. En este nuevo protocolo estaba mucho más claro y delimitado el problema de estudio porque en este momento tenia la experiencia de conocer bien el terreno y el tema que quería trabajar. Este nuevo proyecto de Tesis fue sometido al Comité de Bioética del MISAU (Ministerio de la Salud) para conseguir la autorización. Con esta autorización volví de nuevo a pedir permiso a la Dirección de Salud de la Ciudad de Maputo, a MSF Suiza, al director del Hospital, al área del barrio de Chamanculo y al secretario del área "D" del barrio de Chamanculo, volví al terreno para recoger los datos necesarios y acabé el trabajo de campo.

3. Las entrevistas formales e informales, las conversaciones y las comunicaciones personales que fui realizando con un gran número de personas ligadas al PTV de Chamanculo, al MISAU o a otras entidades internacionales. La bibliografía citada da una idea de los problemas de estas unidades sanitarias en otros países y en Mozambique. Empecé entrevistando a mis compañeras locales: las enfermeras, psicólogas, enfermas expertas, consejeros del PTV, farmacéuticos, trabajadora social y algunas enfermas. Mis informadores clave fueron las enfermeras y enfermas expertas que trabajaban para el PTV y en la Descentralización en el área de Chamanculo. La elección de los informantes fue un proceso largo, los seleccioné porque sus historias personales y experiencias reflejaban la mayoría de las situaciones con las que nos enfrentábamos cada día en el trabajo, en especial a los enfermos expertos porque su función en el PTV era hablar y tratar con las mujeres embarazadas para escuchar y también dar testimonio de su situación como enfermos de SIDA que habían pasado antes por el tratamiento en el PTV. Además me ayudaron mucho a contactar con los pacientes, a llevar a cabo las entrevistas en el hospital y en el barrio de Chamanculo traduciendo al *xixangana* ***y*** *xirhonga* cuando era necesario y acompañándome a visitar a los pacientes en sus domicilios durante el periodo de trabajo de campo en el barrio.

Verifiqué las fuentes de información realizando triangulación con diferentes técnicas de investigación, fui observando dentro, fuera de la consulta médica, psicosocial, por todo el hospital y en el barrio siempre podía ir comparando la información que me daban. La observación participante en los diferentes lugares, con las entrevistas, las historias de vida, el análisis de las estadísticas, de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

las historias psicosociales y después sometí el trabajo realizado a la crítica de mis pares en el PTV de Chamanculo.

3. LOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Esta Tesis acabo siendo un estudio académico aplicado a pesar de estar claros los criterios en el papel entre las diferencias de una investigación pura y una investigación aplicada. Estas diferencias acabaron por ser tan banales pues no había ningún dato puro, ningún hecho realizado sin un juicio de valor. Tampoco no hay ninguna investigación o actividad científica de investigación que no tenga efectos prácticos. La diferencia era que mi objetivo era claramente mejorar la situación de las mujeres y sus hijos también sus compañeros aunque mi contribución fuera muy pequeña. Pretendí que esta Tesis fuera un estudio académico aplicado, por tanto presentaba ventajas y desventajas. La investigación había tenido dos períodos: en el primer período recogí datos, conversé con mis informantes clave, realicé entrevistas a mis compañeros y observación participante, el análisis de estadísticas y de las historias psicosociales.

En la segunda parte tuve que reescribir el proyecto de investigación con la información que había obtenido en la primera parte, obtener la autorización del comité de Bioética del país y de las autoridades del área de Chamanculo y de Médicos Sin Frontera Suiza, cuando me dieron luz verde volví al terreno. Utilicé las técnicas de investigación cualitativa, primeramente intenté realizar entrevistas en profundidad a mujeres embarazadas VIH positivas que participaban en la consulta prenatal del Hospital de Chamanculo y con algunos hombres que venían al programa. Las entrevistas más difíciles de realizar fueron precisamente las mujeres embarazadas VIH positivas, de éstas conseguí hacer solo 4 entrevistas un poco mejores, a pesar de haber intentado con muchas de las mujeres que venían a la consulta. La razón porque estas mujeres no hablaban o solo decían algunas cosas simples, supongo que era el estado de shock psicológico en que se encontraban o porque no podían creer la situación. Parecían estar preocupadas, deprimidas, aún no habían tenido tiempo de asimilar toda la situación y no estaban predispuestas a discutir las preguntas en profundidad o hablar de su situación. Las mejores entrevistas que realicé fueron con mujeres infectadas que ya vivían con la enfermedad bastante tiempo, visitaban regularmente el PTV y llevaban tomando TARV (tratamiento antirretroviral) un tiempo, ya habían interiorizado su situación en relación al VIH / SIDA.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En segundo lugar aproveché algunas reuniones que tenían las mujeres VIH positivas cada semana para hablar con grupos de mujeres, apoyada por una enferma experta para traducir la lengua local. En estas tres reuniones llevaban la voz cantante varias mujeres y las demás repetían lo mismo, eran conversaciones muy estereotipadas; parecía que todas se habían aprendido el mismo guión y no resultaron de mucho interés para mí. Las entrevistas en profundidad a los informadores clave, enfermeras, enfermos expertos y consejeros que trabajan en el hospital, vivían o conocían bien el barrio de Chamanculo y los itinerarios de búsqueda de salud en la zona. Durante todo el proceso realicé observación participante en los diferentes contextos del hospital. El programa de la Descentralización del área de salud de Chamanculo, el barrio de Chamanculo, mientras trabajaba allí y también cuando volví un año más tarde al terreno para acabar de hacer el trabajo de campo.

Tuve mucho cuidado con los procesos de discriminación y estigmatización de los pacientes vinculados al VIH / SIDA, para preservar el anonimato de los informantes y la confidencialidad de las informaciones recibidas. La participación fue voluntaria y cambié el nombre a los informantes para que no tuvieran problemas más tarde. También analicé los datos cuantitativos como las estadísticas del PTV, GATV, y los datos cualitativos provenientes de historias psicosociales así como de otros informes a los que pude tener acceso, fueron analizados de una manera estructurada, que me podían dar estimaciones significativas sobre el funcionamiento y la historia del programa de SIDA de Chamanculo.

4. LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

La observación participante era el método que más utilizaba durante el trabajo de campo. Como miembro del equipo de salud, tenía una posición privilegiada para observar las situaciones que estaban ocurriendo. Naturalmente, mi posición jerárquica en el equipo podría influenciar subjetivamente en mi visión, observación e interpretación de los hechos. "…La clasificación de las técnicas de observación se basaba en la relación entre el sujeto y el objeto, entre el investigador y el objeto de investigación. La observación era clasificada como participante de una forma pura, cuando el sujeto y el objeto se confundían. El investigador se mimetizaba en lo investigado. Se integraba totalmente en el grupo que estaba estudiando, adquiriendo las características y el comportamiento del objeto…" (Burgess, 1982; Hardon et al., 2001).

En relación a los que buscaban los cuidados de salud ofrecidos por el PTV de Chamanculo, la observación de su comportamiento era más compleja. No era una observación participante pura,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

no había el mimetismo investigador – investigado. Cuando aparecía enfrente de las personas aparecía como la enfermera Pepa, o como miembro del equipo. No había señales exteriores, a no ser por mi color de piel, por ser blanca y con el pelo naranja, que podría indicar que tenía una posición jerárquica a los otros miembros del equipo sanitario. También observaba y vivía los problemas de la falta de medios en los centros, los bajos salarios de mis compañeros locales siempre muy preocupados por conseguir dinero, el miedo de trabajar con enfermos de SIDA, la sobrecarga de trabajo en los centros, los robos de material, la mala gestión de la farmacia y del laboratorio. Dentro de MSF, la falta de experiencia de algunos compañeros expatriados, el problema de la lengua, de aprender portugués, de explicarnos en inglés y con la traducción local hecha por las enfermeras, había malos entendidos y opiniones diferentes, muchas veces teníamos situaciones un poco extrañas hasta que nos conseguíamos entender.

En mi experiencia en Chamanculo, este método me permitió observar y recoger observaciones de una forma natural sin ponerme en la posición de investigadora, inquiridora e integrada en un hospital que conocía bien. No había gran intromisión de mi parte en el comportamiento de las pacientes. Facilitaba el dialogo con las personas, pues las mujeres tenían necesidad de hablar, de ser escuchadas, así conseguía que las personas me contaran sus problemas, me explicasen las razones de su comportamiento. Daban su versión, me explicaban sus miedos, sus preocupaciones y las cosas que consideraban verdaderas o falsas, elaboraban su discurso. Las personas que prestaban cuidados de salud también elaboraban sus propios discursos en relación a todas las situaciones que iban sucediendo en el día a día y a veces era curioso comparar las explicaciones de cómo habían entendido las situaciones el personal sanitario expatriado, el local y yo misma que navegaba entre todos.

5. LAS CONVERSACIONES INFORMALES

Una conversación era la base de una entrevista abierta y se desarrollaba mejor en una situación informal. No había preguntas ni respuestas organizadas como si se tratase de un cuestionario o de atrapar una información concreta. En la conversación teníamos de hecho un intercambio de opiniones, un cambio de conocimientos, evité cuando tuve la oportunidad realizar entrevistas formales. En la mayor parte de los contactos, con los prestadores de cuidados de salud o con los que buscaban los cuidados de salud, intenté observar y preguntar las cuestiones, entender las situaciones observadas, el comportamiento de los pacientes o aclarar las respuestas que me habían

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sido dadas en otra conversación anterior. Las enfermeras, consejeras y enfermas expertas me ayudaron en la traducción del *xixangana o xirhonga* para *portugués* en las conversaciones, entrevistas, y también me explicaban los significados culturales de muchas partes de las conversaciones o de las situaciones que tuvimos delante, durante las consultas médicas o en las consultas psico-sociales o en las vueltas por el hospital, área de Chamanculo, barrio y los mercados. Siempre cuando tenía dudas volvía a conversar con algunos de mis informantes o con las personas que estaban presentes en determinadas situaciones que no había entendido completamente en el momento en que sucedió y posteriormente iban aparecían mis dudas cuando las analizaba yo sola.

6. LAS ENTREVISTAS FORMALES E INFORMALES

Tratándose de una situación de trabajo cotidiano supongo que este papel de preguntar para recoger información, podría quedar un poco vago, aunque todos supiesen que además de ser profesional de la salud era antropóloga, estudiante de doctorado de Antropología de la Medicina, que quería conocer el máximo de información, cosas y hechos posibles. En algunos momentos las conversaciones se volvían más entrevistas en el sentido en que la situación era más formal en la cual colocaba las preguntas con más precisión. Durante las conversaciones siempre intentaba seguir un guión para comprender la situación o el problema colocado. "…La entrevista etnográfica era una de las técnicas más importantes en etnografía y junto con las discusiones con frecuencia parecía una conversación del día a día…" (Hardon et al., 2001:226). En la fase final del trabajo de campo realicé entrevistas formales a 10 de mis colegas sanitarios mozambiqueños, a 7 colegas expatriados entre médicos, pediatras, activistas y antropólogos, médicos, 4 personas que me parecían interesantes para tratar de dar más consistencia a mi trabajo, cuestionar, subrayar algunas de las informaciones que había recogido, 4 enfermos expertos, 13 enfermos, 2 PMT y 3 grupos de mujeres embarazadas. Se trataba de testar, someter a la crítica de mis pares de trabajo mis propias observaciones, conclusiones y de triangular con mis compañeros locales también antropólogos el trabajo que había realizado. Eran entrevistas semi-estructuradas al início, y al final siempre dejaba un espacio de conversación libre.

7. LOS CUESTIONARIOS

Durante los 3 años medio realicé dos cuestionarios, el primero era muy amplio para conocer las opiniones de las personas que trabajaban en el PTV enfermeras, psicólogas, médicas, enfermas expertas, consejeros y después de realizar las preguntas continuaba con una conversación abierta

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sobre los temas comentados y escuchando sus argumentos e historias vividas a través de sus experiencias durante sus años de trabajo en el programa. También tuve la suerte de tener una oficina muy especial en la terraza del restaurante Costa del Sol, muy popular en Maputo que me sirvió para hablar con otras personas y observar el contexto local que era bastante pintoresco. Este primer cuestionario me sirvió para elaborar el segundo protocolo de investigación para acabar la Tesis. Cuando acabé mi trabajo con MSF realicé el DEA y después el segundo cuestionario basado en parte en el primer cuestionario para las personas que tenían el VIH / SIDA. Realicé las entrevistas con guión a enfermeras, consejeras, psicólogo, enfermeras expertas, a mujeres embarazadas en el Hospital de Chamanculo, algunos hombres y mujeres enfermos en sus casas en el barrio de Chamanculo y en el mercado de Xipamanine.

Una primera lectura de los análisis llevados a cabo en las entrevistas en las unidades sanitarias, mostraba una cierta culpabilización de la víctima a quien se le atribuían responsabilidades por los incumplimientos tanto en el seguimiento del tratamiento como de las normas establecidas por la Biomedicina. La adhesión al tratamiento antirretroviral era considerado un resultado positivo en el PTV y la no adhesión estaba considerado un resultado negativo en aquellos enfermos que necesitaban tomar tratamiento durante toda la vida con regularidad y siguiendo unas pautas estrictas, para evitar crear resistencias al tratamiento y no tener que cambiar a los enfermos a otra línea de tratamiento más complicada, con más efectos adversos y más cara.

8. LAS HISTORIAS DE PASAJES DE VIDA

En algunos casos concretos construí una historia de pasaje (vida life pasaje histories) escogiendo a mujeres con las que tuve mejor interacción y comunicación. Determinados aspectos, problemas de la historia de sus vidas me parecían interesantes y representativos de los problemas generales que las mujeres me presentaban habitualmente durante el tiempo de trabajo. Con el transcurso del tiempo fui siguiendo la evolución de sus historias, las circunstancias en la vida de estas mujeres a través de nuevos encuentros con ellas y más conversaciones. Durante estos tres años he seguido de forma continua y especial por sus circunstancias especiales de su vida la historia de una paciente experta: Nyeleti. Se trataba de personas con una patología como el VIH / SIDA que en muchas veces ocasiones además de la enfermedad estas personas tenían problemas psicológicos diversos quizás porque fueron maltratados cuando eran niños, venían de familias disfuncionales etc.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Ellas contaban no una única historia de vida sino varias, había problemas psicológicos latentes y presentes. Existía una manipulación frecuente de los datos, en los pasajes de vida y en la historia de vida, realicé algunas preguntas claves o problemáticas para que las personas tuvieran la oportunidad de tener su propio discurso narrativo. Los datos biológicos de la persona, la trayectoria de infancia, de su educación formal, los trabajos realizados, de su vida y las prácticas sexuales, sobre su matrimonio, de las enfermedades de transmisión sexual y las oportunistas. Muchos de estos temas eran difíciles de discutir con las personas porque tocaban temas muy personales e íntimos, muchas veces considerados también tabú por las diferentes personas que venían al PTV, vivían en el barrio de Chamanculo o las entrevistaba en otros lugares como barracas (bares locales).

9. EL ANALISIS DE LAS HISTORIAS PSICOSOCIALES

En el PTV de Chamanculo cada paciente era entrevistada cuando se sabía que tenían un nivel de *CD4 o de defensas del cuerpo* bajo y tenían que empezar a tomar tratamiento antirretroviral. En ese momento se elaboraba una historia psico-social en el Gabinete psico-social rellenada por los consejeros o los psicólogos que trabajaban en el departamento y otra historia clínica por las enfermeras o médicos. Después la historia psicosocial se iba completando en las siguientes sesiones: cuando se iniciaba el tratamiento TARV o cuando se consideraba necesario que los pacientes volvieran a tener sesiones complementarias de asesoría para explicar las cuestiones que todavía no estaban claras referentes a entender la enfermedad, la terapia, la adherencia al tratamiento, la notificación al compañero u otros problemas surgidos en ese periodo. A través de la historia psicosocial se intentaba ver la evolución del enfermo y su adherencia al tratamiento, así como los problemas que surgían, se trataba de hacer un análisis psicológico y social en cada caso.

En la historia psicosocial se intentaba tener información de la vida de esta persona sobre el grado de inserción social, de la estabilidad o de inestabilidad de la pareja, nivel de estudios, profesión, si los pacientes tenían trabajo, número de hijos, uso de condón, número de parejas o las prácticas sexuales de riesgo. Muchas veces los pacientes nos daban datos falsos y en otras ocasiones las personas no querían hablar por vergüenza ya que se trataba de situaciones íntimas referidas a las prácticas sexuales o por miedo a ser juzgadas y por el estigma que rodeaba a la infección de VIH / SIDA.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

10. LOS INFORMANTES CLAVE

"…Un informador clave era la persona que se entrevistaba en profundidad, pues tenía un conocimiento privilegiado en volumen y calidad sobre un determinado asunto. Este posicionamiento como capital de información, de saber, comprensión, derivaba muchas veces por la posición social, por su experiencia profesional o por ser un enfermo con mucha experiencia e información de la enfermedad. Esta situación objetiva o subjetiva tenía como consecuencia que estas personas tuvieran un conocimiento vasto sobre el tema…" (Hardon et al., 2001). Mis informadores clave fueron las enfermeras, los pacientes expertos, las psicólogas, con las que trabajaba porque eran de la cultura de los pacientes, hablaban la lengua local, y todas tenían mucha experiencia; algunas de ellas habían empezado el proyecto de MSF desde el início. Me ayudaron a aclarar algunos puntos, a profundizar en mis observaciones y explicaciones. Algunas de las personas que trabajaban conmigo también tenían la enfermedad y ya habían pasado por la situación, fue de gran ayuda la oportunidad de poder hablar con ellos, de entender muchas cuestiones, situaciones porque tenían la doble experiencia de vivir la enfermedad, de trabajar con los enfermos y de haber tratado con mucho personal médico expatriado anteriormente.

11. EL MÉTODO DE ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso acababa por volverse un modelo de investigación en el que estudié un caso concreto *una institución, un individuo, una estrategia* y lo tomé como representativo de un todo, con más o menos precisión. En el PTV de Chamanculo y la institución hospitalaria en la cual estaba situada fueron escogidos porque estaba trabajando allí y me pareció un área muy interesante de la ciudad de Maputo. Los PTVS satélites que visité en el proceso de la Descentralización formaban parte del área de salud de Chamanculo y eran parte integrante del Sistema Nacional de Salud. Chamanculo era un hospital de la periferia de la ciudad de Maputo y uno de sus barrios. En mi opinión acababa por ser representativo del SNS de Mozambique. Naturalmente que había que hacer algunas correcciones en mis interpretaciones pues era un PTV regido por una ONG internacional, que no tenia falta de medios humanos y materiales pero las unidades del área de Chamanculo tenían los problemas de cualquier unidad sanitaria del país. El estudio de caso como método permitía focalizar sobre una institución concreta o sobre procesos concretos que pasaban en ella pero no servía de mucho si no situábamos el estudio de caso en el contexto del país que estaba estudiando. Mi estudio de caso estaba encuadrado también en un estudio realizado sobre todo con

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

fuentes secundarias la literatura encontrada, las entrevistas sobre diferentes cuestiones acerca de Mozambique. Los aspectos regionales África Austral, del continente africano y mundial estaban también descritos en la colección de datos y análisis de la literatura existente (Hardon et al., 2001).

12. LAS VISITAS A LOS PMTS

Siempre he tenido una gran fascinación por los practicantes de la Medicina Tradicional, adivinos /as de todo tipo, brujas /os buenas y malas, parteras tradicionales, sus prácticas de curación, de adivinación y de intentar entender sus sistemas de creencias. En este estudio ha sido una parte muy interesante el intentar conocer un poco el itinerario de las personas que venían al programa de VIH / SIDA, las visitas a los PMTS, a los Faith Healers (sanadores por la fe), el sistema de creencias de la contaminación sexual y como todos estos sistemas operaban muchas veces formando un sincretismo de creencias y de prácticas. La visita a la tía Zoraida, a la tía Zenaida y a todas estas personas fascinantes que fui conociendo durante todas las misiones que realicé en África. Con todos ellos pasé muchas horas de conversaciones, de echar mis cartas de Tarot, mi péndulo y ellos a mí todos los tipos de instrumentos de adivinación que usaban en los países que viví. En realidad muchas de las veces que he visitado a diferentes tipos de PMTS en Maputo, alrededores a consultar y escuchar los espíritus desde que vi la primera manifestación de la *posesión de espíritus* como decían las enfermeras locales en un paciente en el Hospital Central de Maputo. Las visitas que realicé de forma privada a la tía Zenaida, teníamos intercambios de pareceres y de saberes yo con diferentes tarots y los péndulos, ella con sus huesos, conchas, monedas, semillas y piedras adivinatorios, con los que me iba explicando muchas de las lógicas de sus interpretaciones.

13. LA LITERATURA Y LOS TRABAJOS CONSULTADOS SOBRE MOZAMBIQUE

En el início de la revisión bibliográfica que realicé a inicios de los años 2004 y 2005, el volumen de trabajos y artículos realizados sobre VIH / SIDA a nivel internacional era enorme pero los artículos relacionados con el tema de investigación sobre Mozambique encontrados en aquel momento fueron pocos y no era fácil encontrarlos. A partir de inicios del año 2006 la literatura sobre el VIH / SIDA en Mozambique había crecido de una manera exponencial, se empezaron a publicar muchos artículos por mes sobre el mundo en general y sobre Mozambique en particular. También se estaban realizando muchos informes de investigación, las primeras y segundas versiones de trabajos en las universidades de Maputo, todos los temas relacionados con el VIH / SIDA, género, violencia doméstica, eran los temas de moda en esos momentos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En esta Tesis limito mi revisión a los textos más ligados a mi trabajo en el PTV de Chamanculo. El resto de la literatura fue vista como referencia y no como punto de partida, probablemente ese es otro trabajo a realizar más adelante. Gran parte de la literatura se centraba en las cualidades de un método de investigación, o en la combinación de varios métodos, los tratamientos antirretrovirales, la historia del VIH, la prácticas culturales de las poblaciones de Mozambique, las deficiencias del programa de SIDA, la culpabilización de la mujer por ser considerada el depósito del VIH / SIDA e ITS, la Medicina Tradicional, la identidad masculina, las prácticas sexuales tradicionales, la feminización de la epidemia. Yo me centré en las pacientes, su enfermedad, sus visiones, valores, sobre las estrategias que los infectados usaban para vivir con sus enfermedades en las circunstancias actuales de conocimientos existentes sobre el VIH / SIDA en Maputo y sobre las situaciones de vida de las mujeres, sus problemas, su capacidad de agencia para resolver los problemas, los modelos explicativos de la enfermedad, los itinerarios terapéuticos y la desigualdad de género y la violencia.

La literatura que revisé sobre Mozambique u otros países de África Austral y Central principalmente, mostraban la reproducción del discurso y culpabilizar a la mujer por la enfermedad, las desigualdades de género, la responsabilidad de la mujer por las enfermedades, las complicaciones durante el embarazo y parto o que tuvieran que ver con la reproducción, o los hijos. También era necesario decir que en el caso concreto de Mozambique sí había mucho trabajo hecho, como pude confirmar más tarde cuando conocí mejor la universidad Eduardo Mondlane y a las personas que trabajaban en el país. Muchas veces era difícil de localizar las obras pues había muy pocas copias de los trabajos, no fueron bien archivados o los autores no los divulgaban por miedo a que los robaran. Así, a pesar de los esfuerzos realizados y de los apoyos recibidos decidí centrarme en la revisión de los textos que tenía más a mano. Las autoridades sanitarias mozambiqueñas estaban muy preocupadas al inicio de la enfermedad con el brote de la enfermedad en los Estados Unidos.

El conocimiento de la enfermedad al principio era complicado y no existía el test de VIH / SIDA para identificar el virus. En 1985 Machado de Graça publicó la primera entrevista con una enferma de VIH / SIDA en Maputo. La Dra. Neves fue enviada a Zimbabwe para estudiar la enfermedad, aprender a diagnosticar, tratar la infección y las enfermedades asociadas. Fueron realizados esfuerzos variados para ir aprendiendo, avanzando en el conocimiento y organización de servicios para tratar de la epidemia. El país estaba en una situación de guerra y de debilidad del

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sistema de salud, el estado se intentaba preparar para una patología que se podría transformar en una pandemia. El hecho de no existir referencias de estos esfuerzos, mostraba por un lado la debilidad del SNS en Mozambique y del tipo de investigación que había que realizar, que pasaba por la preservación de la memoria institucional. Uno de los primeros pasos fue la creación del laboratorio de inmunología en el Instituto Nacional de Salud (Dra. Neves comunicación personal 28.06.2009).

Los primeros trabajos referenciados que fueron realizados en Mozambique desde el año 1991 al 1993 para el Departamento de Medicina Tradicional (GEMT) por el antropólogo Edward Green y que más tarde convirtió en libros. El primer trabajo que realizó en varias provincias del país sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH / SIDA entrevistando a PMTS (practicantes de Medicina Tradicional), sus tratamientos y los modelos de explicación. Este fue el estudio que marcó el inicio de este tipo de estudios en Mozambique después de la guerra, en que existió una colaboración entre médicos del MISAU, PMTS y antropólogos (Green, 1993). El GEMT (gabinete de estudios de la Medicina Tradicional) tenía orden del MISAU de realizar el estudio de las plantas del país para intentar descubrir los compuestos químicos de las plantas existentes, de la variedad de prácticas de la Medicina Tradicional, sus practicantes y de las habilidades terapéuticas que realizaban los PMTS. El segundo trabajo realizado fue acerca de las creencias sobre la polución, pureza y el gusano invisible donde analizaba las metáforas culturales como la *nyoka o serpiente invisible* que habitaba dentro de las personas en el sur de Mozambique y que con la pandemia del VIH / SIDA ha sido asociado al *sistema inmunitario o la defensa del cuerpo o CD4* en la zona centro y después al sur del país.

Green intentaba usar analogías de los conceptos *émic* para explicar a la población usando su lenguaje y creando metáforas, de manera que la población entendiera desde su cultura la infección de VIH, la enfermedad del SIDA, el tratamiento y la prevención. Según Green (1996): "…Aparte de la significación teórica y etnográfica, estableciendo la naturaleza y la centralidad de las creencias de la polución, ayudadas por el análisis de las metáforas culturales como *la serpiente* invisible, podían apuntar a caminos culturalmente apropiados para representar mensajes de educación para la salud en sociedades donde las creencias en la *polución* eran importantes. Las creencias de polución o contaminación podían ser caracterizadas como casi naturales y ellas de hecho representaban un área potencial de contacto entre la *Medicina Indígena* y la *Medicina Cosmopolita,* las creencias en la *brujería y la magia* quedarían más lejanas…" (Green, 1996: 83). Esta idea de intentar superponer dos mundos y lógicas diferentes fue el inicio de los diferentes intentos llevados a cabo por varios

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

antropólogos extranjeros en el país (Green, 1999; Bukali & Kotanyi, 2005) que sobre valorizaban los PMTS y la Medicina Tradicional. Con el tiempo he comprobado la confusión que tenían muchas personas con el uso de los modelos de explicaciones mezclando la Biomedicina y la Medicina Tradicional. Estos artículos formaron parte del libro que más tarde escribió sobre las "Teorías indígenas de las enfermedades contagiosas". Kendall realizó una recensión crítica de este libro, subrayando los peligros resultantes de la aceptación de los conceptos *émic* y culturalmente definidos por los análisis científicos basados en la evidencia empírica. Green más tarde revisó la literatura antropológica sobre Mozambique que trataba sobre las enfermedades, las patologías tradicionales y las explicaciones *émic* de las enfermedades, cuando escribió sus libros (Green, 1999; Kendall, 2008).

En el año 1997 fue publicado un trabajo sobre el impacto de una campaña de radio dirigida al público en general por PSI (International Population Services) para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y VIH / SIDA. Intentaron medir los cambios de comportamiento y el uso del condón en las personas que escucharon la campaña intensiva en la radio. Todo el mundo había oído hablar del uso del condón, de la nueva enfermedad, también el mensaje, que el SIDA mataba. Los resultados de esta campaña, descrita como un éxito en aquel tiempo, para mí eran dudosos, porque el uso del preservativo continuaba siendo un gran desafío en Mozambique (Karlyn, 2001). En 2001 fue realizado un trabajo que examinaba las razones de las chicas en la adolescencia de 14 a 20 años en 2 escuelas secundarias de Maputo que incidían en mantener comportamientos sexuales de riesgo. Los resultados sugirieron que las dinámicas de género existentes actuaban de manera negativa globalmente contra las mujeres, las adolescentes de clase media tenían menos parejas, usaban más preservativos y estaban más dispuestas a desafiar las normas de género que las chicas de la clase obrera (Maschel, 2001).

En el año 2001 se publicó otro estudio sobre la promoción y uso del condón en parejas no regulares, se examinó la efectividad del marketing social de los preservativos Jeito, explicaron que hubo un aumento en el uso del preservativo entre las parejas no regulares. La situación a mitad del año 2009 era que a pesar de todas las campañas y acciones IEC el uso del condón continuaba siendo muy bajo en la población, porque las personas le daban mucha importancia al hecho de tener relaciones sexuales con placer y a la reproducción (Agha et al., 2001). El resultado de estas campañas que enfatizaban los mensajes en la fatalidad de la enfermedad, en la falta de tratamiento, en el uso del preservativo con las mujeres de *fuera de casa o amantes o no regulares*. Las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

consecuencias han sido dramáticas porque el uso del preservativo era bajo con la infección de VIH o sin ella, las personas se habían quedado con la idea de que la enfermedad mataba, tenían mucho miedo y no querían participar en el programa de VIH / SIDA aunque estuviesen enfermos. Otro trabajo interesante de reseñar fue un estudio que contrastaba las percepciones, las elecciones de comportamientos del VIH / SIDA, examinaba como estas percepciones y elecciones variaban entre 2 líneas de religiones. Estas religiones estaban establecidas durante bastante tiempo en Mozambique como las Iglesias Católicas y Presbiterianas de un lado, de otro lado numerosas religiones que habían crecido rápidamente en Mozambique del tipo sincrético: la Iglesia Pentecostal, Sionistas, la Asamblea de Dios y otras. Agadagnian propuso el uso de los Faith Healers (sanadores por la fe) como una alternativa que unía las percepciones y prácticas culturales de los enfermos con el tratamiento biomédico en la epidemia del VIH /SIDA. Este autor ya advirtió de los peligros de la medicalización que se estaba llevando a cabo con la población en Mozambique asociada a la epidemia del VIH / SIDA (Agadagian, 2005).

El primer trabajo realizado en Mozambique sobre la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo, fue realizado durante el año 2000 en el Hospital Central de Maputo a petición del MISAU. Este trabajo analizó si este tipo de intervenciones de prevención de la transmisión vertical eran efectivas desde el punto de vista de la salud y de los gastos económicos que generaba. Este PTV pionero ofrecía el paquete de cuidados básicos para evitar la transmisión de madre a hijo usando Nevirapina y fue apoyado por UNICEF (Organización de las Naciones Unidas para la Infancia). Los resultados fueron considerados beneficiosos porque contribuían a disminuir la alta tasa de mortalidad materna e infantil debido a estas conclusiones después se recomendó abrir más centros de PTV en el país. Esta propuesta fue considerada una intervención vital y costo-efectiva, así se empezó el programa de prevención de la transmisión vertical como uno de los componentes del programa nacional de SIDA (Peffer & Nafisa 2002).

El segundo trabajo fue realizado en varios programas de PTV en Tanzania, Mozambique y Malawi, a través de un análisis comparativo entre 2 cohortes de madres VIH positivas en los que se evaluaban las tasas de transmisión, la morbilidad y mortalidad de los bebés. La conclusión fue buena, pues siguiendo el protocolo de PTV del proyecto DREAM que pertenecía a la Comunidad de Santo Egidio y esta a su vez a la Iglesia Católica en Roma, en este proyecto se consiguieron resultados comparables a los países desarrollados. Este trabajo era muy interesante porque mostraba como una intervención simple con el cóctel antirretroviral durante la última parte del embarazo, el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

parto. Los seis primeros meses de tratamiento tomados por la madre, la profilaxis en el hijo y dando la lactancia materna al bebé, los resultados conseguidos eran buenos y comparables a los del mundo desarrollado (Palombi et al., 2002).

Osorio y Arthur realizaron un análisis crítico sobre los 30 años de investigación en Ciencias Sociales y VIH / SIDA realizada en Mozambique. El objetivo del trabajo encargado por el FNUAP (Fondo de las Naciones Unidas para la Población) era contribuir en la elaboración de una investigación sobre SIDA que permitiese la formulación de políticas más cercanas a la realidad de las personas afectadas con el VIH / SIDA. Estas autoras señalaron el hecho de que la mayoría de los estudios eran realizados muy rápidamente y generalmente ignoraban los conocimientos ya existentes, sobre todo subestimaban la realidad social, económica, política, cultural existente en el país y los cambios que han ido sucediendo en los últimos años. Realizaron una revisión de artículos interesantes sobre la investigación en ciencias sociales de temas relacionados con la epidemia del VIH / SIDA en Mozambique, de prácticas culturales y otros temas relacionados con las prácticas culturales, sexuales, sobre hombres y mujeres, ritos de iniciación sexual, practicas de sexo coercitivo (Arthur & Osorio, 2002).

Meñaca realizó una investigación antropológica durante el año 2006 y parte del año 2007 para investigar las razones por que las mujeres embarazadas abandonaban el programa de PTV en el proyecto de Médicos Sin Frontera Suiza en Lichinga en el noroeste del país (Meñaca, 2007). Este estudio fue criticado por no conseguir entender las razones de los abandonos de las mujeres por cuestiones metodológicas y prácticas. El esfuerzo realizado no dio el resultado esperado pues las mujeres simplemente desaparecían, morían de tuberculosis, la familia les impedía presentarse al PTV. Pretender realizar un estudio como si fuera un trabajo exprés en tres meses, no podía dar los resultados que los médicos pretendían, pues estos estudios necesitaban ser más profundos, largos en el tiempo para que las conclusiones fueran claras y se puedan buscar estrategias adecuadas de actuación. De acuerdo con Epstein en un estudio realizado en el sur de Mozambique, principalmente en la provincia de Gaza, llego a la conclusión de que cambio el modelo del enfermo típico de SIDA. Dejó de ser el hombre o la mujer que practicaba sexo ocasional o tenían orientaciones sexuales diversas (gais y bisexuales) y paso a ser la típica mujer campesina de las zonas rurales de los distritos exportadores de mano de obra de las provincias de Gaza e Inhambane para las minas de Sudáfrica, donde había muchos trabajadores mozambiqueños viviendo. Habían sido escritos materiales sobre sus prácticas sexuales mientras los hombres vivían allí con otros hombres que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

realizaban el papel de mujeres y a la vez mantenían relaciones con prostitutas, cuando volvían a casa con sus mujeres para embarazarlas y con las mujeres que tuvieran relaciones en sus redes sexuales (Epstein, 2002; Bagnol, 2002).

En general, la búsqueda de información y de datos en la línea cultural se había concentrado sobre los conocimientos, actitudes, comportamientos, prácticas (KAP) de individuos y grupos considerados de alto riesgo como los camioneros, trabajadores emigrantes y trabajadoras de sexo. El estudio KAP sobre las 104 trabajadoras de sexo en la ciudad de Beira mostró la complejidad de sus condiciones de vida y trabajo entre diciembre del año1999 y enero del año 2000. La mayor parte de ellas ya habían tenido algún tipo de síntomas de ITS tales como gonorrea, sífilis, herpes genital y SIDA (Ramírez et al., 2003). La literatura antropológica que existía sobre los diferentes pueblos de Mozambique facilito una información extremadamente útil y que necesariamente tenía que ser revisada para los estudios que eran hechos en los últimos tiempos. Pocas veces esta literatura era utilizada a pesar de su valor e interés ya que describía como era la vida, la cultura desde inicios del siglo XX, que podía ayudar a entender y realizar una evolución comparativa en la forma de vida que existía actualmente. Henri Junod trabajaba en los años 19910 en Maputo y Ricatla fue un misionero suizo que realizó un trabajo sobre los grupos étnicos en el sur de Mozambique y que escribió los fundamentos de la gramática de los Tsonga (Junod, 1996). Earthy realizó un trabajo interesante sobre las mujeres Valenge que vivían en el centro de Mozambique. Aparte de los aspectos culturales habituales estudiados en la época, tenían un valor añadido porque hablaba de las prácticas sexuales, de la maternidad, de los ritos de iniciación sexual de las mujeres, de los tatuajes que se plasmaban en el cuerpo, de sus significados.

La literatura etnográfica contenía información referente a las prácticas sexuales, reproductivas, a los conceptos de la maternidad, o de la enfermedad, las creencias y prácticas tradicionales (Earthy, 1968). Jorge y Margo Días en su trabajo sobre los Makondes de Mozambique en su volumen III, sobre la vida social y ritual; documentaron también estos temas como los desvíos del comportamiento sexual normal, la virginidad, la desfloración ritual y del incesto (Días & Días, 1970). Bagnol & Mariano realizaron trabajos interesantes sobre las prácticas culturales de las mujeres de la utilización de diferentes sustancias que secan la vagina como la Kubalira, las hojas de té, el zumo de limón y otras sustancias para mantener prácticas sexuales que eran denominadas sexo seco. También explicaron y describieron otras prácticas sexuales tradicionales como: la elongación de los labios menores y el placer sexual de las mujeres a través de estas prácticas en las zonas del

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

centro y norte del país. Este tipo de prácticas sexuales muy valoradas en algunas zonas de África eran consideradas peligrosas porque podían producir heridas en la zona genital tanto del hombre como de la mujer facilitando la transmisión del virus del VIH (Bagnol & Mariano, 2006). En una investigación llevada a cabo por Mariano en el año 2002 en la zona del mercado de Xipamanine en Maputo, los informantes hablaban de la entidad llamada la *nyoca o serpiente interna del cuerpo*, que venía relacionada en gran parte a las enfermedades de la primera infancia, y conllevaba para la madre un empeño constante de *atenciones, rituales y terapias*, con el apoyo de la familia (Mondarini, 2002: 51).

Los estudios antropológicos acababan revelando una situación que fue antes recogida por Junod que trabajó en la zona de Maputo y a 15 Km. de Maputo entre los años 1890 a los años 1920, su libro: "Los Tsonga, La vida de una tribu sudafricana" contenía un análisis de estas creencias y de las prácticas médicas (Junod, 1996). Era interesante reseñar además el trabajo de Loforte sobre las nociones de la *enfermedad, la sexualidad, el género y las vulnerabilidades de las mujeres en el contexto de la feminización del VIH / SIDA en Mozambique*, la necesidad de papeles de género más justos, la intensificación de las campañas de información y educación a la población a través de sus artículos y libros (Loforte, 2004, 2007). La tesis doctoral de Granja sobre las muertes maternas en Mozambique mostró la importancia de la violencia en la relación entre compañeros sexuales sobre todo en las adolescentes. Las mujeres con riesgo en los partos llegaban normalmente tarde a los centros de salud. El estudio mostró la necesidad de que se debían de elaborar medidas de profilaxis para las mujeres embarazadas VIH positivas. La autora subrayó la necesidad de introducir pruebas de screening sobre la violencia doméstica en los protocolos, los cuidados prenatales y en el periodo del post–aborto para evitar muchos problemas a las mujeres y a sus hijos (Granja, 2002).

Una serie de estudios fueron realizados a lo largo del tiempo sobre SMI en Mozambique, sobre el papel de las parteras tradicionales y sobre las enfermeras del SNS. Estos estudios mostraban el nexo de relación de la partera tradicional con el mantenimiento de los valores del grupo tradicionales y sobre el uso de la violencia sobre la parturienta. El dolor en el parto podía operar como indicador de una traición hacia el marido por lo que tradicionalmente la suegra obligaba a confesar el nombre del hombre con quien mantuvo relaciones sexuales durante el embarazo, si no pegaba a la parturienta porque sino el bebé no podía nacer bien o sano (Mendoça & Araujo, 1989; Arthur & Osorio, 2002). Generalmente en los estudios no eran valoradas suficientemente las múltiples causas que podían influir en la enfermedad del VIH / SIDA, ni los determinantes sociales

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de la salud, de la enfermedad y de los determinantes sociales de los comportamientos. La culpa era atribuida a la cultura cuando no interpretaba correctamente lo que los enfermos decían, no se decodificaba y escuchaban las entrevistas con las enfermas negras y pobres. No se consideraba que podían tener depresiones, problemas psicológicos, familiares, económicos, todo era colocado en el cajón de sastre de la cultura, de los problemas sociales, de los problemas ligados a la pobreza, a la falta de educación formal. Existía además en Mozambique la tendencia a realizar estudios que después no se divulgaban, sobre los cuales había ediciones limitadas, informes y documentos para fines específicos para los donadores, o usados de forma limitada por las instituciones.

"…La ciencia implicaba divulgación pública…" (Hardon et al., 2001). Muchas veces se intentaba reinventar la rueda y después se perdía la llave del archivo. La revisión del repertorio de la literatura fue un esfuerzo para quebrar el silencio, usar lo que ya se sabía y para centrarme en los problemas reales. Los investigadores, aunque en su deontología los obligaban a no hacer tabla rasa del pasado, realizaban muchas veces esta práctica, pues así justificaban su estudio como innovador, como si nadie lo hubiera realizado antes. Matshine en su libro "Tabula Rasa" explicó la situación en como las políticas y las estrategias del gobierno intentaron hacer una tabla rasa de la realidad social, económica y cultural. Y que acabaron por hacer una tabla rasa de los estudios anteriores, de la historia de los SNS en Mozambique y de la prestación de los cuidados de salud (Matshine, 2005). La pluralidad de sistemas de salud en Mozambique era una realidad, los propios representantes del poder político que durante el día criticaban a los PMTS como hechiceros y embusteros, iban a su consulta en la oscuridad de la noche. Esta situación era muy común, una PMT de Matola era llamada para hacer los lavados rituales de muchos de los políticos del país cuando había cambio de gobierno. La revisión de literatura mostró la necesidad de intentar comprender el comportamiento de las personas que participaban en el programa de PTV desde su experiencia vital en la realidad y no apenas contando lo que ellas decían que hacían. Coexistían a la vez mujeres que se quejaban, tenían grandes problemas por el VIH, huían de realizar la asesoría y test de VIH, además co-existían muchas mujeres embarazadas con VIH que buscaban la profilaxis, el tratamiento antirretroviral, los cuidados médicos porque no querían que sus hijos nacieran infectados y querían mejorar su salud.

La documentación divulgada por el SNS (Sistema Nacional de Salud), MISAU, y por mi propia ONG o por otras ONG´S internacionales, o por las unidades de tratamiento como el PTV o el GATV eran extremadamente útiles como fuentes de información, pues de una forma o de otra daban luz sobre el funcionamiento del sistema de lucha contra el SIDA en la generalidad y especialmente

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

en la problemática de la transmisión de la infección de madre a hijo. Acababan por ser registrados en los documentos escritos los datos de funcionamiento, los enfermos atendidos, el número de consultas, los gastos en medicamentos, los casos de enfermos más graves, los problemas comunes, las estadísticas, las modificaciones de estrategias, las necesidades de formación del personal, el aumento de los servicios para mejorar la calidad de servicios prestados, los problemas graves acaban por ser la historia del lugar.

Existían varias revisiones bibliografías especializadas sobre la salud en Mozambique, una revisión sobre informaciones de la salud en el periodo colonial, el material publicado en este periodo estaba referenciado en la revista de la sociedad de Geografía de Lisboa. Otras revisiones bibliografías fueron elaboradas por investigadores que trabajaban temas de la salud en Mozambique en los últimos años. La bibliografía de Cliff era útil para comprender la evolución de la salud en la época de la post-independencia del país. En el área de estudios de VIH / SIDA habían varias revisiones bibliografías útiles elaboradas en diferentes períodos. Entre ellas por su importancia y utilidad conviene referenciar la de Darsan por ser la primera elaborada, la primera revisión elaborada por ONUSIDA y la realizada por la Comisión de Combate al SIDA. La literatura especializada sobre el SIDA en el mundo y en Mozambique era bastante vasta, sin embargo en la Revista Médica de Mozambique los estudios publicados sobre la prevención de la transmisión de SIDA de madre a hijo eran inexistentes. En los informes anuales de las agencias de Naciones Unidas como UNICEF, ONUSIDA y OMS aparecían datos y secciones que analizaban detalladamente la situación del VIH / SIDA en el año que eran realizadas. Informes o conjuntos de notas elaboradas por MSF, OMS, ONUSIDA y otras organizaciones en seminarios de la especialidad fueron utilizados para recoger datos para elaborar mi estudio.

La bibliografía internacional relevante fue investigada en las publicaciones como Social Science and Medicine, revistas de antropología de la salud o de antropología general, u otras publicaciones relevantes. Mientras tanto los criterios que usé para esta Tesis fueron básicamente reflexionar sobre el PTV de Chamanculo. La idea era de utilizar el máximo de información empírica, observación y de trabajo cotidiano, de conversaciones con los compañeros. También participé en algunas conferencias o cursos con diferentes profesionales, sobre diferentes temas relacionados con SIDA, PTV, violencia de género en los países de África y Mozambique en particular. La revisión bibliográfica realizada para conocer los estudios realizados o que estaban en curso y determinar al máximo posible el estado de la cuestión, en este caso del VIH / SIDA en el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

mundo y en Mozambique en particular. Esta revisión fue más una actitud, o una acto de fe y seguir las normas establecidas que una actividad que fue conseguida en mi opinión. En un país en el que las informaciones circulan con dificultad, en un medio en que él había mucho secreto y muchos negocios alrededor de estas actividades, muchos conocimientos se guardaban hasta la publicación por sus autores. Mi actitud fue de diseminar al máximo posible el trabajo que estaba llevando a cabo para crear puentes con todos los otros autores que también estaban trabajando, o que pensaban hacer una investigación sobre el VIH / SIDA. Con esto no quiero decir como quedó demostrado atrás que no siguiese las informaciones que ya estaban publicadas. Mucha de la información útil estaba en la cabeza de las personas, o en informes, en estudios que no estaban publicados y que nunca serán publicados.

En los siguientes capítulos voy a contextualizar y explicar la situación de los programas de prevención de la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo en el mundo, para después pasar a África Austral que era la zona del cinturón del SIDA, de Mozambique en particular para ir explicando cómo se inició y se fue desarrollando los problemas que voy analizar, para entrar en la materia. Weeks (1998) definió el ambiente al início de la lucha contra la pandemia: "…El modelo de política de salud pública adoptado por los Estados Unidos para el control de la epidemia del VIH / SIDA que fue adoptado por todos los países en donde existían casos de SIDA desde el inicio, y después la Organización Mundial de la Salud recomendó para todo el mundo. Los Estados Unidos además de dar dinero y medicamentos para los programas de SIDA también exportaron la doctrina de moral puritana. Todos estos acontecimientos sacaron a la luz muchos debates a causa de la resistencia, las protestas de muchos grupos de hombres y mujeres. Inicialmente las campañas de prevención en Occidente tuvieron un discurso moralista y condenatorio dirigido especialmente a los homosexuales y drogadictos como responsables de la epidemia, después rápidamente dirigieron la atención a la población en general, a la promoción del sexo seguro y al uso del condón. Desde la Segunda Guerra Mundial ha habido una serie de reacciones de este tipo que en gran parte se enfocaron en *asuntos morales y sexuales: las enfermedades venéreas, la prostitución*, *la homosexualidad, el abuso sexual infantil y la pedofilia, la pornografía.* Un rasgo significativo de todos ellos ha sido el vínculo que se ha establecido entre *sexo y enfermedad*, entendiéndose por ésta una *metáfora de la mugre, el desorden y la decadencia*. No deben de sorprendernos las oleadas de pánico que han surgido recientemente por las *connotaciones sociales y morales* del herpes genital, el cáncer cervical y de modo más radical la aparición del SIDA…" (Weeks, 1998: 99).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En la fotografía siguiente muestra una obra sobre la población del país realizada por el pintor local Mankeu. Esta expuesta en el Museo Nacional de Bellas Artes de Maputo, sin título y fue realizada en el año 1975. La elección de esta fotografía es porque la población expresa en sus ojos el miedo que sentían en aquella época ante los cambios políticos y la guerra para liberarse y me impresionó cuando la vi. La expresión de los ojos de las personas reflejan el miedo y el desconcierto causado por el virus y la enfermedad del VIH / SIDA a la población como se expresa en este cuadro. Agradezco al autor de la fotografía Oliver su autorización para utilizar sus fotografías y que generosamente compartió conmigo durante el año 2006.

Fotografía III: El miedo en las miradas de la población

Fuente: Fotografía realizada por Oliver compañero de equipo de MSF en el año 2006

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

SECCION II

EL CONTEXTO DEL PROGRAMA DE LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTÍCAL DEL VIH / SIDA EN EL MUNDO

El programa de prevención de la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo o también llamada la Transmisión vertical fue una estrategia que se desarrolló en el mundo como una de las vertientes de lucha contra la epidemia del VIH / SIDA. Gráficamente se puede representar la transmisión del VIH / SIDA de la siguiente manera:

Figura III: La cadena de transmisión del VIH / SIDA

Desde el inicio de la epidemia cuando empezaron a nacer niños contagiados de la infección de VIH / SIDA, saltó la alarma y se empezó a considerar a las mujeres embarazadas pertenecientes a grupos de riesgo o en relación con personas pertenecientes a estos grupos de alto riesgo, así se inició el programa de la prevención de la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo. El objetivo inicial era salvar a los niños y evitar la enfermedad en las futuras generaciones de aquel sufrimiento terrible. La salud pública en EE.UU. tomó medidas contundentes para identificar y controlar la epidemia de VIH / SIDA en las madres contagiadas por el virus y en sus bebés. El resultado práctico de estas medidas ha sido que actualmente la transmisión vertical en los países del mundo desarrollado está controlada, muy pocos niños nacen con VIH / SIDA y los que nacen entran a seguimiento médico muy rápido. En cambio en los países en vías de desarrollo, en especial en el África Subsahariana es un grave problema de salud y desarrollo a pesar de que se han intentado organizar los mismos modelos de programas de transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo en todo el mundo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO I

LAS MUJERES EMBARAZADAS Y SUS HIJOS EN EL CENTRO DEL DEBATE DEL SIDA DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA

Good (2003) escribió: "… Los análisis de Foucault de la Medicina y de la Psiquiatría como instituciones *disciplinarias básicas* de la sociedad moderna, como los agentes que amplían la *vigilancia y el control* del estado a los ámbitos más íntimos de la vida, contrastan fuertemente con la evidente necesidad de los servicios sanitarios más básicos en gran parte del mundo. Las criticas sociológicas de la relación médico y paciente, los relatos feministas sobre como el conocimiento médico codifica las significaciones dominantes sobre el género y las mujeres, esto va codo con codo en los relatos sobre la terrible mortalidad materna y además evitable en muchas sociedades, simplemente ampliando los servicios sanitarios. Los análisis históricos y culturales de la tuberculosis, el cáncer, la esquizofrenia, las enfermedades venéreas y del VIH / SIDA revelan tanto los espectaculares avances en el conocimientos y en la eficacia terapéutica como una *codificación de las ideologías culturales dominantes* que se hallan en el *núcleo de la Medicina y de sus prácticas*. Los análisis críticos de la Medicina y su reproducción de las relaciones de poder dominante están a menudo yuxtapuestos al compromiso de los antropólogos para ampliar la presencia y los beneficios de la medicina para fomentar una práctica más humana. Esta yuxtaposición, el papel dual de muchos antropólogos como críticos y partícipes en la labor de la medicina de aportar una virtud especial a la crítica cultural de la antropología médica…" (Good, 2003).

1. INTRODUCCIÓN

Hasta la década de los años 80 la salud reproductiva de las mujeres fue entendida como el control del crecimiento demográfico y la mejora de la salud infantil a través de la planificación familiar. El concepto de Salud Materno Infantil (SMI) surgió en la conferencia mundial celebrada en Nairobi en el año 1987 apoyada por organismos internacionales de referencia para todo el mundo. Estos organismos fueron: el Banco Mundial, la OMS, las Naciones Unidas y el FNUAP. Una de las decisiones tomadas, fue iniciar los programas de SMI cuya razón principal era reducir a la mitad las muertes maternas hasta el año 2000. El incremento de las ITS (enfermedades de transmisión sexual) añadió nuevos elementos al programa en especial la aparición del VIH / SIDA, que había adquirido en las dos últimas décadas proporción de pandemia. Con el tiempo la planificación familiar se transformó en salud sexual y reproductiva como consecuencia de la influencia de las olas de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

feminismo y de la liberación gay. En la conferencia mundial del Cairo sobre Población y Desarrollo en 1994 hubo un nuevo acercamiento a la salud sexual y reproductiva enfocándose la atención en hechos socialmente sensibles, como las relaciones de género, la implicación de los hombres en la fertilidad, la contracepción, el aborto y las necesidades de salud reproductiva de la gente joven incluida la educación sexual. A partir de aquí surgieron nuevos programas, con nuevos criterios para promover la maternidad segura, estos programas estaban avalados por todas las agencias internacionales y mundiales.

2. LA HISTORIA NATURAL DEL VIH / SIDA

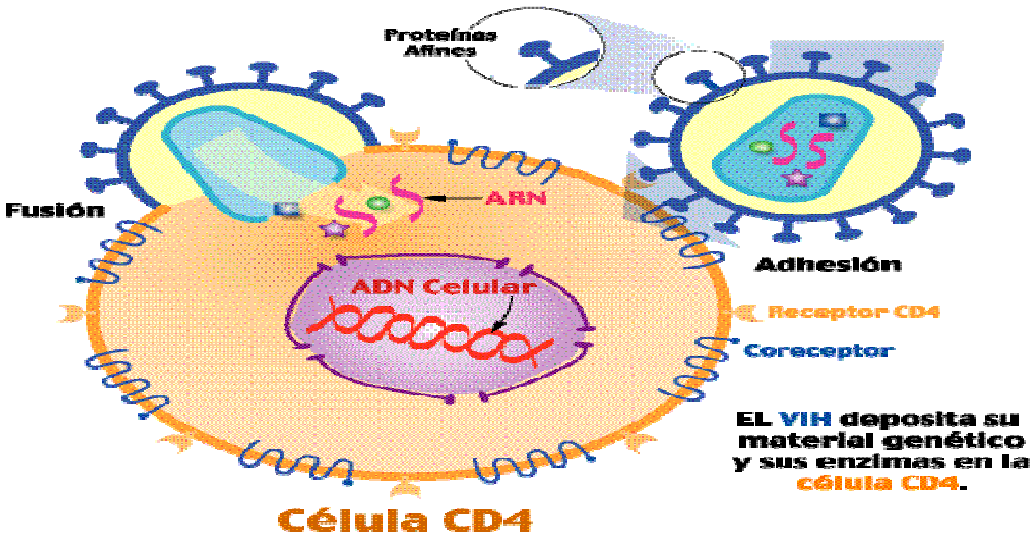
En 1981 en la comunidad gay de San Francisco y Nueva York apareció un brote de una nueva enfermedad y desde el año 1981 al 1983 muchos más casos fueron reportados a las autoridades sanitarias de esta patología en los países occidentales. La era del SIDA comenzó oficialmente el día 5 de junio de 1981 cuando el Center for Disease Control (CDC, centro para el control de enfermedades) de Estados Unidos convocó una conferencia y describió varios casos en Los Ángeles. La mayoría de los pacientes eran hombres sexualmente activos y en sus análisis de sangre se vio que no tenían el número adecuado de células *T CD4+,* la mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses. El SIDA consistía en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos, se desarrollaba cuando el nivel de Linfocitos *T CD4* descendía por debajo de 200 células por mililitro de sangre. Normalmente, los glóbulos blancos, los anticuerpos atacaban y destruían a cualquier organismo extraño que entraba al cuerpo humano. Esta respuesta era coordinada por un tipo de células llamados linfocitos *CD4*. Desafortunadamente, el VIH atabaca específicamente a los linfocitos *CD4* y entraba en ellos. Una vez adentro, el *virus* les inyectaba su propio material genético y los utilizaba para replicarse o hacer copias de sí mismo. Cuando las nuevas copias del *virus* salían de las células a la sangre, buscaban a otras células para atacar, mientras, las células de donde salieron morían, este ciclo se repetía una y otra vez. Para defenderse de esta producción de *virus,* el sistema inmune de una persona producía muchas células *CD4* diariamente. Paulatinamente el número de células *CD4* disminuía, como consecuencia la persona sufría de una inmunodeficiencia, lo cual significaba que la persona no podía defenderse de otros *virus y bacterias* que le causaban las enfermedades. La persona resultaban susceptible de sufrir enfermedades que una persona sana sería capaz de rechazar, como la neumonía o la meningitis. Estas enfermedades eran principalmente infecciones oportunistas y ciertos tipos de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

cáncer. El VIH, además, era capaz de infectar células cerebrales, causando algunos desórdenes neurológicos.

El ácido ribonucleico era el lugar donde se encontraba el código genético del *virus*, es decir sus características hereditarias, que eran necesarias para replicarse. Normalmente en la naturaleza el ADN o ácido desoxirribonucleico mandaba mensajes al ARN, pero en el caso del VIH este lograba invertir el sentido de la información, enviando sus mensajes de su ARN al ADN de la célula, por esta importante característica se le llamaba *retrovirus*. El *virus* insertaba su información genética en el mecanismo de reproducción de la célula, gracias a la transcriptasa inversa. Actualmente existen medicamentos, llamados antirretrovirales, que inhiben enzimas esenciales, la transcriptasa inversa o la proteasa, con los que reducen la replicación del VIH. De esta manera se frena el progreso de la enfermedad y la aparición de infecciones oportunistas, así que aunque el SIDA no puede propiamente curarse, pero sí puede convertirse con el uso continuado de esos fármacos en una enfermedad crónica compatible con una vida larga y casi normal (Ciaffi, 2005; Historia del SIDA, 2007).

Figura IV: El virus del VIH atacando a un CD4



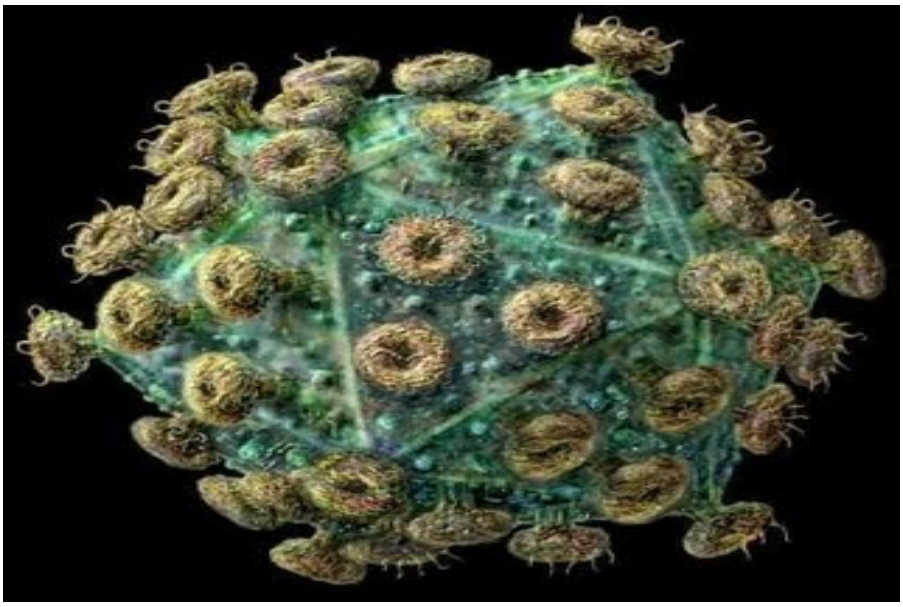
Fuente: www.unaids.org

En el año 1983 el causante de esta epidemia fue identificado (Montagner y Gallo 1983) y se llamó LAV / HTLV III: Linfo-adenopatía asociada al *virus* HTLV III, más tarde VIH y la enfermedad AIDS / SIDA. Entre el año 1983 al 1984 el test de diagnóstico de este *virus* fue

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

desarrollado. En el año 1986 se empezó aplicar el primer antirretroviral AZT a los enfermos de VIH / SIDA. En el año 1994 nació la primera campaña de concienciación para que las personas se hicieran el test de VIH en el mundo. En el año 1995 nació el cóctel de 3 antirretrovirales (ARV) y el año 1996, fue organizada la organización de Naciones Unidas específicamente para trabajar sobre la pandemia, ONUSIDA (Ciaffi, 2005). El *virus* del VIH, según los científicos, es un retro*virus* que se adapta muy fácilmente a las zonas donde actúa, tiene un gran poder de cambio y adaptación. Está clasificado en dos tipos: el VIH-1 y VIH-2 principalmente, estos se clasifican en varios grupos M, N O, estos van *creando* varios subtipos e van mezclándose entre ellos dependiendo de las áreas, hay zonas donde existe mayor concentración y se cruzan los virus unos entre otros, unos son más agresivos, otros menos. Los diferentes tipos de *virus* producen anticuerpos, esto es interesante de cara a los tratamientos antirretrovirales y también en el futuro para la búsqueda de vacunas. En la fotografía siguiente muestro un *virus VIH-1* para conocer la imagen de este *virus tan especial y problemático*.

Fotografia IV: *el virus de VIH-1*

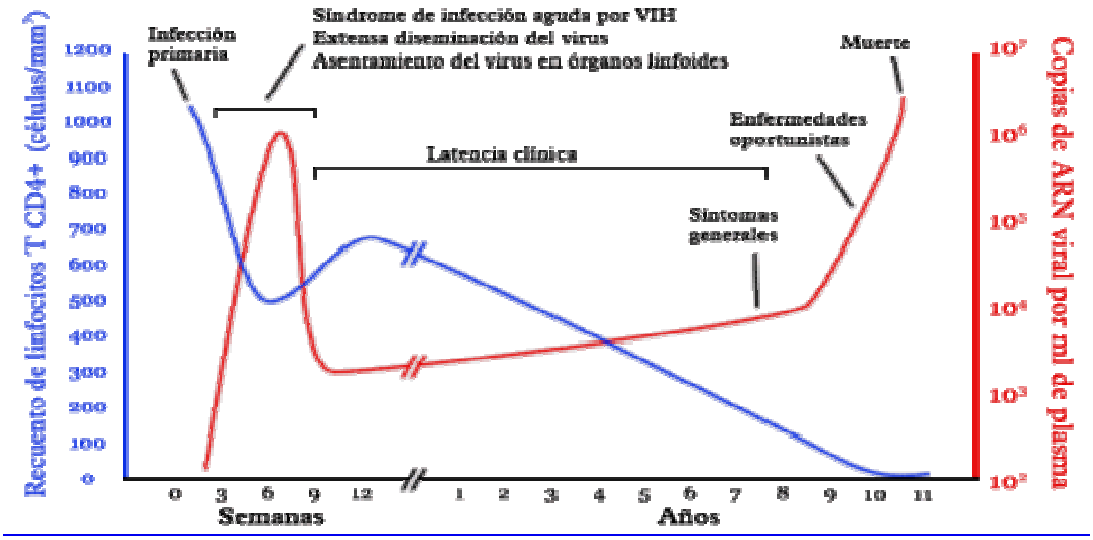


Fuente: Curso de VIH / SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza. (Ciaffi, 2005)

En el siguiente diseño muestra como es el desarrollo normal de la infección de VIH y de la enfermedad del SIDA en los países desarrollado y se ve claramente cómo se va desarrollando la historia natural del *virus y de la enfermedad*.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Figura V: Historia natural del VIH / SIDA en los países desarrollados

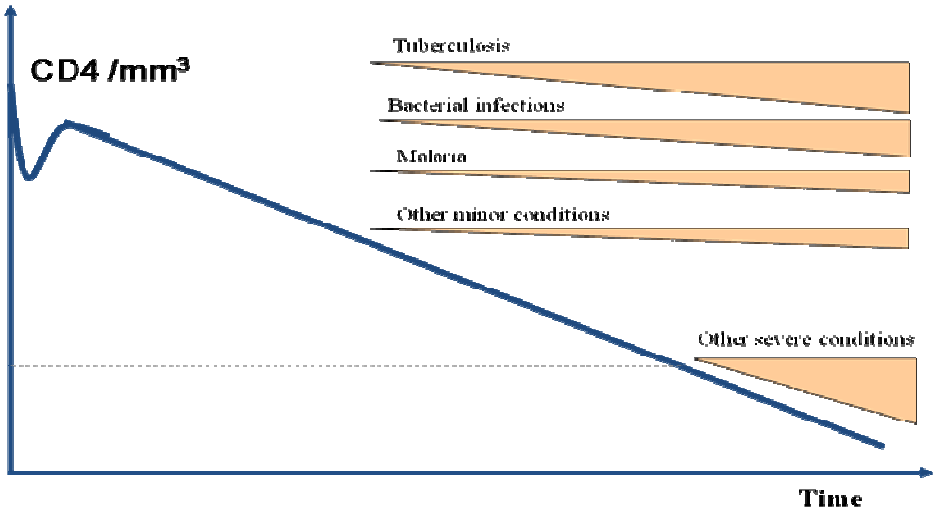


Fuente: Médicos Sin Frontera Suiza, curso de VIH / SIDA Berlín 2005 (Ciaffi, 2005).

Los marcadores biológicos de la infección de VIH para entender la historia natural son los anticuerpos contra el VIH, el contaje de la variación de *CD4* y la carga viral. Los anticuerpos del VIH se realizan a través de los conocidos como los test de VIH que indican si nos hemos infectado con el *virus*. Los CD4 son las células del *sistema inmunológico, de defensa del cuerpo* y es un importante marcador de la progresión de la enfermedad, se mide a través de análisis clínicos. La carga viral es el marcador biológico que nos dice cómo se va desarrollando el *virus* dentro del cuerpo. Con el tiempo el *virus* va infectando más células y se va desarrollando hasta que comienzan los primeros signos de la enfermedad del SIDA. Cuándo la carga viral es mayor, antes nos enfermamos y cuando disminuye mejora el *sistema de defensa del cuerpo*, los factores que influencian el desarrollo del *virus rápido* son las infecciones seguidas, la malnutrición, un sistema inmunológico comprometido. Por eso, el desarrollo de la enfermedad tiene una evolución diferente en los países desarrollados y otra distinta en los países pobres, donde va más rápida, especialmente en el África Subsahariana. En el diseño siguiente se muestra como cursa la historia natural del virus del VIH y del desarrollo de la enfermedad en las condiciones que existen en muchos países del África Subsahariana. Como las enfermedades oportunistas que más muertes causan a los enfermos aparecen mucho más rápido y porque esta enfermedad en África ha matado a tantos millones de personas si no se toman las medidas de tratamiento oportunas y necesarias.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Figura VI: Historia natural de la epidemia en África.



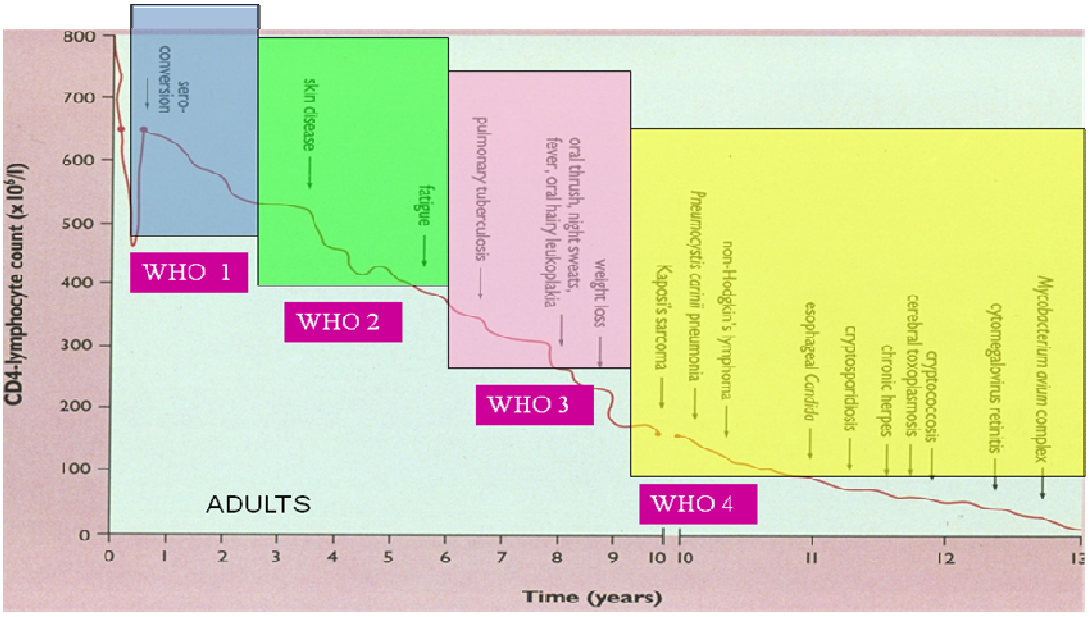
Fuente: Curso de VIH / SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza. (Ciaffi, 2005)

La infección por VIH no lleva a la enfermedad del SIDA necesariamente en todos los casos pues el *virus* puede permanecer latente por más de diez o quince años sin que la enfermedad SIDA se manifieste. Ésta infección es considerada una infección de transmisión sexual o ITS y se puede contraer por medio de contacto sexual con otro humano infectado (ONUSIDA, 2005a). Si bien esta enfermedad actualmente no tiene cura ni se han desarrollado vacunas para prevenirla, se disponen de terapias que pueden disminuir la progresión del SIDA gracias a un descenso en la carga viral en un cuerpo infectado, producido por la combinación de drogas antirretrovirales, TARV, lo que permite que la gente infectada con VIH pueda vivir más tiempo de forma saludable y productiva, aún cuando el tratamiento requiere de una disciplina particular y tenga efectos secundarios severos (Castro, 2005; ONUSIDA, 2005a). A inicios del año 1995, el TARV tuvo mucho éxito, pero en pocos meses los pacientes comenzaron a desarrollar inmunidad a estas drogas. Los factores más importantes que obstaculizaron el acceso de este tratamiento a África Subsahariana fueron: las deficientes estructuras de salud, la complejidad de los regímenes terapéuticos y el alto costo de la terapia con estas drogas. Los programas de tratamiento eficaces requerían que los pacientes siguieran de una forma estricta los regímenes terapéuticos que a veces podían ser complicados, pero a pesar de los desafíos que tenían estos programas, los pacientes habían alcanzado niveles de adherencia similares a los de los países desarrollados (Farmer et al., 2001). La OMS ha realizado una clasificación para especificar la progresión de la enfermedad del SIDA; Esta organizada en 4 estadios de la enfermedad, según va

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

subiendo la carga viral y van disminuyendo las células *CD4* van apareciendo diferentes enfermedades oportunistas y cada estadio va por orden de gravedad en las patologías que aparecen en el cuerpo humano. En el próximo diseño se muestra los estadios desde que el *virus* del VIH entra en el cuerpo según va avanzando en el tiempo hasta que aparecen las enfermedades oportunistas y el SIDA. Esta clasificación fue realizada por la OMS, que cada año evalúa los criterios de la enfermedad y el tratamiento según van avanzando los conocimientos científicos.

Figura VII: Clasificación de la OMS para el VIH / SIDA



Fuente: Curso de Médicos Sin Frontera Suiza de Berlín. (Ciaffi, 2005)

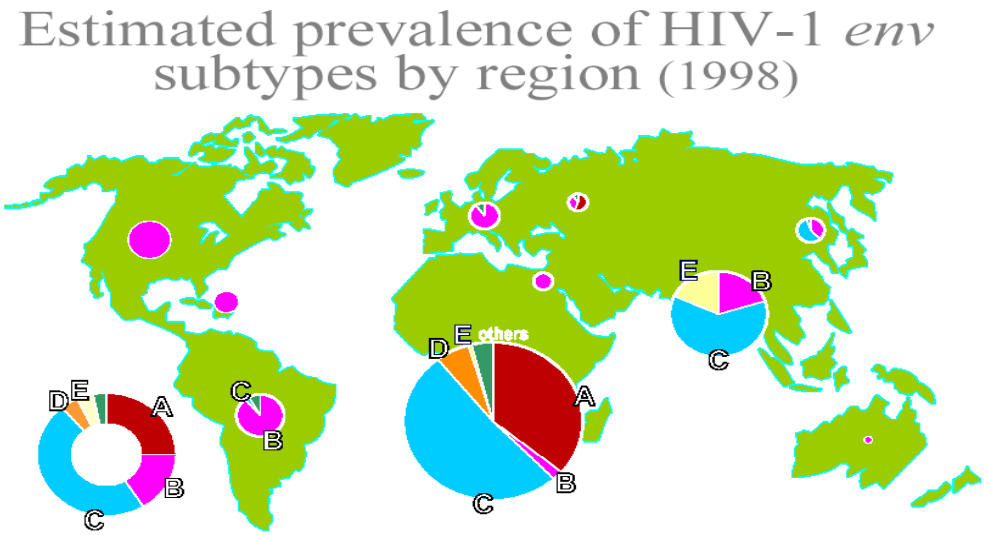
A pesar de que el TARV ha prolongado la vida de millones de personas desde la mitad de la década de los años 90, la resistencia a las drogas es una preocupación que ha surgido entre las personas que viven con SIDA y siguen un régimen de TARV. Muchas veces incluso cumpliendo la adherencia perfectamente existe un fallo virológico, un fallo inmunológico y la progresión clínica de la enfermedad, incluso tomando el cóctel de los tres antirretrovirales juntos. En otras ocasiones los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral son muy duros de llevar en los pacientes, incluso aunque tomen otras medicaciones para poder seguir con el tratamiento antirretroviral que les han dado por la simple razón que es barato y asequible. Estas circunstancias no se pueden tolerar y debía de existir diferentes líneas de tratamiento en todos los países y a los pacientes que necesiten el TARV, cuando una línea de tratamiento no les sienta bien o simplemente han desarrollado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

resistencias, se les debe de cambiar inmediatamente a otra más adecuada y que toleren mejor, que un tratamiento sea barato no puede continuar siendo una razón para que las personas lo continúen tomando y esta situación debe de ser un derecho humano básico.

En el año 2003 se re-combinaron dos tipos de *virus* en el chimpancé, se formó la cepa que causó el VIH en los seres humanos y en el año 2005 hubo una alerta en todo el mundo ante el aumento de la pandemia del SIDA. En el grafico debajo se muestra una comparación en la que se demostraba en diferentes colores el tiempo que se tardaba en diferentes países de varios continentes, desde que el *virus* del VIH entraba en el cuerpo humano hasta que se desarrollaba la enfermedad del SIDA. En este año en 1998 ya se vio que la pandemia iba aumentando en las zonas de los países en vías de desarrollo, donde la pandemia se había vuelto un problema importante en la vida de estos países, especialmente en la zona del cinturón del SIDA en África.

Mapa V: La prevalencia estimada de VIH -1 y los subtipos en el mundo en el año 1998.



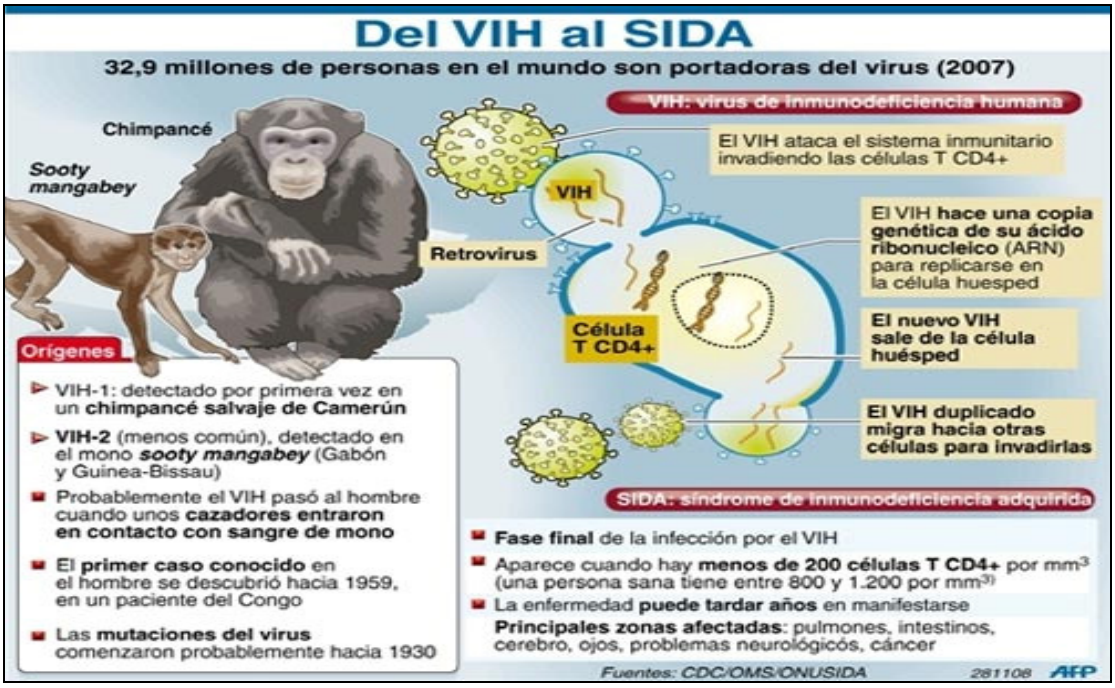
Curso de VIH / SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza (Ciaffi, 2005).

"… El poder inicial del estereotipo sobre el VIH y el SIDA radicó en su capacidad de exagerar la dimensión de la enfermedad y, al mismo tiempo, reducir a la persona seropositiva a una *categoría de riesgo y de peligro social*. El riesgo asociado a un diagnóstico positivo no sólo significó el ubicar a un individuo como un *vector de contagio e infección*, sino como mecanismo de reafirmación de valores sociales llamados *tradicionales*, que negaron las posibilidades de *cambio*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

social y se consolidaron fuertemente), y que bajo un *matiz religioso y político* podían ser considerados como *eugenésicos*...” (Sontag, 1989). En este sentido, el riesgo de infección por VIH ha sido ampliamente documentado en razón de su capacidad de generar una enorme cantidad de interpretaciones y significaciones, que han resultado muchas veces en la utilización de la *categoría de riesgo* y de la enfermedad misma como una manera de justificar ciertos *juicios morales* (Luptón, 1995). En la siguiente figura está muy bien explicada la historia natural del VIH-1, VIH-2, cómo la historia de la infección comenzó en África muchos años antes a ser descubierta. Ilustra claramente donde se habían encontrado el virus VIH-1 en Camerún y el VIH-2 en Congo, aunque las personas allí sigan pensando que es una enfermedad que fue llevada allí por los occidentales.

Figura VIII: Historia del VIH y SIDA desde su descubrimiento



Fuente: www.unaids.org

3. LAS METÁFORAS MÁS USADAS EN RELACIÓN AL VIH / SIDA

En los primeros años de la epidemia del VIH / SIDA fueron corrientes el uso de metáforas usando *imágenes impactantes y negativas* asociadas a la enfermedad en los media del mundo occidental, hoy en día estas metáforas ya no son tan usadas en los países desarrollados donde también causaron mucho daño, estigma y auto-estigma a los enfermos con VIH / SIDA, a pesar de que en estos países hace años que esta enfermedad es considerada una enfermedad crónica. El VIH /

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

SIDA aún lleva unido un estigma importante y las *metáforas negativas* aún son usadas en otras partes del mundo, con todo el *daño y miedo* que causan a las personas. Las metáforas identificadas especialmente en los periódicos de la época de inicios de la epidemia fueron descritas magistralmente por (Helman, 2000:394). Entre las más importantes metáforas están:

1. **El SIDA como plaga**, esta imagen tenía el eco de las pestes medievales o las plagas, que eran invisibles, fuerzas destructivas que se extendían rápidamente, traían con ellas el caos, el desorden, la ruptura de la sociedad ordenada, la vida familiar y las relaciones interpersonales.

2. **El SIDA como contagio invisible**, esta imagen está basada en los viejos modelos folk de las enfermedades contagiosas. Esta influencia no podía ser vista, pero podía ser transmitida por contacto virtual con la persona infectada, el contacto podía ser con la superficie del cuerpo, con los desperdicios corporales o incluso con el aire que respiraban y podía suceder en cualquier lugar. Era como si las personas infectadas estuvieran rodeadas de un miasma infectado, una nube de veneno o un mal aire y que causaba enfermedades a los que estaban cerca. Esta imagen llevaba implícita la idea de los estilos de vida sexuales de los que padecen las enfermedades y contagian a las personas que estaban alrededor (Helman, 2000:395).

3. **El SIDA como castigo moral**, en esta imagen las víctimas de las enfermedad estaban divididas en 2 grupos generalmente: los que eran víctimas inocentes como los accidentes de las transfusiones de sangre, los hemofílicos, los niños y las esposas de aquellos que eran bisexuales o los que estaban enganchados en relaciones extramaritales sexuales. Y los que eran los culpables como los hombres homosexuales, gente promiscua, prostitutas y drogadictos.

4. **El SIDA como invasor**, esta imagen incluía generalmente temas como la xenofobia y la invasión extranjera, desde que con frecuencia implicaba prejuicios contra extraños, extranjeros, emigrantes, turistas, africanos, haitianos y otros.

5. **El SIDA como guerra**, esta imagen podía estar unida a la anterior, era vista como una guerra contra la sociedad convencional por los estilos de vida inmorales de la época, las influencias extranjeras y las minorías estigmatizadas. En este grupo, las victimas heterosexuales de la enfermedad eran vistas como daño colateral, civiles inocentes, víctimas inocentes cogidas en fuego cruzado.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

6. **El SIDA como fuerza primitiva o entidad pre-social**, esta imagen era similar a la del cáncer (Helman, 2000:395).

Todas estas imágenes y alusiones a la enfermedad en el sentido de que son peores aún a las de la peste negra, no resulta extraño que las personas que escuchan estas metáforas, analogías o imágenes o las vean en las campañas de información, tengan mucho miedo, como dicen en Chamanculo, la idea de la enfermedad del SIDA causa más miedo y es peor que un bicho de 7 cabezas.

4. LA HISTORIA DE LA PREVENCIÓN DEL SIDA

La epidemia de de VIH / SIDA desde el inicio se organizó bajo el *modelo del estigma, la discriminación y la exclusión social*. El gobierno americano de Reagan aprovechó la situación de alarma que creó esta epidemia para poner en marcha estrategias de vigilancia epidemiológica que tuvieron como consecuencia reforzar el *discurso moral, jurídico, la exclusión social y discriminación de las personas viviendo con VIH / SIDA*. El concepto de prevención no corresponde a un modelo único, por el contrario, refleja las visiones de las diferentes realidades sociales que han ido transcurriendo desde los años 80, y hasta hoy en día, la prevención que todavía está considerada como una herramienta provisional porque, a pesar de todos los esfuerzos llevados a cabo hasta el momento, no tiene todavía una herramienta definitiva para controlar el virus. El mundo desarrollado y los EE.UU. fueron los primeros países en poner en marcha las estrategias de prevención para la epidemia. En los últimos tiempos las cifras de los pacientes con VIH / SIDA, treinta años más tarde de iniciarse la pandemia continúan aumentando en muchos países del mundo y aún existen muchas personas que no usan el preservativo en el mundo. La esperada vacuna será realmente la autentica bala mágica, pero todavía no existe ninguna vacuna que sea efectiva o una herramienta como los esperados microbicidas vaginales que ayuden a una prevención del VIH más efectiva. Los diferentes modelos de prevención más utilizados hasta el momento han sido:

1. El primer tipo fue considerado el modelo **Epidemiológico – Conductual**, porqué estaba basado en la epidemiología y en las teorías psicológicas para el cambio de comportamiento individual. En la década de los años 80, la aparición de la epidemia del VIH / SIDA fue considerada un *fenómeno social y de salud pública* que tuvo efectos negativos sobre la *sexualidad* y el *erotismo*. La asociación *SIDA / Homosexualidad* tuvo como consecuencia que las primeras campañas de prevención se dirigieran a las poblaciones de homosexuales también denominados *grupos de riesgo***,** porque fue

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

consideró en aquella época, que la propagación de la infección fue el resultado de comportamientos *sexuales desviados*. Los grupos de hombres y mujeres heterosexuales no fueron considerados por la salud pública, ni tampoco ellos se sintieron que estaban en situación de riesgo de pillar la infección y tampoco de ser *transmisores del virus* del VIH. El modelo inicial fue caracterizado por un énfasis biomédico muy fuerte, muchas de las actividades de investigación en las ciencias sociales que emergieron en respuesta al SIDA, no sólo durante los últimos años de la década de los años 80, sino hasta el tiempo actual, han sido enfocadas en las investigaciones KAP (conocimientos, prácticas y actitudes) sobre las prácticas de riesgo sexual, los conocimiento, actitudes y creencias sobre la sexualidad y se llegó a la conclusión de que estaban asociadas a la infección de VIH. Muchos de estos estudios habían conseguido recoger datos cuantitativos del número de compañeros sexuales, la frecuencia de las diferentes prácticas sexuales, las experiencias previas de otras infecciones de transmisión sexual y otros tipos de datos sobre prácticas sexuales para llegar a estas conclusiones (Parker, 2000).

Este modelo se centró en que las *conductas individuales de riesgo* partían de la premisa de que las personas eran seres racionales, tenían auto-control de sí mismos y consideraban con cuidado las alternativas de actuación en su vida personal con la información que poseían en un momento determinado. Siguiendo estas premisas los primeros programas se dedicaron a identificar los factores de riesgo individuales, a las personas se les preguntaba información sobre sus creencias, actitudes y prácticas sobre sus comportamientos y prácticas de riesgo sexuales. Del conjunto de todas las respuestas halladas se agruparon, y se caracterizaron los factores de riesgo que salieron y así fueron organizados los llamados inicialmente *grupos de riesgo* (Parker, 2000; Estrada, 2006). El examen de estas políticas iníciales permitió entender por qué estas acciones estuvieron basadas en un enfoque epidemiológico-conductual, porque desde las miradas normativas y moralistas de aquellos tiempos, fueron las principales bases para establecer las ideas de relacionar la transmisión del VIH con los comportamientos de riesgo. La finalidad no era únicamente contrarrestar los factores de riesgo sino también marcar los parámetros que distinguían el ejercicio y el comportamiento de una sexualidad normal, de las prácticas sexuales consideradas anormales y por tanto peligrosas para las personas (Parker 2001; Brummelhuis & Herd, 1999; Estrada, 2006).

Con base a todos estos estudios, en este primer modelo de prevención surgió la estrategia basada en el cambio de comportamiento, y fue llamada la estrategia ABC (Abstinencia, Fidelidad y uso del Condón), que fue diseñada por antropólogos Green y Halperin (Green et al, 2006) que se

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

puso en marcha en Uganda, donde tuvo mucho éxito durante los años 80. Esta estrategia fue considerada una vacuna social durante aquellos años, pero cuando fue puesta en marcha en los países del cinturón del SIDA fue un fracaso. En el diseño siguiente se muestra un póster explicando la campaña (A; B; C), diseño realizado por la Organización Mundial de la Salud que también ha apostado por esta campaña de Información, Comunicación y Educación (IEC) a nivel internacional a pesar de que es claro que es una estrategia que no funciona especialmente en el área de mayor prevalencia del mundo como es África Austral.

Figura IX: Estrategia de prevención del VIH / SIDA, campaña ABC

Fuente: www.unaids.org

A pesar de estos hechos ha sido escogida esta estrategia *moralista, estrecha y religiosa* por la administración Bush para todo el mundo, todavía en la actualidad a pesar de los resultados demostrados continúan repitiendo a las poblaciones con *estas ideas del control de la sexualidad y de la vida íntima de las personas*. Según fue pasando el tiempo fue evidente la poca efectividad de estas estrategias, por esta razón se llegó la conclusión que los modelos de prevención basados en los factores ligados a la percepción y el comportamiento del individuo eran insuficientes en la lucha mundial contra el SIDA. A inicios de los años 90, los antropólogos críticos y otros científicos sociales se unieron a los médicos, epidemiólogos y especialistas de salud pública para estudiar mejor la pandemia del VIH / SIDA en un intento más amplio de intentar entender las variables que habían

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

llevado a una alarmante y rápida expansión de la epidemia por el mundo (Parker, 2001; Schoepf, 1992; Obbo, 1995).

2. El segundo tipo que siguió fue el modelo **Antropológico – Cultural**, estaba basado en la antropología. Hacia el año 1991, emergieron nuevas reflexiones sobre los efectos de las políticas de salud pública anteriores, se empezó a tomar en consideración los contextos ambientales y socio-culturales donde vivían las personas. Este modelo se apoyaba en los significados que los sujetos les daban a las prácticas sexuales preventivas y de riesgo a partir de pertenecer a contextos culturales específicos. Estas reflexiones estaban muy influenciadas por el desarrollo dentro del campo de la sociología interaccionista, la antropología cultural interpretativa y con influencias desde otros campos como el movimiento de las mujeres feministas, gais, lesbianas y también por la influencia de los estudios realizados en esta época. Se consideró que la *vulnerabilidad* no era equiparable con la *probabilidad de riesgo epidemiológico*, sino que estaba determinada también por una combinación amplia de diversos factores: culturales, sociales, económicos, religiosos, políticos, sexuales, históricos, religiosos que influían en la conducta de las personas.

La consecuencia de todas estas reflexiones fue que los programas de prevención abandonaron la categoría de *grupos de riesgo* por ser estrecha, discriminadora, moralista y se modificaron por la categoría denominada *comportamiento de riesgo*. De esta manera se pretendía acabar con los prejuicios discriminatorios y sociales que había hacia los grupos de riesgo. Las dificultades de traducir o adaptar los protocolos de investigación sobre la sexualidad para las aplicaciones de los estudios Cross-Culturales se hicieron evidentes ante el hecho de comprender que las expresiones, creencias y prácticas sexuales en las diferentes sociedades, culturas, e incluso en diferentes subculturas dentro de la misma sociedad referente a la sexualidad abarcaban un campo muy variado (Brummelhuis & Herdt, 1999; Parker, 2001).

A inicios de los años 90, fueron los antropólogos los que tomaron el relevo en la investigación sobre la sexualidad, el SIDA, el género y otros problemas que empezaban a surgir. Comenzó un aumento creciente en la interpretación de los significados culturales que eran opuestos al cálculo de las frecuencias de las apreciaciones sobre los comportamientos de riesgo iníciales y estas interpretaciones surgieron en el centro de un amplio entendimiento de la transmisión sexual del VIH en diferentes lugares del mundo. De todas las diferentes posibilidades que podían ser diseñadas para responder al proyecto de las estrategias de una prevención más apropiadas y adaptadas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

culturalmente. También casi al mismo tiempo fueron emergiendo e iban ganando más atención hacia la mitad de los años 90, el impacto de una amplia gama de *factores estructurales* que empezaron a ser valorados y asociados a la situación del VIH / SIDA en el mundo. Los antropólogos y otros científicos sociales consideraron que estos factores estructurales estaban dando forma y alimentando la expansión de la epidemia (Farmer, 1992; 1996; Schoepf, 1988, 1992 citados por Parker 2001; Caldwell, 1999; Estrada, 2006).

3. El tercer tipo de modelo que surgió fue el modelo **Político-Económico**. Al final de la década de los años 90 e inicios del siglo XXI surgió éste modelo que partía de la idea de que las desigualdades económicas y sociales estaban en la base de la epidemia. Estas desigualdades constituían importantes obstáculos estructurales para que las personas cambiaran de comportamiento y pudieran adoptar conductas más saludables. Este modelo cambiaba la idea de *riesgo individual* por el concepto de *vulnerabilidad social e individual*. Las intervenciones preventivas estaban dirigidas en este modelo, hacia el activismo de base comunitaria. Se organizaron campañas para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas de VIH / SIDA. Se dejó de analizar el riesgo en términos de comportamiento individual para centrarse en la *vulnerabilidad estructurada y condicionada socialmente*. Este nuevo modelo de prevención consideró la vulnerabilidad social y llevó a una reacción internacional frente a la epidemia del VIH / SIDA, estimulando un cambio social capaz para intentar hacer posible la reforma de las estructuras de desigualdad. Según esta perspectiva, la reacción social debía de dirigirse a transformar las relaciones de género que hacían más vulnerables a las mujeres, a reformar las estructuras económicas que ligaba el SIDA cada vez más con la pobreza, los grupos marginales, a la creación de políticas de igualdad y de mejora social. Se habían identificado y probado muchos enfoques ineficaces para la prevención del VIH y se había hecho especial hincapié en las poblaciones en situación vulnerable (Parker, 2001; Farmer 2002, Farmer & Castro, 2003; Dowsett, 2003; Fassin, 2003; Metha, 2006; Estrada 2006).

La *vulnerabilidad* varía mucho de una sociedad a otra, igual que la capacidad de localizar y poder trabajar con una población vulnerable. No existe un enfoque único de prevención que resulte eficaz en todas partes y para todas las personas. Este modelo de prevención es el modelo de las enfermedades ligadas a la pobreza del Fondo Global y a los objetivos de desarrollo del Milenio (Farmer et al., 1996; Parker & Camargo, 2000; Bond et al., 2004). En los últimos años, se estaba también desarrollándose como estrategia de prevención VIH / SIDA en África Austral para los hombres la circuncisión, en esta estrategia está siendo muy discutida la capacidad de que los

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

hombres circuncidados tengan menor riesgo de coger la infección. También estamos en un momento donde las noticias sobre los experimentos con los geles y los microbicidas vaginales que también pueden llevar asociados sustancias anticonceptivas y que pueden ser muy interesante para las mujeres que no van a tener que negociar con los hombres si quieren o no usar el preservativo.

Parker (2008) comentó: "… En los avances de la prevención ha existido una tendencia a la simplificación excesiva; ha sucedido, en años recientes, una precipitación en implantar programas demasiado simplistas, como el caso de la circuncisión, considerado la gran panacea de la prevención. Esta práctica puede resultar exitosa en algunas circunstancias y lugares, pero de ahí a llegar a la conclusión que la circuncisión puede prevenir la epidemia a un nivel mundial, es sólo una inmensa acrobacia de la fe. Esto es sintomático de lo que yo llamaría una medicalización de la prevención. Esto incluye a otros enfoques bio-médicos como la asesoría y test del SIDA voluntario, que naturalmente son en sí correctos, pero de ningún modo representan la bala mágica que acabara con la epidemia, sería un gran error verlo de esta manera. Nunca ha habido una solución mágica, e incluso si dispusiéramos de una vacuna efectiva, una vacuna preventiva que pudiéramos hacer circular por todo el mundo, las barreras políticas, sociales y culturales que se han levantado para impedir justamente esto, seguirían siendo enormes. Creo que debíamos seguir luchando para convencer a las autoridades responsables de administrar las respuestas a la epidemia, de que el SIDA es una epidemia complicada y que esa complejidad debe entenderse y asumirse, en lugar de simplemente ignorarla…" (Bonfill, 2008: 1 entrevista con Parker).

En la fotografía siguiente muestra una de las campañas de prevención del VIH / SIDA realizada en los últimos tiempos que ha causado gran polémica a nivel internacional. Los mensajes atemorizantes y cualquier otra insinuación de que el SIDA es una enfermedad que se transmite por vía sexual y conlleva vergüenza debían de ser evitados, sustituidos por mensajes más positivos que lleven a las personas a aprender y comprender los peligros que los comportamientos de riesgo pueden tener como consecuencia algunas enfermedades, pero también las campañas IEC deben de informar del lado positivo de los programas en el sentido que existen tratamientos que mejoran la situación de las personas infectadas. Con este tipo de mensajes es el fin de la vida sexual, emocional y personal por el impacto que causan. Esta campaña de origen francés, es para enfatizar el peligro de mantener relaciones sexuales orales, el peligro de coger el virus del VIH y ha causado muchas críticas por las imágenes usadas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía V. Campaña de prevención del VIH / SIDA, impactante

Fuente: Imágenes de Google, www. diariocorreo.com.es/…/el-cuidado-del-SIDA

Otra tendencia que parece va cobrando adeptos es poner a las personas con condición de VIH positiva mucho antes de que su sistema inmunológico este en malas condiciones en tratamiento antirretroviral, esto va ayudar a que baje la carga viral en los pacientes, no exista tanto peligro en la transmisión del virus, las personas se beneficien de la terapia antes y eviten las infecciones oportunistas.

5. LAS MUJERES EMBARAZADAS, UN GRUPO DE GRAN RIESGO

Las mujeres embarazadas desde el inicio de la epidemia fueron consideradas grupos de riesgo por varias razones: o porque tomaban drogas, por sus prácticas sexuales o porque eran compañeras o mantenían relaciones con hombres que pertenecían a los grupos considerados de riesgo en el inicio de la epidemia. Los grupos de mujeres embarazadas que fueron considerados grupos de riesgo fueron: las prostitutas, las consumidoras de drogas intravenosas, las compañeras de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

consumidores de drogas intravenosas, las compañeras de hombres bisexuales y las mujeres embarazadas que vivían en áreas de alta prevalencia de la enfermedad. La alarma en salud pública saltó cuando comenzaron a nacer niños con el virus del VIH / SIDA. Las mujeres embarazadas fueron uno de los primeros grupos de riesgo en pasar por las pruebas de detección del virus del VIH a inicios del año 1985, cuando los servicios de salud pública en EE.UU. realizaron el primer grupo de recomendaciones para la transmisión perinatal realizado por el CDC de Atlanta (Centro de Control de Enfermedades). Desde el inicio se les ofreció a las madres y a sus hijos recién nacidos como rutina las pruebas de asesoría y test de VIH voluntarias (Blake, 2003).

Este perfil de *grupos de riesgo* fue preparado sobre los datos epidemiológicos que se recogieron en las estadísticas del país en aquel tiempo. Los resultados de los casos de transmisión perinatal en el año 1997 obtuvieron como resultados: que de 100 mujeres embarazadas con VIH positivo, el 60% de las mujeres embarazadas eran afro-americanas y el 24 % de las mujeres hispanas tenían una condición VIH positiva, estas proporciones se mantuvieron estables durante una década. Como explicó Blake: "… El discurso normativo que se inventó con el cuerpo de las mujeres embarazadas de alto riesgo fue un discurso preparado con falsas generalizaciones sobre mujeres específicas. Estas representaciones de mujeres de alto riesgo estaban basadas parcialmente en estereotipos de pobres mujeres de color, adictas a las drogas y de comportamientos irresponsables. Estas construcciones afectaban a las mujeres, las homogeneizaban, las estigmatizaban y éstas consideraciones implicaban que ciertas mujeres estaban en situaciones de alto riesgo porque eran quienes eran…*"* (Blake, 2003: 167). En las estadísticas se identificó otro problema interesante, el grupo de mujeres embarazadas que pertenecían al grupo de alto riesgo, un porcentaje entre 50% al 70% de estas mujeres embarazadas desaparecían y no acudían a los servicios de asesoría y pruebas de VIH. La consecuencia de este descubrimiento fue que para poder identificar a las mujeres que tenían condición de VIH positivo y que además podían transmitirlo a sus hijos, todas las mujeres embarazadas tuvieron que pasar por el screening, realizarse las pruebas de test y asesoría de VIH / SIDA. Las mujeres embarazadas como grupo general fueron consideradas un grupo especial de alto riesgo con las implicaciones que estas consideraciones supusieron. La lógica para ofrecer el test de VIH a todas las mujeres embarazadas no fue por que las mujeres que estaban fuera de los grupos de riesgo o fueran consideradas de repente que estaban en peligro sino fue para conseguir que todas las mujeres fueran evaluadas y controladas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En el año 1991, el CDC recomendó comenzar a tratar a los bebés de las madres con estatus VIH positivo con profilaxis de Cotrimoxazol (CTX) para prevenir las infecciones oportunistas más mortales y el uso de un nuevo test pediátrico de VIH en los niños. El PCR fue desarrollado como diagnostico definitivo de VIH en los recién nacidos entre uno a tres meses de edad. El avance en la transmisión perinatal se consideró muy importante en el año 1994 cuando el estudio llamado Grupo Protocolo 076 demostró que el tratamiento con AZT reducía la transmisión perinatal al 8% de niños que sus madres eran VIH positivas (Connor et al., 1994; Blake, 2003). El tratamiento con AZT sólo era aplicable a las mujeres embarazadas que tuvieran síntomas moderados de la infección y no hubiesen tomado antes este tratamiento para el SIDA. El riesgo de los posibles efectos secundarios para las madres y potencialmente a los hijos infectados era desconocido, así como el riesgo de la resistencia al AZT desarrollado en la madre fuera transmitido al bebé, limitando las opciones del tratamiento antirretroviral TARV posteriores que en aquel tiempo no eran muchas. La asesoría y pruebas de VIH y el tratamiento con AZT fueron consideradas las dos balas mágicas en la lucha contra la transmisión perinatal del VIH en aquel momento (Blake, 2003). Desde el año 1995, la salud pública llegó al consenso de que en los programas de transmisión perinatal se estableciera que las pruebas de asesoría y test de rutina de VIH requerían del consentimiento explicito de la madre. Las mujeres embarazadas tenían el derecho de negarse a realizarse las pruebas sino estaban de acuerdo, está fue llamada la opción *«opt-in»*.

Muchas mujeres embarazadas no creían que estaban incluidas en el grupo de riesgo, menos de haber adquirido el VIH y muchas de ellas no aceptaban pasar por la asesoría y pruebas de test voluntarias de VIH. Como muchas mujeres no aceptaban pasar por las pruebas, se pasó a usar otra estrategia más agresiva, que fue el considerar las pruebas y asesoría de VIH / SIDA como parte del protocolo de rutina en las consultas prenatales. Esta opción consiguió que fuera más difícil para las mujeres negarse a pasar el test de VIH, por tanto ya se estaba un paso más cerca de que la asesoría y test de VIH fueran las pruebas obligatorias como son en la actualidad en muchos países. La transmisión perinatal fue disminuida con estas intervenciones al 75% de los casos desde el año 1992 al año 1998 (Blake, 2003). Si desde el inicio de la epidemia cuando empezaron a nacer bebés VIH positivos hubiesen pasado por las pruebas de VIH al padre y la madre, ambos juntos y se hubiese aplicado una política de paternidad y maternidad responsable muchos problemas podían haber sido evitados en especial a las mujeres embarazadas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Blake (2003) señaló: "… Muchos de los argumentos de las políticas de Salud Pública, de los biomédicos sobre la necesidad del test obligatorio de VIH a la madre y al recién nacido, surgieron de la premisa de que la asesoría y test de VIH / SIDA obligatorio, junto con saber el resultado del test, además notificar el conocimiento de la identificación del caso a la administración y también la notificación al compañero. Toda estas acciones juntas iban a propiciar una situación que iba a provocar un número de efectos que conseguirían el cambio de comportamiento, el control de la transmisión perinatal y el control de la crisis de Salud Pública del SIDA pediátrico, que era la razón más importante para la administración americana, la intervención en el feto o en el recién nacido, el empoderamiento de la madre y la intervención médica de la madre del lactante. A través de toda esta red de premisas exageradas se esperaba que las mujeres embarazadas cambiaran de comportamiento gracias al conocimiento, los efectos de saber su condición positiva de VIH, los beneficios médicos, de soporte psicológico y social que entrar al programa iba a traer para ellas y sus hijos... *"* (Blake, 2003: 169). Se exageraban los beneficios de la obligación del test de VIH, se ignoraban, se pasaban por alto los intereses, las opiniones y los derechos de las mujeres.

En el año 1995 los servicios de salud pública en EE.UU. comenzaron a recomendar a las mujeres VIH positivas que considerasen la posibilidad de retrasar el embarazo y abortar ante la posibilidad de que el bebé naciera infectado de VIH por los efectos de la enfermedad en los niños. Esta política fue aplicada por algunos médicos de una forma autoritaria, el resultado de la aplicación de estas políticas de salud a las embarazadas no fue aprobada por muchas mujeres porque podía llegar a ser coercitiva en sus efectos. Muchas mujeres aceptaron abortar ante el miedo de que su hijo naciera contagiado, y porque está forma de realizar la asesoría y test de VIH era normativa y coercitiva, en particular con las mujeres pobres de color. La consecuencia fue que las mujeres no creyeron la historia de que la asesoría, prevención y pruebas de VIH empoderaría a las mujeres a través de sus propias decisiones. De esta manera los cuerpos de las mujeres embarazadas y de sus fetos en riesgo funcionaron como instrumentos que ilustraban la teoría de Foucault sobre que el poder y la disciplina simultáneamente vuelven los cuerpos dóciles y útiles al estar sujetos a estas políticas de Salud Pública. *S*egún Blake (2003): "… Las madres que fallaban y no iban a pasar por la asesoría y test de VIH eran *irresponsables vectores del virus además de victimas ignorantes*. Así, los argumentos de los que estaban a favor del test obligatorio y políticas similares, consideraron en riesgo a las mujeres embarazadas, pasivos objetos de control y vectores culpables activos, de esta forma, la mejor solución era controlar a todas las embarazadas, las mujeres que estaban y las que no

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

estaban a riesgo, aunque la madre recibía la información acerca de la prevención del riesgo de VIH y los beneficios del seguimiento clínico en los servicios médicos. Las mujeres podían tomar sus decisiones acerca de la maternidad siguiendo otros razonamientos más importantes para ellas que seguir estas ideas impuestas, en parte porque sus decisiones estaban influenciadas por un gran número de factores que los diseñadores de las política sanitaria no habían tenido en cuenta cómo podían ser las creencias religiosas, los valores culturales sobre el embarazo, parto y lactancia, las presiones familiares y del grupo social en el que estaban integradas…" (Blake, 2003: 176).

"... Muchas mujeres podían enfrentar riesgos inmediatos o era posible que estuvieran en posición de no reaccionar responsablemente a las prácticas preventivas y reproductivas del VIH, porque ellas podían ser objeto de violencia doméstica en sus hogares, tener miedo, o adicción a las drogas por ejemplo. En el año 1995 el CDC realizó un estudio en 8 ciudades de EE. UU. en que se demostró que la falta de acceso al cuidado prenatal era todavía uno de los grandes obstáculos en la prevención perinatal, porque no todas las embarazadas que eran VIH positivas recibían el tratamiento médico adecuado, ni a ellas ni a sus hijos, una vez realizadas las pruebas de asesoría y test de VIH /SIDA…" (Blake, 2003: 178). La historia de las intervenciones en la prevención de la transmisión vertical del VIH / SIDA probó que un análisis de la realidad que no fuera capaz de captar las diferencias entre las mujeres y que se consideraran a todas las embarazadas como un grupo homogéneo no funcionaba. Una medida única para todas las embarazadas dejaba de lado a las personas, a los grupos de embarazadas con características, necesidades y objetivos específicos diferentes en sus vidas. Las mujeres embarazadas que ya eran discriminadas y vivían en una situación de exclusión social estaban condenadas a reproducir la situación socio-económica y de seropositividad que existía a su alrededor. Las contradicciones de estas políticas, inicialmente desarrolladas y aplicadas en EE.UU. de América, cuando fueron puestas en marcha en otros países con las características sociales, políticas, culturales, económicas e históricas, coloniales de los países africanos, los problemas que surgieron crecieron ampliamente como veremos más adelante por la gran diferencia de contextos y de circunstancias sociales, culturales, políticas y económicas.

6. LOS INICIOS DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Toda estas situaciones que sucedieron al inicio de la epidemia de VIH / SIDA con las mujeres embarazadas habían llevado al resultado que en los programas del PTV habían sido programas que en vez de ayudar a las embarazadas y sus compañeros a apoyarlas habían traído

ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

consecuencias de que hayan salido a la luz problemas que estaban en la base de las sociedades como la desigualdad de género, se haya incrementado la violencia de género y la culpabilización de la mujer de ser promiscua sexualmente. Blake (2003) adaptó la perspectiva de los análisis de la Medicina de Foucault (1979) sobre como estas instituciones que amplían la vigilancia y el control de estas instituciones a los ámbitos más íntimos de la vida de los pacientes. Este modelo que yo llamo *vigilar y castigar* en el programa de VIH / SIDA en Maputo, me parece muy adecuado para tratar este tema, porque desgraciadamente se ha continuado actuando así contra las pacientes en los programas de SIDA en muchos países, muy especialmente con las mujeres, especialmente con las más pobres, jóvenes y vulnerables.

"…El conocimiento del test como identificación del virus permitió un rango de ejercicios de biopoder. El primer paso fue en la identificación del virus al realizar el test de VIH y la comunicación del resultado positivo, esto produjo en la mujer embarazada infectada a tener una serie de ideas que podían tener como consecuencia que fuera sometida a una serie de efectos secundarios. Estos efectos podían ser: coerción por parte de los prestadores de salud para someterse a ciertos tratamientos o para acabar con el embarazo, negación del tratamiento antirretroviral, no ir al hospital de día y otros servicios relacionados con el tratamiento de la infección del VIH / SIDA, perdida del seguro de salud, pérdida de empleo, pérdida de la casa, perdida de las relaciones sociales y servicios de soporte, perdida de la custodia de los hijos, abuso doméstico, estrés psicológico, estigmatización en sus comunidades y un gran número de problemas culturales e incluso persecución criminal, además de que las mujeres eviten los programas de cuidado prenatal por el stress psicológico de tener que informar al compañero, discriminación y depresión…" (Foucault, 1979; Blake, 2003: 7).

En el año 1985 se empezó a realizar el test de VIH en sangre a todos las personas que voluntariamente quisieran realizarse por el test de VIH. La asesoría y pruebas de VIH / SIDA han sido históricamente la piedra angular de la salud pública en respuesta a la prevención del SIDA, eclipsando otros tipos de iniciativas, la educación e intervenciones de la prevención. El énfasis en esta intervención puede ser explicado en parte por la economía, es barata, simple, la forma más comprensiva de prevención y para que las personas pudieran entrar a tratamiento rápido en la opinión de la Salud Pública Americana (Parker, 1994; Schoepf, 1988 en Brummelhuis & Herdt, 1999). Estas decisiones, cuando fueron tomadas a nivel internacional por la rápida expansión de la epidemia y al convertirse en pandemia, han traído como consecuencia una lucha entre las empresas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

farmacéuticas, los laboratorios del test de VIH, los tratamientos antirretrovirales, los condones y otros productos, se creó un gran mercado para las empresas farmacéuticas y el VIH / SIDA se ha convertido en un gran negocio para mucha gente durante años, un negocio que yo considero vergonzoso por que le ha costado la vida a muchos millones de personas. Las crecientes tasas de VIH entre los jóvenes, las personas de color, las mujeres y otros grupos de personas, fueron acompañados de nuevas medidas de vigilancia y de prevención cada vez más controladoras.

En muchos estados de EE.UU., en otros países de Europa como Suecia desde hace años se había implementado el test de VIH obligatorio, notificar el caso obligatoriamente a la salud pública y las personas tenían que notificar el estatus de VIH al compañero. También era obligatorio hacer el test a todas las mujeres embarazadas y a todos los recién nacidos, después otros países se han ido adhiriendo a este sistema. En España, la política de Salud Publica ha sido diferente y se ha respetado la decisión libre de las personas para actuar en estos ámbitos tan personales de la vida. Yo creo que a nivel de la política de la prevención prenatal estas políticas han funcionado bien, pero a nivel de los enfermos de SIDA en general, después de morir los enfermos que eran drogadictos, las campañas de prevención no facilitaron tampoco los efectos esperados. El VIH / SIDA está aumentando en los últimos tiempos, las personas no hablan de su condición de VIH y muchas se sienten todavía discriminadas, estigmatizadas y especialmente se auto-discriminan porque aunque parece un tema que esta asimilado y claro a nivel de las políticas oficiales, a niveles privados y sociales continúan existiendo discriminación y estigma en ciertos ambientes contra *estas personas*. Este es un tema que en España no se hablaba mucho en los últimos tiempos pero que todavía continúan muchos afectados a sentirse así. Muchos pacientes en tratamiento antirretroviral tampoco tienen buena adherencia al tratamiento y tampoco creen, que después de tanto camino recorrido que la enfermedad exista. Y lo curioso de esta situación es que nos creemos un país desarrollado y del primer mundo, en el que esta enfermedad está ya considerada una enfermedad crónica más y donde los pacientes en tratamiento antirretroviral tienen opciones a los tratamientos de últimas generaciones y a todos los avances científicos existentes en el país.

La teoría de Foucault está muy bien ajustada para el estudio de la asesoría y test de VIH por varias razones como explica Blake (2003): "… Dos de las primeras funciones del test de VIH son la vigilancia epidemiológica y la identificación, de la huella de la prevalencia e incidencia de VIH entre la población. Después la revelación obligatoria de la condición de VIH positiva al compañero porque si no lo haces tú lo realiza la administración de salud pública. Cada una de estas funciones

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

genera un rango adicional de ejercicio de biopoder. La información de la vigilancia epidemiológica ha sido usada para planear los esfuerzos de prevención, por ejemplo en la identificación que puede llevar a la notificación al compañero, manejo y notificación del caso clínico a las autoridades y la discriminación de la paciente. Las prácticas de asesoría y test también funcionan como una forma de ideología más específica porque se puede juzgar a las personas que están a riesgo, si están limpias, son vulnerables o invulnerables, desviadas o normales…" (Foucault, 1979: 184 citado por Blake, 2003:8).

Las prácticas del asesoría y test de VIH /SIDA deben de ser sensibles y responder a las necesidades, intereses, circunstancias de las personas y especialmente la discreción. Deben respetar y tratar las diferencias de las personas, como una riqueza cultural que permita mejorar el desarrollo de los cuidados preventivos y para que las personas puedan saber su condición de VIH / SIDA. Las personas no pueden ir a las sesiones de asesoría y test de VIH con temor, miedo, como una práctica que hay que esconder y evitar, que nadie nos identifique para que no se nos juzgue. La asesoría está organizada para informar y educar a las personas en la infección del VIH / SIDA, la prevención y educación para la salud, no para que las personas sean juzgadas, se sientan más víctimas y se consideren más vulnerables de lo que ya están en realidad (Blake, 2003; Castro, 2003). Las sesiones de asesoría y test de VIH deben ser justas y tienen que crear un ambiente en que las personas se sientan cómodas, deben crear formas más igualitarias de poder, más que estigmatizar y discriminar a las personas que ya están muy nerviosas, lo que necesitan es ayuda, apoyo y encontrar una salida a su situación que no les perjudique más de lo que ya piensan y en realidad están.

7. EL DESAFIO EMOCIONAL DE LAS PRUEBAS VOLUNTARIAS DE VIH / SIDA

Participar en las pruebas de asesoría, el test de detección de VIH y posteriormente conocer el resultado puede tener como consecuencia: trastornos emocionales, estigmatización, discriminación, abandono, violencia, en especial en el caso de las mujeres embarazadas. La asesoría y pruebas de VIH son ofrecidas en las clínicas prenatales por matronas, enfermeras, consejeros y psicólogos. La asesoría antes y después del test de VIH es un desafío emocional para los usuarios, un trabajo intensivo para los profesionales, que necesita tiempo, habilidades y privacidad. Abrir o notificar la condición de VIH a otra persona es la mayor preocupación de las personas en especial de las mujeres según ONUSIDA (UNAIDS, Best Practices Collection 2001; Painter, 2004).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En la revisión realizada de la literatura sobre los diferentes países de África Subsahariana encontré estos resultados; En el estudio realizado por Temerman (1995), "… reflejó que, un número de mujeres elevado que habían sido invitadas a participar en los programas de PTV, después de aceptar y de pasar por las pruebas, no aceptaron saber el resultado o porque no habían entendido bien la situación o porque no habían comprendido bien las implicaciones de pasar por el test de VIH. Incluso cuando las mujeres embarazadas habían pasado por el test de VIH, tenían el derecho de no querer saber los resultados. Era importante tener mucho cuidado y disponer de protocolos que midieran los beneficios contra el potencial daño a las personas que participaban en el test de VIH…" (Temerman et al., 1995). El VIH / SIDA era un grave problema de salud pública y en algunos de los países de África Subsahariana, organizar un servicio de asesoría y pruebas de VIH /SIDA en un programa de SIDA o en un PTV era un verdadero desafío. Los lugares y las estructuras deben estar bien organizados, con ambiente amistoso. Es necesario tener todo tipo de materiales, medicinas, protocolos de trabajo, privacidad, infraestructuras, las personas que trabajan en estos centros tengan buena formación, sean actualizados en su trabajo. Pero especialmente deben entender que las personas que van a buscar información y tratamiento son bien tratadas con humanidad, respeto y confidencialidad. La violencia física y sexual contra la mujer es un factor importante de riesgo de coger infección de VIH a través de su pareja (Maman et al., 2002, Farmer & Castro, 2002).

"… Pasar por el test de VIH cuando las mujeres embarazadas no tienen el consentimiento del marido, es llevar el problema a casa. Es necesario que los programas de asesoría y las pruebas de VIH / SIDA incorporen estrategias que aborden cuidadosamente las actitudes de la comunidad a la que pertenecían sus clientes. Estos programas deben de contar con los recursos necesarios para ofrecer servicios médicos, psicológicos y de apoyo social adecuados a las personas infectadas de VIH / SIDA en especial a las mujeres embarazadas que acuden a los PTV…" (UNAIDS, 2001). En un estudio realizado en Abidjan, se mostró que dar a las mujeres asesoría psico-social durante los momentos clave para notificar su sero-estatus a su compañero era una estrategia importante. Los momentos clave considerados fueron: al final del embarazo, durante la lactancia y al volver a tener actividad sexual, en estos momentos muchas mujeres se decidían a revelar su condición de VIH al compañero (Brou et al., 2007). Al inicio explicaba que pasar por el test de VIH y notificar el estatus, obligatoriamente se ejercía una situación de *control y vigilancia de los cuerpos de las mujeres embarazadas* por los servicios de Salud Pública del gobierno de Estados Unidos al inicio de la epidemia. En África la situación es más complicada porque las mujeres embarazadas son vigiladas y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

castigadas por la familia, el marido, los vecinos, la comunidad, la etnia, el estado y si además viven en situación de poligamia por las co-esposas. Así el VIH / SIDA ha sido el catalizador que ha sacado a la luz numerosas situaciones de desigualdad en el ámbito familiar, social, cultural, económico en muchas sociedades y países especialmente en el África Subsahariana.

8. ABRIR EL RESULTADO DE LA CONDICIÓN DEL VIH / SIDA POSITIVO

Notificar la condición de VIH tiene un número importante de beneficios según las autoridades en salud pública, tales como el aumento de soporte social para las personas que son seropositivas, aumentar el número de compañeros que no se han hecho el test, aumentar la precaución del riesgo de protegerse de la infección de VIH y aumentar la reducción de prácticas de riesgo. La literatura indica que el cambio de comportamiento de riesgo es especialmente grande para las parejas que saben su estatus positivo de VIH y quienes son capaces de informar a su pareja para la elección del momento adecuado para la salud reproductiva. Revelar la condición de VIH positiva puede también ayudar al acceso y cuidado de programas de soporte para las personas infectadas. Algunas personas por ejemplo son conscientes de que al abrir su condición positiva tiene un resultado social negativo incluida la violencia física y el abandono de la mujer. Los estudios consultados indicaron que las mujeres con frecuencia preferían abrir el estatus de VIH con diferentes tipos de personas, algunas con las parejas, otras a los miembros de la familia, otras a amigas confidentes otras a su red social. También se ha ido comprobando que existían muchas personas que revelaban su condición de VIH e iban aumentando con el tiempo porque eran convencidos en los programas de SIDA. Además es preciso explicar que una cosa es la intención de las personas de llevar a cabo la revelación al compañero para intentar buscar soporte y otra situación diferente es cuando se realiza la notificación en la realidad (OMS, 2000; Maman, 2002; Antelman, 2001; Pool, 2001; Raisler, 2005).

El miedo de las mujeres estaba basado en las experiencias actuales; o ellas habían tenido muchos compañeros antes de pasar por la asesoría y test de VIH o habían escuchado las experiencias de otras mujeres que habían sido maltratadas. Muchas mujeres se hacían el test de VIH con el consentimiento de su pareja y después los maridos reaccionaban muy mal ante los resultados. Los maridos no querían que las mujeres se realizaran el test porque era saber la situación en la familia y si tenían el VIH, pensaban que iban a morir. Los estudios revelaban que la mayoría de las mujeres VIH negativas y un gran número de las positivas tenían experiencias positivas después del

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

resultado de revelar su condición. Aunque la mayor barrera era el miedo a tener experiencias negativas, las mujeres en la mejor posición querían hablar con el marido cuando era seguro abrir su condición VIH positiva, mientras que una proporción relativamente pequeña, especialmente en las mujeres preferían revelarlo a otras personas. Como consecuencia es importante buscar acercamientos como una prevención crítica de estrategias de prevención, cuidados que permitan a las mujeres capitalizar los beneficios de los resultados y minimizar los aspectos dañinos al compartir su estatus de VIH con otros (Maman, 2002).

En un meta-análisis llevado a cabo por Medley et al., (2004), las tasas de notificación al compañero de la condición de VIH que se encontraron en diferentes países, tenían un variación de un rango amplio entre el 16,7% al 86%. Los estudios recogidos por estos autores presentaban estilos, valores, objetivos, datos empíricos y se vinculaban a teorías diferentes, quizás estas circunstancias influyeran en esta amplitud de rango (Medley et al., 2004). En Valencia el 20 de Mayo de 2009 el periódico Las Provincias dijo ante el congreso de SIDA que se celebraba en la ciudad, que en España se infectan de VIH / SIDA 3000 personas al año y estas personas no notifican su estatus de VIH a sus compañeros.

"… Existen diferentes niveles de ansiedad dependiendo a qué personas se va a abrir la condición de VIH y por qué razones va a hacerlo. Mucha mujeres revelan su estatus con trabajadores sanitarios o sociales para poder recibir el cuidado médico y soporte del programa, otras a la familia, o a los amigos, o en la comunidad buscando soporte emocional y social, a otras mujeres, a los compañeros buscando el soporte y la prevención de la transmisión de VIH, al público en general para ponerle cara a los enfermos con la epidemia, o para reducir el estigma y para educar a las personas. Revelar el estatus debe de ser solamente realizado con el consentimiento de la persona sobre la enfermedad. El hecho de abrir la condición de VIH positiva es un hecho muy sensible, el alto estigma que hay en muchos países es una barrera para que muchas personas no compartan su estatus con otras personas, pero para tener acceso a los servicios médicos y de soporte psico-social, es generalmente necesario abrir el estatus o a un trabajador sanitario o a alguien de la familia especialmente si van a empezar el tratamiento antirretroviral. El grado de sensibilidad sobre la revelación varía dependiendo de los lugares y no ha sido alcanzado un consenso, ni los estándares adecuados para realizarlo, o los procedimientos relacionados en cómo se debe de hacer, cuando, o a quién. Además no hay adecuados mecanismos de soporte para las personas que abren su condición, cuando tienen experiencias negativas como violencia o la pérdida del hogar, y tampoco para los

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

consejeros, para que faciliten que los clientes notifiquen su condición de VIH / SIDA…" (Maman et al., 2003).

9. LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DE HABLAR CON EL COMPAÑERO

"…Existe una variedad de desafíos para los clientes, los organizadores de los programas, proveedores de servicios, compañeros, familias y comunidades implicadas en la notificación de la condición de VIH. Las barreras a nivel del cliente incluyen el miedo a la reacción negativa de la pareja, miedo al estigma y a la discriminación que tiene sus raíces en las experiencias, o que han visto a otras personas maltratadas porque estaban infectados de VIH. Los clientes pueden tener miedo de las consecuencias adversas por sus hijos o porque los trabajadores de salud hablan de su estatus de VIH a otras personas sin su consentimiento. Las consecuencias negativas de abrir el resultado pueden ser más duras para las mujeres que para los hombres, en parte porque las mujeres son más vulnerables socialmente, económicamente, con frecuencia dependientes de sus compañeros por su estatus económico y porque esta menos tolerado en la sociedad la percepción de que las mujeres tengan múltiples compañeros sexuales como los hombres, que tienen múltiples compañeras y es aceptado socialmente. Los principios del test de VIH, la asesoría, la confidencialidad y el informe consentido han sido desarrollados basados en los contextos socio-culturales occidentales, y es evidente el incremento de la confidencialidad profesional está llegando a ser un problema enorme en el contexto de los países subsaharianos. El concepto de confidencialidad, es con frecuencia considerado un concepto occidental e individual y actualmente se tienen fuertes dudas y discusiones en muchas tribus étnicas porque el concepto de confidencialidad está asociado con las normativas de regulación, con qué tipo de información debe de ser compartida, con quien, y por esa razón es esencial la calidad del consejero. La confidencialidad en un contexto de control está más admitida que quizás más que en un contexto de privacidad, individualidad, secreto y de tabúes. Y más cuando se trata de hablar de la vida intima, sexual y de contagio de un enfermedad con las connotaciones que tiene el VIH / SIDA…" (Maman et al., 2003).

Muchos estudios han sido realizados en los países en vías de desarrollo, aquí he hecho una lista de algunos de los países que he ido encontrado con este tipo de estudios, porque cada año surgen nuevos estudios en más países. Había estudios de diferentes estilos, valores y objetivos, datos empíricos y teorías diferentes. El VIH / SIDA ya no es el objeto de estudio de una única disciplina, biomédica o socio-económica, sino un campo de estudios transdisciplinar con aportes de muchas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

disciplinas. Más adelante voy a ir analizando algunos estudios, pero en la mayoría de las investigaciones consultadas las mujeres tenían serios problemas para abrir su estatus de VIH. En Mozambique no existía ninguna investigación científica con estas características:

1. **Los estudios realizados en África**: En Kenia 4: (Miller et al., 2007; Kirie et al., 2006; Delva et al., 2006; Carter et al., 2004), - Tanzania 3: (Bugalla et al., 2004; Suya et al., 2006; Dominan et al., 2007). - Ruanda 3: (Van der Straten et al., 1995).- En Uganda 2, Karamagi et al., 2006; Bajurniwe et al., 2005). - Botswana 2: (Magnhil et al., 2004; Kebaabetswe, 2007). - Zambia 2, (Chipepo et al., 2005; Semrau et al., 2005). - Sudáfrica 2, (Jones et al., 005; Pronyck et al., 2006). - Burkina Faso 1, (Pignatelli et al., 2006).-.Etiopia 1, (Kebede et al., 2005). - Nigeria 1, (Ekanem et al., 2004);- Zimbabwe 1, (Pérez et al., 2004).- Malawi 1, (MSF Lux, Belgium).

2**. Los estudios Cross- culturales**: Kenia, Tanzania y Trinidad 1, (Grinstead et al., 2001).

3. **En América**: Estados Unidos 1, (Gielen et al., 2001); Haití 1, (Fitzgerald, 2004), (Farmer, 1996; Farmer & Castro 2004).

4. **En Asia**: 1 Cambodia, (Kakimoto et al., 2007).

5. **Las revisiones de literatura internacionales**: (Maman et al., 2003; Medley et al., 2004; Raisler, & Cohn, 2005).

Las barreras o motivos que las mujeres mencionaban en los diferentes estudios que he consultado para no revelar la condición de VIH positiva a sus compañeros o a la familia han sido las siguientes:

Consecuencias Negativas:

- Evitar la consulta pre-natal
- Miedo a la agresión física del compañero
- Estigma de matar al bebé
- Discriminación
- Abandono por parte de la pareja

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

- Estigma por tener la enfermedad
- Acusaciones de infidelidad, prostitución y hechicería
- Depresión
- Que el marido y su familia le quitara los hijos
- Miedo a morirse
- Poner triste a la familia
- Pérdida de la casa y de sus bienes personales
- Ruptura del matrimonio aunque sea legalmente celebrado con las leyes civiles o de acuerdo con las leyes tradicionales o religiosas
- Cotilleo de las personas que vivian alrededor y agresión verbal
- Ruptura de la relación sexual y amorosa - afectiva
- Abuso físico
- Abuso psicológico y moral
- Abuso sexual
- Pérdida del soporte económico
- Pérdida del empleo
- Auto-estigma
- Negación de tener la enfermedad
- No creer que exista la profilaxis y el tratamiento para las madres y los bebés
- Muchas mujeres negaban que la enfermedad existiera
- Muchas mujeres creían que la enfermedad era causada por magia, por un hechizo o por un castigo divino (Kebede et al., 2005).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

- Miedo al tratamiento antirretroviral
- Auto-aislamiento
- Fin de la vida social
- Miedo a la prohibición del marido que no quería que la mujer pasase por el test de VIH cuando estaba embarazada.

En Kenia se llevó a cabo un estudio en el que se les enseñó a las mujeres estrategias para hablar, revelar el estatus de VIH y negociar con la pareja. De las 324 mujeres a las que se les realizó la prueba, solo 66 de ellas es decir el 27%, revelaron el resultado de su estatus a sus propios compañeros. 11 mujeres positivas fueron expulsadas de sus casas y reemplazadas por otras nuevas mujeres. 7 mujeres fueron golpeadas duramente y 1 mujer se suicidó (Delva et al., 2006). Las mujeres raramente tomaban decisiones concernientes a su propia salud o la de sus hijos sin consultar antes con el marido y la familia, por esa razón era muy difícil que las mujeres participasen en los programas de PTV sin informar antes en el hogar (Mazhani et al., 2000; Molyneus et al., 2002; Kebede et al., 2005).

Consecuencias Positivas:

- El beneficio incluye el alivio de poder compartir el stress y preocupación que se tiene al saber el resultado del test
- Tomar decisiones para la salud de la madre, hijo, del padre y otros miembros de la familia
- Recibir una educación para una salud adecuada toda la familia
- Tomar la profilaxis con tratamiento antirretroviral las mujeres embarazadas y los bebés
- Tratamiento antirretroviral para las madres que tuvieran los criterios clínicos para el tratamiento permanente
- Buena adhesión al tratamiento antirretroviral, apoyo y soporte psicológico, legal, social
- Tratamiento y profilaxis adecuada de las enfermedades oportunistas cuando aparezcan
- Dar una alimentación adecuada al hijo para que no se infecte y profilaxis con CTX

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

- Seguimiento médico adecuado para toda la familia
- Poder participar en grupos de apoyo social, psicológico (Raisler et al., 2005).
- Si las mujeres no buscan ayuda aparte de perder oportunidades en la prevención, tener una pérdida de acceso a ayuda social, médica, psicológica, financiera y legal (Kebede et al., 2005).

Las mujeres infectadas han sido transformadas así en víctimas del sistema que ya de por sí les concede pocos derechos, la desigualdad de género se vuelve todavía más evidente. El hecho de aparecer la depresión asociada a todos estos factores, también indica que pueden existir procesos de una enfermedad mental, que puede tener como consecuencia que las personas enfermas sobre valorizaran su situación negativa. Buena parte de estas actitudes y posiciones muestran el desempeño del *papel del enfermo y de la víctima*. Dan una idea de una situación catastrófica que no tiene salida o solución posible, y en la que es necesaria buscar soluciones apropiadas si queremos que los programas de PTV tengan más éxito con las mujeres, sus compañeros y la red social de estas personas para participar en los programas. Una estrategia de adaptación del paciente es de jugar el papel de víctima y es considerar que otras personas lo están persiguiendo y discriminando. El uso de la teoría de la conspiración tiene como consecuencia que el enfermo sea transformado en víctima, acumule un capital de penas, solidaridad y apoyo. La víctima consigue que las personas o instituciones que apoyan (los ricos, los médicos, los donadores) se transformen en Mesías salvadores, sus malas consciencias de vivir bien y de tener todo lleven a que se mire a la víctima, los enfermos como pobres desgraciados que están infectados sin tener responsabilidad de la situación. Esta situación la vivía constantemente en Chamanculo cada día.

La situación de las mujeres embarazadas en la realidad cuando hablaba con ellas en el hospital era muy heterogénea. Las mujeres embarazadas que pasaban por el test de VIH muchas veces sabían que no estaban bien de salud, tenían sospechas, aceptaban el resultado de VIH y hablaban con el marido. Muchas mujeres cuando descubrían la situación de ser VIH positivas desaparecían e iban a confirmar en otro GATV el test de VIH. Otras mujeres cuando les enseñaban el resultado, se ponían fuera del sistema médico, y un gran número de ellas participaban en el programa a escondidas para intentar que el hijo no saliera contagiado. Como señalé anteriormente en algunos estudios se señalaba que al hacer el test de VIH obligatorio se reducía el estrés e iba ayudar aliviar a las mujeres porque iban a recibir el TARV porque estaban enfermas. En otros estudios las mujeres aceptaban la mayoría hacer el tratamiento para salvar a los hijos de la enfermedad. En otros

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

estudios mostraban que probablemente estas situaciones eran casos límite existiendo también muchas situaciones que las mujeres contaban con el apoyo de amigos, familiares y el apoyo material aportado a partir de las redes sociales donde estas mujeres estaban integradas.

Existían personas con diferentes niveles de apoyo que no tenían ninguno, poco y suficiente sostén. Habían personas deprimidas, otras poco afectadas, otras aceptaban su situación y vivian bien con ella. También existían diferentes tipos de familias: las casadas tradicionalmente, civilmente por la religión, las parejas que vivían juntas, las parejas inseguras, otras que no eran muy sólidas y las parejas con varias casas diferentes y en estas casas diferentes mujeres, la poligamia, la poliandria y los que eran solo amantes. Estos tipos de situaciones podían ser muchas veces correlacionadas unas con otras a la vez. En Chamanculo el 60% de las mujeres eran mujeres pobres, con miedo, pocos recursos y con frecuencia en una situación de poligamia abierta o escondida pero real.

10. LA VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES AL VIH / SIDA

"… La noción de *vulnerabilidad* proviene del área de los derechos humanos y originalmente se designaba a los grupos con fragilidades jurídicas o políticamente en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía. Este concepto cuando fue aplicado al campo del SIDA, amplió el horizonte de los estudios y las acciones políticas dirigidas a controlar la epidemia, ya que superaba la noción de riesgo individual traducido en acciones dirigidas a grupos de riesgo y comportamientos de riesgo para acceder a una nueva comprensión de la *vulnerabilidad social*. La vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social que exige respuestas en el ámbito de las estructuras sociales y políticas. Las condiciones estructurales de desigualdad social en las que viven las mujeres son el principal factor de su vulnerabilidad..." (Herrera & Campero, 2002: 3). La vulnerabilidad es el resultado de numerosos factores como los personales, biológicos, sociales y puede aumentar por una amplia gama de factores tales como: educativos, culturales, legislativos, históricos, políticos y económicos. En el África Subsahariana no es solo por el bajo papel que la mujer tiene en la sociedad, existen muchos factores que se añaden a esta situación como:

- **La desigualdad de género** es considerada la razón principal para el aumento de la vulnerabilidad a la infección de VIH. En muchas sociedades, las mujeres no son aceptadas como iguales a los hombres, sufren de discriminación, de privación, y de exclusión social simplemente por su género. Así, las mujeres tienen menos posibilidades que los hombres de ejercer el control sobre sus cuerpos, sus vidas y tienen poca, si tienen quizás alguna, influencia sobre el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

comportamiento sexual de sus parejas (Farmer, 2002; Castro, 2003; Tolan, 2005; Desclaux & Desgrees do Loû, 2006; Metha, 2006).

- **La falta de educación**. El nexo entre la *desigualdad y la vulnerabilidad* se forja a una edad temprana para muchas niñas. Tienen poca escolarización en comparación con los niños, a pesar del hecho que la educación es una defensa contra la infección de VIH. Las mujeres educadas saben más sobre la prevención de VIH, retardan el inicio de la actividad sexual y cuando ellas son sexualmente activas, se protegen activamente de la infección. Las mujeres que han estudiado poco se les ha explicado muy poco sobre sexualidad a causa de los tabúes existentes en torno a la sexualidad (De Bruyn, 1995; Latre-Gato, 2000; Metha, 2006).

- **Las actitudes culturales hacia el sexo**. En muchos países es común la práctica de que las jóvenes adolescentes se casen muy pronto. El riesgo de que una chica joven se infecte es de 4 veces superior que en el hombre. La fisiología femenina y la biología pueden tener como consecuencia que las mujeres sean más susceptibles a la infección de VIH que los hombres, pero en las chicas más jóvenes aún son más vulnerables por razones sociales. Estos matrimonios jóvenes no tienen sexo protegido en parte por la prisa de ser madres y por su significación social en estas sociedades y tienen menos precaución contra el VIH (Metha, 2006; Arthur & Osorio; 2002; Herrera & Campero, 2002).

- **Las mujeres solteras o casadas**, en los países pobres raramente tienen acceso a sexo seguro, si ellas sugieren a sus compañeros que usen el condón, los hombres no aceptan la situación. En muchas sociedades, las actitudes culturales aceptan que los hombres tengan múltiples compañeras, y donde se espera que las mujeres se abstengan hasta el matrimonio y una vez casados, permanezcan fieles. Sin embargo existen abundantes evidencias que demuestran que el matrimonio u otras relaciones de largo término, relaciones monógamas, no protegen a las mujeres de la infección del VIH, sino la situación contraria, las pone en una situación más vulnerable. En algunos países, el simple hecho de estar casada y ser fiel representa un comportamiento de alto riesgo para la mujer porque las parejas casadas tienen relaciones sexuales con más frecuencia que las personas que no vivían juntas y el uso del condón es menor (De Bruyn, 1995; Latre-Gato, 1999; Preston-White, 1999; Tolan, 2005; Metha, 2006; Desclaux & Desgrees do Loû, 2006).

- **La pobreza** va ligada con la desigualdad de género. ONUSIDA estimaba que el 70% de las personas *más pobres del mundo son mujeres y la vulnerabilidad económica aumenta la*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

vulnerabilidad al VIH / SIDA. Especialmente en aquellos grupos marginales como son las trabajadoras de sexo, los refugiados por la guerra o las catástrofes naturales. Las mujeres con frecuencia dependen de los hombres financieramente por eso cuando el hombre se va o se muere, el trabajo sexual es la única oportunidad para ganar dinero. En algunas partes de África, las familias comercian con las hijas que aún no están casadas por favores sexuales con hombres viejos (sugar daddies) que ya están infectados, para cubrir los gastos esenciales de la casa. En estas situaciones la única alternativa de las mujeres para no morirse de hambre es el sexo comercial que se puede negociar todo menos el uso del condón o salir de la relación si ésta es violenta (Farmer & Castro, 2002, 2003; Arthur & Osorio, 2002; Lugalla et al., 2004; Chipepo et al., 2005; Anderson et al., 2007; Metha, 2006; Loforte, 2007).

- **La violencia**. En todo el mundo las mujeres experimentan la violencia y abuso sexual, con mucha frecuencia con sus compañeros íntimos. La pobreza y las actitudes culturales perpetuán lo que se ha llamado la epidemia de la violencia que agrava la epidemia de VIH / SIDA (Farmer & Castro, 2002, 2003; Lugalla et al., 2004; Chipepo et al., 2005; Karamagi et al., 2006; Metha, 2006; Kiarie et al., 2006; Anderson et al., 2007; Loforte, 2007; McCloskey et al., 2008).

La vulnerabilidad de las mujeres por cuestiones de género aumenta cuando se suman otras desigualdades como la pobreza o la discriminación por razones étnicas, de emigración, sexuales, así como situaciones especiales de riesgo como abuso sexual y violencia. Una proporción enorme de mujeres pertenece a uno o más de estos grupos y tiene vulnerabilidades acumuladas. En África Subsahariana es donde se concentran la mayoría de mujeres con *las vulnerabilidades acumuladas* (Herrera & Campero 2002; Nokuthula, 2007).

11. EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Está creciendo rápidamente el número de publicaciones sobre el estigma en el VIH / SIDA y sus repercusiones en las sociedades en todo el mundo. La primera referencia de la asociación entre el estigma y la enfermedad en la literatura de las ciencias sociales fue cuando el sociólogo Goffman comenzó su trabajo en hospitales psiquiátricos al final de los años 50 y desarrolló una corriente que ha sido señalada como un cambio fundamental en la teoría social de la asociación entre estigma y enfermedad. El estigma fue definido como *un atributo que significativamente desacredita a las personas* (Goffman, 1963). El estigma y la discriminación del VIH / SIDA pueden ser obstáculos importantes para que las acciones de respuesta contra el SIDA tengan la eficacia necesaria y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

constituyan la mayor barrera para que las personas vayan a las pruebas de asesoría de VIH / SIDA. Esta situación influye en que las personas no inician rápidamente los comportamientos de protección. El silencio sobre el VIH / SIDA puede tener como consecuencia que la mujer no negocie el uso del condón o a que continúe con la lactancia de sus hijos por miedo a ser identificada, en consecuencia puede reinfectarse ella, el marido y transmitir el VIH a varios hijos (Latre-Gato, 1999; Castro & Parker, 2002; Bond et al., 2003; Kebede et al., 2005).

Según Bond y Aggelton: "… La estigmatización describe el proceso de desvalorización dentro de una cultura o el ambiente particular donde ciertos atributos son definidos como que desacreditan o desvalorizan a las personas. El estigma esta socialmente construido y surge de las normas culturales de la sociedad sobre todo de como una persona debe de ser y de hacer las cosas según estas normas, las personas que se desvían de las normas son estigmatizada. En el caso del SIDA existe una convergencia de distintos tipos y dimensiones del estigma, ambos ligados a la infección y a los comportamientos que llevan a la infección…". En suma el estigma del VIH / SIDA emerge y cambia a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (Bond et al., 2003). Hay 3 tipos diferentes de estigma en VIH / SIDA que han sido identificados:

- **El auto-estigma** que es visible cuando una persona se auto-culpa a sí misma, se auto – desprecia y aísla.

- **La percepción de tener estigma** que se manifiesta en los miedos que las personas tienen de ser estigmatizadas, si se sabe que ellos son VIH positivos y si escogen abrir su condición de VIH a otras personas.

- **El estigma mantenido** es cuando las personas son de hecho discriminadas porque tienen o se piensa que tienen el VIH/ SIDA (Bond et al., 2003).

El equipo de (Bond et al., 2003) realizaron un trabajo muy interesante en un programa de transmisión de madre a hijo en zonas rurales de Zambia durante el año 2002, en que las mujeres embarazadas con VIH eran repetidamente sometidas a diferentes y extensivas formas de estigma en especial cuando las mujeres caían enfermas y los bebés morían. A pesar del aumento en el acceso a las iniciativas en la prevención de la transmisión de madre a hijo, incluida la terapia antirretroviral y la percepción de que tenía poco incentivo, especialmente para las mujeres, pasar por la prueba de VIH.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Según Farmer y Castro "… la definición de estigma aún no permanece clara, el estigma sin duda tiene diferentes desafíos, pero el mecanismo necesita ser investigado porque está en el corazón de la pandemia del VIH / SIDA. El estigma y la discriminación son partes de un complejo sistema de creencias acerca de la *illness y disease que están enraizadas en las desigualdades sociales*. De hecho el estigma es con frecuencia la punta de iceberg; porque es visible y generalmente aceptado en el discurso de salud pública sin más calificación. El estigma es muy difícil de identificar y conceptuar…" (Farmer & Castro, 2005).

12. LOS DERECHOS HUMANOS, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Todas las mujeres tienen el derecho a la salud sexual y reproductiva que incluye la prevención de VIH / SIDA, el tratamiento y de cuidar de la salud de los hijos existentes y esperados. Todas las mujeres tienen el derecho de ser tratadas con respeto, de recibir toda la información necesaria durante la pre-asesoría, durante y post test de VIH, que sus decisiones sean aceptadas, como por ejemplo continuar con el embarazo si ella es VIH positiva. Las mujeres que son VIH / SIDA positivas tienen los mismos derechos humanos y las necesidades de todas las personas. Los derechos de reproducción y de VIH / SIDA son herramientas que debían de ser desarrolladas por la comunidad internacional. Los diseñadores de las políticas sanitarias y los que llevan a cabo los programas en el campo del VIH / SIDA necesitan de seguimiento y recomendaciones realizadas por mujeres VIH / SIDA positivas para asegurar la salud reproductiva y para que las mujeres realicen sus elecciones completamente informadas y comprendiendo apropiadamente su situación (Farmer & Castro, 2004; Berer, 2003).

13. LA POLITICA PREVENTIVA DEL NORTE VIAJÓ AL SUR

La asesoría y pruebas de detección de VIH voluntarias fue una estrategia desarrollada por la OMS, ONUSIDA, UNICEF internacionalmente, es un componente importante del programa de VIH / SIDA para la prevención, detección, educación de las personas que desean saber su estatus de VIH y la puerta de entrada a los programas de tratamiento de SIDA. A las mujeres embarazadas se les da la información necesaria sobre VIH / SIDA y les explican los beneficios que tiene al realizar la prueba de VIH, se les habla de prevención y de adoptar un comportamiento de prácticas seguras para no contagiarse. Si las mujeres aceptan se les realizaban 2 test en paralelo en su presencia y después del resultado reciben otra asesoría posterior a la prueba para reforzar las cosas aprendidas. La asesoría y pruebas de VIH durante el embarazo ofrece numerosas ventajas según la OMS, las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

parejas VIH positivas que desean aumentar sus familias pueden analizar los riesgos, las ventajas del embarazo, tales como: cuando, cómo y donde debían de tener al bebé, pueden tomar sus decisiones basadas en la información sobre los anticonceptivos, el uso de preservativos y otras medidas disponibles para que el hijo nazca sano. También pueden buscar ayuda para abortar de una forma segura si esa es la decisión de la mujer embarazada sola o una decisión conjunta con su pareja. Un GATV para que funcione correctamente tiene que estar bien organizado, accesible, con protocolos apropiados y un trato a los pacientes amigable y respetuoso (OMS 2000; Delva et al., 2006).

En Junio del año 2004, como parte de cambio en la política en las recomendaciones internacionales de la asesoría y las pruebas de VIH. Las agencias UNAIDS y la OMS recomendaron ofrecer el test de rutina en todas las consultas de prenatal de los centros de salud, basado en la experiencia que se realizó en Botswana para aumentar el número de mujeres embarazadas que se realicen las pruebas de asesoría y test de VIH, sólo las mujeres que se nieguen específicamente no se les realiza el test de VIH. El ofrecer el test para todas las mujeres embarazadas y el tratamiento puede reducir el estigma tratando el test de VIH como otro test igual a cualquier procedimiento de rutina medico. Esta nueva política de asesoría y test de VIH debe de ser puesto en marcha de acuerdo con las guías internacionales sobre los derechos humanos y el VIH / SIDA, se llamó la opción *opt-out,* se tomaron estas medidas porque muchas mujeres embarazadas no iban hacerse el test de VIH, no seguían el programa de transmisión de madre a hijo, y estaban naciendo numerosos niños con VIH / SIDA en muchos países en diferentes continentes, pero especialmente en África Subsahariana (Weiser et al., 2006).

Las consecuencias de esta política según mi opinión han sido un desastre porque los programas no han sido adaptados a los lugares que tienen contextos culturales, sociales, económicos, religiosos, históricos, sexuales y políticos diferentes. Un programa de prevención de la transmisión de madre a hijo de VIH es un programa complejo por las cuestiones que trata y su significación simbólica como es la maternidad, la sexualidad, la enfermedad y la muerte. Tal como está planteada, la estrategia de la asesoría y pruebas de VIH / SIDA para tener la vida de las personas más seguras frente al VIH resultaba anodina y acababa interfiriendo en la vida social, familiar y sexual de las personas. Si además se sabe que tienen el VIH pueden perder a la familia, ser sometidas a violencia, discriminación y otras posibles consecuencias negativas, es lógico que las mujeres no quieran pasar por estas situaciones solas, hagan las cosas escondidas y en secreto.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En estudios que fueron realizados en Ruanda con mujeres embarazadas que se hicieron las pruebas de asesoría y detección de VIH en hombres y mujeres juntos, el 70% de las embarazadas querían que sus compañeros las acompañasen y se realizaran la asesoría y pruebas de VIH con ellas. La respuesta fue que solo aparecieron el 8% de los hombres en los centros de PTV a realizarse las pruebas. En Botswana, uno de los países con mayor prevalencia de África Austral, fueron a hacerse las pruebas de asesoría y test de VIH menos del 50% de las embarazadas. Los hombres no querían ir hacerse las pruebas de VIH hasta que no estaban enfermos y tampoco aceptaban que sus mujeres pasasen por asesoría y el test de VIH sin su consentimiento (Mazhani et al., 2000; Karamagi et al., 2006). En Zambia en otro estudio se vio que la participación de los hombres fue muy positiva para que las embarazadas VIH positivas participaran más en los servicios de PTV. Se explicó cuidadosamente a la comunidad las ventajas del programa de PTV, se pidió a los líderes comunitarios que ayudaran a la comunidad para que participaran hombres y mujeres en el programa de PTV (Horizons, 2003).

En una evaluación realizada en el año 2002 en los PTV en varios sitios piloto en Zambia y Kenia que fueron escogidos para poner en marcha las pruebas de asesoría y test de VIH y en el PTV. Los investigadores comprobaron que los hombres no venían a los servicios de GATV a causa de la escasez de consejeros masculinos, la mala calidad de la asesoría y las pruebas de VIH, también por la mala organización de los servicios que se daban a los hombres (Horizon, 2003). En Sudáfrica se estudiaron situaciones similares donde las tasas de participación de los hombres y sus mujeres embarazadas iban desde el 14% en unas provincias del país, mientras que en otras provincias participaban el 92% de las personas. La preparación de los prestadores de cuidados de salud, la calidad de la asesoría y las pruebas de VIH recibidas, el trato que recibían los clientes por los prestadores de salud, el tiempo de espera para ser atendidos, los costes económicos del transporte y los horarios de las consultas en el PTV eran un obstáculo para que las personas quisieran participar (Doherty et al., 2003). Organizar servicios más adecuados para las necesidades de la familia y de las parejas evitaría a muchas mujeres la responsabilidad y el miedo de llevar la discusión de la transmisión de VIH / SIDA a sus hogares.

14. CONCLUSIONES

La desigualdad de género, la falta de educación, el estigma, la discriminación, actitudes culturales hacia la sexualidad, pobreza, violencia de género, el abuso del alcohol son todos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

componentes de grandes problemas y de la falta de implementación de los derechos humanos básicos que están consiguiendo que la epidemia de VIH / SIDA tenga un impacto negativo en la vida de las mujeres, en las familias y al final en todas las sociedades en general de un país. Mientras que la realidad solo sea descrita en múltiples estudios en los países en vías de desarrollo y especialmente en el África Subsahariana, no se tomaran medidas adecuadas y eficaces, la pandemia va a ir avanzando y la calidad de vida de las personas en los países en desarrollo empeorando cada vez más. La brecha de desigualdad entre el mundo desarrollado y el mundo en vías de desarrollo es cada vez más grande especialmente en el área de la salud, la pobreza y el desarrollo.

Esta realidad no coincide con las recomendaciones escritas en las guías internacionales por las grandes organizaciones mundiales y en el papel, son políticas que al ser aplicadas sólo a las mujeres son políticas *gender blind*. Las políticas no deben de ser sólo para hombres, o para mujeres, deben de ser para los dos miembros de la pareja y también para los hijos. En África Austral por el momento se le realiza sólo el test de VIH a la mujer embarazada, al bebé y se invita al marido a venir, se recomienda traer a todos los hijos al programa, esto representa un grave problema para la mujer que es la que plantea el problema en casa. En el siguiente capítulo me voy a centrar en la parte clínica del programa de PTV, como ha ido evolucionando la transmisión vertical en el mundo durante los veinte últimos años para ver su aplicación en África Subsahariana y los problemas que han surgido en la implementación en estos países.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO II

PARAR LA TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO DEL VIH / SIDA. SALVAR A LOS NIÑOS

1. INTRODUCCIÓN

El programa de prevención de la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo ha sido uno de los componentes del programa de SIDA y considerado sensible internacionalmente. En los países desarrollados desde la mitad de los años 90 fue una práctica internacional que ha conseguido que prácticamente en los países del primer mundo no haya niños con VIH / SIDA. Con medidas de salud pública rotundas se ha conseguido una eficacia de más del 98% de los bebés sean VIH negativos. Este programa en otros contextos en países en vías de desarrollo ha tenido muchos problemas que van desde la negación de la infección por las madres, los mensajes contradictorios IEC (información, educación, comunicación), la no existencia de antirretrovirales como el AZT o NVP en las clínicas prenatales, problemas de medios materiales, de infraestructuras, el personal médico bien formado y que muchas mujeres embarazadas no quieran ir al programa. Un modelo más interesante surgió cuando los investigadores relacionaron la aceptación o no, la resistencia al tratamiento y la eficacia del tratamiento a la forma como los prestadores de cuidados de salud tratan a las pacientes. El comportamiento de las mujeres es muchas veces explicado por el miedo a notificar el estatus al compañero, la represión familiar, el estigma, la discriminación. Los estudios que mejores resultados han conseguido son los realizados con una combinación de metodologías de investigación orientados para cumplir el objetivo, que es que las madres participen del programa de PTV con buena aceptación, efectividad y eficacia para proporcionar los cuidados adecuados a los niños, sus madres, y padres (Farmer & Castro 2002, 2003; Lugalla et al., 2004; Raisler & Cohn, 2005; Delva et al., 2006; Ide et al., 2006; Desclaux & Desgrees do Loû, 2006; Anderson et al., 2007; Loforte, 2007; McCloskey et al., 2007).

2. LA TRANSMISIÓN VERTICAL EN EL MUNDO DESARROLLADO

En Estados Unidos y Europa, las investigaciones en años recientes han concentrado su esfuerzo en dos áreas especialmente, la prevención, y el tratamiento del VIH / SIDA. La mejoría en la salud de las madres, el aumento del acceso y la asesoría en los servicios de salud materno – infantil, las pruebas de detección de VIH, la reducción de la carga viral gracias al tratamiento

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

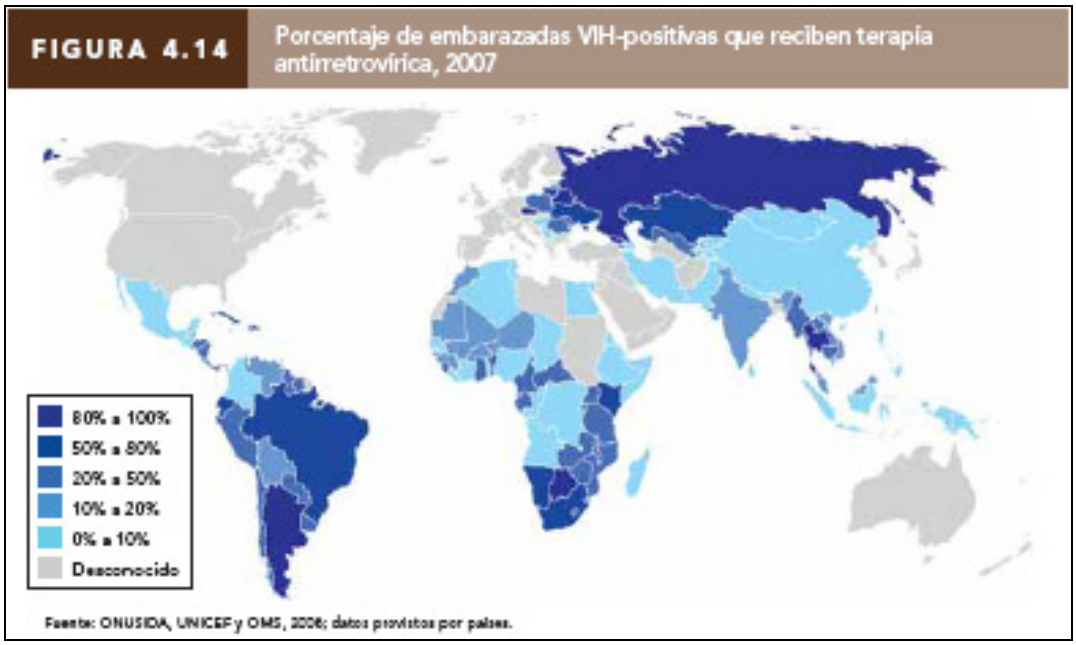
antirretroviral, el uso de alimentación artificial para los bebés, las mejoras en los cuidados obstétricos a las mujeres a punto de tener el parto y las cesáreas electivas en los partos. Todas estas actuaciones unidas han conseguido una reducción muy importante en la transmisión perinatal que ha llegado a tener una eficacia en el 98% de los casos o incluso más elevada a partir del año 2003 (Lindaren et al., 1999). La transmisión vertical es la principal causa de infección en los niños (más del 90% de las infecciones), el 79% de las mujeres con serología positiva de VIH que se están en edad fértil, la mayoría de ellas están sintomáticas y desconocen su situación. En el año 2009, en el mundo desarrollado el proceso de transmisión perinatal de madre-hijo del VIH se sabe que es un proceso multifactorial, que implica varios estadios y en el que confluyen una amplia gama de factores de riesgo. Se han evaluado los factores dependientes del virus, de la madre, durante el parto, obstétricos, fetales, de la lactancia materna, nutricionales. También han sido analizados otros factores como las conductas de riesgo materna tales como: la adicción a drogas de las mujeres embarazadas, las relaciones sexuales no protegidas durante el embarazo, el alcoholismo, la pobreza, la inestabilidad social, los niveles elevados de otras infecciones de transmisión sexual, la baja posición social de la mujer y un liderazgo ineficaz político de las autoridades durante los periodos críticos de la propagación del VIH en el mundo (Adrián Ayala et al., 2006; Latre - Gato, 2006).

La adecuada comprensión y difusión de los factores de riesgo involucrados en la transmisión perinatal permitirá formular estrategias e intervenciones que sirvan para reducir y prevenir el VIH / SIDA pediátrico adquirido a través de la vía de transmisión de madre a hijo. La mujer infectada y su hijo necesitan un continuo seguimiento clínico que pueda garantizar el mantenimiento de la salud. En los países desarrollados se emplean muchos medios tales como la detección precoz de la infección y los avances en la terapia antirretroviral en conjunto con otras medidas han conseguido reducido a niveles mínimos de menos del 1% la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en el año 2009 (Adrián et al., 2006, ONUSIDA, 2008). En el mapa siguiente se expone la distribución por países en el mundo de las mujeres embarazadas en tratamiento antirretroviral. En él se muestra las zonas donde todavía hay muchísimas mujeres sin el tratamiento básico para prevenir la transmisión de madre a hijo. La situación en Mozambique se ve que está en la franja de azul que va desde el rango del 20% al 50% en el año 2007. Con esta cobertura de terapia antirretroviral tan baja no debe de extrañar que existan tantas embarazadas y niños contagiados de VIH / SIDA. La peor consecuencia de este panorama era la cantidad de mujeres y niños que pueden morir por falta de tratamiento adecuado, de niños huérfanos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

posiblemente enfermos y los cuidados médicos básicos que debe ser un derecho fundamental humano para todas las personas en el mundo.

Mapa VI: Prevalencia de mujeres que toman TARV en el mundo en el año 2007.



Fuente: Informe de ONUSIDA del año 2008, www.unaids.org

3. LOS INICIOS DE LOS PROGRAMAS DE VIH / SIDA EN ÁFRICA

La vía de transmisión del virus del VIH más importante en África es a través de las practicas heterosexuales, la segunda vía más importante de contagio es la vía a través de madre – hijo y la transmisión podía ocurrir durante el embarazo, el parto y la lactancia. Este tema se designó como la transmisión vertical o transmisión de madre a hijo por científicos biomédicos y sociales. Más que un objeto de estudio, este tema es un campo de estudios que ha recibido un tratamiento pluridisciplinar, aunque muchas veces las interacciones entre los especialistas de las diferentes ciencias sean problemáticas. Existe un esfuerzo para comprender la historia natural del VIH / SIDA, las estrategias de mutación del virus, de las infecciones oportunistas causadas por la enfermedad. El segundo tema o campo de estudios tiene relación con los tratamientos que se pueden utilizar dentro de los diferentes tratamientos de antirretrovirales existentes para el PTV, la vacuna, la prevención del VIH / SIDA, el uso del condón, los microbicidas vaginales en geles en fase avanzada de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

experimentación, la asesoría y pruebas de detección del VIH, la adherencia al tratamiento antirretroviral.

El tercero campo tiene relación con las mujeres infectadas, sus prácticas, sus saberes, actitudes ante el embarazo y parto, la adherencia a los programas, las prácticas sexuales de riesgo, el uso del condón durante el embarazo y lactancia, las relaciones intimas de las mujeres infectadas, dentro un grupo más vasto que las rodea: la familia, los amigos, la comunidad, la estrategia ABC, el cambio de comportamiento, la notificación al compañero de la condición de VIH positiva, las consecuencias de la notificación, el estigma, la discriminación, los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, la violencia de género y la relación con la pobreza. En referencia al PTV normalmente se estudia al hijo, a la madre y desde inicios de los años 2000 se está estudiando a los padres. La madre no quiere revelar su condición VIH positiva para no tener problemas con el compañero. Estos objetos de estudio en torno al comportamiento de la madre como paciente infectada, como madre que tiene que dar de mamar, tiene que intentar casi hacer respetar sus decisiones, revelan que el comportamiento de la mujer infectada está también relacionado con los servicios de salud, con los SNS en los diferentes continentes y especialmente en el África Subsahariana (Ekanem et Gbadegesin, 2004).

El padre también había sido estudiado en el África Subsahariana y en estos estudios normalmente se expresa que los hombres no quieren pasar por el test de VIH, no quieren que se realice el test de VIH su compañera, o vienen pocas veces a los centros de salud. Este compañero puede ser violento con la madre de su futuro hijo, la esposa, la amante si está infectada con el virus. Poco se sabe en relación a esta mujer enferma, su marido y su familia antes de la infección. No tenemos la historia de cada una de las familias, el grado de violencia intramuros, si es una familia normal o no, disfuncional, si el padre y la madre han sido sometidos a violencia durante su vida. Como es la vida real que viven las familias dentro de sus casas en el África Subsahariana, porque se habla mucho de las prácticas sexuales y los ritos exóticos, pero la realidad de las familias de puertas para adentro en sus hogares es poco conocida. El método más efectivo para prevenir la infección de VIH verticalmente adquirida por vía materna en recién nacidos es a través de la prevención primaria entre las mujeres en edad de tener hijos y secundaria a través de la prevención de embarazos no deseados. La realidad del VIH / SIDA nos muestra la importancia del concepto de salud de la OMS -*la salud es el bienestar social, físico y psíquico y no la ausencia de una patología* -, de momento el concepto de la OMS en el mundo parece ser inalcanzable. El estado de salud de la población está

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

determinado por varios factores correlacionados como son: la composición genética de los personas, los rendimientos socioeconómicos, el tipo y la calidad de la vivienda, el acceso a la comida, al agua potable y limpia, al saneamiento, la salud entendida como bienestar físico y psíquico, la educación, el trabajo, la paz social y otros componentes.

En el año 2000, ONUSIDA recomendó una intervención básica y urgente en programas de transmisión de madre a hijo en África Subsahariana, este programa estaba compuesto por dos elementos esenciales:

1. La asesoría confidencial y las pruebas de detección de VIH a las mujeres embarazadas que aceptasen voluntariamente cumplirlas.

2. La consulta médica perinatal con la intervención básica de profilaxis antirretroviral con NVP (Nevirapina) o AZT (Zivoduvina) y la asesoría a las madres en la alimentación de los bebés, las madres que tuvieran posibilidades se les recomendaba dar lactancia artificial a sus hijos.

La transmisión vertical era la principal vía de adquisición del VIH / SIDA en los bebés y en niños menores de 15 años. En los años 90, las agencias mundiales ONUSIDA, UNICEF y OMS iniciaron proyectos piloto en 11 países africanos para ofrecer a las madres VIH positivas un tratamiento corto de AZT durante el trabajo de parto, el nacimiento y en el periodo posterior al parto. Los países participantes en estos proyectos fueron: Botswana, Ruanda, Zambia, Zimbabwe, Costa de Marfil, Kenia, Tanzania y Uganda (Mercier, 1999). Según ONUSIDA en el (1999): "… Sin ninguna intervención, aproximadamente un tercio de los bebés de madres VIH positivas se pueden infectar: durante el embarazo una tasa del (5% - 10%), durante el trabajo de parto y nacimiento entre (10% - 20%) y durante la lactancia (5% - 20%). Se comprobó que los proyectos de PTV habían tenido una tasa muy baja de participación de las mujeres al inicio de estos programas en muchos países de África porque habían sido puestos en marcha sin la colaboración de la comunidad. Ciertas normas culturales, valores y creencias habían podido ser el obstáculo de la poca aceptación y la participación de las mujeres en estos proyectos…" (UNAIDS, 1999).

La transmisión de VIH a los niños en países en desarrollo es un verdadero problema de Salud Pública Internacional, la tasa de transmisión de VIH de madre a hijo está en un rango del 25% al 30% de los bebés que nacen. El Grupo de Estudio Internacional sobre la Transmisión Vertical mostró en un estudio realizado sobre la transmisión del VIH que es a través de la lactancia materna que la transmisión post-natal alcanza por lo menos tasas del 24% y posiblemente tasas más altas que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

la tasa total de que hablábamos al inicio que es de un 25% a un 30% de los bebés. Existen otros factores que contribuyen a la variación de la tasa de transmisión y estos incluyen que no se realicen cesáreas programadas, la carga viral materna y la alimentación deficiente que se les da a los bebés (Raisler, & Cohn, 2005). Las mujeres embarazadas con VIH / SIDA que viven con acceso a agua limpia, la comida adecuada, la terapia antirretroviral altamente activa y los cuidados médicos necesarios. Todos estos cambios en la prevención y tratamiento de VIH / SIDA pueden transformar una sentencia de muerte en una enfermedad crónica. En los Estados Unidos y otros países industrializados, las personas que tienen seguro de salud han conseguido prácticamente dominar la transmisión vertical, sin embargo, muchas personas pobres VIH positivas norteamericanas todavía no tienen un acceso a los cuidados médicos, un tratamiento apropiado y algunas mujeres VIH positivas reciben los cuidados adecuados de salud sólo cuando están embarazadas (Mofenson et al., 2004; Doherty et al., 2005). En las fotografías siguientes se muestra dos campañas internacionales de prevención de VIH para la prevención de la transmisión del VIH / SIDA en las mujeres embarazadas, la forma más directa de llevarlas a cabo es mediante la planificación familiar.

Fotografías VI y VII: Las campañas usadas para la prevención de SIDA en el PTV

Fuente: www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=2355

4. EL PTV PLUS

El aumento de la tasa de infección de VIH en las mujeres embarazadas en muchos países especialmente en África Subsahariana y el nacimiento de muchos bebés VIH positivos tuvo como

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

consecuencia que se realizara una evaluación de estos servicios. El resultado fue que se diseño un proyecto de prevención de la transmisión vertical y pasó a ser un componente importante del programa internacional de SIDA. La OMS junto con UNICEF desarrolló a inicios del año 2000 esta nueva estrategia de cuidados para los proyectos de transmisión de madre a hijo porque eran más completos que los anteriores. Muchas naciones africanas y las organizaciones de donadores habían puesto en marcha estos nuevos programas de PTV. La diferencia con los proyectos anteriores era que tenían una visión más integrada del problema y construían un puente entre los cuidados prenatales, el tratamiento y el seguimiento clínico de las personas que vivían con VIH / SIDA. Las intervenciones de las organizaciones mundiales para la prevención de la transmisión vertical de madre –hijo desarrollaron 6 componentes en este nuevo programa:

1. El acceso rápido a tratamiento adecuado peri-natal en las clínicas prenatales y las maternidades.

2. La asesoría voluntaria y confidencial de la prueba de VIH para las mujeres, sus parejas para recibir educación en prevención, salud y en la transmisión vertical.

3. Un curso corto de tratamiento antirretroviral con diferentes esquemas de tratamientos antirretrovirales a las madres VIH positivas en el último trimestre del embarazo.

4. La mejora del cuidado médico durante la labor de parto, en el nacimiento y en el post-parto.

5. La asesoría para las madres positivas que habían decidido dar de mamar a sus hijos, y las alternativas adecuadas en alimentación según su situación personal.

6. Dar profilaxis antirretroviral altamente activa a los bebés, (el cóctel de pastillas).

Como decía Castro (2003): "…Desde que en el año 1996 se demostró la eficacia de la terapia antirretroviral, se podía vivir el SIDA como una enfermedad crónica. Sin embargo, la investigación sobre la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH se había obstinado durante varios años en considerar a las mujeres embarazadas que participaban en los protocolos de investigación tan solo como los vectores de la transmisión o de la profilaxis y no como personas que, si reunían criterios clínicos, también deberían de tener derecho a la terapia antirretroviral permanente…" (Castro, 2003). Esta posición de la Salud Pública Internacional ha sido reduccionista y el perjuicio en la salud de madres e hijos durante estos años ha sido enorme. Este nuevo abordaje, el PTV PLUS, además de integrar la profilaxis para el hijo y la madre, que era antes insuficiente, a partir de aquí daban el cóctel de tratamientos antirretrovirales, soporte y cuidados integrales para las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

mujeres embarazadas y sus familias. En los últimos tiempos se están integrando otros abordajes necesarios para estos programas como la perspectiva de género y la educación para las relaciones no violentas, el soporte psicológico y legal. Los grupos de apoyo de madres experimentadas que viven con VIH / SIDA que ya han tenido hijos para que ayuden a las nuevas madres, y la educación IEC (información, educación y comunicación). Estos programas fueron puestos en marcha por UNICEF y la universidad de Columbia. Las embarazadas, las mujeres después del parto, sus bebés y los miembros de su familia eran los que tenían los criterios de entrada al proyecto, se les ofrecía el tratamiento antirretroviral y el seguimiento clínico hasta que el bebé t 18 meses. Se les educaba para que tuvieran buena adhesión al tratamiento antirretroviral, refuerzo y soporte psicológico, tratamiento y profilaxis adecuada de las enfermedades oportunistas cuando estas aparecieran. Dar una alimentación adecuada al bebé para que no se infectaran y la profilaxis con CTX (Cotrimoxazol) para evitar las enfermedades oportunistas más peligrosas). El seguimiento médico adecuado para la educación para la salud, la anticoncepción, la asesoría en el seguimiento clínico del recién nacido hasta los 18 meses de vida, el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, poder participar en grupos de apoyo social, psicológico (Berer, 2003; Raisler & Cohn, 2005; Bajunirwe et al., 2007).

En África subsahariana 8 países, entre ellos Mozambique, iniciaron estos proyectos. Estos programas demostrativos tenían el objetivo de desarrollar modelos efectivos de cuidados integrales que pudieran ser duplicados o adaptados al tratamiento y cuidado del VIH / SIDA para difundirlos globalmente (Manzi et al., 2005). El PTV de Chamanculo donde realicé parte del trabajo de campo perteneció a este modelo sanitario como voy a explicar más adelante en este trabajo. En la siguiente fotografía muestra una campaña de SIDA muy interesante para el ambiente del África Subsahariana, una paciente en tratamiento antirretroviral, Silvia Ng´andwe cuando llego como un cadáver a buscar tratamiento, después del tratamiento antirretroviral y de mejorar su salud muestra como ha conseguido tener tiempo más tarde un bebé sano. En esta campaña se destaca como la terapia antirretroviral produce el *Efecto Lázaro* porque resucita a las personas, y demuestra cómo se pueden tener hijos sanos, cuestión muy importante para la mayoría de las mujeres y que ellas preguntaban cuando llegaban al PTV e iban a iniciar el tratamiento antirretroviral. Cuando las mujeres que han llegado en mal estado de salud, han tomado bien el tratamiento y los hijos nacen sanos, y con buen aspecto, este hecho es él que más ayuda a las mujeres que llegan nuevas a participar en el programa. Esta imagen es muy buena porque compara la diferencia entre no hacer nada y consumirte o tomar la decisión de luchar por la vida, tomar el tratamiento y poder vivir una vida de mejor calidad.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía VIII: Campaña de tratamiento del SIDA. ***El efecto Lázaro***

Fuente: materiadiseno.wordpress.com/2007/12/

5. LA CONSULTA PRE-NATAL

La mayoría de las clínicas pre-natales de África Austral están llenas de mujeres embarazadas y de madres que acaban de tener un hijo. En estas clínicas tienen grandes problemas como la falta de privacidad de las pacientes, las limitaciones en la cantidad de personal sanitario que está trabajando, la escasez de recursos de todo tipo y los problemas de infraestructuras no adecuadas. El resultado es que esta situación sea un gran desafío para las enfermeras y matronas para poder proporcionar un tratamiento adecuado a las mujeres infectadas de VIH / SIDA, asesorarlas apropiadamente y realizarles el test de VIH a las mujeres y sus hijos, dar educación adecuada para la salud, prevención y darles el apoyo que necesitaban (Raisler, & Cohn, 2005; Delva et al., 2006; Ide et al., 2006; Desclaux & Desgrees do Loû, 2006; Kebaabetswe et al., 2007). A los cuidados prenatales normales se han de añadir nuevos servicios adicionales que necesitan las mujeres embarazadas VIH positivas. Estos cuidados son: los exámenes físicos manuales, la detección y el tratamiento de las enfermedades oportunistas, la detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, la asesoría y educación de la enfermedad de VIH / SIDA, la profilaxis y tratamiento con antirretrovirales para la mujer embarazada antes del parto, asesorar y ayudar a la futura madre a decidir el tipo de alimentación del hijo, el planeamiento familiar, las prácticas sexuales seguras, la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

educación para la salud de la madre, los cuidados del hijo son los servicios básicos que deben de dar a un programa de transmisión de madre a hijo normal, el apoyo psicológico y crear grupos de ayuda a las madres (Berer, 2003; Raisler & Cohn, 2005; Bajunirwe et al., 2007).

En la imagen siguiente se muestra una de las campañas para la prevención del VIH / SIDA Internacional. Con el tipo de creencias que existen en diversos lugares de África donde se culpa a la mujer de la transmisión del VIH / SIDA porque desde muchos años y siglos atrás las mujeres eran consideradas de ser las transmisoras de las enfermedades de transmisión sexual, estas creencias habían sido recogidas por varios autores en diferentes países de África (Junod, 1996; Leclerc-Madlala, 200; Obbo, 1995; Schoepf, 1998)

Fotografía IX: La campaña internacional de prevención del VIH / SIDA

Fuente: Imágenes de Google, www. diariocorreo.com.es/…/el-cuidado-del-sida

El VIH / SIDA se propaga en una atmósfera de silencio y secreto. Si las personas no se sienten cómodas para conversar con los profesionales de salud acerca del posible riesgo de infectarse por temor a ser discriminadas o a que se viole la confidencialidad, se muestran reticentes a someterse a las pruebas de detección del virus, a tratar los síntomas de la enfermedad y a dar la prevención a sus hijos. Los líderes comunitarios y los profesionales de la salud pueden ayudar a disminuir el estigma asociado al SIDA, evitando las políticas, las medidas discriminatorias, los

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

mensajes atemorizantes y cualquier insinuación respecto de que el VIH / SIDA es una enfermedad que conllevaba vergüenza y estigma.

6. EL TRABAJO DE PARTO, NACIMIENTO Y EL POST-PARTO

A las mujeres embarazadas infectadas de VIH se les debe de ofrecer la terapia antirretroviral durante el trabajo de parto para reducir la transmisión vertical cuando van a tener el parto y no han participado en ningún programa de PTV, situación que es frecuente en África. Para muchas mujeres que no saben su condición de VIH positiva en algunos PTV y maternidades ofrecen un test rápido de VIH durante el trabajo de parto o inmediatamente en el post-parto. Por ejemplo en un estudio realizado en Camerún, en la sala de partos, la tasa de aceptación del test por las mujeres era del 93% y del 11% por las mujeres que eran VIH positivas. Todas las mujeres positivas y sus bebés recibieron Nevirapina (Tchendjou et al., 2004). Muchas mujeres embarazadas aceptan en el último momento hacer la prueba de VIH por miedo de que sus hijos nazcan enfermos, aceptan tomar la NVP y que sus bebés también la tomen, pero muchas mujeres no quieren saber el resultado de la prueba. En mis observaciones en Chamanculo también encontré que muchas mujeres no querían saber su condición positiva.

Cuando en un hospital muy frecuentado de Sudáfrica las mujeres embarazadas aceptaban hacer las pruebas de detección de VIH durante el trabajo de parto, los resultados eran: durante el periodo de posparto, el 71% de las madres que tenían el estatus de VIH desconocido y habían aceptado hacer el test, una tasa del 30% de estas mujeres eran VIH positivas y el 94% de estas mujeres aceptaban que sus bebés tomaran la Nevirapina (Bolton et al., 2004). A la mayoría de las mujeres en la sala de parto no se les realizaban las pruebas de VIH porque no tenían síntomas de la enfermedad, pero en los países que tienen alta prevalencia se debe de usar protocolos bien claros y específicos para minimizar la Transmisión vertical. Desde el año 2007 se está intentando cumplir con que todas las embarazadas pasen por la asesoría y el test como protocolo de rutina, así se intentan minimizar los riesgos. Los cuidados recomendados para las mujeres VIH positivas son muy similares a los cuidados que son ofrecidos en las clínicas normales prenatales que prestan cuidados de nacimiento normal del bebé pero minimizando al máximo el trauma de estas experiencias, y evitar que el recién nacido no se mezcle con la sangre y los fluidos del cuerpo de la madre (Raisler, & Cohn, 2005).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Los cuidados médicos durante el periodo post-parto no están bien desarrollados todavía en la mayoría de los países africanos. Las madres son generalmente dadas de alta del hospital entre las siguientes 6 y 24 horas más tarde después del parto y raramente vuelven a las visitas clínicas en el periodo post-parto. La carga de trabajo de las matronas y las enfermeras dificultan que puedan encontrar tiempo para examinar y asesorar a las mujeres después del nacimiento del hijo. La ausencia de un sistema de cuidados adecuados post-parto significa en las mujeres VIH positivas que no están recibiendo un tratamiento adecuado (Raisler & Cohn, 2005). Las madres VIH positivas, especialmente aquellas que tienen el sistema inmune deprimido, son vulnerables a una lenta recuperación, que la infección empeore y el agotamiento después del nacimiento del hijo. Las mujeres embarazadas deben de tener enlazados todos los tratamientos, los controles médicos y obstétricos - ginecológicos con el tratamiento médico del PTV para el seguimiento de su infección de VIH, el tratamiento de las enfermedades oportunistas, tener tratamiento antirretroviral si tienen los criterios inmunológicos adecuados para recibirlo, los cuidados domiciliarios necesarios y otra serie de servicios de apoyo que necesitan las mujeres embarazadas o que acababan de tener sus hijos (Mawn et al., 1998; Delva et al., 2006; Ide et al., 2006; Desclaux & Desgrees do Loû, 2003).

7. LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

En Ndola, Zambia se comprobó que la ausencia de signos y síntomas de la enfermedad de VIH / SIDA en las mujeres embarazadas no tenía mucho impacto en las mujeres y los hombres a la hora de tomar decisiones para seguir teniendo más hijos. En el inicio de la epidemia, el uso de anticonceptivos en las parejas era generalmente muy bajo, más tarde comprendieron el problema que se creaba al cuidar a los niños huérfanos de los parientes que habían muerto de SIDA y estas actitudes fueron cambiando con el tiempo. Cuando los síntomas, las señales de la enfermedad comenzaban a aparecer los hombres y las mujeres estaban estresados, preocupados y valoraban con más cuidado si continuaban teniendo más hijos, evaluaban más el uso del condón y de los anticonceptivos para prevenir la transmisión de la enfermedad en la esposa y a la familia (Rutemberg et al., 2000). En algunos estudios llegaron a las conclusiones de que: las mujeres VIH positivas no entendían la relación del comportamiento de ellas al tener la infección con la fertilidad, no era importante para ellas tener la infección de VIH. Saber el estatus de VIH tenía poca asociación con tener hijos en África. En Costa de Marfil, la mayoría de las mujeres positivas con niños menores de 4 años, planeaban quedarse embarazadas (Temmerman et al., 1995; Aka-Dago et al., 1999). Para muchas mujeres con VIH tener hijos puede ser el único medio de mejorar su estatus social en la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

comunidad. Ser madres es la mayor prioridad de muchas mujeres porque la función principal de la mujer es trabajar y tener hijos, aunque exista el riesgo de contagiar a sus hijos la enfermedad en el África Subsahariana (Taylor, 1989). Cuando se ignoran las creencias de las mujeres y sus valores sobre la maternidad las consecuencias pueden ser que las mujeres no se sientan comprendidas, se enfaden y no quieran volver a participar en los servicios que los profesionales de salud les pueden ofrecer. En ciertas ocasiones los profesionales de salud sobrepasan los límites profesionales dando informaciones e intentando influir en las mujeres para que tomen decisiones que pueden tener como resultado que esas mujeres no vuelvan a buscar cuidados de salud como puede ser el aborto (Raisler, & Cohn, 2005).

Los tratamientos anticonceptivos para prevenir los embarazos no deseados y evitar la re-infección en las embarazadas VIH positivas que mantienen relaciones sexuales con sus compañeros sin protección son necesarios, pero no están todavía bien integrados dentro de los programa de PTV (Best et al., 2004; Roger et al., 2006; Karamaji et al., 2006). Los diafragmas y microbicidas vaginales son 2 métodos nuevos para la prevención del VIH que están aún en fase de investigación. En un estudio a gran escala que se está realizando en Sudáfrica, Zimbabwe y Mozambique, están experimentando la efectividad de geles y microbicidas en diafragmas que van a dar una protección parcial contra la transmisión del VIH. Gran número de mujeres estamos con gran expectación para que estos nuevos métodos se pongan en funcionamiento y ver sus resultados, porque si funcionan bien van aumentar la agencia de las mujeres, que van a poder decidir por sí mismas su uso y la prevención de la enfermedad (Kresge et al., 2004).

En Sudáfrica son los hombres los que toman las decisiones sobre el uso del condón, mientras que las mujeres deciden si aceptan quedarse embarazadas. El uso de los métodos duales es utilizado cuando los hombres deciden protegerse a ellos mismos del VIH y de las ITS, además de si coinciden con el deseo de la mujer de prevenir el embarazo (Mayer et al., 2002; Orne Glyeman, 2006). Es esencial que en los centros de atención primaria unan en el mismo servicio de Salud Materno Infantil, los servicios de salud reproductiva, planificación familiar e integrar los servicios de diagnostico y el tratamiento del VIH / SIDA. También se deben de diseñar opciones adecuadas para los hombres porque de momento existe un vacío a este respecto.

Es necesario contar con modelos nuevos y creativos para responder al doble desafío del VIH / SIDA, la salud reproductiva y sexual. Estos servicios, en la medida en que consideren el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

fortalecimiento de la capacidad de los servicios de salud sexual y reproductiva de responder frente al VIH / SIDA, requieran de una mejoría en las infraestructura, los equipos y materiales actualizados, una mejor capacitación, supervisión del personal y un suministro estable de medicamentos. Estos *servicios de salud sexual* incluirán la promoción de la doble protección; la educación para evitar las ITS; el garantizar acceso a la anticoncepción y la esterilización para los portadores de VIH que desearan evitar un embarazo; el consejo y las pruebas de detección a mujeres embarazadas de VIH y otras infecciones; el evitar la transmisión de VIH de madre a hijo, un enfoque de género y de tratamiento de los casos de violencia hacia las mujeres (Berer et al., 2003; De Bruyn, 2005).

8. LA ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS DE MADRES VIH POSITIVAS

La transmisión de VIH en el periodo post-parto es a través de la lactancia materna. Esta situación supuso un cambio en el modelo tradicional al considerar esta elección para proteger la salud de los niños a nivel mundial. La lactancia materna evitaba la mortalidad en situaciones como la diarrea en las infecciones de 6 millones de niños y al mismo tiempo era responsable de que 600.000 niños adquirieran el VIH anualmente. Según Pulley & Mayon, (2009): "… La transmisión vertical varía entre las diferentes áreas geográficas y los diferentes grupos de población. La tasa de transmisión varía entre un 13% en Europa a un 42% en África…". Otros autores estiman que existe una tasa de promedio de transmisión vertical del 24%. En los países desarrollados la transmisión de VIH a través de la lactancia ha disminuido, debido a la accesibilidad que tienen los gobiernos para asegurar la alimentación mediante el uso de la leche artificial y las mejores condiciones sanitarias en los programas de desarrollo. Durante los años 1987 y 1992, la OMS publicó las primeras recomendaciones sobre la leche materna en las mujeres con VIH / SIDA en las que recomendaban usar la lactancia materna. Entre los años 1997 y 1998, la OMS publicó una nueva revisión de estas recomendaciones y reconoció que más de la mitad de las transmisiones verticales ocurrieron a través la lactancia materna y se aconsejaba a partir de este momento el uso de la lactancia artificial para disminuir la morbilidad infantil, solamente en el caso en que se asegura el acceso no interrumpido a la leche de formula artificial y la seguridad en su preparación. Los últimos estudios indican que existen prácticas que reducen el riesgo de transmisión vertical, cuando las madres escogen la leche materna como modalidad y son las siguientes: la lactancia exclusiva sólo de 4 a 6 meses, después suspensión total de esta alimentación, la reducción de la lactancia, usar técnicas adecuadas durante la lactancia como no dar de mamar a los niños con los pezones agrietados, la práctica del sexo seguro en el periodo de puerperio y lactancia, el acceso a los cuidados médicos inmediatos, la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

profilaxis post-natal TARV a los niños, el hervir la leche especialmente cuando se incluían otros alimentos en la alimentación del niño (UNAIDS, 2005).

Estos cambios en las normas internacionales han traído como consecuencia una gran discusión pública internacional sobre cuál debe de ser la alimentación adecuada para los niños y una gran confusión de las madres en África para las cuales es difícil entender estos cambios sino se les explican muy bien el problema y todas las opciones en la alimentación de sus hijos, se les aconseja y apoya en su decisión. La lactancia materna prolongada de los bebés en África está determinada por la existencia o no de comida para la madre y la familia en el hogar. Los niños cuando pueden comenzar a comer, ya se les empiezan a dar los alimentos disponibles en casa. La alimentación de los niños es uno de los problemas más difíciles que tiene el programa de transmisión de madre a hijo. La lactancia prolongada de uno a dos años es la práctica común y las alternativas seguras como la alimentación artificial generalmente no se puede adquirir o no se pueden pagar y además culturalmente son inaceptables para las comunidades en que viven las madres. La lactancia materna es la nutrición adecuada para el bebé y puede tener un efecto anticonceptivo retrasando el regreso de la fertilidad en la mujer, protege al hijo de enfermedades y de la muerte (Nduati et al., 2001).

La transmisión de madre a hijo por vía de la lactancia materna es más alta en la mujer que tiene una nueva infección de VIH por las altas cargas virales que ella posee, un sistema inmune deprimido, y en los casos donde los bebés tienen heridas en la boca es más fácil la transmisión del VIH (Israel et al., 2003). Con la alimentación mezclada existe un gran riesgo de que exista más transmisión de VIH que en la lactancia exclusiva con leche materna, otras comidas y líquidos como agua (especialmente si están contaminados) pueden irritar la garganta del recién nacido permitiendo que aumente la penetración del virus a través de las pequeñas heridas en el tracto intestinal digestivo del bebé (MSF Manual, 2007; Pulley & Mayon, 2009).

El secreto y estigma que existe alrededor del VIH / SIDA tiene como consecuencia que la elección sea más difícil. En las culturas donde la lactancia es muy fuerte, que el bebé tome la leche en vaso o biberón puede tener como consecuencia que las personas que se relacionan con la madre sospechen y sepan que la mujer tiene la infección de VIH, además consideren que la madre no está tratando bien al recién nacido, pueden comenzar a crear problemas a la madre y hablar con la familia. Preparar la leche artificial no es fácil para muchas mujeres en África Subsahariana, porque es tiempo y energía que se gasta especialmente si no tienen nevera, agua corriente, o unos utensilios

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

adecuados para preparar la leche y poder limpiarlos, incluso si las mujeres tienen acceso a la alimentación artificial (Horizon, 2003). Al inicio de los programas de transmisión de madre a hijo se pensaba que las madres con VIH no debían de dar de mamar a sus bebés porque todavía no estaba bien estudiado la transmisión de la leche materna de las madres a sus hijos. UNICEF distribuyó gratis leche artificial en clínicas de PTV en 8 países diferentes durante los años 1998 y 2002. Esta experiencia no tuvo éxito porque tuvieron bastantes experiencias negativas y llegaron a la conclusión de que debían de parar el programa de distribución de leche artificial. Muchos consejeros asesoraron a las madres a no dar la lactancia materna, y el poco tiempo que tenían lo emplean en considerar las circunstancias personales de la madre. La distribución de la leche artificial fue algunas veces retrasada, las cantidades dadas a los bebés eran en muchas ocasiones inadecuadas y entonces las madres daban suplementos de comida con alimentos no adecuados como alimentación complementaria. Muchas madres que recibieron la leche artificial, también dieron la alimentación de su pecho y la alimentación mixta a sus hijos. De esta forma se incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos por diarrea, las infecciones respiratorias y la transmisión del virus de madre a hijo y otra serie de problemas. UNICEF llego a la conclusión de que la lactancia artificial y sus programas de distribución de leche artificial no eran factibles, seguros y aceptables. El programa sé cerro en el año 2003 (De Wagt et al., 2004).

En el PTV de Chamanculo pasamos también por la experiencia de la lactancia exclusiva primero con leche artificial para todos los bebés, después solo dábamos a aquellos que las madres tenían graves problemas de salud. Después se les explicaba a las madres la situación de la alimentación y se les asesoraba según su situación económica, la mayoría de madres daban de mamar a sus hijos. Los investigadores están estudiando la influencia que tiene la terapia antirretroviral en la leche de la madre para conseguir que la lactancia sea segura disminuyendo la carga viral en la leche materna. La toxicidad y las resistencias para los bebés que sus madres toman terapia antirretroviral está todavía siendo investigadas. En el primer estudio aleatorio controlado de profilaxis con el cóctel antirretroviral en niños lactantes (estudio Simba) y la combinación de la lactancia materna exclusiva reducía la transmisión vertical postnatal hasta 1%, resultado muy satisfactorio (Pakker et al., 2004).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

9. LAS PERCEPCIONES DE LA COMUNIDAD SOBRE EL VIH / SIDA

Para determinar las intervenciones que deben ser incluidas en un programa de PTV es vital saber qué conocimientos tiene la comunidad en la que se quiere intervenir acerca del VIH / SIDA. Los signos y síntomas de la enfermedad, los diferentes modos de transmisión y las diferentes estrategias de prevención. Conocer las percepciones de la comunidad es un indicador de la magnitud del problema, distinguir si la comunidad está o no comprendiendo bien la enfermedad de VIH / SIDA. El contenido de los mensajes recibidos por los receptores puede ser totalmente contrario o diferente de lo que pretenden los emisores de los mensajes. La comunidad debe saber dónde y cómo conseguir la información sobre VIH / SIDA, tienen que comprender que en estos locales serán bien tratados y recibirán un tratamiento adecuado en caso de estar enfermos. En un estudio llevado a cabo en Zambia se demostró que las comunidades tenían la percepción de que la infección del VIH / SIDA era un problema muy importante y mostraban sentimientos de desesperanza, pesimismo y preocupación (Mukukura, 1999). En los programas de prevención de la transmisión madre a hijo se debe incluir un tono de esperanza y dar un especial énfasis en transmitir mensajes positivos sobre la efectividad del programa en la salud de madres e hijos, según mi experiencia como profesional de salud en el PTV.

La comunidad debe saber que con un tratamiento adecuado existen muchas esperanzas de mejorar la calidad de vida de las personas, la disminución de la transmisión de madre a hijo, de poder reducir la mortalidad y morbilidad de madres y niños. El contexto en que las mujeres toman sus decisiones sobre la prevención de la transmisión vertical depende del nivel de conocimientos de la comunidad y de sus individuos sobre el VIH / SIDA. Algunas comunidades culpan a las mujeres por la expansión del VIH, y el resultado es que las mujeres tienen miedo a someterse a la prueba del test de VIH y desaparecen, esta situación es más peligrosa cuando están embarazadas (Temmerman et al., 1995).

El conocimiento de la percepción de la comunidad sobre estos problemas es muy importante, los mensajes debían tener en cuenta sus creencias y deben de ser formulados adecuadamente. El conocimiento sobre la percepción de la prevalencia en la transmisión de madre a hijo es muy importante. Desdichadamente pocos estudios han mostrado el conocimiento de la transmisión de VIH y que también incluyan temas como: las diferencias en las prevalencias, los puntos de transmisión durante embarazo, el parto y lactancia, estos estudios son escasos y parciales. Es

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

necesario realizar estudios más completos que respondan a las cuestiones que todavía están sin respuesta (Kayode et al., 2002; Michelle, 2003; Raisler & Cohn, 2005). Si las personas de la comunidad no comprenden el mecanismo de la transmisión vertical es debido al escepticismo y la poca información que tienen sobre la poca efectividad de los programas de prevención, como fue el caso entre los hombres en Botswana.

Los esfuerzos en educación son muy necesarios para corregir los malos entendidos que pueden poner en peligro el éxito de los programas de prevención vertical. Es importante conocer como la comunidad mira y entiende la profilaxis con antirretrovirales durante el embarazo, parto y durante la lactancia materna. Los beneficios recibidos y los efectos secundarios deben de ser explicados claramente para que las mujeres acepten el tratamiento antirretroviral. En Botswana y Zambia algunos miembros de la comunidad pensaron que las mujeres enfermarían más cuando pararan de tomar AZT. Muchas mujeres tenían miedo de ser descubiertas por sus parejas tomando la medicación antirretroviral como profilaxis para no contagiar de VIH al futuro hijo y escondían el tratamiento (Worthington et al., 2002).

Conocer las situaciones problemáticas que existen en las comunidades que van a organizar un PTV, puede ayudar a los planificadores de estos programas a formular intervenciones con base a informaciones y estrategias apropiadas. Preparar materiales de educación para salud y comunicación (IEC) para superar las barreras potenciales que se presentan para que las mujeres y los bebés tomen la profilaxis con tratamiento antirretroviral durante el embarazo. También es importante conocer las actitudes del grupo social acerca de como comprenden y elaboraban los programa de PTV. Que opiniones tienen las personas sobre los elementos del PTV como: el buen acceso al centro, la disponibilidad del personal sanitario del centro, si es cómodo para los clientes, es conveniente físicamente, buen trato del personal sanitario a los clientes, (privacidad, características del lugar, sesión y que tuvieran siempre disponibles las prueba de VIH). Todos estos elementos tienen un gran impacto para que las familias vengan a participar en el PTV. En Sudáfrica y Costa de Marfil se demostró que las mujeres embarazadas no participaban plenamente en el programa de PTV por las largas esperas en los centros para ser atendidas, que existían barreras en el lenguaje para entender la información, la falta de espacio físico para tener privacidad para realizar el asesoría y pruebas de VIH / SIDA (Doherty et al., 2003; Msellati et al., 2001). Se comprobó que en algunos GATVS que la terminología del lenguaje usada por los consejeros para transmitir la información, es decir el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

lenguaje que se empleaba para explicar en las charlas de la transmisión de madre a hijo, era estigmatizanté y culpaba a la mujer por la infección del bebé (Raisler, & Cohn, 2005).

10. CONCLUSIONES

El PTV no encaja ajustadamente en una caja que podamos decir que es un objeto de estudio de una disciplina. La parte ligada a la infección puede ser tratada por un médico y las cuestiones ligados al virus por un biólogo, la forma como el virus se socializa, como transforma la vida y las mentalidades de las personas, como crea conflicto de valores sobre la sexualidad, los tabúes cristianos y protestantes y los valores de las sociedades animistas requieren de su propio especialista. Estas dimensiones variadas nos obligan a trabajar nuestra disciplina científica con una mente abierta para el diálogo con las otras ciencias, no sólo como una fuente de datos y de interpretaciones o de otra manera de mirar a los problemas, sino también para la compresión del problema del VIH / SIDA, para las limitaciones de nuestra ciencia de nuestro objeto de estudio y de nuestro saber.

Los programas orientados a prevenir la transmisión de VIH de madre a hijo no deben terminar con la terapia dirigida al bebé. Estos programas deberían formar parte de la atención que recibe la madre después del parto, que comprende el tratamiento integral a la madre, al hijo y a toda la familia cuando es posible. Los programas de PTV deben de ir evolucionando e incorporando nuevas estrategias y enfoques que den solución a los problemas que van pareciendo según van evolucionando. En el próximo capítulo he intentado contextualizar la situación en África Austral y en Mozambique a la que pertenecen los países denominados cinturón del VIH / SIDA al tener las prevalencias más altas del SIDA de todas las áreas del mundo, tienen unas características especificas muy parecidas en toda esta área del SIDA.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO III

ÁFRICA AUSTRAL, LA ZONA, MÁS CASTIGADA POR EL VIH / SIDA

Gausset (2001:510) explicó en su brillante trabajo sobre los *Tongas*: "… Desde el siglo XIX y casi hasta nuestros días, los estudios sobre sexualidad en África habían sido realizados desde un punto de vista etnocéntrico y evolucionista, la tendencia era para describir las costumbres y prácticas locales como primitivas e inmorales, basadas en un interés mórbido por el exotismo y las prácticas sexuales de la población indígena. Estos estudios eran recopilaciones de los rumores, las anécdotas y los datos descontextualizados, recogidos por los misioneros, los viajeros o los administradores coloniales, que describían ciertas prácticas culturales (la poligamia, la sexualidad fuera del matrimonio, el levirato, etc.) como irracionales, inmorales o simplemente salvajes. Los africanos habían sido de este modo presentados como lo opuesto a los idealizados europeos, lo cual, por otra parte, daba la legitimidad ideológica para la colonización del continente...".

1. INTRODUCCIÓN

Antes de la identificación del VIH / SIDA, los estudios sobre el comportamiento sexual de las poblaciones locales en África Austral (Junod, Earthy, Díaz y otros) fueron limitados y poco divulgados, el debate era entre especialistas. La aparición del VIH / SIDA cambió el escenario que existía y desencadenó una nueva ola de estudios sobre las prácticas sexuales y culturales en África. En parte con estos nuevos estudios resurgieron los viejos prejuicios culturales, apareció un renovado interés por los rituales exóticos y las prácticas sexuales que habían sido descritas como inmorales, los africanos promiscuos y muy activos en su comportamiento sexual. Si uníamos a estos estudios, las teorías deterministas raciales, a la aparición del VIH /SIDA, su asociación a la homosexualidad y al consumo de drogas, las primeras tomas de contacto con los movimientos de feministas y los problemas de la desigualdad de género en África, todos estos factores unidos provocaron una reacción en la que muchos gobiernos africanos negaron la seriedad de la epidemia del SIDA en sus países (Gausset, 2001). Los prejuicios moralistas occidentales y la reminiscencia de un pasado colonial vergonzoso dieron paso a que se perdiera un tiempo precioso para poner en marcha las medidas preventivas necesarias durante los primeros años de la epidemia.

El hecho de que el SIDA fuera identificado primero en Estados Unidos entre la población gay, los consumidores de drogas por vía intravenosa, los haitianos, los hemofílicos y después en las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

prostitutas dio un argumento más a las autoridades políticas y sanitarias de ciertos países, en especial del África Subsahariana, para que la *enfermedad* fuera considerada como un *problema de minorías occidentales*. La circulación de las *teorías de conspiración* acerca del virus del VIH / SIDA, o la teoría que decía que el virus fue desarrollado por los laboratorios de la CIA para acabar con la población más vulnerable y otras teorías similares tuvieron como consecuencia que las autoridades sanitarias no consideraron con cuidado los problemas y los riesgos que podían sobrevenir con la epidemia del SIDA. Ellos pensaban que la mortalidad que podía provocar el VIH / SIDA seria pequeña y podía ser comparada con las mortalidades ya existentes dentro de las enfermedades del cuadro epidemiológico de los países de África Subsahariana de aquellos años, que eran paraísos para la medicina tropical, por la carga de enfermedades que sufrían las poblaciones locales tales como: la malaria, la desnutrición, el hambre, las infecciones respiratorias, las diferentes esquistosomiasis, los diferentes tipos de diarreas, el cólera, la enfermedad del sueño, los diferentes tipos de filarias, las fiebres tifoideas, los brotes de peste bubónica, la violencia y las guerras que asolaban los países de este área. El ejemplo más flagrante de esta política de avestruz que escondía el pescuezo debajo de la tierra cuando era perseguida, vino tristemente de un país de África Austral: la historia ocurrida en Sudáfrica cuyos dirigentes políticos se negaron a aceptar la existencia del SIDA a finales de la década de los años 90, las consecuencias fueron muchos problemas para la población afectada, sufrimiento y una prevalencia alta del VIH / SIDA en la población principalmente negra, por el número de personas enfermas y muertas en este país, hasta que la presión internacional consiguió que se empezaran a usar los antirretrovirales en los programas de VIH / SIDA. Esta historia vergonzosa fue descrita magistralmente por antropólogos críticos, que con su testimonio y análisis explicaron al mundo los absurdos que estaban sucediendo con las poblaciones locales negras (Gausset, 2001; Fassin, 2003; Kalipeni, 2007).

Como explicó Schoepf (2004: 28) en sus investigaciones en África especialmente en el antiguo Congo, hoy Zaire realizadas con las mujeres locales: "… Los discursos moralizantes no fueron solo responsabilidad de los especialistas de salud pública y los biomédicos, formaban parte de la cultura pública de los últimos años del siglo XX y que la sociedad occidental trasladó a África. Los científicos sociales comenzaron a estudiar la sexualidad africana que estaba basada en las tradiciones culturales africanas, fueron desafiadas las representaciones racistas sobre la transmisión heterosexual del VIH, los elementos del racismo que habían sido usados antes para la esclavización, la dominación colonial fueron adoptados para ser usados en los discursos del VIH / SIDA y las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

nociones de que la antropología clásica, dominante en aquella época, de que la cultura era considerada fija e inmutable y estaba en función de las colonias. Muchos antropólogos que empezaban a trabajar en África, criticaron todas estas afirmaciones sobre la promiscuidad del discurso colonial...". Los discursos morales resonaron dentro de las iglesias africanas y fueron adoptados enfoques moralista por los políticos e intelectuales, mientras la epidemia iba avanzando con rapidez por todo el África Subsahariana, donde encontró un caldo de cultivo ideal, los procesos de la descolonización de muchos países de África Subsahariana, a la vez que surgían nuevas ideologías y nuevos países en el mosaico africano.

2. LAS TEORIAS, LOS VIRUS Y SUS CONSECUENCIAS

Las construcciones populares sobre el VIH / SIDA habían ido cambiado a lo largo del tiempo. Al principio de la pandemia las personas negaron que la infección del VIH / SIDA existiera. "… El escepticismo también estaba relacionado en que no existían conocimientos, ni la familiaridad con las personas que tenían el VIH / SIDA. Las mujeres y los jóvenes, sospechaban que las iglesias, los oficiales del gobierno y los hombres que estaban en el poder, intentaban usar estrategias para controlar sus sexualidades y la reproducción de su población. Cuando el SIDA fue reconocido como real, se declaró que *había venido de otro lugar***,** no solamente en África, sino de otro lugar en el Tercer Mundo. Los militares americanos, los turistas sexuales, los hombres de negocios*,* fueron considerados como los posibles transmisores de la epidemia, *una guerra biológica* pensada de antemano. Parecía una posibilidad real para muchas personas que durante la guerra fría sucediera *un accidente de laboratorio como resultado del test de una vacuna*, todas las teorías tenían sus propios seguidores **(**Schoepf, 2004: 20). "… Existieron también los escenarios fantasmas, algunos diseñados desde las fuentes de la historia, por ejemplo, las sugestiones de que los americanos y los impolutos europeos usaban la sangre de mono, destinada a las prácticas sexuales, a los ritos de magias de amor o a los ritos de vudú, entre otras prácticas mágicas de las diferentes culturas africanas de la zona. Fueron enlazadas y articuladas todas estas *teorías* en África Subsahariana, en relación de la atribución del origen del SIDA a los hombres europeos que pagaban dinero a las mujeres africanas para que tuvieran sexo con perros, chimpancés o caballos. Pero les costó mucho de empezar a ver, tratar de esconder que muchos hombres negros locales ricos, con poder mantenían también todos estos tipos de comportamientos sexuales. Ellos mantenían muchas relaciones sexuales con las prostitutas locales, prácticas homosexuales escondidas con otros hombres, con niños, relaciones de poligamia oficial y escondida, también trabajo de sexo y las mujeres locales relaciones poliandricas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

y trabajo de sexo, dominadas por los hombres para poder sobrevivir, así las redes sexuales funcionaban bien, estaban muy bien escondidas gracias al *secreto y al silencio* que rodeaban todas estas prácticas. Las últimas construcciones realizadas sobre las viejas construcciones de los orígenes de las ITS volvieron a funcionar, fueron extendidas al VIH / SIDA y de nuevo volvieron a re-circular todas las teorías adaptadas localmente en relación al SIDA…" (Schoepf, 2004: 21).

En varios países de África al inicio de la pandemia, primeramente fueron las mujeres que cargaron con la mala suerte de ser acusadas de propagar la epidemia, especialmente las prostitutas, las mujeres embarazadas y las mujeres pobres que estaban viviendo solas sin protección de hombres, fueron muchas de ellas deportadas para áreas rurales donde era imposible vivir, otras mujeres fueron llevadas a prisión y violadas. En las mujeres que se sospechaba o se sabía que tenían el VIH / SIDA, muchas de ellas fueron arrojadas de sus casas, les quitaron sus pertenencias e hijos, muchas fueron acusadas de brujas y de prostitutas. Schoepf (2004) en su brillante análisis de la situación, llego a las siguientes conclusiones: "… Muchas de las respuestas al VIH / SIDA habían sido moralizantes y discriminatorias, en el caso de África, el poder cayó en el Área Biomédica Internacional, pero estas definiciones se encontraron con el endurecimiento de las representaciones sobre la enfermedad, las prácticas culturales, especialmente en relación al contagio y la sexualidad en estas sociedades. Las contradicciones entre las necesidades de la situación real de la enfermedad y las repuestas de las sociedades africanas habían sido particularmente dramáticas. El SIDA transportó las representaciones en que se basaban estas teorías y reproducían los problemas de la desigualdad de género, los problemas de color en las sociedades africanas, los problemas de clase social y la lucha de poder entre las diferentes jerarquías políticas locales. Las respuestas sociales al SIDA, incluyendo las políticas del control de las personas fueron propagadas por las políticas culturales…" (Schoepf, 2004: 23).

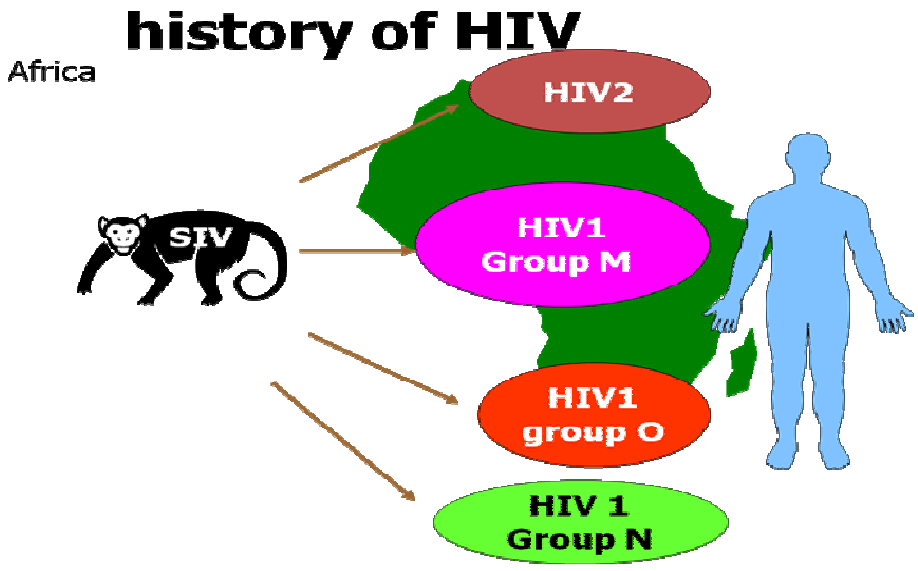
3. LA HISTORÍA DEL VIH / SIDA EN ÁFRICA

En la época que fue desde los años 50 hasta los 70, se produjeron grandes cambios sociales a nivel mundial. La epidemia que comenzó en África del Oeste, en el que 2 grupos de primates tenían los dos tipos de virus: VIH – 1, VIH – 2, cuando entraron en las personas que estaban en contacto con la sangre de estos monos infectados, transmitieron esos virus a los habitantes de las zonas que los cazaban, se los comían y muchos de esos virus mutaron e infectaron a las células humanas. El primer caso conocido de la infección del VIH fue descubierto en un paciente hacia el año 1959 en el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

antiguo Congo belga, actual Zaire. Las mutaciones de los virus comenzaron a evolucionar probablemente hacia el año 1930. El VIH-1 se detectó por primera vez en Camerún en un chimpancé salvaje y el VIH -2, que era menos común, fue detectado en el mono en Guinea-Bissau y Gabón (CDC, OMS, ONUSIDA, 2008). Los cambios sociales provocados por la emigración de la población rural a las ciudades en África, el aumento de los viajes intercontinentales, la adición a las drogas por vía parenteral, la promiscuidad sexual y el uso de los derivados de la sangre para aplicaciones médicas del mono al hombre crearon las condiciones para que el VIH / SIDA se extendiera con rapidez y silenciosamente por todo el mundo (Todo SIDA, 2007). En el diseño siguiente se muestra el inicio de la historia del VIH / SIDA en África, como se han ido distribuyendo los grupos y subgrupos del virus del VIH por África donde habían sido encontradas las primeras evidencias del virus en los enfermos, que fue extendiéndose silenciosamente la epidemia por el mundo porque no se sabía diagnosticar la infección y la enfermedad hasta que en la comunidad gay de EE.UU. salto la alarma ante el brote que surgió al inicio de los años 80 y saltaron todas las alarmas.

Mapa VII: Historia del VIH en África.



Fuentes: Curso de VIH / SIDA de MSF Suiza en Berlín año 2005

Aquellas infecciones tempranas empezaron a causar muertes en los hospitales de los países occidentales, y en los años anteriores en el África central se produjeron muchas muertes por las mismas causas, en aquel momento no eran conocidas para la medicina occidental, no se conocía la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

causa de estas muertes que comprometían el sistema inmunológico lo dejaban indefenso a las infecciones y causaban la muerte de los pacientes. Ocurrió una situación de pánico mundial y sobrevinieron muchas situaciones de discriminación especialmente con algunos grupos de mujeres. Si los patrones de la epidemia de SIDA eran diferentes en África a los de Europa, la explicación tenía que ser obviamente por las diferencias culturales y sexuales entre África y Europa. La lógica consecuencia de esta situación fue la lucha que empezó contra las culturas y sexualidades africanas. Desde entonces, muchos antropólogos han reaccionado contra estos puntos de vista, se enfatizó la importancia de las condiciones socioeconómicas y el peligro de la infección del VIH dentro de los mismos sistemas médicos. De cualquier modo, la idea de que la cultura africana era la culpable de la diseminación del VIH / SIDA estaba todavía muy extendida. En cambio en la mentalidad africana, desde el inicio el SIDA era la enfermedad de las personas marginales, de los raros, de las culturas que no eran estándares, tomando como estándar a Occidente, las familias católicas, protestantes o judías, la clase media. Culpabilizar o diabolizar a los otros acabo por ser reforzado por el sexo y por el SIDA.

Era importante tener en cuenta que cuando la lucha contra el VIH / SIDA se presentaba como una lucha contra las barreras culturales, era en un contexto africano y raramente implicaba a las prácticas europeas u occidentales. Existía un doble discurso en aquellos círculos científicos: cuando la semejanza entre la infección por VIH era encontrada en el uso de los servicios modernos u occidentales, era necesario mejorar estos servicios; sin embargo, cuando esta correlación estaba entre el VIH y las prácticas africanas, era preciso erradicar estas prácticas. De cualquier modo, la idea de que la cultura africana era la culpable de la diseminación del VIH / SIDA estaba todavía muy extendida. La filosofía de las campañas IEC (información, educación y comunicación) llevadas a cabo en Europa eran totalmente diferentes de las intervenciones en África. Así por ejemplo, aunque inicialmente las campañas de prevención en Occidente tuvieron un discurso moralista que condenaba y era enfocado sobre los homosexuales y drogadictos como los responsables de la epidemia, rápidamente cambiaron el foco y dirigieron su atención a la población en general, a la promoción del sexo seguro y al uso del condón. Hoy en día, en Occidente, las campañas IEC no sugieren a los homosexuales o a los drogadictos (ambos grupos asociados al alto riesgo de infección) que deben dejar de ser homosexuales o los drogadictos, al contrario completamente, se les advierte de hacer sus prácticas de riesgo de tipo sexual o cultural seguras. Se daba por sentado que estas prácticas estaban inmersas en un complejo contexto cultural, social, económico y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

biofísico, ligado a la misma identidad de los individuos. Este mismo entendimiento faltaba en África; las prácticas culturales estaban totalmente descontextualizadas, eran vistas y juzgadas como barreras a la prevención del VIH / SIDA, y su importancia en la identidad de las personas estaba siendo pasada completamente por alto (Cockerman, 1995; Gausset, 2001:511).

"… En el contexto de la prevención del SIDA, el problema no era la poligamia o el sexo seco, pero si quizás era la infidelidad o el sexo inseguro que podían transmitir el virus de una cadena sexual a otra. Las creencias en la brujería o en la asociación del SIDA con enfermedades causadas por la *impureza sexual* no eran incompatibles con una explicación biomédica de la epidemia. Tales creencias permitían a las personas dar un significado a una nueva enfermedad extraña, terrorífica, y re-apropiarse de ésta infección a través de términos comprensibles en su cultura. Por lo tanto, las llamadas *barreras culturales* a la prevención del VIH / SIDA, no podían ser el objetivo principal de los programas de lucha contra la pandemia…" (Gausset, 2001:516). "… La política cultural del SIDA era en esos momento bien conocida, sus efectos eran más para ayudar a aumentar la velocidad de la pandemia que para disminuirla. Desde los años 80 los epidemiólogos y los planificadores de salud pública subestimaron la magnitud potencial del VIH / SIDA en África. El paradigma de los grupos de riesgo fomentados por las creencias de que era una enfermedad urbana, tanto en los círculos biomédicos como en los populares subestimó la rápida expansión de la enfermedad por todo el mundo…" (Schoepf, 2004: 16).

4. BUENAS CONDICIONES PARA EL DESARROLLO DE LA PANDEMIA

Kalipeni (2007, desarrolló un cuadro conceptual interesante sobre la vulnerabilidad del VIH / SIDA, en la zona del cinturón del Sida en África Austral, analizando las circunstancias principales que habían convergido y que habían conseguido que estos países pasaran a ser el área de África con las prevalencias más altas de VIH / SIDA del mundo en la actualidad. Kalipeni (2007) decía: "… Era cada vez mayor el número de los sociólogos, antropólogos, así como otros especialistas en la medicina, la salud pública y en cuestiones de geografía de carácter crítico, que rechazaban el paradigma oficial predominante de la investigación internacional fundamentada en los comportamientos de riesgo y realizada a través de la evaluación de las estructuras institucionales, ideológicas, religiosas e históricas que fomentaban las desigualdades y que favorecían la propagación del VIH. La economía colonial fue introducida en la zona durante el período de la dominación colonial, creó un ambiente fértil en el que hombres y mujeres se encontraban

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

vulnerables a la rápida expansión del VIH / SIDA. Esta situación provoco grandes oleadas de emigración de hombres y mujeres en toda el área, en la búsqueda de mejores condiciones de vida para poder sobrevivir y ayudar a sus familias que habían quedado atrás en sus tierras de origen, Todavía en los últimos tiempos han tenido importantes consecuencias en la expansión de la epidemia. En los distintos estudios realizados a este respecto ha sido demostrado por otros científicos sociales y muchos de ellos realizados por brillantes científicos sociales mujeres africanas, que la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH estaba estrechamente relacionada: con las desigualdades de género, como la dependencia económica de los hombres y con los factores culturales. En referencia a los pocos casos de éxito en la lucha contra esta enfermedad, fue demostrado que el compromiso de los gobiernos africanos en términos de liderazgo fue característico, más que en términos de aportación de dinero, que era extremadamente útil y necesario para detener el avance de la epidemia o para reducir las elevadas tasas del VIH/SIDA. En los casos de países en que la inestabilidad política era habitual, la violencia sexual se convertía sistemáticamente en un elemento de persecución de las mujeres. Todas las formas de violencia sexual ejercida contra las mujeres y las niñas conllevaba un riesgo elevado de infección por la gran carga de enfermedades de transmisión sexual que había en aquella época y no eran tratadas, incluyendo la epidemia de VIH / SIDA…" (Kalipeni, 2007: 57).

"… Los principales factores, todos relacionados con la pobreza, propiciaron en África un terreno fértil para la expansión de la epidemia. Entre estos factores se incluyeron: el atraso económico y los problemas de las infraestructuras de salud de países que tenían sistemas sanitarios débiles, las enfermedades parasitarias, las enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, la baja nutrición que tenían muchas personas que tenia además comprometido el sistema inmunitario, la falta de alimentos en la mayoría de la población que tuvo como consecuencia que las personas infectadas no tomaran bien sus medicaciones. La dimensión cultural era quizás el hilo conductor más complejo de variación de los factores asociados al VIH / SIDA en el África Subsahariana. Escribir sobre las culturas africanas en relación al VIH / SIDA era uno de los temas más difíciles porque se podía caer y ser víctima de dar una imagen como de que la cultura africana podía ser considerada inferior, más primitiva o podían ser realizadas malas interpretaciones y muchos autores que estudiaron *estos temas* anteriormente ya habían estado influidos por estas consideraciones…" (Kalipeni, 2007: 54).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

La inestabilidad política de esta zona de África en los últimos 30 años, los conflictos políticos y las guerras había provocado millones de personas refugiados en países vecinos, movimientos internos de personas dislocadas. La violencia sexual, la explotación de las personas, el tráfico de personas en especial de mujeres y niños. Botswana y Sudáfrica eran países con un sistema económico y las infraestructuras desarrolladas, tenían las mayores prevalencia del mundo, demostraron que la situación era complicada y que los factores que influían debían de ser bien entendidos para poder buscar soluciones adecuadas que tuvieran un impacto real. La democracia solo existía en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo, era en aquellos países un sistema formal que disfrazaba las dictaduras de largo recorrido. Las personas votaban coaccionadas o sin una conciencia clara de a quien estaban votando o eran compradas, o porque estaban demasiado ocupadas en sobrevivir y esto no podía ser considerada una situación de una democracia real.

En una revisión de literatura llevada a cabo en Sudáfrica por múltiples autores en los últimos años sobre la situación de las mujeres y el VIH / SIDA, fue muy interesante ver las temáticas tratadas que no estaban analizadas en el marco teórico de Kalipeni pero que muchas científicas sociales mujeres académicas estaban estudiando cómo fueron: Las mujeres eran un grupo ampliamente heterogéneo y la construcción de las relaciones entre el hombre y la mujer, como estas relaciones habían ido cambiando en el tiempo, el conocimiento de la sexualidad, del riesgo sexual y el tema fidelidad versus múltiples parejas, la dependencia versus autoconfianza, la maternidad como un ideal en la sociedad africana, la vulnerabilidad tecnológica: el acceso de las mujeres a la información, los recursos y las investigaciones, los efectos de que las mujeres no creían que tenían el control sobre sus vidas, el rol de la sociedad civil en la política del VIH / SIDA, la estrategia ABC como una abordaje reduccionista de la política de prevención, la vulnerabilidad de las niñas al VIH, el culpabilizar a las mujeres en los discursos del VIH / SIDA, culpar a la mujeres por estar sucias culturalmente, la nueva regeneración moral: la mujer como un problema. La confluencia de causas y factores era muy grande, los problemas estaban identificados, en cambio las soluciones no estaban nada claras porque no paran de discutirse las estrategias y políticas sanitarias impuestas por la administración americana apoyada por las agencias mundiales de Naciones Unidas y las cooperaciones internacionales y los organismos financieros como el Fondo Mundial, que ya era notorio que no eran las soluciones adecuadas para frenar la pandemia si se evaluaban cuidadosamente los datos cualitativos y cuantitativos que se disponían, que estaban escritos en

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

multitud de informes de estas agencias y los informes mundiales de todas las agencias de las Naciones Unidas relacionadas con el VIH / SIDA.

5. LOS DATOS QUE ANUNCIABAN LA TRAGEDIA

Según ONUSIDA (2008), las elevadas tasas de transmisión sexual del VIH / SIDA entre hombres y mujeres han generado un aumento en la transmisión de madre a hijo y como consecuencia la mayor población mundial de niños que viven con VIH / SIDA del mundo. La pandemia en esta región es más heterogénea de lo que se pensaba, dos tercios de las parejas infectadas con VIH / SIDA son sero-discordantes, es decir, solo uno de los integrantes está infectado, lo que puede tener como consecuencia que el mayor peligro de contagiarse puede ser con tu propia pareja. Existen varios autores que concordaban y realizan este mismo análisis pero de una forma mucho más profunda (Desclaux & Desgrees do Loû, 2006; Hancart Petit, 2007; ONUSIDA, 2008).

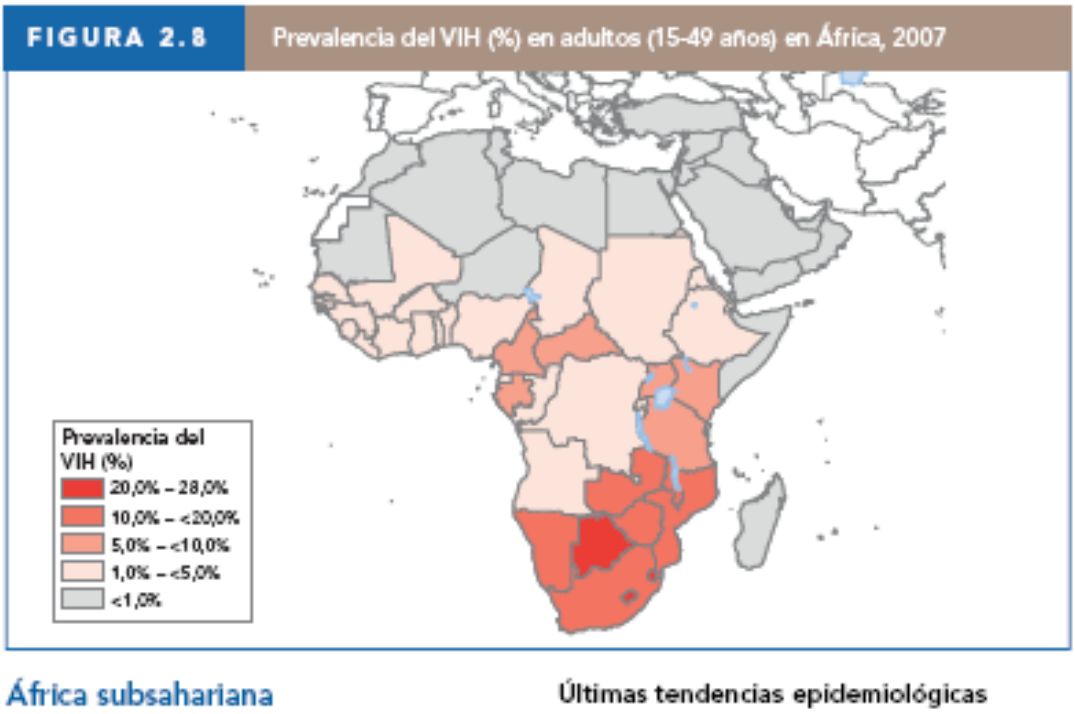
"… El uso del preservativo continua siendo bajo pese a las campañas masivas de información no sólo entre las personas VIH / SIDA negativas sino también en las que ya tienen la enfermedad. Otro hecho sorprendente es que alrededor del 30% al 40% de las parejas sero-discordantes encuestadas, el integrante infectado de la pareja es la mujer. Parece que la mayoría de las mujeres encuestadas que están infectadas por el VIH, están casadas o conviven con hombres que han contraído la infección de una pareja que no es su pareja actual. En África Austral donde la prevalencia es alta, la probabilidad de que la pareja sexual de cualquier persona está infectada es de una persona entre cuatro a seis personas, probabilidad muy alta. Para entender la epidemia del VIH, es fundamental entender las redes sexuales, se necesita una labor considerable para tener técnicas adecuadas para poder comparar las normas, los comportamientos, las redes sexuales en los distintos contextos culturales, los entornos de riesgo de todo el mundo y buscar medidas preventivas que funcionaran mejor…" (ONUSIDA, 2008).

En el mapa siguiente se muestra los países de mayor prevalencia del África Austral; como se aprecia los rangos que se dan para interpretarlas son muy amplios. En mi opinión estás estadísticas están evaluadas a la baja porque la realidad es dura y creo que sobrepasaba las peores expectativas. Los intervalos dados han variado bastante de las que se hacían anteriormente para estas zonas porque sólo eran valoradas las mujeres embarazadas en las clínicas prenatales, y las cifras reales no se sabían, porque mucha gente que está enferma o que tiene el virus permanece escondida o

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

simplemente no quiere saber el resultado, no quieren pasar por las pruebas de VIH y permanecen aisladas socialmente. Ante esta situación es muy difícil dar unas estadísticas claras y sólo podemos ver estimativas de la situación real en esta área de África.

Mapa VIII: Países con el mayor porcentaje de sero-prevalencia en África.



Fuente: Informe del año 2008 de ONUSIDA. www.unaids.org

"…En los países con alta prevalencia de VIH, la expectativa de vida ha descendido de manera drástica en muchos de los países. Se estima que en África meridional, la expectativa de vida se ha reducido a los niveles observados por última vez en los años 50, una caída espectacular, en la actualidad ya era inferior a los 50 años en la región. La evaluación del impacto demográfico de la epidemia está basada en los datos recogidos en los certificados de defunción, existen países en que estos registros vitales son escasos, en otros países como Sudáfrica y Mozambique las causas de la muerte del SIDA no se documentan como tal, sino con cualquier diagnostico que puede ser un síntoma o una enfermedad oportunista, a causa del estigma unido a la enfermedad. En África Austral, la combinación de los efectos de fallecimiento prematuro y la menor fertilidad entre las mujeres VIH positivas ha generado una disminución en las tasas de crecimiento demográfico y están cambiando mucho las bases de las pirámides de la estructura de la población…" (ONUSIDA, 2008).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Los datos estadísticos actuales de las prevalencias nacionales de los países del África Austral han bajado aparentemente las prevalencias, porque se están midiendo de forma diferente a como se medían antes. Ahora ya no son calculadas solamente con las mujeres embarazadas en las consultas prenatales de los puestos centinela, en la actualidad se están calculando con muestras estratificadas de la población general. No todos los países de la zona han puesto en marcha esta nueva forma de medir la prevalencia. En las últimas estadísticas de países como Zimbabwe o Zambia, la prevalencia de VIH / SIDA han bajado y parece que la pandemia está más controlada, en otros países estas estadísticas han sido realizadas siguiendo el mismo sistema que en las consultas prenatales alas embarazadas o con datos antiguos porque todavía no tienen datos nuevos preparados y continúan mostrando cifras elevadas como es el caso de Mozambique (ONUSIDA, 2008).

6. LOS DESAFÍOS DEL PERSONAL SANITARIO EN ÁFRICA

El SIDA ha creado un desafío sin precedentes para las enfermeras, matronas y otros trabajadores de salud debido al aumento de la carga de trabajo. Los centros de salud están llenos de mujeres y niños. Muchos trabajadores sanitarios tienen miedo de cuidar a los enfermos de VIH / SIDA. Existe una falta de medicamentos y de repuestos de materiales consumibles necesarios en el uso diario para ofrecer un tratamiento médico efectivo y de los materiales de protección en el trabajo con enfermos que pueden transmitir enfermedades. Los trabajadores de salud además están infectados con VIH en tasas similares o más altas que la población general, debido a la doble superposición de la transmisión sexual y la exposición ocupacional, aunque en África Austral los cuidadores de salud, según Raisler & Cohn opinan que el mayor peligro de coger la infección había sido a través de la transmisión sexual como el resto de la población del área (Raisler, & Cohn, 2005). Los accidentes de exposición en el trabajo son un problema muy importante a causa de alta prevalencia de VIH entre los enfermos hospitalizados, la falta de equipamiento protector y los materiales de bioseguridad. El riesgo es mayor todavía en las matronas que están expuestas a grandes cantidades de materiales potencialmente infecciosos de sangre y fluido amniótico en las salas de parto. Es necesario con urgencia que la profilaxis post-exposición con antirretrovirales esté disponible junto con un protocolo claro de actuación en caso de un accidente post- exposición (PEP), pero no siempre se consigue en la mayoría de las maternidades y unidades sanitarias. Existen pocos estudios realizados sobre el impacto psicológico en los trabajadores de salud que conducen a una situación de burn-out (estar quemados profesionalmente) y a comportamientos extraños de stress cuando están frente a materiales contaminantes y los enfermos contagiados, como observé

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

durante mi período de trabajo. Una encuesta en Sudáfrica encontró que la prevalencia del VIH / SIDA entre los trabajadores de salud era de 15,7% comparado con 15,6% en la población general y aumentaba al 20% en los trabajadores de salud más jóvenes. El autor enfatiza la necesidad de preparar más enfermeros para reemplazar aquellos que están cayendo enfermos y muriendo. También se quiere investigar los factores que causan que las enfermeras dejen su profesión o emigren a otros países buscando un futuro que sea más favorable (Sara Project, 2004).

7. LOS NUEVOS RETOS CAUSADOS POR LA PANDEMÍA

Las enfermeras y comadronas son los profesionales de salud que trabajan en primera línea con la mayoría de las poblaciones en África Subsahariana, aunque hayan recibido poca formación, ayudan a administrar el tratamiento con antirretrovirales, llevar el seguimiento de los efectos secundarios y los cuidados de los enfermos de SIDA. Ellas son la base de los nuevos proyectos de PTV, la asesoría y educación para la salud, llevar el seguimiento en la adherencia de la medicación, el desarrollo de la resistencia y de la toxicidad de la medicación antirretroviral o del tratamiento y el alivio de los efectos secundarios. Dado el número reducido de médicos, las enfermeras están jugando un rol muy importante en el diagnóstico, el tratamiento de las infecciones oportunistas y dispensando la terapia antirretroviral (Raisler, & Cohn, 2005). Aunque muchos países están empezando a dar cursos de formación en servicio sobre PTV y la asesoría antes y después de la prueba de VIH para las enfermeras y comadronas, la educación en SIDA no está aún bien integrada en el programa de estudios de las escuelas de enfermería, la falta de profesores, materiales y computadores es una prioridad urgente que puede tener un efecto multiplicador de los problemas según mi experiencia de campo.

8. LOS SISTEMAS MÉDICOS PLURALES

Los curanderos, las matronas tradicionales, los PMT (Practicantes de Medina Tradicional) en la definición de La OMS, son numerosos en todas partes de África donde ellos representan la primera línea de tratamiento para el 70% de la población. La existencia de pocos medios y de personal sanitario no cubre las necesidades de la cobertura médica en muchas zonas del país. En una experiencia llevada a cabo en Kw-Zulú Natal (Sudáfrica) en la década pasada, los médicos tradicionales y los biomédicos trabajaron juntos contra el VIH / SIDA. Varios grupos de PMTS fueron formados con los conocimientos y las habilidades adecuadas por los biomédicos. Los PMTS integraron eficientemente la información biomédica del VIH / SIDA en sus prácticas, trabajaron con

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

pacientes y llevaron a cabo esta experiencia. En algunos lugares de la zona consiguieron tener mejores resultados que los trabajadores de salud educando a la comunidad en el uso del condón y en la prevención de la enfermedad. Los PMTS con sus raíces ancestrales en la comunidad, la experiencia íntima y directa con la pobreza, las desigualdades y las enfermedades, incluyendo el VIH / SIDA, habían conseguido ganar una amplia audiencia. Los PMTS eran muy respetados por sus profundos conocimientos de la cultura local. Esta experiencia fue realizada en Sudáfrica en la zona de Durban donde la prevalencia de VIH / SIDA era muy alta (Homsky et al., 2004).

Según Homsky (2004) los PMTS están muy motivados y situados apropiadamente para promocionar los cambios de comportamiento, dar cuidados médicos, soporte a los pacientes y podían enviar a las personas viviendo con VIH /SIDA para tratamiento médico si es necesario. Cuando los PMTS realizan el puente con la biomedicina con efectividad, abandonan sus conceptos émic de la enfermedad, e introducen en sus valores y sus teorías las contribuciones de la biomedicina bien explicadas. Este sincretismo cuando es bien realizado junta lo mejor de los dos sistemas de prestación de cuidados de salud (Homsky et al., 2004). En el sistema tradicional de creencias de Sudáfrica acerca de la enfermedad y de la salud, los antepasados y Dios son las fuerzas que causan la enfermedad. Las personas se enferman porque han hecho algo que ha enfadado a los espíritus de los antepasados o a Dios, que no es el dios monoteísta occidental. Con el VIH / SIDA, estas creencias que atribuyen a los espíritus o al castigo divino están reforzadas por el hecho de que algunas personas tienen la enfermedad y otras que están infectadas no tiene cambios diferenciales en su salud dentro sus vidas. Atribuir la causa del SIDA a los espíritus ancestrales o al enfado de Dios lleva directamente a creencias estigmatizantés hacia las personas que tienen el VIH / SIDA. Se piensa que ellos han traído a su comunidad la infección, atribuir la causa del SIDA a las personas que están afligidas trae un cierto sentimiento de repulsión así como las sanciones de la justicia social, dos de las mayores dimensiones de las creencias tradicionales que más han causado estigma. Estos hallazgos sugieren que tener información sobre el VIH / SIDA y las campañas de educación son los pilares importantes de los esfuerzos de la prevención en las campañas en Sudáfrica, los esfuerzos realizados para frenar el impacto de la repulsión, las sanciones sociales por el estigma contra las personas viviendo con VIH / SIDA (Kalichan et al., 2004). Los PMTS pertenecen a una determinada sociedad, cultura y estructuras de poder, representan un cierto poder y ejercen sus prácticas médicas para reproducir el sistema. Los actos médicos en cada cultura tienen un componente de poder.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

La estrategia escogida a nivel internacional, el plan ABC del gobierno Bush, está muy en concordancia con las creencias de los practicantes de la medicina tradicional que piensan que volviendo a la tradición, la prevención de la epidemia va a mejorar. Como consecuencia de estas políticas se está desarrollando un regreso a las prácticas tradicionales antiguas como el test de la virginidad en las chicas adolescentes para determinar su estado de pureza y de que no han mantenido relaciones sexuales. Esta es una respuesta de género a la enfermedad del VIH / SIDA en la zona de Durban en Sudáfrica donde culpan a las mujeres de la enfermedad y son consideradas tradicionalmente de estar impuras**.** O sea la *feminización de la culpa de la transmisión del SIDA a las mujeres* (Leclerc-Madlala, 2001). La práctica del test de la virginidad en estas sociedades es una violación de los derechos humanos de las mujeres, además de ser un acto que si no es realizado con la adecuada higiene puede provocar infecciones y molestias en las adolescentes, además del stress que causa a las chicas y sus familiares tener que pasar por esta prueba públicamente.

9. EL PLURALISMO MÉDICO

Como escribió de forma muy estructurada Muela (2007): "… El pluralismo médico es un cuadro conceptual que permite ir más allá de las *creencias y de las medicinas tradicionales descontextualizadas*, invita a pensar en términos de relaciones e incluye como objeto de estudio los recursos médicos presentes en la comunidad, las representaciones de la enfermedad y el uso que la población hace de estos recursos. Como cuadro conceptual, permite sistematizar y ordenar una amplia variedad de factores, lo que favorece el análisis de problemas y de realidades complejas en un periodo de tiempo relativamente corto, adaptado a la duración del proyecto…" (Muela, 2007: 112). "…Posiblemente la forma más interesante de pluralismo de las ideas es el sincretismo. La idea básica es que las personas absorban e reinterpreten dinámicamente la información biomédica emitida en los medios de comunicación, en las escuelas, en las consultas etc., siempre a partir de sus esquemas culturales de representación y de prácticas. El producto es una nueva síntesis que les permite reinterpretar la enfermedad y enfrentar con más sentido para la población local los modelos exclusivamente biomédicos. Con todo las formas sincréticas más relevantes porque determinan los caminos terapéuticos claramente dobles son las que articulan los conceptos biomédicos con la brujería y los espíritus: aquí el puente que permite el sincretismo y la lógica de doble nivel de la causalidad…" (Hausmann-Muela, 1998; 2002:109).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

El sincretismo para mí es un cuchillo de doble filo, por un lado ayuda a absorber la cultura, las actitudes, las prácticas de las personas, los nuevos conocimientos y por otro lado facilita que las personas recurran a otras prácticas médicas, cuando están en dificultades o cuando las terapias no funcionan. Las estrategias para afrontar la situación de las personas infectadas las llevaban a buscar simultáneamente todo tipo de cuidados porque el hospital no tiene la cura definitiva y no trata los aspectos ligados a la culpa, la familia o a los otros tipos de identidad del individuo. El problema es que estas estrategias pueden implicar tratamientos que pueden llevar a la muerte a los pacientes, que los re-infecten o pueden suponer unos costes económicos que pueden arruinar a los usuarios. Los servicios de salud modernos tienen también sus contradicciones, que van desde las estrategias de hacer frente a la situación del personal sanitario desde los médicos a los enfermeros o los sirvientes y es común en Mozambique, que los usuarios de los servicios del sistema nacional de salud, tengan que pagar dinero a varias personas para tener acceso a los servicios de salud. Los factores como la corrupción, las formas de funcionamiento de los servicios de salud, las reglas y las normas de ciudadanía, la no existencia de un espacio público para discutir las divergencias, los debates, también actúan en los problemas de la epidemia.

10. LAS PARTERAS TRADICIONALES EN ÁFRICA

En África Subsahariana, sólo el 46% de las mujeres que tenían hijos iban a tener el hijo en algún centro de salud o al hospital con las enfermeras de materno infantil u los médicos. El resto de las mujeres tenían el parto en su casa con las parteras tradicionales. Las parteras tradicionales estaban atendiendo gran número de nacimientos de hijos de mujeres VIH positivas sin tener ningún medio de protección como los guantes y el delantal protector o la formación para prevenirse del VIH (Raisler, & Cohn, 2005). En los últimos años algunos programas han publicado datos sobre el éxito en proyectos con las parteras tradicionales trabajando con las mujeres embarazadas que dan servicios básicos de PTV en áreas remotas. Un proyecto en Camerún había formado parteras tradicionales que saben leer, escribir, saben realizar la prueba del VIH en saliva y dan la Nevirapina a las madres y a los bebés después del parto en sus villas. Las enfermeras llevan a cabo la confirmación del test rápido de VIH / SIDA durante una visita mensual de supervisión en el terreno, este programa ha dado muy buenos resultados (Bulterys et al., 2002). De manera similar las parteras tradicionales han probado ser unos nexos que no se pueden evitar para la implementación con éxito de los programas de maternidad segura incluyendo el programa de prevención de la transmisión de madre a hijo de VIH / SIDA. Estos programas han dado buenos resultados en Uganda, Kenia,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Tanzania, Sudáfrica y Camerún. La selección o formación de los PMTS y las parteras tradicionales debe de estar armonizadas con las autoridades de salud y los líderes comunitarios clave y es una estrategia que puede dar buenos resultados (Homsy et al., 2004; Kalichman et al., 2004).

Aquí he mostrado ejemplos de programas que han tenido buen éxito, pero los PMTS y las parteras tradicionales forman parte del mismo sistema de salud cuyas bases de actuación y creencias son diferentes de los biomédicos que están basados en la ciencia y en los derechos de los ciudadanos. Su integración debe de ser realizada a través de la formación y del entrenamiento, en la colaboración de ambos sistemas de salud y la adopción de un modelo que sea beneficioso para la comunidad, que pueda combinar lo mejor de los dos sistemas, esta colaboración es necesaria porque la crisis de la pandemia del VIH / SIDA unida a los factores estructurales, que operan en esta área del mundo, han puesto en riesgo de vida, de muerte y en jaque mate a muchos millones de personas, víctimas inocentes de toda la situación mundial de la crisis de los valores, la corrupción económica, los valores de la globalización del mundo, los efectos del capitalismo salvaje, que no respetan, valoran la vida de las personas pobres, en especial de las personas más vulnerables como son las mujeres, niños, ancianos y no se respetan los valores básicos de los derechos humanos.

11. LA FEMINIZACÍÓN DE LA CULPA POR LA TRANSMISIÓN DEL SIDA

En los últimos treinta años han sido realizados una serie de estudios muy interesantes en varios países de África Austral y Meridional que muestran que existe una acusación y se responsabiliza a la mujer en muchos países de África por ser el vector de la enfermedad del SIDA, esto se simboliza a través de metáforas, analogías demoníacas y culpabilizando a las mujeres de todos los males. Las mujeres enfermas cuando tienen otras enfermedades como el cáncer por ejemplo causan empatía, pena, deseo de poder ayudarlas y aliviarlas, por el contrario en el caso del SIDA, esta actitud cambia y el conocimiento público de saber que las mujeres tienen la enfermedad sirve para culpabilizarlas, juzgarlas y castigarlas por comportamientos inapropiados (Leclerc-Madlala, 1999; Jekwes et al., 1999, Loforte, 2004, Bagnol et al., 2006). Solo voy a citar algunos de los trabajos más interesantes para mí porque existen más.

Ingstad en el año 1990, realizó su trabajo en Botswana y describió: "… la creencia que el cuerpo de la mujer no era limpio, podía albergar enfermedades de transmisión sexual y llevaba potencialmente más enfermedades dentro de ella que el cuerpo del hombre. Ella sugería que estas nociones llevaban asociada la idea de echar la culpa a la mujer por la expansión del VIH... ".

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Udvardy en el año 1995, en un estudio realizado entre los Giriama de Kenia reportó conclusiones similares sobre el VIH / SIDA. "…*Sus informadores tenían la creencia, de que la mujer era como el contenedor natural del VIH…".* Haram en el año 1997, en su trabajo sobre los Meru de Tanzania, encontró estos resultados tan curiosos:"… Los hombres tenían en su cultura, concepciones similares sobre la epidemia del V IH / SIDA y decían que las mujeres cuando transgredían la normas de la conducta femenina con su movilidad, comerciaban con su cuerpo y eran acusadas de comportarse como prostitutas porque estaban fuera del control de los hombres, por esa razón acusaban a las mujeres de ser las transmisoras del SIDA…".

En Tanzania Silberschmidt realizo en Arusha un trabajo interesante con uno de los grupos tribales que más me fascina por las bonitas experiencias personales que tuve con ellos cuando viví en Kenia: Los Masai. En este trabajo explicaba como: "… la pérdida de poder de los hombres sobre sus mujeres, la frustración que sentían debido a los cambios producidos en la sociedad, la cultura, las nuevas costumbres adquiridas y los comportamientos sociales estaban cambiando la vida y las costumbres en el área de estudio. La emigración a otros países de muchos hombres y mujeres, la pobreza, el cambio en la economía que de ser de régimen colonial paso a ser un desastre y las mujeres se quedaron solas con los hijos, trabajando, cultivando la tierra y sacando adelante a la familia y la influencia que había tenido aquella área de estudio el turismo, cuando muchos visitantes extranjeros comenzaron a viajar y entrar en contacto con las poblaciones locales y las consecuencias derivadas de estas. En las conclusiones resaltaba como los hombres se habían vuelto más violentos con las mujeres, porque ellas habían comenzado a ser independientes de ellos, habían roto muchas de ellas las normas tradicionales, mantenían relaciones sexuales libremente. Los hombres las acusaban de ser brujas, propagadoras de las enfermedades de transmisión sexual porque habían roto las reglas de la sociedad patriarcal existentes. Los hombres se habían quedado desfasados, enfadados por su pérdida de poder de adquisición económica, de poder sexual al no controlar la sexualidad de las mujeres y estaban con una profunda crisis en sus modelos de masculinidad, muchos de ellos reaccionaban violentamente ante estas situaciones y no se sentían responsables de que sus acciones también habían llevado a los cambios profundos en esta sociedad en los últimos años, esta autora describió magistralmente en su trabajo toda la situación ocurrida en esta sociedad de Tanzania como también fue reportada por numerosas antropólogas trabajando en otros diferentes países de África…" (Silbersmidth, 2004).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Acusar a las mujeres por la transmisión del VIH, fue además documentado por otras académicas de ciencias sociales, con diferentes graduación en otros países de África. Christine Obbo (1993, 1995) ya hablaba de similares nociones en su trabajo de campo llevado a cabo en Uganda donde la infección del VIH / SIDA golpeo duramente a la sociedad a inicios de los años 80. Allí sus informadores decían: "... la enfermedad era transmitida solo en una dirección, de la mujer al hombre…". Después en el año 1995 completo su trabajo diciendo: *"... En África era necesario un feminismo de las mujeres africanas, negro, fuerte para cambiar estas concepciones profundamente asentadas y que causaban opresión a la mujeres en África…".* Schoepf en el año 1992, en su trabajo en Zaire, también informó sobre ideas parecidas, sobre las creencias de género y las enfermedades de transmisión sexual. Ella explico: "… Cuando los hombres estaban infectados, sus mujeres eran sospechosas de infidelidad (citado por Leclerc-Madlala 2001). "… Las construcciones culturales sobre los gérmenes de la enfermedad del VIH / SIDA, tenían una larga extensión, derivada de los significados de los marcos preexistentes anteriores de los conocimientos sobre la enfermedad, que nos informaban de las opiniones de las personas sobre la impureza femenina y los peligros asociados con las mujeres sucias. En el proceso de evolución de la actual pandemia de VIH / SIDA, estaba dando renovada sustancia a que las nociones profundamente embebidas en la cultura, estaban ayudando a suministrar más ideas a la población, en especial a los hombres, para la racionalidad de las ideas referidas a la discriminación de género…*"* (Leclerc - Madlala, 2001).

12. LAS IDEOLOGIAS EN LAS QUE SE BASAN ESTAS CREENCIAS LOCALES

La ideología de la *polución* era representativa de un idioma general sobre la disease / illness / sikness entre los Zulús, estaba con frecuencia articulada con el uso de los conceptos biomédicos tales como la teoría de los gérmenes predominantes hoy en día. Por ejemplo, muchos autores anteriores a estos estudios que habían trabajado con los zulús describieron los tabúes que funcionaban para restringir las actividades de las *mujeres impuras* con la menstruación, las que habían tenido un hijo recientemente o las habían tenido un aborto. Actualmente estas nociones resonaban en el discurso local sobre el VIH / SIDA. Las mujeres eran consideradas en su anatomía reproductiva, en las secreciones vaginales y la sangre menstrual como los reservorios naturales para los gérmenes de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH / SIDA que podían debilitar y causar al hombre *estas enfermedades*. Estas ideas también asociaban a los cuerpos de las mujeres, a sus cualidades de ser *nidos*, no solo para que los bebés crecieran allí, sino también potencialmente, para que los virus mortales, incluido el VIH, podían crecer y esconderse dentro de las mujeres. En

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

las descripciones de los modelos de transmisión del VIH / SIDA y las redes sexuales, los informantes consistentemente representaban la transmisión del VIH / SIDA como unidireccional de la mujer al hombre (Schoepf, 1998, Jekwes et al 1999; citado por Leclerc-Madlala, 2001).

El hombre infectado era con frecuencia una víctima pasiva de una mujer sucia mientras una mujer infectada era representada como una participante activa en adquirir su propia infección por su propio comportamiento sexual. Las *vaginas secas* estaban conceptualizadas de estar limpias y libres de enfermedad, esta imagen reflejaba el carácter moral de su propietaria. La humedad de la vagina, significaba que esta mujer era más activa sexualmente, este concepto, era usado como un índice a la vez del grado de la actividad sexual y de la potencial morada para los gérmenes sexualmente transmitidos. En las vaginas más húmedas, gran número de gérmenes podían ser encontrados pegados a las paredes vaginales. Los gérmenes de las ITS y en particular del VIH creían que de alguna forma, estaban infiltrados dentro de las secreciones vaginales y así estaban mejor pegados a las paredes de la vagina, se creía que los gérmenes esperaban y crecían preparados para infectar al hombre durante el acto sexual. Como un *orificio interno, oscuro***,** *húmedo*, *la vagina* era metafóricamente representada como una incubadora natural para los gérmenes del VIH / SIDA (Leclerc-Madlala, 1999, 2001).

Todos estos conceptos unidos puestos al día los significados que acompañan a la *impureza femenina y unida* a las percepciones modernas acerca de que las mujeres se conducen de una manera excesiva en su comportamiento sexual, significa la transgresión de la moral patriarcal de los hombres. Las mujeres actualmente son más activamente sexualmente en comparación con el pasado, con frecuencia toman la iniciativa de atraer a los hombres y de comenzar una relación sexual, este comportamiento favorece a las ideas de que las mujeres están fuera de control. Las madres tienen la opinión unánime de que sus hijas jóvenes hoy en día han perdido todas las maneras de auto-respeto y dignidad. La idea Zulú acerca de que un hombre joven debe ser visto de manera popular con muchas mujeres, en ese momento, se señalaba que este comportamiento ha sido adoptado por las mujeres jóvenes.

Las mujeres jóvenes de hoy en día se están comportando como los hombres, esta realidad es la antítesis zulú de la preparación de las chicas para la madurez y la maternidad en las ideas tradicionales. Y han resurgido con fuerza tradiciones del pasado, Leclerc-Madlala (2001) explica que el test de virginidad puede ser entendido como una respuesta de género a una enfermedad

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

experimentada localmente, que es fundamentalmente entendida como una enfermedad de género. Examinar a las chicas para determinar su estatus de pureza es otra amenaza que refuerza la web de significados que sitúan a las mujeres en el epicentro de echarles la culpa por la epidemia de SIDA entre los Zulús. Estas prácticas han sido identificadas también en Mozambique por Bagnol & Mariano (2006). Todos estos estudios unidos y relacionados unos con otros, han llevado a la conclusión de una idea más que evidente de la feminización de la culpa de las mujeres de transmitir a los inocentes hombres las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. Mientras esto sucede muchos hombres de muchos países de África Subsahariana siguen con sus ideologías patriarcales, manteniendo prácticas sexuales variadas en muchas ocasiones en diferentes redes sexuales.

13. CONCLUSIONES

Existen ciertas regiones del mundo como el África Austral en que el SIDA va a ser un problema que se va a volver endémico y estructural. Estas regiones tienen grandes cantidades de recursos naturales, riquezas minerales y tienen también una larga historia de regímenes dictatoriales, de falta de democracia, ciudadanías mutiladas, salarios bajos, discriminación de las mujeres, de los niños, grandes desigualdades de género, pobreza, esclavitud y muchos más problemas relacionados con el subdesarrollo. Tienen muchos estados que no tienen la capacidad de sobrevivir sin la ayuda externa porque están más preocupados en otras actividades como corrupción, los políticos enriquecerse a cualquier costa, los pueblos agotados, empobrecidos, intentan sobrevivir como pueden. El estado tiene que arbitrar, gobernar, crear trabajo y condiciones adecuadas de vida. El SIDA es una pandemia que demuestra todavía más la debilidad de los países del tercer mundo. Los sistemas nacionales de estos países no tienen la capacidad, ni los medios para efectuar mejor trabajo del que realizan, no tienen las competencias médicas y los medios humanos para enfrentar los problemas existentes. Existe un problema real con las políticas de salud de los estados que no invierten lo suficiente y sobre todo no valorizan sus medios humanos que tienen. Los problemas de salud que surgen, las pandemias, son utilizados como medios para buscar más ayuda externa, apoyos económicos y no para reformar sus sistemas de salud y mejorar la vida de sus ciudadanos.

Farmer & Castro (2003) nos advirtieron en una conferencia en la Habana: "… Algunas publicaciones recientes sobre proyectos de investigación realizados por equipos norteamericanos y europeos, en asociación con instituciones locales en los países africanos como Uganda, Costa de Marfil, Burkina Faso, Tanzania, Kenia, Malawi, Sudáfrica. Botswana, comparaban la eficacia de

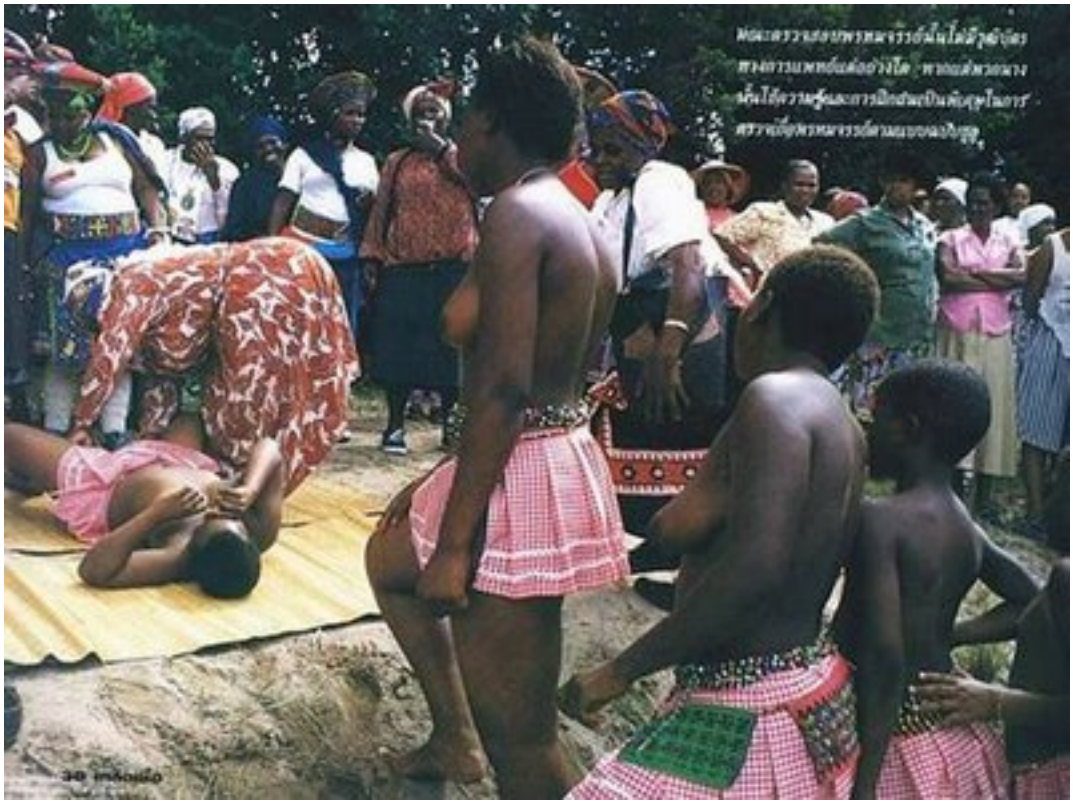
UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

uno o dos antirretrovirales en la prevención materna-infantil del VIH / SIDA. Estos protocolos utilizaban diagnósticos del primer mundo pero proponían tratamientos del tercer mundo. Estos proyectos de investigación no los aprobarían los comités de los hospitales de las universidades de los países ricos. Al permitir estos proyectos en países pobres, la comunidad internacional parecía que estaba perpetuando la brecha de desigualdad en el acceso a la salud entre países pobre y ricos…*"*. El SIDA aparece como una causa de todo, desde violencia doméstica hasta la crisis de los hospitales, cuando los SNS de los diversos países, sus sistemas sociales, la economía y los derechos de los ciudadanos, están en crisis y presentan una multitud de problemas. El SIDA es considerado muchas veces una causa, es una catástrofe más, cuando probablemente esta pandemia en estos países puede estar causada por el efecto de la situación general de las políticas del mundo, la famosa y nefasta globalización, el imperio de un grupo de multinacionales y el dinero. El SIDA sirve para justificar las elecciones políticas y de desarrollo que no tienen nada que ver con la realidad, las elites locales enriquecían a cualquier costo, los países más ricos se lavan las manos de sus responsabilidades pero después acaban por echar la culpa a sus socios locales.

La historia del SIDA en Mozambique también refleja muchas similaridades de la historia del SIDA internacional, pero en este país tiene unas circunstancias políticas, históricas, económicas y culturales que han conseguido que la evolución del SIDA haya sido un proceso interesante desde el punto de vista de cómo se ha ido desarrollando la epidemia. El SIDA es una enfermedad crónica más y crea los problemas que creó en su época la tuberculosis u otras enfermedades de transmisión sexual. No es un problema de pobreza o de riqueza, es un problema de tener voluntad de solucionar los problemas estructurales, de que haya democracia, también es necesario que el pueblo comience a exigir su derecho a la salud y a que se mejoren sus condiciones de vida. En la siguiente fotografía se muestra una imagen de los ritos practicados es Sudáfrica entre los Zulú y que cada vez son más populares, *el test de la virginidad en las chicas adolescentes* y estas chicas una vez revisadas, son consideradas con una puntuación que indica, los diferentes tipos de pureza, dependiendo de cómo son catalogadas por las mujeres encargadas de llevar a cabo el examen vaginal. Las madres de las niñas, cada vez están más pendientes de que sus hijas pasen por este examen con la mayor pureza posible, lo que las volverá las candidatas ideales para un buen casamiento y para entrar antes en el circuito de la vida actual del VIH / SIDA en Sur África.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía X: El test de la virginidad realizado a las adolescentes en Sudáfrica



Fuente: www. hijobobo.blogspot.com

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

SECCION III

LA HISTORÍA DEL SIDA EN MOZAMBIQUE

"… La historia es una ciencia que analiza sistemáticamente el pasado reconstruyendo los acontecimientos a través del paso del tiempo con punto de referencia desde el presente. El pasado siempre será difícil de analizar si las evidencias existentes en los diferentes tipos de documentos como son: los documentos escritos, las fotografías, los testimonios de las personas contemporáneas, las memorias, una infinidad de series de soportes y de datos que nos ayudaran a preparar un análisis de la historia…" (Jenkins, 1997).

En Mozambique, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tenía una serie de traducciones y denominaciones como *esa enfermedad*, *la enfermedad del siglo*, *la enfermedad de la vergüenza*; tenía otras explicaciones que no solo eran de vocabulario. Como era no mencionar el nombre de la enfermedad porque tenía que ver con el secreto, no se hablaba, que era como si no existiera. Nadie sabía que ella estaba enferma, nadie decía que tenía la enfermedad en el inicio de la epidemia. Con el aumento del número de enfermos, de muertos, la cantidad de huérfanos, y las grandes campañas internacionales la enfermedad ganó visibilidad, vida y proyectos en Mozambique. La historia del SIDA es compleja, faltan todavía muchos datos por analizar, existen intentos de crear la historia de la respuesta mozambiqueña al SIDA, la historia política, administrativa, de las políticas de salud, las tasas de mortalidad, los huérfanos, los infectados, los hombres, las mujeres, los niños. En esta sección presentó un conjunto de capítulos que permitan contextualizar la evolución de la pandemia en Mozambique sobre los aspectos que me parecen más relevantes y relacionados con el tema de estudio escogido en esta Tesis. Los temas derivaron de las lecturas, también del trabajo de campo en el PTV, hospital y barrio de Chamanculo.

En la fotografía siguiente muestra la puerta de una casa de una familia en el norte de Mozambique donde numerosos niños están jugando y los niños más mayores cuidan de los más pequeños, esta imagen da una idea de cómo es la vida en muchas zonas del país y de cómo los niños desde pequeños van creciendo cuidados por la hermana más mayor. Las mujeres continúan a ser las que llevan la carga de la vida de la familia, de traer el agua, cuidar de los hermanos, cocinar, lavar y otras tareas domesticas. Esta es una imagen muy tradicional.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XI: Niños jugando en la puerta de una casa en Mozambique.

Fuente: obtenida por la autora en el mes de junio 2007.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO IV

LA HISTORÍA DE LA PANDEMÍA DEL SIDA EN MOZAMBIQUE

"… La perspectiva histórica proporciona un acercamiento cronológico, un sentido de continuidad y una habilidad para ir entretejiendo los diferentes niveles de interpretación en el análisis de los hechos y las circunstancias relacionadas con la salud, la enfermedad y la atención…" (Menéndez 1998).

"… Estos informes son valiosos porque nos dan una importante perspectiva sobre las respuestas contemporáneas en las sociedades, a las amenazas de la salud y las enfermedades. Son útiles para poder tener una claridad sobre las razones de por qué ciertas respuestas o fenómenos suceden, o porque algunas enfermedades como el SIDA son estigmatizantés, provocan la expansión del miedo y de los juicios morales…" (Lupton, 2004.)

1. INTRODUCCIÓN

La historia reciente de Mozambique ha pasado por grandes cambios históricos, políticos, sociales, ideológicos, económicos, sociales, culturales, religiosos y en sus sistemas médicos plurales en los últimos 30 años. La guerra de liberación para poner fin a la colonización, la liberación de Portugal, la independencia y la subida al poder de un régimen socialista a finales de la década de los años 70 que intentaba organizar una nueva sociedad y que tuvo como consecuencia grandes cambios en la vida social, cultural, política y económica del país. El inicio de la nueva guerra civil que tuvo una duración aproximadamente de 16 años, el proceso de paz, el comienzo de un nuevo régimen denominado democrático, que inició un cambio hacia la sociedad del capitalismo y de la globalización. Todos estos cambios unidos han conseguido que en el país durante muchos años las poblaciones hayan estado viviendo en un estado de anomia social. En medio de todo este proceso político apareció el VIH / SIDA, en un inicio las tasas de la enfermedad se pensó eran muy bajas, a causa del aislamiento de las poblaciones. Con la firma de la paz y la vuelta de los refugiados en los países vecinos, los refugiados internos retornaron para sus zonas, la apertura de fronteras y corredores, con un movimiento de millones de personas buscando empezar sus vidas, se disparó la infección acercándose a los niveles de los países de la vecinos de la zona de África Austral.

La historia del Sistema Nacional de Salud fue contada por Schapiro (1983) como la historia de la construcción de un sistema de salud colonial que creaba las condiciones de funcionamiento de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

un sistema de opresión, de explotación de la población colonizada indígena y que permitió que las poblaciones alienígenas sobreviviesen en un medio hostil padeciendo enfermedades para las que no tenían resistencias naturales. Este médico americano en su tesis doctoral de historia intentó construir un discurso sobre la salud en el período colonial en todos los territorios portugueses acabando por intentar correlacionar las estrategias de salud de Portugal como parte de la creación de una mano de obra capaz de permitir el beneficio colonial. Al reducir los problemas de salud para los colonos que se iban a quedar a vivir en las colonias y para reducir los problemas de enfermedades endémicas que afectaban a las personas y a los animales (Schapiro, 1983). La colonia de Mozambique pasó a ser el estado de Mozambique en el año 1975 con la independencia de Portugal, se llamó la República Popular de Mozambique. El nuevo gobierno intentó construir un sistema social y político socialista que nacionalizó los servicios de salud, las funerarias, las clínicas privadas, las maternidades, los hospitales de las misiones, los gabinetes de abogados, entre otras instituciones, y los servicios que dejaron los colonos portugueses cuando salieron de Mozambique en fuga para no ser matados. Después del cambio de sistema político, con la nueva constitución ya formada, el país volvió a cambiar de nombre y pasó a llamarse la República de Mozambique.

2. UN BREVE MARCO DE LA HISTORÍA DE LAS ENFERMEDADES INFECCÍOSAS

Realizando una comparación de la historia del SIDA con la historia de la infección en otros países socialistas, comprobé que la historia del SIDA y de las ITS no comenzó cuando fueron diagnosticados los primeros casos en el país. En Mozambique durante los años 20 fue diana de una epidemia de sífilis y de gonorrea, la prevalencia de las ITS en Mozambique era muy alta, y siempre ha sido considerado un grave problema de Salud Pública. Las enfermedades de transmisión sexual, su rápida diseminación entre la población, fue y continua siendo muy difícil de cuantificar y de llevar un seguimiento clínico debido a la vergüenza y el secreto que existen alrededor de ellas (entrevista con Adam, 2009). Mozambique fue afectada por las grandes pandemias en el siglo XX como por ejemplo la gripe española. El país fue también afectado por las epidemias de sarampión, de varicela, cólera, peste negra, malaria. Las ITS estuvieron presentes en el panorama de salud del país, en especial la sífilis y la gonorrea a lo largo de su historia. Otras circunstancias como el hambre, la tuberculosis, la enfermedad del sueño, la esquistosomiasis, las enfermedades parasitarias como la elefantiasis y otras enfermedades tropicales hacían de Mozambique un paraíso para los médicos especializados en enfermedades tropicales.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Junod (1910), demostró que hubo reacciones de la población local que se organizó en el cuadro de las unidades políticas existentes, los tikos, para luchar contra estas enfermedades contagiosas, como la varicela, con procesos de vacunación a la población indígena, usando a los prestadores de cuidados de salud locales PMTS o sus propios cuidadores y prohibiendo la circulación de las personas de unas zonas para otras y las relaciones sexuales durante la duración de la epidemia (Junod, 1996; Adam, 2009). El debate sobre las enfermedades de transmisión sexual en Mozambique a lo largo de la historia ha sido una situación que todavía no está suficientemente debatida, pero se sabe que no siguió procesos diferentes a como sucedió en otros países de África Oriental y Central. Junod de nuevo aproximadamente sobre el año 1910 se refirió a las discusiones sobre la sífilis y las ITS que había en Mozambique. Una tendencia de los analistas, los médicos, los misioneros, los administradores y otros personajes, era de responsabilizar por la sífilis y las ITS a las mujeres por un lado y por otro a los nativos, porque no sabían las reglas básicas de higiene e iban acumulando estas enfermedades según Fray João de los Santos en 1891. Las mujeres dedicándose a la prostitución, al sexo libre, propagaban las enfermedades a los hombres. Los hombres en este proceso sólo entraron en la ecuación como las víctimas, eran los que garantizaban la salud de las mujeres, sobre todo de los jefes y los régulos de los estados teocráticos coloniales. Los hombres africanos comenzaron a ser un problema cuando fueron a trabajar de emigrantes para las minas de oro en Sudáfrica donde tenían comportamientos sexuales anti-naturales como por ejemplo la homosexualidad entre otras prácticas sexuales (Junod, 1996).

Los debates iníciales sobre las enfermedades sexualmente transmitidas, las epidemias o pandemias, como la sífilis, gozaron en sus inicios grande desconcierto por ser enfermedades de transmisión sexual y por las connotaciones que tenían. Pero dejaron de ser debates médicos cuando aparecieron los diagnósticos rápidos, los tratamientos efectivos para la sífilis y las enfermedades locales de transmisión sexual. El debate médico podía ser controlado por los tratamientos descubiertos por ejemplo el caso del Salvarsán en los primeros años del siglo XX, el descubrimiento y la popularización de la penicilina durante los años 50 del siglo XX. El descubrimiento de un tratamiento efectivo también puso al descubierto la historia del diagnóstico, del tratamiento, de las insuficiencias de los sistemas de salud, y las interpretaciones de las enfermedades. Las interpretaciones sobre la sífilis y las ITS en general acaban por juntar las historias administrativas incluyendo las del servicio de salud de los estados coloniales, junto con las historias de las elites de los estados pre-coloniales.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

La culpa de la enfermedad de la sífilis fue considerada desde el inicio que era una enfermedad de las mujeres porque eran ellas las que pasaban por ser las transmisoras de la enfermedad, porque los estados pre-coloniales locales habían desaparecido y los colonos no podían controlar la sexualidad de los hombres locales. Los grupos más importantes en esta época en el poder no estaban de acuerdo con las causas de la destrucción del sistema colonial, pues según los feudales y los administradores coloniales, incluyendo los médicos, la culpa de esta destrucción del poder colonial era de los misioneros. Los misioneros pensaban por su parte, que ellos no eran culpables porque ellos eran los que habían traído la ayuda médica, la cultura y la evangelización de las poblaciones locales. En aquel tiempo llegaron a la conclusión de que la culpa era de la civilización. El hecho de que consideraran que las ITS y las enfermedades sexuales eran responsabilidad de la mujer, (más acentuadamente en África, probablemente influenciadas por las ideologías, conceptos locales sobre la impureza de la mujer) y de las clases trabajadoras que en Europa estaban influenciadas por la religión. Este marco de la historia de la salud de Mozambique, es muy general, pero sirve para no reducir al análisis de la historia del país a una historia de la política, del desarrollo, de las guerras, sino a un análisis mucho más amplio, complejo y profundo (entrevista con Adam, 2009).

3. LA HISTORÍA DEL VIRUS DEL VIH

La historia del virus del VIH / SIDA en Mozambique ha sido contada de formas diferentes y desde diversos ángulos de la realidad existente en el país. El desarrollo de la pandemia no parecía haber sido diferente de cómo se desarrolló en el resto del mundo. La parte que es diferente de otros países fueron las circunstancias históricas, políticas, sociales, culturales, religiosas, económicas, sexuales por las que atravesó el país en los últimos 30 años y que han influido profundamente en la evolución de la pandemia. El enfermo típico de SIDA fue en la primera fase el homosexual, las prostitutas, camioneros, soldados, policías o personas que viajaban mucho o trabajaban en horarios diferentes, lejos de casa y de la mujer oficial, manteniendo múltiples relaciones sexuales, utilizadores de drogas inyectables, mineros, trabajadores emigrantes viviendo en campamentos en Sudáfrica o en campamentos móviles como los que existen en las construcciones de carreteras u otros proyectos de obras públicas.

La diferencia de progresión del SIDA en Mozambique en relación a otros países vecinos sí que ha sido diferente, cuando Zimbabwe, Malawi, Sudáfrica, Suazilandia, Zambia estaban con una

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

prevalencia del 20%. En Mozambique la prevalencia estaba en el 3%, la baja prevalencia de la enfermedad en todo el país fue atribuida a la guerra y al aislamiento de muchas de sus poblaciones. Esta cifra debía de ser tomada como una estimativa subvalorada pues era un país en guerra con las vías de comunicación cortadas y con los servicios de salud en un estado de permanente ataque militar de la RENAMO. Es importante resaltar que los porcentajes de incidencias de casos de VIH en Mozambique estuvieran infravalorados a causa de las lagunas existentes en los datos estadísticos, por la falta de laboratorios, de los equipos de análisis clínicos y de la débil formación del personal sanitario del país. Teniendo en cuenta que el país se encontraba en una situación de guerra y desprovisto de medios para hacer evaluaciones y estadísticas (Raimundo, 2004).

El problema del SIDA, de las ITS, los problemas de salud de los refugiados y de las personas que vivían en zonas de guerra nos muestra que la situación estaba influenciada por la inseguridad observándose al mismo tiempo en algunos casos un aumento de la natalidad, la fecundidad y en otros casos la reducción de estos mismos indicadores. Hay que decir que la salud reproductiva no formaba parte del paquete de medidas de apoyo que se daba a los refugiados en los campos en los países vecinos en aquellos años, que fueron campamentos de refugiados con unas condiciones de vida muy duras para las poblaciones mozambiqueñas, que estuvieron durante muchos años esperando que la guerra acabara para poder regresar a su país. Cossa realizó antes del fin de la guerra en la área de la Zambezia estudios sobre las ITS y llegó a la conclusión de que había un índice de prevalencia aproximadamente del 3% de casos en la población que consiguió estudiar (Cossa et al., l994).

No tengo datos sobre la situación de las enfermedades de transmisión sexual entre los soldados de la FRELIMO, los soldados portugueses y de la población local antes de la independencia. Estas formas de contar la historia del SIDA nos muestran que la Historia es un discurso realizado en el presente sobre el pasado, pero sirven de telón de fondo para una discusión y un análisis de la situación contemporánea. En la historia del SIDA en Mozambique es importante mostrar como evolucionó la enfermedad, la variación de la epidemiología del VIH / SIDA, los problemas surgidos con la pandemia y su comparación de una forma o de otra con la historia de los países vecinos. Los países del África Austral y Meridional son los llamados países del cinturón del SIDA, que son los países donde se concentran las prevalencia más altas de la infección y de diferentes epidemias dentro de la pandemia, con algunas curiosas excepciones en países como Angola por ejemplo. La historia de la historia del SIDA, la historiografía del SIDA o la genealogía

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

del SIDA como la llamaría Foucault, nos muestran las concepciones reduccionistas de la antropología, de la historia o de la sociología y de la biomedicina que todavía prevalecen.

Tratar del SIDA es tratar del cuerpo humano y se ha convertido en un fecundo lugar de intersecciones disciplinares que favorecen particularmente el encuentro de la historia y la antropología. Este encuentro deseable y hasta ese momento desencuentro real es parte de un encuentro más vasto que incluye la sociología, la historia, la antropología, la geografía critica, la economía, las ciencias políticas, las ciencias biomédicas y otras ciencias. La compartimentación disciplinar en la arquitectura de las ciencias ha obedecido la mayor parte de las veces más a las lógicas del poder entre las universidades y las instituciones que a las lógicas del saber. Pero las transformaciones actuales, el paradigma de futuro de Boaventura de Sousa Santos y Wallerstein, nos colocan delante de una práctica científica sin fronteras o entre las fronteras de las disciplinas (Santos, 1989). En ese sentido no debemos de hablar sólo de un análisis histórico, sino de un análisis socio - histórico, económico, antropológico, biomédico, político, histórico, de las prácticas sexuales, de las diferentes culturas del país, de los diferentes sistemas médicos plurales, la influencia de la entrada de las ONG´S internacionales en la ayuda al régimen comunista de Samora Machel durante el periodo de la guerra y de cómo evolucionaron todas estas circunstancias unidas hasta llegar a la situación actual. En mi opinión es un análisis interesante dadas todas estas circunstancias pues van a ayudarnos a comprender algunas de las situaciones que voy a explicar más adelante en relación al tema de estudio.

La historia del SIDA y de las ITS acabó por ser la historia de la sexualidad y del control de las mujeres, las adolescentes y de los grupos marginados. Todos los mitos sobre la polución de las mujeres, de la menstruación, que las mujeres tuvieran abortos etc. prevalecientes en el imaginario local acabaron por ser revitalizados con el SIDA. Los PMTS muchas veces, los médicos y los administradores acabaron por diseminar esas creencias cuando se concentraron en el análisis de la sexualidad en África. Muchos hombres para una mujer, muchas mujeres para un hombre, o sexo a flor de piel, todos mantenían relaciones sexuales con todos. La moral judaico-cristiana, musulmana, de las religiones locales y las ideologías de la sanidad de las ONG´S se juntan todas en esta epidemia. Esta fusión deja de lado la discusión sobre otros factores que determinan la salud de una población como la composición genética de los individuos que la forman, los rendimientos económicos, las infraestructuras, la salud, la educación, la economía, la existencia de comida suficiente o no, de empleo informal o trabajo formal para hombres y mujeres, el bajo papel que tiene

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

la mujer en la sociedad mozambiqueña, la violencia que se intuye cuando se habla con las mujeres y muchos otros problemas que van todos correlacionados. Los hombres que detentan el poder y los políticos en general tienden a reducir todos los debates al subdesarrollo, llegando al punto de que la culpa es del colonialismo y del sistema mundial. Estos discursos tienden a des-culpabilizar a ellos mismos por sus fallos o por las insuficiencias económicas, políticas y sociales, de creación de infraestructuras capaces de desarrollar el país, que es un país democrático y a permitir que pidan más ayuda externa para la población, que es la que sufre las enfermedades y la pobreza. El gran número de proyectos de desarrollo realizados durante el siglo XX no han llevado a cambios en la calidad de vida de las personas locales y ha demostrado el fracaso de estas políticas llamadas humanitarias.

4. LAS GUERRAS Y LA ENFERMEDAD DEL SIGLO

Durante los años 80 Mozambique era un país en guerra civil, podemos considerar durante este período a la población dividida en 3 grandes grupos: los refugiados en el exterior (aislados o controlados por la UNCHR (Fondo de Naciones Unidas para los refugiados) en los países de acogimiento Zimbabwe, Malawi, Sudáfrica, Zambia, Suazilandia, la población local viviendo en las zonas sobre control de la RENAMO y las poblaciones viviendo en las zonas controladas por el gobierno. Con la guerra aparecieron nuevos tipos de violencia sexual con graves consecuencias para la salud reproductiva y sexual de las mujeres. El rapto fue la práctica común durante la guerra civil, y las mujeres fueron utilizadas sexualmente para el placer sexual de los soldados, para la realización de las ceremonias de purificación, de comienzo de los combates o de castigo y numerosos niños nacieron de todas estas atrocidades (Arthur & Osorio, 2002).

A finales de los años 80 e inicio de los años 90, en los años del fin de la guerra y comienzos del proceso de paz, el número de personas infectadas de VIH / SIDA creció exponencialmente, primero en los corredores de transporte por donde pasaban los camiones y los conductores de Sudáfrica-Maputo, Zimbabwe-Beira, Tete-Malawi. Las tasas de infección fueron creciendo en todo el país alcanzando los niveles actualmente conocidos, la vigilancia epidemiológica se realizaba en los puestos centinelas elegidos que estaban situados en las consultas de prenatal o en las maternidades tomando como muestra a las mujeres embarazadas. Con el tipo de sistema de salud que Mozambique tiene y con la baja utilización de las instituciones existentes, cualquier estadística debe de ser mirada con mucho cuidado y especialmente las de prevalencia del VIH / SIDA.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

La historia del VIH / SIDA en Mozambique apareció en la primera versión en el PEN 1 (Programa Nacional de SIDA) de forma oficial, como descripción desde el origen de la aparición de la infección, para contextualizar la situación actual (Matshine, 2005). Surgió otra historia en la Tesis y después libro que fue publicado de Cristiano Matshine. Esta obra trata de ver las disonancias que existen entre la política del estado y la cultura de la población. Matshine usa la imagen de la pizarra pero en el sentido que no se pueden borrar la cultura y las prácticas culturales de la población como quien anula rápidamente la historia en una pizarra. Pienso que Matshine toma el discurso oficial, las políticas en el papel, los discursos de los dirigentes como la realidad de su práctica. Pero el abordaje de Matshine no captó la problemática del cuerpo al intentar separar la historia de la antropología o de otras ciencias sociales. Tampoco captó las influencias del cristianismo en sus diversas variantes desde las iglesias de los Pentecostales hasta las protestantes de la Misión Suiza Romanda. Estas religiones han sido más usadas como una ideología disciplinante y justificativa que la práctica de una transformación social que ayude a combatir a la epidemia.

El discurso nacionalista de respeto por la mujer fue llevándose a cabo con la prohibición de mostrar el cuerpo, en los discursos de Samora Machel sobre el uso de las minifaldas, de enseñar las espaldas y su preocupación con el matrimonio, como una forma de impedir que sus cuadros políticos y revolucionarios fueran corrompidos por las mujeres de vida fácil o por el sexo libre y mostraban una línea protestante bastante rígida. Estas posturas de Samora daban indicios del debate sobre el concepto del cuerpo que se intentaba imponer a la población del país. El puritanismo revolucionario consideraba que las relaciones sexuales mantenidas fuera del matrimonio como *amantismo* eran algo abominable, las mujeres como *balas de azúcar* para corromper al soldado guerrillero, a las trabajadoras de sexo como *vendedoras de carne y de su cuerpo*. Estas mujeres fueron obligadas a ir para los campos de reeducación en Nyassa durante el gobierno de Samora Machel, después en 1975, año de la declaración de la Independencia (entrevista con Adam, 2006).

El PEN 1, el programa oficial de SIDA de Mozambique, transformó la historia en un relato burocrático del pasado, se centraba mucho sobre las acciones que el gobierno llevó a cabo, las dificultades que atravesó, la falta de medios económicos y materiales, de personal sanitario formado y la necesidad de apoyos externos. El informe subrayó la grandiosidad de la pandemia en Mozambique, sus efectos sobre la población, la economía y los esfuerzos del gobierno. Las experiencias anteriores del Sistema Nacional de Salud de Mozambique de lucha contra otras enfermedades infecciosas como por ejemplo la malaria, no fueron ni siquiera analizadas o utilizadas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

como capital de saber o de conocimientos para crear una estrategia adaptada a la realidad del país. El SIDA en aquellos años era una catástrofe más que impedía que el gobierno intentase llevar a cabo sus políticas y alcanzar sus objetivos políticos de un futuro mejor. El SIDA fue considerado más una amenaza externa, una mano invisible, que frenaba las buenas intenciones, la justicia de las causas del gobierno y del estado. Era una conspiración contra un estado joven salido de la guerra contra el colonialismo, contra el apartheid de Sudáfrica para implementar sus propias políticas.

Esta historia del SIDA en Mozambique, su impacto en el SNS, en la sexualidad de las personas, las campañas de prevención, las campañas de tratamiento, las respuestas populares, las diferencias en la epidemiología a nivel del país son objetos de estudio para ser investigados. El silencio de la ciencia durante este tiempo es ciertamente el reflejo del silencio de los ciudadanos, de la sociedad, del estado, no hablar sobre unos asuntos, ignorarlos es como si los problemas no existiesen. Estos mecanismos para olvidar, de borrar de la memoria son bien conocidos por los psicoanalistas en las trayectorias individuales y en la explicación de los comportamientos individuales. Esta aplicación a la memoria colectiva, a la historia, a las políticas del estado y de los gobiernos mostrará que se trata de un esfuerzo para hacer una tabla rasa del pasado, para valorizar la actuación de los actores actuales, el gobierno, las ONG´s, las agencias mundiales, los programas de cooperación de los países del primer mundo, las universidades extranjeras trabajando en este campo, las iglesias que han surgido como hongos durante este periodo y otros fenómenos más, tomar el problema tan grande como sea necesario para explicar los resultados, atraer los apoyos materiales y económicos necesarios al país.

La documentación existente, las fuentes escritas, orales, visuales y todo tipo de indicios nos ayudaran a entender cómo se inició la epidemia, como evolucionó, como está funcionando y caminando en los últimos años. Cuanto mayor es el número de obras científicas y de investigaciones sobre estos temas mayor será la conciencia individual y colectiva sobre la enfermedad, las formas de prevención, los tratamientos, los problemas existentes y las estrategias buscadas para tratar de resolverlos. Un sistema nacional de salud no surge de un día para otro, tiene siempre una larga historia cualquiera que sean los regímenes políticos en que surgió, tiene siempre una memoria. A pesar de la inexistencia de documentos, de análisis de los mismos, o de los esfuerzos realizados para reducir las malas prácticas de pasados opresivos, estas prácticas vuelven aparecer siempre. La salud como responsabilidad del estado, la queja constante de la falta de medios económicos, materiales, la exigüidad de la fuerza de trabajo, la cultura, los hábitos de la población, la ignorancia o el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

analfabetismo son cuestiones que las historias adversas, los diferentes discursos sobre el pasado realizados en el presente y fundamentalmente efectuados para justificar las intervenciones actuales, cotidianas están también presentes en los discursos sobre el VIH / SIDA en Mozambique y la evolución de la pandemia.

Es posible hacer diferentes discursos sobre el pasado del SIDA en Mozambique y seguramente existirán muchos diferentes. Los discursos institucionales que surgen dentro del SNS que dicen: se hace lo que se podía con los medios que hay y con la población que tenemos**.** Los donadores dicen que: se puede actuar bastante más, menos conversación, corrupción y más acción. Los enfermos y personas contagiadas dicen que: no hay atención médica suficiente, hay mucha discriminación, estigma, y faltan servicios sociales para ayudar a los enfermos y sus familias que están pasando situaciones con muchos problemas, pobreza, necesidades y hambre. En una perspectiva que quiere captar la forma de actuación de todos los actores involucrados, los infectados, los no infectados, las mujeres, los hombres, las trabajadoras del sexo, los homosexuales salidos o no del armario, el estado, el gobierno, la sociedad civil, los barrios, las comunidades, las organizaciones internacionales que participan para combatir el SIDA, para reducir el número de infectados, de muertos y para mejorar la calidad de vida de las personas infectadas y de la población (entrevista con Adam Y, 2007).

5. EL ANÁLISIS DE LA HISTORÍA DEL VIH / SIDA (*XIPONGWANA)*

Una historia del SIDA en Mozambique debe ser un esfuerzo para captar las diferentes lecturas, los análisis e interpretaciones variadas, dar voz a todos los actores, aunque esas voces sean en muchas ocasiones discordantes. El problema del test de VIH obligatorio para los funcionarios públicos y casi obligatorio para las mujeres embarazadas, la cuestión de la criminalización del comportamiento de los infectados que contaminan a otras personas a propósito, la creación de cuadros legales y de prácticas que consigan que los padres, los dos, no sólo las madres, sean asesoradas y testadas en el momento del control del embarazo. Una actuación más eficaz contra la violencia doméstica, la promoción de modelos de salud que consigan que esta responsabilidad sea individual de los enfermos, la responsabilidad del SNS, de sus gestores y de los funcionarios por actuaciones técnicamente y éticamente más justas deben de ser documentadas. Una historia oral del SIDA con los testimonios de los enfermos, los hombres, las mujeres y de los prestadores de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

cuidados de salud ayudara a comprender la situación compleja que se fue desarrollando en los últimos 20 años en Mozambique.

Un ejemplo que muestra como fue la epidemia en el inicio vino de parte de una médica mozambiqueña Sofía. Su tío estaba infectado de SIDA, vivía en una provincia del norte del país, organizó las cosas para traerlo a Maputo porque estaba muy enfermo. Las líneas aéreas de Mozambique (LAM) no quisieron que el enfermo viajara en el avión pues consideraban que era un peligro para el resto de pasajeros. Después de muchos contactos consiguió que su tío llegase a Maputo. Consiguió llevarlo al HCM (Hospital Central de Maputo) donde fue internado. En la sala del hospital, los enfermeros lo colocaron en el suelo cerca del lugar donde había enfermos ya fallecidos. El enfermero jefe dijo: *ese es de esos que tienen aquella enfermedad*. La sobrina intentó ayudar al tío valiéndose de su posición dentro del SNS sin grandes resultados. La idea y el objetivo eran que le administraran los cuidados médicos necesarios para que estuviera tratado medicamente y humanamente, murió días más tarde. Este resumen de una comunicación personal de Sofía mostraba cómo era la situación en el país con respecto a la infección en el año 1990.

Yo trabajaba en el año 1991 en el Hospital José Macamo en Maputo, la directora clínica del hospital nos pidió al equipo español de Médicos Sin Frontera que cuidásemos a una enferma de SIDA, porque los enfermeros locales se negaban acercarse y atenderla. La enferma estaba aislada en un lugar del hospital lejos del resto de los demás enfermos, la tenían como si fuera una apestada, aislada. La enferma, cuando mejoró después de pasar unos días en el hospital, desapareció y nadie sabe donde fue, o que sucedió con ella, comprendí perfectamente que se volatilizara (observación personal).

Una actitud de reflexión permanente ayudará a la lucha contra el VIH / SIDA si las experiencias anteriores fueron correctamente evaluadas, también las contradicciones pasadas y las formas utilizadas para resolver estas situaciones. Una participación masiva de los ciudadanos, de los individuos y la garantía de un tratamiento para controlar la epidemia. Mientras se busca un remedio milagroso o la famosa bala mágica, sea descubierta, cualquiera que sean los orígenes del virus, la ingeniería genética, el complot imperialista para reducir la población mundial**.** El liberalismo y el FMI, los americanos, su sexualidad puritana son hechos, y existen fuentes que lo prueban pero el valor que se da a los hechos depende de quién y para qué los analiza. Todo esto servirá de poco si el virus continua siendo definido como xipongwana, y las personas piensan que los difuntos controlan

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

la vida de los vivos y que los vivos irán a parar al mundo de los muertos, porque rompen cualquier tabú como casarse con una mujer diferente de su raza, etnia o religión o porque la suegra envenenó a la nuera.

El análisis que presento a continuación sobre la historia del SIDA intenta captar estas complejidades con la convicción de que la evolución de la enfermedad, la lucha contra la epidemia, las diferentes contradicciones existentes, no ha sido ni serán abordadas en su totalidad. Es un esfuerzo más para contextualizar la transmisión de la infección de la madre a hijo en el programa de la lucha contra el SIDA en Mozambique. En octubre de 1992 se firmó el acuerdo de paz que acabó con la guerra y con la entrada de las fuerzas de paz de la Naciones Unidas (ONUMOZ) para estabilizar el país. En 1993 el país intentó implementar un sistema liberal capitalista siguiendo los modelos dictados por el sistema mundial globalizado.

6. LA EVOLUCÍÓN DE LA ENFERMEDAD DE LA VERGÜENZA

El seguimiento de la evolución de la epidemia y las llamadas de atención sobre el crecimiento imparable del número de casos fue uno de los primeros medios a través de los cuales la OMS consiguió convencer a muchos países para adherirse a la respuesta global al SIDA. La primera encuesta epidemiológica que analizó muestras serológicas de VIH se realizó en Mozambique en el año 1987. Los resultados de esta encuesta revelaron que en el país había virus del tipo VIH-1 y del tipo VIH-2 en proporciones menores, también de otros virus de la familia relacionados con el VIH, se registraban casos de la coexistencia de las dos estirpes de virus y se registró una prevalencia de VIH media en todo el país del 3,3% en la población adulta (PEN, 1990). La primera fase del sistema de vigilancia epidemiológica correspondió al período que fue desde 1988 al año 1998. En este período de 10 años los datos de las prevalencias fueron recogidos en 4 puestos centinelas en las consultas prenatales (Maputo en el sur, Sofala, Manica y Tete en el centro). La segunda fase que se inició en el año 2000, los puestos centinelas fueron aumentados a 36 puestos abarcando áreas urbanas y rurales en todo el país (PEN, 2003). Las prevalencias de VIH fueron evolucionando desde el 3,3% en la población general del país en el año 1992, que fue la época, en que se iniciaba la pacificación del país, al 12% en el año 2001. La firma de la paz y la entrada de las fuerzas de las Naciones Unidas (ONUMOZ) marcaron un cambio con el inicio de la pacificación, la reconstrucción del país y el cambio de etapa política.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Este porcentaje se calculó con la población adulta en edad de reproducción y en un intervalo de edades entre 14 a 49 años. Los datos de la ronda de vigilancia indicaban que las prevalencias en el año 2004 del VIH / SIDA estarían en tasas del 13,6%, con variaciones muy significativas entre las regiones y provincias. La zona centro del país era el área más afectada con las prevalencias más altas, la zona norte tenía las prevalencias más bajas del país y en la zona sur era variable dependiendo de las áreas (PEN, 2002). En el año 1990 la población más afectada estaba situada entre las edades de 20 - 39 años. En el año 2000 las mujeres de 15–29 años pasaron a ser el grupo más afectado por la epidemia, especialmente comparado con los hombres de la misma edad. La tasa de prevalencia entre las mujeres de 20 - 24 años era considerada 4 veces superior a la tasa de los hombres con las mismas edades. A partir de los 30 años en adelante, los hombres presentaban tasas de prevalencia más elevadas que las mujeres de la misma edad. Estos datos sugirieron que las mujeres más jóvenes se infectaban con hombres más viejos (Bagnol, 1998; Bukali, 2002; Loforte, 2004; Matshine, 2005).

El primer caso notificado de SIDA fue en la ciudad de Pemba en un médico de nacionalidad haitiana en el año 1986 (PEN, I). Antes de este caso ya se habían hecho identificaciones de casos de enfermos de SIDA siguiendo el protocolo clínico de Bangui, pero como no había ningún sistema ni medios técnicos, los enfermos acababan por morir y en sus certificados de muerte venia mencionada la enfermedad con la cual habían muerto: malaria, tuberculosis, que no era la verdadera causa pero así fue y se ha seguido manteniendo hasta en la actualidad. Las interpretaciones sobre los datos epidemiológicos reflejaban que la evolución de la epidemia estaba marcada por prácticas repetidas y sin protección al sexo comercial, el trabajo migratorio a las minas y las haciendas de Sudáfrica, a los camioneros de rutas internacionales. En la zona centro del país era donde la prevalencia era más elevada y se asociaba con la repatriación de los refugiados mozambiqueños que se encontraban en países vecinos que tenían las tasas de prevalencia de VIH / SIDA más altas que las de Mozambique. Durante el periodo de la guerra entre FRELIMO - RENAMO y antes del acuerdo de paz, existían contingentes militares de soldados de Zimbabwe a lo largo del corredor de Beira, militares de Tanzania en Tete, Nyassa y militares sudafricanos integrados en los grupos de la RENAMO. Una parte de la guerra para estos hombres fue mantener relaciones sexuales forzadas o voluntariamente con las mujeres locales. Los soldados del gobierno también mantenían relaciones sexuales con las mujeres de las zonas donde estaban desplazados.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Matshine comentaba: "… Las interpretaciones sobre la evolución de la enfermedad tenían en común que la epidemia no existía aquí en Mozambique sino que fue traída del exterior por los otros. La enfermedad venia de otros lugares, venia con el vecino, el extranjero, con las personas de alta movilidad, que tenían más oportunidades de encontrarse con otras personas y con las trabajadoras de sexo como nexo de ligación con el extranjero. Este modelo de pensamiento podía ser considerado como parte del patrón de pensamiento internacional que acompañó la propagación de la epidemia en muchos países de África…"(Schoepf, 2000; Matshine, 2005: 132). "… Así como había otro que traía la enfermedad, de otros lugares en la evolución de la epidemia, existía también otro que estaría fallando al no dar una respuesta efectiva y activa creando mecanismos necesarios para organizar un programa de VIH / SIDA efectivo. Estos elementos alimentaban el tenso proceso de formulación y reivindicación de políticas, estrategias y posiciones de acción para poner en marcha los programas en el escenario de la lucha contra el SIDA en Mozambique…" (Matshine, 2005:132).

7. LAS FASES DE LA EPIDEMÍA DE LA MORAL

En los primeros años de emergencia del VIH / SIDA, ésta fue una enfermedad contagiosa como muchas otras enfermedades, su tratamiento, control y prevención fue responsabilidad de los servicios de salud del sistema nacional. Esta verificación se llevó a cabo en la primera fase de la pandemia, cuando el número de casos registrados era pequeño. La enfermedad se propagó a partir de los años 1992 / 94 mucho más rápidamente en el seno de los grupos de alto riesgo, principalmente las trabajadoras de sexo, los militares, los policías, los trabajadores emigrantes y los jóvenes. A partir de 1992 / 94 la prevalencia comenzó a duplicarse cada dos años (PNCDTS / VIH / SIDA, 2001). Cuando comenzó a morir gente importante y conocida socialmente fue cuando la situación se fue volviendo más pública. Los casos conocidos de músicos como Zaida Xongo y su marido fueron hechos públicos, la primera vez que apareció una noticia en la parte de necrología del periódico Noticias, que era el periódico más leído en Mozambique, fue cuando la familia de Samora y Graça Machel indicaron en la noticia de que uno de los hermanos del presidente Machel había muerto de SIDA. Esta tendencia de revelar públicamente la causa de la muerte no ha sido una situación permanente, normalmente circulaban rumores sobre las causas de muerte de algunas personas públicas, el hecho de que algunos dirigentes políticos y del partido de la FRELIMO estaban con la enfermedad o recibiendo tratamiento en el exterior o eran seropositivos circulaban o han circulado con frecuencia, pero siempre se quedaban en rumores, nunca han sido confirmados públicamente.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

El periodo que fue desde 1995 al año 2000 ha sido considerado como la segunda fase de la infección de VIH, cuando las implicaciones negativas de la discriminación y la estigmatización de las personas con SIDA empezaron a ser más visibles, en el seno de la familia y la comunidad. En esta época comenzó en Mozambique un movimiento de campañas de información sobre la enfermedad, como por ejemplo: la promoción del uso continuado del preservativo y también el surgimiento de varios servicios de orientación y de test voluntario de VIH no solo sobre el SIDA sino también sobre otras enfermedades de transmisión sexual (MISAU / PEN, 1999: 15). La tercera fase de la propagación del SIDA se inició sobre el año 2000 y continua hasta la actualidad, ha sido cuando la pandemia comenzaba entonces a alcanzar proporciones alarmantes, el gobierno después de la conferencia mundial de Durban comenzó a hablar y movilizar la situación junto con las agencias internacionales como USAID, ONUSIDA, MSF-Suiza y los donantes internacionales hasta ese momento. En los años anteriores era un tema que se hablaba poco y las personas con la enfermedad eran poco visibles. A partir del año 2000, la situación comenzó a cambiar, el VIH / SIDA ya no fue considerado solamente un problema de salud, también comenzó a ser un problema social y de desarrollo. Nuevas estrategias fueron introducidas en el país para intentar que las personas desarrollaran, adoptaran como hábito la prevención de la transmisión del VIH / SIDA y estimular el alivio del impacto socio-económico negativo causado por el SIDA.

El impacto de la epidemia fue mayor en las mujeres que desde inicio de la epidemia por que fueron culpadas de la enfermedad en sus hogares, estigmatizadas, mujeres viudas cuyos maridos murieron víctimas de la enfermedad y contagiaron a sus mujeres. Fue aumentando cada vez más un número cada vez más significativo de huérfanos y de niños infectados por el virus. La periodización anterior tenía como criterio la elección de las fechas límites de la epidemiología del VIH y su impacto social. También se puede periodizar el SIDA usando otros indicadores tal como: el tipo de tratamiento disponible según las distintas épocas, las políticas del MISAU, el número de muertos, como ha ido variando con las épocas la imagen de la enfermedad en el tiempo.

8. LA PANDEMÍA DE LA FATALÍDAD O LA FATALÍDAD DE LA PANDEMÍA

"… La población de Mozambique tenía la idea generalizada de que el VIH / SIDA era una enfermedad mortal que no tenia cura, exactamente así fue divulgado en los programas de información promovidos por las instituciones gubernamentales, no gubernamentales e internacionales. La percepción que también circuló era que el VIH / SIDA existía y que las personas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que contraían la enfermedad estaban sentenciadas de muerte hasta hace pocos años atrás (2001). A pesar del amplio reconocimiento y conciencia de la existencia del VIH / SIDA como realidad presente en las comunidades…" (Matshine, 2005:139). La llegada de los cascos azules de la ONUMOZ, el acantonamiento en campos de soldados de la RENAMO y de la FRELIMO para su posterior desmovilización. Los movimientos migratorios internos en Mozambique se intensificaron con el fin de la guerra, la combinación en el regreso de la población que estaba refugiada en los países vecinos, con la recuperación del país, el desarrollo de obras públicas, la rehabilitación de los sistemas de transporte y comunicaciones que movilizaron trabajadores de unas regiones a otras, tuvo como implicación que la epidemia se propagara mucho más rápidamente. Nunca se discutió públicamente que en esta época que el consumo de alcohol era elevado en las barracas y tampoco se habló del recurso al sexo para la supervivencia que se practicaba en todos los lugares del país. Estas razones unidas a las anteriores tuvieron como consecuencia que la población bajara la guardia y no se usaran las medidas de prevención que se mostraban en las campañas de SIDA.

En Mozambique los emigrantes incluían a los retornados de la guerra desde Zimbabwe, Zambia, Malawi, Sudáfrica, Zimbabwe y Suazilandia, el regreso de las personas que estaban desplazadas dentro del país a su lugar de origen, y que habían huido de la guerra para refugiarse en las ciudades, también los emigrantes que comenzaron a cruzar la frontera para comerciar con los países vecinos, cuyo volumen era considerable. Las redes organizadas de emigración en búsqueda de trabajos en las minas de Sudáfrica había sido considerado un factor importante en la expansión del VIH / SIDA en el sur de Mozambique. Muchos de los mineros emigrantes tenían una esposa en casa en Mozambique y otra mujer o pareja donde estaban trabajando, además frecuentaban los servicios de trabajadoras / es de sexo en Sudáfrica (Bagnol, 1998; Epstein, 2002; Arthur & Osorio, 2002). Recientemente, con los reajustes puestos en marcha sobre trabajo en las minas de Sudáfrica, los mineros mozambiqueños diagnosticados de VIH positivo estaban siendo enviados de vuelta a Mozambique, normalmente se reunían con sus esposas, que muy posiblemente ya habían sido infectadas quizás a través de sus maridos o durante las relaciones extra-maritales que habían mantenido mientras el marido estaba fuera (Epstein, 2002).

La prostitución fue un medio de liberación económica de las familias de campesinos cuyas hijas enviaban el dinero que recibían por prostituirse en Maputo o en otras ciudades para que la familia pudiera sobrevivir. Las trabajadoras del sexo de la ciudad de Maputo eran por tanto el equivalente femenino del trabajador emigrante que venía de un distrito rural a buscar trabajo

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

asalariado en la ciudad y por tanto trabajo emigratorio. Las fotografías del famoso fotógrafo mozambiqueño Rangel fueron un testimonio de antropología visual de ese movimiento, extremadamente desarrollado en las décadas de los años 50, 60 y 70 en Maputo. En el año 1975, la FRELIMO después de tomar el poder cogió a todas las trabajadoras del sexo y las envió a campos de reeducación en el Norte de Mozambique sobre todo en Nyassa y Cabo Delgado. Las condiciones de vida en estos campos eran terribles, parecían campos de concentración. Muchas mujeres intentaron escapar de estos campos, muriendo en la sabana; otras tenían que trabajar en los campos colectivos de cultivo de alimentos, otras tenían que prestar servicios sexuales a los guerrilleros y a los militares que guardaban estos campos. Esta situación acabó con el fin de la república popular en el año 1986 (entrevista con Yussuf Adam, 2006). Después de una campaña de represión, cuando el régimen socialista fue abriendo su postura, posteriormente con la firma de la paz, las trabajadoras del sexo de nuevo volverían a ser un elemento importante en la vida en las grandes ciudades y en el campo.

Todos los intentos y propuestas que han surgido en Mozambique para la legalización de la prostitución o de la organización y la legalización de grupos de gais nunca han resultado posibles porque existe una gran oposición de algunos grupos sociales especialmente en los grupos religiosos. Existen programas dirigidos por varias organizaciones para trabajar con trabajadoras de sexo y sus actividades son: educación para la salud, distribución de condones, tratamiento de ITS, pero poco trabajo de auto-organización fue realizado en Mozambique con las prostitutas. Un ejemplo de la India muestra como la organización de las trabajadoras de sexo en Kolkata, antigua Calcuta, ayuda a disminuir las tasas de infección de VIH , promueve el uso del condón a través de la organización de las trabajadoras de sexo, la defensa de su identidad profesional y la promoción de sexo seguro (Toorjo Ghose et al., 2008). Durante la época colonial en muchas de las ciudades mozambiqueñas existían locales con redes de prostitución, las casas de prostitutas organizadas en las que periódicamente iban los servicios médicos y trataban las enfermedades de transmisión sexual. Un trabajo de organización de estas mujeres y de los hombres que practican la prostitución, reforzando su identidad colectiva, su trabajo, modo de vida ayudaría a romper el estigma y la marginación a la que son sometidas estas mujeres. Mozambique en el período del apartheid en Sudáfrica era el lugar al que blancos sudafricanos y rodesianos venían a buscar trabajadoras de sexo negras y mulatas (entrevista con Yussuf Adam, 2006).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

9. LAS CONSECUENCIAS DE LAS DOS GUERRAS: DE DESCOLONIZACIÓN Y CIVIL

Cuando terminó la guerra civil varios programas de salud fueron organizados para tratar las víctimas de la guerra, los soldados, los niños soldados. Se recurrió a los conocimientos y prácticas de los PMTS para realizar ceremonias para purificar a todos aquellos que habían participado en la guerra de ambos lados. Muchos de los soldados desmovilizados en la guerra primera: guerra de la FRELIMO para liberar la colonia de los portugueses del año 1964 hasta el 1974, y en la segunda guerra civil que duró desde el año 1975 al 1992. Aún continúa una reivindicación permanente por que todavía las personas quieren que los cuerpos de sus muertos sean traídos de regreso al país, enterrados en sus lugares de nacimiento de acuerdo con su cosmogonía y la religión de las poblaciones locales. Por ejemplo el ejército de Tanzania que combatió en Mozambique trasladó a sus soldados que cayeron en combate para Tanzania. Honwana, utilizando los juicios de valor de la población, considera que esta situación ha creado un gran número de enfermedades, las patologías que causan estas situaciones, los conflictos entre las familias y las divisiones en la sociedad cuya solución pasa por realizar las ceremonias fúnebres de acuerdo con las prácticas étnicas tradicionales a los militares, a los muertos civiles para que sus espíritus y para que sus familias descansen. Esta situación también se relaciona con el aumento de la epidemia de VIH / SIDA en el país durante todo este tiempo (Honwana, 2002).

Las críticas que son hechas a las políticas de la FRELIMO y del socialismo científico en relación a los valores tradicionales, los hechiceros, la cosmología, el culto de los antepasados, el lobolo (el precio para casarse con la novia) y alcoholismo, no han tenido en cuenta la diferencia entre el discurso marxista-leninista y la práctica de la mayor parte de las personas realizan sobre este discurso en su vida cotidiana. Los cuadros revolucionarios también recurrían a los hechiceros, curanderos, usaban todo tipo de hechizos y medicamentos tradicionales cuando lo necesitaban en el pasado. El uso de la cosmogonía y de toda una serie de prácticas culturales fue realizado de forma clandestina. Esta diferencia entre el discurso público y la práctica cotidiana reforzó aún más en la mente de las personas el concepto de la tradición de la magia y de su cultura tradicional. La sobre valorización actual de los valores tradicionales y de las interpretaciones críticas del poder sobre la tradición viene de la existencia de una subvaloración anterior. "… En el país, las enfermedades y la mala suerte son atribuidas a diferentes causas, muchas de ellas evocando creencias misteriosas, prohibidas, silenciosas, de las que no se debe hablar o discutir con las personas ajenas al medio y en ocasiones entre los miembros de la familia. La interpretación de la enfermedad no se agota en el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

diagnóstico clínico de las unidades sanitarias, o en algunos puestos de salud donde se distinguen las enfermedades que pueden ser tratadas en las unidades sanitarias y aquellas que deben ser tratadas en los curanderos de la medicina tradicional o en los hechiceros de la magia. La definición e interpretación de las enfermedades sobrepasan las normativas promovidas por la medicina moderna y por las campañas de concienciación sobre el SIDA en Mozambique…" (Matshine, 2005:141).

En muchas comunidades de Mozambique las personas piensan que el VIH / SIDA está asociado con la brujería**,** esto significa que los curanderos y hechiceros ahora llamados practicantes de la Medicina Tradicional en los anuncios que publican en los periódicos dicen que pueden curar el SIDA. Esta afirmación puede aumentar el riesgo de exposición del VIH / SIDA a otras personas (Green, 1993). Esta creencia también indica que los mensajes sobre el SIDA como virus cuya propagación podía ser parada, prevenida y tratada no están funcionando. Betinho era camarero de un restaurante de Maputo, se realizó el test de VIH, con resultado positivo, mientras esperaba poder iniciar el tratamiento antirretroviral decidió ir a visitar un famoso hechicero en el sur del país, cuando volvió del tratamiento me dijo que estaba curado. Su situación física se iba deteriorando cada vez más y no había indicios de que fuera a buscar tratamiento antirretroviral, su pérdida de peso continuaba, los problemas en la piel indicaban, efectivamente que estaba infectado y cada vez más enfermo aunque él lo negaba constantemente.

El uso del concepto de médico tradicional en vez de Practicante de Medicina Tradicional da lugar a que se interprete: que existe una Medicina Tradicional y enfermedades tradicionales de los africanos, de los negros y que hay una Medicina Moderna para los blancos y sus enfermedades. En Mozambique, los médicos tradicionales se han resistido a participar en los programas del gobierno con el propósito de aumentar los cuidados terapéuticos causados por la seriedad de la pandemia. Sin embargo, como los médicos tradicionales son generalmente respetados y temidos porque tienen mucha influencia en el comportamiento de las personas dentro de sus comunidades deben de ser tenidos en consideración. Los médicos tradicionales son referencias importantes culturales en el combate contra VIH / SIDA.

10. CONCLUSIONES

La aparición del VIH / SIDA ha tenido como denominador común con otros países, la circunstancia de ser una infección de transmisión sexual traída al país por otras personas, por extranjeros o blancos, que venían de otros lugares u de otros países. El SIDA más que una causa o

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

consecuencia, es un catalizador de los problemas ya existentes y los vuelve más visibles, tanto sean locales, regionales o internacionales. La cuestión no es intentar encontrar al culpable sino aceptar la enfermedad, las contradicciones que existen, no pasar a discutir cuestiones que nunca se acaban como la riqueza, pobreza, relación norte-sur, en el sistema mundial. Las personas infectadas por el SIDA don vigiladas y castigadas de variadas maneras y por diferentes actores sociales. Las mujeres son castigadas por los maridos de ser impuras y hechiceras (Junod, 1996), por traer el virus para el hogar. Las mujeres acusan a los hombres de que mantienen relaciones sexuales con muchas mujeres. Los padres, los viejos, los prestadores de cuidados de salud que son diferentes actores sociales, intentan castigar a los jóvenes y a los infectados por no aceptar los valores de los abuelos, de los estados pre-coloniales. Estos jóvenes se infectan porque faltan al respeto esto significa que no cumplen con los valores, estos actos de vigilar y castigar son practicados por los curas católicos, los pastores protestantes, los PMTS, los sheiks y autoridades tradicionales.

La pandemia del SIDA surgió en una situación de una grave ruptura de la reproducción social de las familias, los individuos y de los procesos de inestabilidad social, política, económica. Estos procesos no son nuevos pero pueden volver la situación económica, social y política del país en un retroceso de decenas de años, estos modelos se han reproducidos de nuevo. En el siguiente capítulo analizo las respuestas a la epidemia, como se comenzó a desarrollar y organizar el programa nacional. El VIH / SIDA volvió esa reproducción social que ya estaba altamente comprometida en una situación todavía más difícil.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO V

LAS CAMISAS DE VENUS CONTAGIADAS CON EL VIRUS DEL VIH Y LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA DE VIH / SIDA

1. INTRODUCCIÓN

En la primera fase el programa de SIDA en Mozambique, el SNS estaba debilitado debido a las contradicciones existentes en el sistema político y de salud. El gobierno no autorizaba la práctica de la medicina privada, pero todos los prestadores de cuidados de salud de una forma o de otra ofrecían cuidados médicos privados a cambio de dinero o a cambio de algún tipo de regalo. El presupuesto que estaba disponible para el sistema de salud fue recortado por las medidas de reajuste estructural aplicadas por el FMI. La guerra cobraba su precio en los hospitales, centros de la salud, y el personal del Sistema Nacional de Salud eran objetivos militares de La RENAMO. Esta conexión de factores tuvo como consecuencia que el SIDA fuera un peso más para el SNS que tenía las infraestructuras, falta de material médico, medicamentos y poco personal médico formado. Durante el periodo de guerra y hasta el año 1993, la causa más importante de mortalidad en los servicios de urgencia del Hospital Central de Maputo fueron los heridos causados por la guerra. En la primera etapa del programa nacional de VIH / SIDA era responsabilidad del SNS y estaba centralizado en el MISAU (Misterio de la Salud). En un inicio fueron los asesores de la OMS y de otras agencias internacionales los que fueron impulsando el programa junto a personal médico mozambiqueño, estaban encargados de ir avanzando y organizando el programa, hasta que la prevalencia, el número de casos fue aumentando, y el SIDA fue declarado emergencia nacional. En este momento se intentó organizar un programa de VIH en el que entraron a participar diferentes ministerios del gobierno, ONG´S internacionales, nacionales, las agencias de Naciones Unidas y cooperaciones internacionales.

2. EL PRIMER PLAN ESTRATEGICO DE SIDA

El Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el VIH / SIDA de Mozambique (PEN) fue el resultado de un proceso participativo que se inició en Marzo de 1999 y terminó en Agosto del mismo año. En él participaron representantes de instituciones nacionales e internacionales, asociaciones de personas viviendo con VIH / SIDA (PVHS), asociaciones religiosas, ONG´S, sindicatos, curanderos tradicionales, trabajadoras del sexo, jóvenes y representantes de diferentes

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Ministerios. En una primera etapa se recogieron datos e informaciones para realizar un análisis socio-epidemiológico de la epidemia de VIH / SIDA, de su impacto y su futura evolución. Esta fase permitió identificar la magnitud de la epidemia, así como los factores y mecanismos que determinaban la vulnerabilidad de los mozambiqueños a la infección y al impacto del VIH / SIDA. También sirvió para identificar a los grupos sociales más vulnerables y las áreas geográficas más afectadas (PEN, 1999). En base a estas conclusiones y tras un análisis de la relevancia, adecuación, cobertura y eficacia de la respuesta nacional que existía hasta ese momento, se identificaron los obstáculos y las oportunidades reales o potenciales para implementar el PEN 2000-2002. La identificación de los determinantes, de los grupos vulnerables, los actores, los proyectos y programas, de los obstáculos y oportunidades, llevó a la formulación de las actividades, de los principios orientadores, de las metas estratégicas, las estrategias generales y específicas del PEN, así como de las metas, etapas y actividades de los diferentes colaboradores. Después este programa ha ido evolucionando con el tiempo se va evaluando y se van definiendo nuevas fases de actuación.

3. LA PREVENCIÓN DEL VIH / SIDA

La aparición de enfermos con patologías que no podían ser diagnosticadas en el laboratorio ya indicaba la existencia de la infección de VIH / SIDA. Las camas de los hospitales comenzaron a llenarse de pacientes que tenían lo que se llamaba en aquel tiempo, *la enfermedad del siglo*, que demostró una falta de rigor para enfrentar el problema en aquella época. Se comenzó hablar del SIDA cuando empezaron a morir personas con un síndrome semejante al del SIDA, en aquellos tiempos, era considerado un problema de los Estados Unidos de América, de los gais y de las personas que tenían comportamientos sexuales poco comunes y libres. A inicios de los años 90, la enfermedad era considerada como un fenómeno extraño y solo se hablaba de ella en círculos restringidos en el país. Las personas que sabían estar contaminados por el virus no lo revelaban, el tema era secreto y tabú, en esos años no se hablaba de prevención, sólo se hablaba de la enfermedad cuando aparecía algún enfermo. En el año 1991, existían escasos preservativos en el país y pocas personas los usaban, sólo eran distribuidos en los servicios de planificación familiar para aquellas mujeres que no querían quedarse embarazadas. Mientras se discutía la enfermedad del SIDA en Mozambique, fue realizado el estudio del impacto demográfico de la enfermedad, las tasas de mortalidad conocidas en los países cercanos fueron utilizadas para realizar las proyecciones y calcular las probabilidades de cómo la población iba a disminuir con esta enfermedad. Estos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

estudios mostraron que la esperanza media de vida en el país iba a pasar de los 54 a los 40 años, una disminución importante (UNDP, 2002).

4. LAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)

En 1988, mientras se elaboraba el programa del SIDA, los médicos diagnosticaban a los enfermos a medida que iban apareciendo, los iban tratando con los medios y medicamentos que tenían. Las muestras de sangre recogidas, se enviaban a Francia al laboratorio Pasteur para caracterizar el virus. En el año 1988 la lucha contra el VIH / SIDA pasó a ser una campaña, una actividad de prestación de cuidados de salud vertical, cuando en ese momento había en Mozambique patologías que por su naturaleza, extensión y tasas de mortalidad, se consideraban también importantes. El SNS desde el periodo colonial respondía a las enfermedades con campañas que eran administradas, dirigidas centralmente y tenían una concentración de recursos considerables. Las campañas realizadas más conocidas fueron: contra la malaria, la sífilis, la enfermedad del sueño, tuberculosis, lepra, esquistosomiasis. Esta opción de programas verticales tenía sus defensores y sus críticos, los que apoyaban las campañas argumentaban que la concentración de recursos materiales y humanos ayudaría a combatir una enfermedad que formaba parte del cuadro epidemiológico del país. Los que defendían los programas horizontales consideraban que estas patologías debían de ser tratadas en las instituciones del SNS. También argumentaban que los programas verticales tenían la tendencia de volverse autónomos, gastar fondos y movilizar medios humanos y materiales que si fuesen adicionados a los servicios normales de salud traerían ventajas adicionales.

"… La campaña de lucha contra el SIDA se inició en 1988 con la constitución del primer programa de lucha contra el SIDA (PEN I). Los medios de comunicación de masas fueron los escogidos para la transmisión de la información y educación sobre el VIH / SIDA. Estas campañas fueron representaciones llevadas a cabo por los actores de la lucha contra la epidemia en el área de prevención para diseminar informaciones a través de charlas, pósters, dibujos animados, folletos, spots para radio, anuncios de televisión y piezas de teatro…" (Matshine, 2005: 81). En la evaluación de las primeras campaña IEC que fue realizada en 1990, se evaluaron 9 programas de publicidad para radio; 3 programas para la televisión, diferentes pósters y folletos de información sobre la prevención de la epidemia. Este tipo de modelos de materiales IEC fueron diseñados siguiendo los modelos transmitidos por la OMS en aquella época. El contexto en que estas campañas se realizaron estaba dominado por el pánico causado por la rápida propagación mundial de la epidemia.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En los primeros pósters los mensajes que se trasmitieron eran del tipo *sexo como peligro, sexo asociado a la muerte* y otras metáforas similares que asocian el SIDA a la muerte tal como sucedió en muchos países, y fueron los mensajes usados al inicio de los programas de SIDA siguiendo las directrices de las agencias de Naciones Unidas (Helman, 2000; Berer, 2002; Matshine, 2005). "… En 1996 se realizaron nuevos pósters y se continúo con la promoción del uso del preservativo, apareció una nueva versión del preservativo *Jeito* con una nueva estrategia de prevención. Aparecían imágenes de líderes políticos, religiosos, deportivos y músicos y prestaban sus voces a estos mensajes preparados para la lucha contra el SIDA. Las ideas que se transmitían seguían haciendo hincapié en la fatalidad de la enfermedad, mostraban imágenes, representaciones de ideas de catástrofe, pesimismo y la idea de que la prostitución era la principal vía de transmisión del VIH, el temor hacia las posibles actitudes de las personas ya infectadas y el distanciamiento que existía en aquella época ante la posibilidad de adquirir medicamentos antirretrovirales…" (Matshine, 2005: 83). Hemos visto años más tarde los efectos perjudiciales que estas campañas han tenido en la población, porque no solo no han ayudado a que las personas no se prevengan, sino que han creado miedos tan profundos en las personas, cómo que no quieran ir al centro de salud a hacer el test de VIH porque si saben que son VIH positivos piensan que van a morir en cualquier momento.

Una persona que tenia buen comportamiento era aquella que era fiel, no tenía más de un compañero sexual y usaba preservativo en las relaciones ocasionales cuando no conseguía abstenerse, porque tenía mucha prisa y no podía esperar hasta llegar a casa para tener relaciones sexuales con su mujer, entonces con las personas fuera de su matrimonio usaría el preservativo. Este mensaje salía en un anuncio en la televisión nacional en que la persona que pasaba este mensaje era el presidente de la República Joaquín Chissano en aquel tiempo. A finales de los años 90, las charlas y los programas de radio, pósters y folletos perdieron la importancia en la transmisión de la información y pasaron a utilizarse otros medios de expresión tales como: canto, danza, teatro callejero y otros. Los mensajes que se transmitían eran: sobre la prevención de las ITS / SIDA, sexo seguro, uso del preservativo, desigualdades de género y la subordinación de la mujer al hombre. La transmisión de mensajes de radio y televisión tuvo varios problemas, que estaban relacionados con las infraestructuras existentes en aquella época en Mozambique, que estaban dañadas y tenían problemas causados durante la guerra.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Estos mensajes de prevención se prepararon en varias lenguas del país para que más personas escucharan los mensajes. Las piezas de teatro fueron ensayadas y representadas por un grupo de actores. Xico participaba en una de las piezas en Lichinga. "Realizamos la pieza, los mensajes que transmitíamos eran: resaltar la importancia de usar los preservativos, el cambio de comportamiento, ser fiel a tu compañera, sexo seguro·. Se acabó la pieza y el grupo fue a disfrutar, cuando volvieron pregunté a uno de los actores si en sus relaciones había usado la camisa de Venus, me dijo que se había olvidado de ponérsela y me preguntó que si se la ponía en aquel momento el efecto iba a ser el mismo. Esta anécdota real muestra que muchas de las personas que trabajaban en estas campañas no entendían bien los mensajes. Esa historia sucedió a inicios de los años 80 (entrevista con Yussuf Adam 2006). A partir del año 2000 surgieron nuevas formas de abordar la prevención del VIH / SIDA. Se empezó a usar otra estrategia que fue la educación a través de los *pares*. La importancia de este abordaje, consistió en coger a diferentes personas que ya tenían la enfermedad entre diferentes edades y sexos (hombres, mujeres), fueron entrenados como activistas. Tenían como tarea el estimular y promover una reflexión sobre el VIH / SIDA, la salud sexual y reproductiva entre las personas que pertenecían a los mismos grupos de edades. Se utilizaron en diferentes segmentos de la población: las trabajadoras de sexo, los camioneros de largas rutas, los jóvenes en las escuelas, en los centros de salud. En los últimos años estos programas han comenzado con campañas de educación y sensibilización intentando dirigir los mensajes de prevención de VIH a las mujeres, por ser el grupo de población más vulnerable en función de la pobreza y de la cultura que las colocaba en posiciones de subordinación (Farmer et al., 1996; ONUSIDA, 2004, 2006).

La siguiente fotografía muestra el periódico nacional *Noticias* que se hace eco de la cantidad de mujeres que había en el país contagiadas y enfermas por la infección de VIH / SIDA en el país. Esta noticia se recogió durante el año 2002 cuando todavía no era posible acceder al tratamiento antirretroviral porque el gobierno no lo autorizaba, solo las personas con dinero iban al extranjero a recibir tratamiento. Fue necesario una gran campaña internacional, nacional y batallar para que el gobierno aceptará la realidad y comenzara muy lentamente a autorizar a algunas ONG´S Internacionales a empezar los programas de VIH / SIDA, cuando las necesidades del país eran ya alarmantes, si hubiesen empezado antes cuando la prevalencia ya era alta, muchas vidas de personas se podían haber salvado y muchas personas no hubiesen llegado a sufrir tanto con las enfermedades oportunistas y el SIDA.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XII: la feminización de la pandemia en Mozambique

Jornal "Noticias" - 01/11/2002

notícias

Preço: 10.000,00 MT edição nº 25534 Maputo, 29/11/2002

MAS QUE SEXO SABOROSO E SEGURO COM OS NOVOS PRESERVATIVOS DE TRÊS SABORES TUTTI-FRUITTI BANANA MORANGO COCO À VENDA NAS FARMÁCIAS

INTERNACIONAL

SIDA: 20 anos depois, doença feminiza-se

Fuente: Fotografía realizada por la autora en octubre 2007.

Los efectos del consumo elevado de alcohol y drogas han sido considerados perjudiciales y dos de las razones importantes por las que las personas tenían comportamientos de riesgo. Con el abuso del alcohol las personas se olvidaban de todas las informaciones sobre sexo seguro y la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el SIDA. La población local cuando bebía alcohol se comportaba siguiendo sus valores, creencias y costumbres tales como que era mejor disfrutar la vida al máximo posible y no compartían necesariamente los mismos valores que la doctrina puritana que era repetida cada poco sobre el cambio de comportamiento en el sistema oficial, que era generalmente el promotor de los discursos y mensajes de la lucha contra el SIDA (Bukali, 2002; Matsinhe, 2005). En los últimos años se ha seguido insistiendo en la necesidad del cambio de comportamiento siguiendo la estrategia (ABC) pero adaptando los mensajes a la cultura local como se muestra en la fotografía de prensa abajo representada, porque se pretendió usar temas propios de los elementos culturales de la población del país, para intentar que estas campañas llegarán más a la población y también como forma de la ideología usada por el gobierno. Usando las historias de la vida de la población, como qué cosas debía de hacer una mujer joven cuando estaba embarazada, iban explicando con historias simples, la necesidad de ir al centro de salud para pasar la visita médica y los programas de prevención de enfermedades que había, especialmente de VIH /

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

SIDA. Estos folletos estaban escritos en portugués y en las lenguas locales. En los últimos posters ya se hablaba de la existencia de profilaxis y el tratamiento para evitar la transmisión de madre a hijo, del tratamiento antirretroviral en los hospitales de día y la necesidad de educación para la salud.

Fotografía XIII: La prensa recogió la necesidad del uso de la cultura local en los mensajes

Fuente: Fotografía realizada por la autora en septiembre 2007.

Como reflexiono Passador (2009): "… Estas estrategias de cambio de comportamiento coinciden con las ideas de los líderes tradicionales sobre el modelo moral en las creencias de la *tradición*, reforzando la idea que la enfermedad es un acto impropio y abriendo una brecha en las normas de comportamiento. El abordaje ABC reafirma algunos de los valores tradicionales en relación a la sexualidad y refuerza la lógica de *las enfermedades tradicionales*, ya que estas enfermedades están unidas y condenadas en las relaciones sociales, que vuelven a las personas vulnerables; fue por esta razón que los discursos no encontraban resistencia en la población. Estas políticas han renovado y revalidado las nociones de comportamiento de riesgo y grupos de riesgo definidos por el comportamiento moral y juzgadas en términos de la poca confianza a los compañeros sexuales, reafirmando la conexión de esos *demonios* y las *categorías estigmatizadas,* como por ejemplo los camioneros fueron asociados a vientes, *las prostitutas* como *promiscuas* y *mujeres impuras*. Ahora una cosa es para la población escuchar estos discursos y otra muy diferente

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

llevarlos a la práctica porque el uso del condón va en contra de las prácticas sexuales locales y de mantener relaciones sexuales sin uso de la camisa de Venus y con sentir placer. En la identificación de algunos factores que han ayudado a construir estas ideas he apuntado que las estrategias usadas del marketing social para promover el preservativo Jeito, como el origen de estos rumores en la zona de Chimoio (Pfeiffer, 2004). Todo esto contribuyó a la ineficacia de las primeras campañas de prevención no medicalizada, centrada en el uso de la camisa de Venus, y sugiere que hay unas iniciativas de intentar medicalizar la epidemia, esto incluye la prevención de la transmisión vertical y el TARV…" (Passador, 2009: 4).

5. LA ASESORIA PARA UNA SEXUALIDAD CONTROLADA Y SEGURA

Los centros de asesoría y pruebas voluntarias de VIH / SIDA constituyeron la actuación de base de las estrategias de prevención, el primer centro de GATV se abrió en 1998 en Maputo, en el centro de salud de Alto-Mãe, con la colaboración de la MONASO. A inicios del año 2002 se empezó a organizar allí el programa de SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza. A partir del año 2001, los GATVS comenzaron a extenderse por el país siguiendo las pautas internacionales basadas en la filosofía de que conocer el status de VIH, sería una forma de contribuir para frenar la epidemia. La orientación de los GATVS era de dar consejos a las personas VIH positivas para que adoptaran una *vida saludable*: mejorar la dieta, respetar el descanso, mantener una vida sexual segura evitando las prácticas de riesgo y no beber alcohol. También tenían la posibilidad de orientar a las personas VIH positivas a entrar en las asociaciones de personas viviendo con VIH / SIDA manteniéndose así en una red continua de apoyo y seguimiento clínico.

Aquellas personas que tuvieran síntomas claros de la enfermedad eran enviadas a los HdD para tener un seguimiento clínico. En los casos en que las personas eran VIH negativas, las personas tenían un apoyo, se continuaba insistiendo en que intentaran evitar exponerse a comportamientos de riesgo y pudieran contraer el VIH, se les reforzaba en el uso del preservativo y en volver a asesoría frecuentemente porque en esta filosofía había que mantener la prevención durante toda la vida. A partir del año 2001, se comenzó un proceso de desarrollo de protocolos de actuación e instrumentos reguladores sobre las formas y modalidades de funcionamiento de los GATVS, con la intención de organizar un circuito para los enfermos de VIH / SIDA. Estos se organizaron cerca de los hospitales de día así, las personas positivas debían ser enviadas a los HdD, el establecimiento de programas conjuntos de formación de consejeros, definición de sistemas de supervisión, el montaje de un

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sistema unificado con bases de datos y un sistema de cuidados domiciliares para los enfermos, así aquellos consejeros y enfermeros que iban a trabajar con las ONG´S de base comunitaria estuvieran ya organizados para que pudieran ser utilizados (PEN, 2003; Matshine, 2005).

6. *LAS CAMISAS DE VENUS*

La distribución y venta de preservativos eran de las actividades más valoradas en las acciones de prevención llevadas a cabo por los diferentes actores en la lucha contra VIH / SIDA. Las *camisas de Venus* o condones, eran hasta el año 94, distribuidos en los centros de planificación familiar que en ese tiempo estaban más dirigidos hacia la fertilidad y reproducción, que a evitar la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual y VIH / SIDA. En el año 1995 se inició un programa de comercialización de preservativos que introdujo el marketing social del preservativo por la compañía americana PSI contratada por el programa de SIDA (PSI, 1997). El preservativo debería de ser considerado como un artículo de prevención de enfermedades, un instrumento para el control de embarazo y también una elección de estilo de vida positiva siguiendo los mensajes que se transmitían en aquella época. En el año 2001 se publicó otro estudio sobre la promoción y el uso del condón en parejas no regulares que examinaba la efectividad del marketing social de los preservativos Jeito. El estudio indicó que hubo un aumento en el uso del preservativo con las parejas no regulares. Este tipos de estudios eran de tipo KAP (actitudes, conocimientos y practicas) de la población mozambiqueña en relación al uso del preservativo, enfermedades de transmisión sexual, VIH / SIDA (Parker, 2000; Agha et al., 2001).

Normalmente la dificultad de negociar el sexo seguro, dentro de una relación entre personas de edades diferentes o entre personas de la misma edad, tiene que ver con las relaciones de género. Las mujeres afirman que quien decide cuando mantener las relaciones sexuales y el eventual uso del preservativo, la mayoría de ellas responde que es el hombre en Maputo según este estudio (Agha et al., 2001). En el matrimonio, el uso del preservativo es acogido con *malas connotaciones* por la sospecha de desconfianza, el preservativo en el matrimonio es casi exclusivamente usado durante la lactancia, en el periodo post-parto, y durante el periodo menstrual. La dependencia económica y social de la mujer en relación al hombre, la sitúa también en una posición de vulnerabilidad en relación a los asuntos de sexualidad y no le permite negociar o tomar decisiones sobre las maneras y condiciones de ejercicio de su propia sexualidad (Castro & Farmer, 1996, 2003; Helman, 2000; Loforte, 2007). Las campañas IEC en aquella época recomendaban que el uso del preservativo era

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

mejor usarlo fuera de casa, con la esposa podían mantener relaciones sexuales sin preservativo. La consecuencia de estas campañas son que muchas esposas han sido contagiadas de VIH / SIDA por los maridos, y las parejas han encontrado la enfermedad dentro de casa. Otra de las consecuencias es que hasta el año 2009 hay un gran número de parejas sero-discordantes en que un miembro es positivo y el otro negativo, si los hombres y mujeres siguen sin usar el preservativo dentro de la pareja, el nivel de contagio y las consecuencias son claras para el aumento del SIDA en la familia. Se debería de hacer una campaña IEC extensiva explicando esta situación del uso del preservativo dentro y fuera de las familias (Tolan, 2005; Desclaux & Desgrees do Loû, 2006).

Un barbero de Pemba musulmán me explicó en una conversación que el preservativo era un instrumento que los blancos habían inventado para que los negros colocasen a sus hijos dentro de un saco de plástico y los tiraran a la basura. En su cultura no era natural aceptar el uso de la camisa de Venus, para ellos era natural tener muchos hijos y disfrutar de las relaciones sexuales con placer. Desde luego este señor podría conversar con el arzobispo de Maputo para enseñarle argumentos sencillos y creíbles. (Conversación con el barbero en Pemba 2008).

El arzobispo de Maputo dijo públicamente: que las *camisas de Venus* eran un instrumento fabricado por Occidente para transmitir el SIDA a los negros. Esta noticia salió publicado en el periódico Savana en el mes de septiembre del año 2007, un periódico importante del país, creó una gran polémica y escándalo en Maputo, esto demostró la posición de la Iglesia Católica en relación a las prácticas sexuales, el uso del condón y el VIH / SIDA, que es completamente vergonzosa e irresponsable, y ellos mismos ayudan a que haya más desconcierto del que ya existe entre la población local. Que sus autoridades realicen este tipo de declaraciones que además son xenófobas y rompen los esfuerzos hechos en la política oficial de prevención del país. En la fotografía debajo viene el recorte de prensa de las declaraciones realizadas por el Arzobispo de Maputo. Yo pienso que debería existir una forma de regular las declaraciones de las Iglesias del tipo que sean; es impresionante las cosas que dicen y la influencia que tienen sobre la sociedad. En un país como Mozambique que existen muchas personas con poca educación formal, y las religiones surgen como hongos, donde las personas son pobres y tienen que pagar diezmos regularmente de su salario a las iglesias, el gobierno debería de regular estas prácticas de abuso a los ciudadanos, sean de cualquier religión o ideología y exigir responsabilidades (Observación personal).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XIV: El periódico Savana recoge las declaraciones del arzobispo

Jornal "Notícias" - 20/02/2006

05.10.2007 SAVANA tema da semana

Os preservativos e antiretrovirais infectados de D. Chimoio

É pecado um arcebispo negar aquilo que sabe que é verdade

— José Tembe, correspondente da BBC em Moçambique, que lamenta a atitude do arcebispo e exige uma confissão
— OMS desafia D. Chimoio e circuitos diplomáticos, sobretudo da União Europeia, esboçam reacção

Por Emídio Beula

"É pecado o arcebispo negar aquilo que sabe que é verdade. Ele devia confessar", reagiu José Tembe, jornalista e correspondente da BBC em Moçambique, face à posição do D. Francisco Chimoio, arcebispo de Maputo, que nega ter afirmado que conhecia dois países da Europa que fabricavam preservativos e medicamentos antiretrovirais deliberadamente infectados para exterminar a população africana.

D. Francisco Chimoio, figura de topo na hierarquia da Igreja Católica em Moçambique, foi citado pela BBC, no noticiário de 25 de Setembro último, afirmando que o uso de preservativo como forma de prevenção contra o HIV/SIDA não era legal, porque conhecia dois países da Europa que fabricavam preservativos deliberadamente infectados para exterminar a população africana.

"É que eles defendiam que o preservativo não era boa coisa, o que é bom é que os casais sejam fiéis e que a juventude se abstenha até ao casamento", disse.

Acrescentou que o bispo ainda não contactou nem a BBC muito menos o jornalista, "porque sabe que eu tenho a gravação. Vai desmentir o quê?", interroga-se o jornalista, para quem o arcebispo só o poderá contactar para lhe dizer que "eu não avaliei o impacto que isto teria e da próxima vez não me faça perguntas relacionadas com essa matéria".

Pelo menos uma rádio internacional, já depois do embaraçado desmentido do arcebispo, colocou na mesma emissão a voz de D. Chimoio fazendo as declarações polémicas.

Tembe entende que a atitude do arcebispo era uma estratégia para convencer as pessoas a não usarem o preservativo e a optarem pela fidelidade conjugal ou abstinência sexual.

"É o que estou a imaginar, mas que isso teria este impacto eis não sabia e tenho a máxima certeza de que ele (o arcebispo) está a receber um puxão de orelhas, ou dos seus superiores hierárquicos, ou mesmo do Papa, porque ele conhece dois países da Europa que fabricam preservativos deliberadamente infectados para exterminar a população africana", disse.

José Tembe, correspondente da BBC em Moçambique, exige confissão do Arcebispo.

Violação da Lei de Deus?

A hipótese avançada pelo jornalista José Tembe segundo a qual o arcebispo D. [illegible] gravação. Porque o que está a sair da boca do arcebispo neste momento é o contrário, ele diz que não falou, porque acha que deve dizer que não falou. Porquê só ele é que sabe".

[illegible] gráfica que os adultos casados devem ser fiéis e os jovens devem esperar pela oportunidade de casamento para manter relações sexuais (...) E se nós brincarmos com esta doença, vamos acabar o mais cedo possível".

Instado a pronunciar-se sobre o uso do preservativo, D. Chimoio disse que "o preservativo não é seguro, porque eu conheço dois países [illegible] intencionalmente infectados com o vírus da HIV/SIDA para dizimar o mais cedo possível os africanos.

Para alguns analistas, ao negar as suas afirmações, D. Chimoio não só está a violar o 8º Mandamento da Lei de Deus — "Não levantar falso testemunho" — um dos instrumentos do direito Canónico proclamados pela Igreja Católica, como também está a prestar um "mau exemplo" aos fiéis daquela congregação religiosa.

Para estas analistas, não são as revelações em si, ainda que bombásticas, que levantam polémica, mas a autoridade e o capital simbólico que o seu emissor detém.

Entendem que D. Chimoio devia ter ponderado no impacto das suas palavras. É que num contexto em que a Igreja Católica olha para o preservativo como um recurso que deve ser desencorajado, observam, D. Chimoio parece ter sacrificado a razão no altar da moral da sua confissão religiosa.

Aliás, a Igreja Católica sempre defendeu um puritanismo sexual entre os seus crentes e, nos séculos passados, o acto sexual fora da procriação e do casamento, [illegible] respondeu o bispo do Chiveve, prometendo inteirar-se do assunto, inclusive com D. Francisco Chimoio.

O combate ao preservativo na Igreja Católica é contemporaneamente um assunto controverso, pois há inúmeros prelados que não estão de acordo com as orientações do Vaticano. Em Moçambique, a comunidade de Sant' Egídeo, de inspiração católica e que administra um programa de combate ao HIV/SIDA, tem preservativos disponíveis nos seus centros de apoio a serpositivos.

O que diz a Saúde

O porta-voz do Ministério da Saúde (MISAU), Martinho Dgidja, referiu que o vírus de HIV/SIDA não sobrevive fora do organismo humano mais que uma hora. Portanto, as alegadas afirmações do arcebispo de Maputo não passam de uma opinião sobre a qual o MISAU não tem nada a comentar.

Questionado sobre as inspecções de preservativos que entram no país, Dgidja adiantou que existe um processo de inspecção para os fabricantes e dentro do país.

Porém, admitiu que nem todos os produtos (importados ou incluídos) que [illegible]

Fuente: fotografía obtenida por la autora en octubre del año 2007.

7. LOS HOSPITALES DE DIA PARA FRENAR LA PANDEMIA

La solución adoptada por Mozambique para prestar asistencia a los enfermos de VIH / SIDA fue abrir dos unidades de atención a personas con la infección de VIH / SIDA conocidas como hospitales de Día. La primera unidad fue puesta en funcionamiento en Maputo en el año 1996 y la segunda en Chimoio en el año 1997 (HdD). En Maputo esta unidad operó dentro del Hospital Central de Maputo, era un centro de referencia de la enfermedad y de las patologías asociadas para todo el país. Este modelo fue adoptado inicialmente siguiendo los ejemplos puestos en marcha en Uganda y Costa de Marfil por la cooperación francesa (MISAU / PEN, 2004). EL HdD tenía como objetivo tratar a las personas infectadas del VIH / SIDA, este era un territorio desconocido para la mayor parte del personal médico local, hasta ese momento había pocos medios de diagnostico en el laboratorio y se diagnosticaba la enfermedad siguiendo los criterios clínicos de Bangui. Los objetivos clínicos establecidos para los HdD fueron: diagnosticar, llevar el seguimiento clínico del VIH / SIDA, diagnosticar y tratar las infecciones de transmisión sexual, educación para la salud, dar profilaxis para las enfermedades oportunistas, apoyo psicológico, educación para la higiene, incluyendo la extensión de algunos de estos servicios para cuidados a domicilio dados por familiares y ONG que trabajan en esa área.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En estos años todavía no había medicación antirretroviral en el país y quien quería tomar esta medicación tenía que conseguirla en el extranjero. Uno de los objetivos principales fue garantizar asistencia médica más rápida a las personas infectadas y también de reducir el congestionamiento de las unidades sanitarias del país que se estaban llenando de enfermos de VIH / SIDA (MISAU / PEN, 2004; Matshine, 2005).

8. LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

En el año 1992, el programa de ITS se unió al de VIH / SIDA, se estableció un programa de control para todo el país que incluyó la formación del personal de salud, la entrega gratis de los medicamentos a las personas que necesitaban tratamiento y educación para evitar las enfermedades de transmisión sexual. Las normas, protocolos estandarizados de diagnóstico y tratamiento de las ITS fueron preparadas y han ido actualizándose con el paso del tiempo. Los profesionales de salud y los técnicos de laboratorio son formados en los protocolos de abordaje por síntomas de las diferentes enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el sistema de prevención de la sífilis materna en todos los centros de salud y maternidades. Las enfermeras de salud materno-infantil en Mozambique son igualmente formadas en los programas de ITS, en función del reconocimiento de su trabajo con las mujeres que buscan los cuidados del programa materno-infantil, que es el área de los programas nacionales del país con uno de los índices de cobertura más altos según el MISAU (PEN, 2004). "… A pesar del aumento en el número de diagnóstico y tratamientos de las ITS, los casos notificados son inferiores a los que existen en realidad, muchas de las ITS todavía pasan sin diagnosticar en la población. En el programa existen dificultades como rupturas de stock de medicamentos e irregularidades en la supervisión del programa que han puesto en evidencia la fragilidad del funcionamiento del abordaje por síntomas y la importancia del programa de transmisión de VIH. Las ITS son una epidemia extremadamente importante en Mozambique y han sido muy poco discutidas públicamente..." (Matshine, 2005: 117).

La transmisión de las enfermedades sexualmente transmitidas es alta por todo el país, existe gran número de enfermedades mal tratadas como son la gonorrea, sífilis, herpes, cóndilomas, que existen en las zonas que fueron campamentos militares, centros de prostitución y en todas las zonas en general. La visibilidad de las personas que están viviendo con el VIH / SIDA en el país se ha caracterizado por una actuación muy débil de las personas o asociaciones de personas enfermas, por un cierto anonimato y silencio en la discusión pública sobre las cuestiones relacionadas con la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

infección por VIH / SIDA. La dinámica de actuación de las asociaciones de personas que viven con el VIH / SIDA está marcada por el trabajo de estas personas en acciones de sensibilización y asesoría donde algunos miembros de estas asociaciones son formados como activistas y consejeros. Se comenzó a dar servicios de asesoría en las unidades sanitarias, en los GATVS dentro de los HdD y en los domicilios dentro de las propias asociaciones de PHVS y en las redes de apoyo psico – social (Matsinhe, 2005).

El silencio no sólo afecta a las personas con VIH / SIDA sino también a las prácticas y orientaciones sexuales. Es un tema tabú en los análisis y en las conversaciones públicas pero en privado todo el mundo mantiene relaciones sexuales con quien quiere, sea hombre con hombre, hombre con mujer o mujer con mujer, el uso del preservativo conversando con las personas en los centros de salud y otros lugares no es muy popular en general. En una situación de carestía del costo de la vida elevado, bajos salarios, falta de empleo, el sexo es una forma de obtener una renta diaria para muchos hombres y mujeres.

9. Y LLEGA LA ESPERADA TERAPÍA ANTIRRETOVIRAL

Hasta el año 2001 Mozambique mantuvo una postura oficial en contra de usar el tratamiento con antirretrovirales en el país con la excusa del elevado precio del tratamiento, las limitaciones en la capacidad de los laboratorios, pocos recursos humanos, limitación en la gestión de la farmacia, área que también tenían que hacer un gran esfuerzo. Además existían dudas de cómo las personas infectadas de SIDA se irían a comportar ante la adherencia para toda la vida al tratamiento antirretroviral que era considerado un tratamiento complicado por los posibles efectos secundarios, por la necesidad de tomar los comprimidos sin falta cada día y a horas determinadas exactamente. La adherencia al tratamiento antirretroviral era un tema muy importante y su control se realiza entre médicos, enfermeras y los consejeros donde los pacientes son educados para tomar correctamente el tratamiento en Mozambique y si no lo toman, reciben una charla educativa de nuevo o por las enfermeras, consejeros o pacientes expertos a partir del año 2007.

Los estudios de viabilidad para introducir la terapia de profilaxis con antirretrovirales para evitar la transmisión vertical fueron iniciados en el año 2002. Un poco antes empezaron las organizaciones que trabajaban en el área de salud materno - infantil como UNICEF, Médicos Sin Frontera y otras organizaciones que apoyaban el programa de transmisión vertical. A finales del año 2003 en los HdD sé empezó a utilizar la terapia antirretroviral altamente activa, ya había

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

laboratorios especializados para el contaje de *CD4 o soldados del cuerpo* y de carga viral en las ciudades de Beira y Maputo. La terapia antirretroviral comenzó a distribuirse en algunos hospitales de día, la mayoría de ONG´S internacionales, se trata de una terapia compleja, exige análisis clínicos complejos para las infraestructuras del país, como CD4 o carga viral. Aunque la terapia es distribuida en los hospitales de día, los análisis necesarios para el seguimiento clínico de los pacientes son enviados a los laboratorios centrales y de allí son enviados de vuelta los resultados a los HdD. Esta situación crea desorden pues frecuentemente se pierden los resultados de los análisis y los de un sitio van a parar a otro, o aparecen en otro lugar. La terapia presenta varios tipos de problemas además de los problemas clínicos, como por ejemplo los enfermos que van a recoger las pastillas y regresan rápidamente después al HdD para decir que fueron robados en el autobús. Muchos enfermos toman mal los medicamentos, toman las dosis equivocadas, o a horas que no corresponden, o comparten tratamiento con algún miembro de la familia, o esconden el tratamiento debajo de la cama y no lo toman. Existían problemas de adherencia y muchos enfermos cuando mejoran y se encuentran bien, dejan el tratamiento. Muchos no tienen dinero para pagar el transporte, para comprar comida y acaban abandonando el tratamiento o vuelven cuando pueden, así empiezan y paran el tratamiento según las circunstancias que tienen en ese momento, facilitando la creación de resistencias al tratamiento antirretroviral en el futuro (observación de campo).

La Dra. Luisa comprobó que una paciente con una edad avanzada varias veces volvía con frecuencia a buscar tratamiento, cuando se dio cuenta siempre creía en la historia del robo. Fue a verificar si hacia lo mismo con otros médicos del HdD y llegó a la conclusión que la paciente repetía muchas veces la misma estrategia. Intentó recoger información con otros compañeros y comprobó que otros enfermos tenían también la misma estrategia para obtener más antirretrovirales. En el hospital pensamos en dos hipótesis: o bien compartían la medicación con alguien de la familia que estaba enfermo, o vendían los medicamentos en el mercado informal a las personas que querían tomar el tratamiento sin control de ningún hospital. Todavía existen fallos en el HdD que crean las reacciones y comportamientos de los enfermos que los llevan a adoptar actitudes y posturas que los pueden llevar a la muerte.

El caso de Fernando es un ejemplo de estas irregularidades; fue diagnosticado, de SIDA en el HdD de Alto – Mãe. Comenzó a tomar TARV, se sentía mal, fue varias veces al HdD e intentó ser atendido para ver si lo ayudaban con sus problemas clínicos. Se disgustó por el tiempo de espera, con la atención recibida y dejó de tomar los medicamentos. Entonces recurrió a un practicante de la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

MT en un intento de resolver sus problemas de salud. Cuando su enfermedad comenzó a empeorar y a faltar a su trabajo, su jefa le recomendó que volviese al HdD. Volvió de nuevo al HdD y le dijeron que regresara dentro de unos días. La jefa les pidió a unos amigos que facilitasen el contacto con el coordinador del HdD donde fue para tratar de resolver la situación de Fernando. Con ayuda de uno de los responsables buscaron la historia clínica, después de las dificultades en localizar los documentos verificaron que los análisis de CD4 se habían perdido o no habían llegado del laboratorio central. El HdD no asumía la responsabilidad, culpaban al laboratorio central porque no había enviado los resultados. El HdD aunque tenía organización interna para verificar que los análisis no habían llegado y de perseguir el problema hasta el laboratorio para ver lo que había pasado, le dijo que volviera días más tarde. Fernando murió días más tarde en el Hospital Central de Maputo con 35 años.

La terapia antirretroviral se ha ido introduciendo de una forma lenta y controlada cuando las necesidades de la población enferma con SIDA y con necesidad de tratamiento eran enormes. Después, a causa de las presiones de los donantes y las organizaciones internacionales, el gobierno abrió nuevos centros rápidamente en muchos puntos del país, por la gran cantidad de enfermos que realmente necesitaban el tratamiento en el año 2007. El MISAU en estos últimos años está llevando a cabo un gran esfuerzo en extender las consultas de enfermos de VIH / SIDA, poder dar tratamiento antirretroviral en todo el país y en los distritos más importantes de las provincias. A la vez está formando al personal sanitario: médicos, técnicos de salud, enfermeras, matronas para aprender a trabajar con enfermos de VIH / SIDA. En los últimos meses del año 2007 fue realizada una evaluación para ver cómo funcionaban estos nuevos servicios de enfermos crónicos donde se daba el tratamiento antirretroviral. Las conclusiones han sido bastante críticas por la forma como estaban funcionando algunas de estas unidades, se ha estudiado la situación, se han cerrado algunas consultas en algunos lugares y se estaba reelaborando una nueva formación de estudios para el personal sanitario más completa. Es un gran desafío poner en marcha un programa como este en un país con estas circunstancias (datos de una fuente que no se puede citar).

Existió un debate interesante en las organizaciones que llevaron a presionar al gobierno para que iniciara la terapia antirretroviral. Era difícil de entender por qué el gobierno no inició antes el uso de los antirretrovirales y cuando comenzó, lo hizo de manera lenta y a poca población, este retraso pienso que ha sido importante en el aumento de enfermos y ha sido un tiempo precioso que se perdió para iniciar las terapias y la organización de los hospitales de día. La realidad es que el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

inicio del tratamiento antirretroviral ha traído gran mejoría en la salud de muchas personas que se estaban muriendo en el país. Al introducir esta terapia, es muy interesante ver los efectos de las terapias antirretrovirales y las resistencias en una población virgen. Los problemas de adherencia al tratamiento han existido desde el inicio en todos los países del mundo y se han creado muchas resistencias al tratamiento antirretroviral cuando no se toma correctamente. El comportamiento de los enfermos es normal, similar al de otros países del área, también hay que resaltar que es muy difícil para las personas en Mozambique entender que están padeciendo una enfermedad sino tienen síntomas y se encuentran bien. Muchas personas cuando están en tratamiento antirretroviral y se sienten bien, ellas piensan que no tienen la enfermedad (Cokerman, 1995).

Una cuestión problemática ha sido que al inicio han sido introducidas líneas baratas de tratamiento antirretroviral de primera línea y más tarde han sido aumentadas con otras afortunadamente. Se ha estado usando en estos tratamientos el D4T que ya no era usado en Occidente a causa de los efectos tóxicos que provoca. En un país con una prevalencia tan alta de enfermos y donde la pandemia sigue aumentando, deben de ampliar en la medida de lo posible las terapias antirretrovirales que tengan buenos resultados y realizar estudios genéticos como en el resto de los países a las resistencias y a las mutaciones de los virus, a causa de la importancia del problema del VIH / SIDA en el país.

10. LA DIFERENCIACIÓN REGIONAL EN MOZAMBIQUE

"… La tasa de prevalencia de VIH / SIDA en Mozambique no es la misma en todo el país, se ha comprobado una variación regional, siendo más elevada en las ciudades, en el centro y sur del país. En el norte y la zona de la costa que va de Inhambane a Cabo Delgado se cree que es menor, porque es la zona con mayor influencia islámica del país y se ha considerado que este factor tenga un cierto impacto en la infección. La región central ha tenido desde el inicio los valores más elevados debido al riesgo y a la intensa movilidad poblacional a lo largo del corredor que ligaba los países del interior, Zimbabwe, Malawi, Zambia, países con una prevalencia bastante elevada de VIH / SIDA. De esta forma pueden ser aún más elevadas las tasas de la enfermedad en estas zonas de la frontera y hasta ligados a otros motivos como las culturas en relación a las actitudes de riesgo de infección..." (Raimundo, 2004: 4).

En la zona sur con el regreso de los refugiados de los países vecinos y del reasentamiento de las poblaciones internamente del país en los inicios de la década de los 90 y la reapertura de los

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

corredores de transporte que ligaban las ciudades costeras de Mozambique con Harare, Johannesburgo, Swazilandia, Malawi y Zambia la pandemia se extendió rápidamente. Las causas de estas diferencias todavía no están bien explicadas, pero se han atribuido a varias causas como: a la movilidad de la población, al contacto con los países vecinos, a las prácticas sexuales y a las prácticas tradicionales. Una comparación de los datos de las prevalencias con la riqueza y pobreza de las regiones, la existencia o no de infraestructuras como centros sanitarios, lugares más aislados, accesos por carretera. Las tasas más bajas estaban en las zonas con menos infraestructuras, lo que puede indicar una sub-notificación de los casos o sencillamente que existen variaciones entre los distritos. Las estadísticas sobre el SIDA en Mozambique deben de ser tomadas con cuidado por las insuficiencias en la comunicación de los datos y debido al débil contacto de las poblaciones con las unidades de prestación de cuidados de salud. En un país en que hablar de SIDA es tabú, los casos confirmados de muerte por SIDA aparecen con certificados de muerte en los que está escrito que la persona murió por múltiples causas desconocidas y no con la que realmente causó la muerte.

11. EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISÍÓN VERTICAL

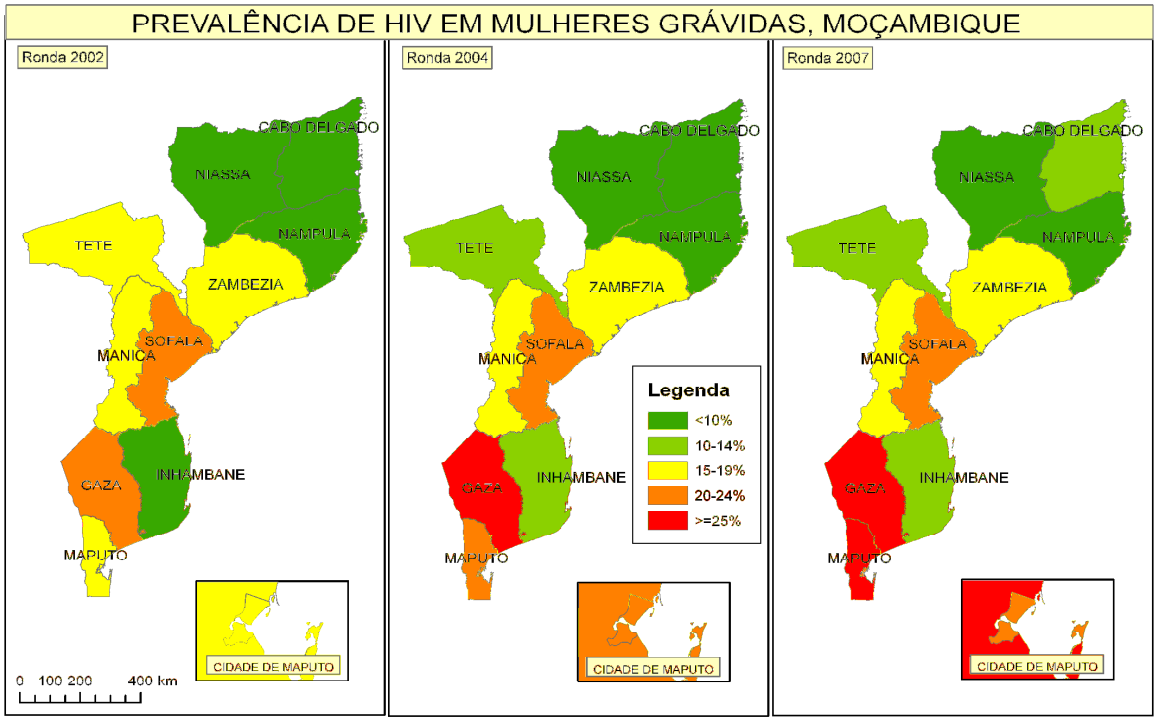
El mismo diploma ministerial que reguló el comienzo de la utilización del tratamiento antirretroviral en los HdD, también reguló la introducción de la prevención vertical, estimada en cerca del 26% en mujeres embarazadas, incluyendo el seguimiento clínico prenatal, durante el parto y en el periodo post-parto en el año 2002. Utilizando la administración de Nevirapina como tratamiento de profilaxis para la madre y bebé, el seguimiento de los hijos de madres VIH positivas en la alimentación, la profilaxis de enfermedades oportunistas hasta que fueran realizada la prueba de VIH a los hijos y fueran dados de alta del programa de PTV. Los programas de prevención de transmisión vertical fueron puestos en marcha en 4 unidades sanitarias como parte de una iniciativa piloto para su introducción más generalizada en el año 2002, uno de estas unidades fue el PTV de Chamanculo. En el año 2003 ya existían en el país 23 unidades sanitarias en 6 provincias del país con centros de prevención de transmisión vertical (PTV). Se verificó una tímida aproximación de algunas organizaciones hacia los programas de prevención vertical, además de las iniciativas de la administración de TARV promovidas por lo menos por 3 organizaciones: Comunidad de Santo Egidio, Médicos sin Frontera Suiza y MSF Luxemburgo. "… La forma de introducción del tratamiento antirretroviral vino acompañada de reflexiones de cierta preocupación, pues se pensaba que si el mensaje de la disponibilidad de los medicamentos antirretrovirales fuese ampliamente divulgado, podría suceder que la población se relajara en los comportamientos de prevención, así se

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

podrían agravar los índices de infección. En esa perspectiva el mensaje de que el *SIDA no tiene cura* no sería tomado en cuenta y los esfuerzos en las campañas de prevención podrían tener resultado aun menores…" (Matshine 2005:122).

En la siguiente figura muestro un mapa de la evolución de las prevalencias de las mujeres embarazadas en el país y los cambios sucedidos en los últimos 5 años. El área de Maputo ha sido una de las aéreas que el aumento de casos ha sido alarmante a pesar de que el personal sanitario y los medios están concentrados en Maputo.

Mapa IX. Mapa de la prevalencia de las mujeres embarazadas del año 2002 al 2007.



Fuente: MISAU 2007

Desde la creación del componente del programa nacional de SIDA de prevención de transmisión de madre a hijo (PTV) en 2002, el número de centros que inició el programa de prevención de la transmisión del VIH / SIDA de madre a hijo fueron de 8 centros de PTV en el año 2002 y en el año 2006 ya se habían extendido a 113 centros por todo el país. Las mujeres embarazadas que participaron en este programa fueron el 71% de las mujeres que aceptaron pasar

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

por la asesoría y pruebas voluntarias de VIH, y una tasa del 14,5% de estas mujeres tuvieron un resultado de VIH positivo (Naciones Unidas, 2006). A pesar de las campañas realizadas para la aceptación de la asesoría y pruebas de VIH voluntarias, la tasa de mujeres embarazadas que participaron en los programas de PTV disminuyó desde el año 2002 en que participaron un número elevado de mujeres embarazadas, en que sé evaluó el 81% de las mujeres embarazadas. Estas cifras disminuyeron a una tasa del 64% de las mujeres en el año 2005 en el mismo programa.

Los factores que se estima motivaron esta situación fueron: la mala calidad del asesoramiento realizado en las consultas por la rápida expansión de los centros y la poca supervisión hecha por el MISAU, los elevados niveles de estigma y miedo a la discriminación. Entre el inicio del programa nacional en el año 2002 hasta mediados del año 2006, una tasa de 54% de las mujeres embarazadas que sus pruebas de VIH con un resultado positivo tuvieron los partos en un establecimiento de salud, una tasa del 57% de mujeres recibieron profilaxis con Nevirapina y una tasa del 39% de los bebés recién nacidos recibieron el jarabe de Nevirapina (Naciones Unidas, 2006).

Estas estadísticas no revelan que las mujeres embarazadas comenzaron a tener graves problemas al pasar por las pruebas de VIH y encontrarse de repente que tenían una condición de VIH positiva. Fueron estas primeras mujeres las que tuvieron que enfrentarse a la situación de no contagiar a su hijo en camino, mejorar su salud, tener que alimentar al bebé con leche artificial, que era la que se administraba en los PTV de las ONG internacionales. Además fueron estas mujeres embarazadas, las que empezaron a revelar su estatus al compañero. El resultado fue que muchas mujeres fueron castigadas por los compañeros, abandonadas por ellos, maltratadas, perdieron sus casas y pertenencias, fueron acusadas de prostitutas y hechiceras, estigmatizadas, discriminadas y abandonadas a su suerte por tener VIH / SIDA y ser ellas las que llevaban el problema al hogar. Esta situación corrió como la pólvora entre todas las mujeres y el resultado fue que las mujeres dejaron de participar en el programa de PTV. Por esa razón, a inicios del año 2006, muy pocas mujeres embarazadas querían pasar por la asesoría y realizarse las pruebas de VIH. La administración de NVP fue mejorando con el tiempo, se registró un aumento en la tasa de mujeres que tomaron esta profilaxis en el año 2002 y que fue del 27%. En el año 2006 la tasa de mujeres que tomaron la NVP subió hasta una cobertura del 85%. De los bebés a los que se les realizó la prueba de VIH y tomaron profilaxis de Nevirapina, una tasa del 89% de estos niños tuvieron un resultado VIH negativo y una tasa del 11% de los niños tuvieron un resultado de VIH positivo. Se desconoce la situación del 90%

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de los niños una vez que salían del programa de PTV después que llegaban a los 18 meses de edad, se les daba el alta y pasaban a ser seguidos en la consulta normal de pediatría (Naciones Unidas, 2006).

Uno de los factores más importantes asociado al mayor riesgo de la transmisión de madre a hijo son: el modo y duración en que las madres dan de mamar a sus bebés, problemas relacionados con el parto vaginal en las mujeres y también con alta carga viral de VIH / SIDA en las madres. No hay datos claros disponibles, pero de acuerdo con las estadísticas de las trabajadoras de salud la gran mayoría de las madres siguen la tradición normal y dan de mamar al bebé hasta los 18-24 meses de edad. La priorización al acceso de la terapia con medicamentos antirretrovirales para mujeres embarazadas es vital dado el elevado riesgo de transmisión post-natal en madres que dan de mamar a sus hijos, tiene un nivel bajo de CD4 y una carga viral muy alta. Ante estos resultados se cambió el protocolo de la profilaxis para madres e hijos y se comenzó a dar NVP más AZT desde el comienzo del año 2006 (Naciones Unidas, 2006).

En el año 2005 sólo 550 mujeres estaban inscritas en el programa para tomar antirretrovirales en el país, de un total de 20.000 personas en tratamiento antirretroviral en todo el país, cerca de 14.000 mujeres se hicieron la prueba de VIH y dieron un resultado positivo en los PTVS. La reducción de la transmisión vertical constituye una prioridad fundamental para el gobierno, a inicios del año 2008 se empezó en los centros de consulta prenatal a hacer el test de VIH a todas las mujeres embarazadas y el programa de PTV pasó a organizarse en las consultas prenatales de los servicios de SMI.

Como sucedió en EE.UU. durante los años 80, se ha repetido la misma situación y no han sido aplicadas las lecciones aprendidas de estas prácticas de Salud Pública. El gobierno ha extendido el programa de prevención de la transmisión de madre a hijo a todos los centros de salud con programa de SMI. El MISAU ha hecho un esfuerzo en la formación de las enfermeras de SMI, en crear protocolos de tratamiento, intentar tener la medicación para profilaxis con tratamiento antirretroviral para madres y niños e intentar solucionar la logística del programa tanto en términos de laboratorio como de suministro de materiales. En los centros de PTV, de consulta prenatal y GATV se pueden encontrar muchos folletos y pequeños manuales explicando la necesidad de pasar las pruebas de asesoría y de hacer VIH / SIDA, de explicar los mecanismos de la transmisión vertical y las formas de prevención de forma fácil. A partir del año 2007 la televisión ha aumentado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

la publicidad relativa a la prevención y los programas relacionados con diversos aspectos de la enfermedad de VIH / SIDA. En algunas zonas se están mostrando películas explicativas preparadas especialmente para sensibilizar a las personas sobre PTV en algunas zonas de Maputo y Gaza, por ejemplo la película, *Silencio da Mulher* de Médicos Mundi Cataluña.

12. CONCLUSIONES

La aceptación de que el SIDA es una enfermedad aumentó con el tiempo, las personas empezaron aceptar que era una enfermedad cuando comprobaron que había un tratamiento disponible. La convicción de que el SIDA es un castigo divino ha ido disminuyendo según ha ido aumentando la eficacia y la eficiencia de los cuidados de salud, de los efectos positivos del tratamiento antirretroviral y con el aumento de un número mayor de personas en tratamiento antirretroviral con buenos resultados. Todavía existen muchas personas que están tomando TARV con buena adherencia, muchas personas continúan pensando que la enfermedad apareció en su vida por otras causas diferentes a las indicadas por los biomédicos, y la enfermedad ha sido generada por causas mágicas o de polución. Cuando surge una nueva enfermedad, epidemia o pandemia se tiende atribuir la responsabilidad y las causas a la cultura, a los hábitos sexuales, a la organización social, al sistema de salud, a las creencias de la población. La violencia contra la mujer, la creencia en los espíritus, la acción de brujas y hechiceros, la pobreza, son factores endémicos en estas sociedades o países. El hecho de atribuir a cualquiera de estos factores individualmente o colectivamente la responsabilidad por la enfermedad, en este caso. El SIDA, tiene que ver con la confusión general que se crea cuando existe una epidemia que asusta y cuando no se transmite bien la información real, científica que existe.

La reacción y la explicación de los diferentes agentes que intervienen en el programa de combate contra el SIDA parten de suposiciones y de prejuicios morales judeocristianos sobre la sexualidad del otro, sobre sus hábitos y costumbres, que no son diferentes de los europeos, y sobre las formas sociales válidas para controlar a los individuos y a los grupos. Normalmente las órdenes sociales y políticas, sus subsecuentes ordenes sexuales, son consideradas las más válidas. Existe siempre una conjugación y una sintonía en los puntos de vista de las personas que están en la cumbre de las pirámides y que acaban por responsabilizar a los individuos. La medicalización de los discursos y de las prácticas, el biopoder como una forma de materializar el disciplinar y vigilar. A nivel general existe un disciplinar y castigar en el sistema mundial, dentro de los estados, de las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

comunidades, en las familias y las relaciones entre hombre y mujer. A pesar de que este análisis ha sido repetidamente realizado por científicos sociales conocidos (Foucault, 1979; Weeks, 1989; Helman, 2000; Parker, 2001; Good, 2003).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO VI

EL MEDIO AMBIENTE SOCIAL, CULTURAL, ECONOMICO, SEXUAL Y POLITICO ADECUADO PARA EL DESARROLLÓ LA PANDEMIA

"… Las enfermedades epidémicas son procesos sociales, la expansión de la infección está propulsada por la historia, la economía, la política y la cultura. Las personas asaltadas y machacadas por la pobreza, el SIDA, las sequías, la malnutrición impresionante, el genocidio y las guerras que el continente más pobre del mundo ha sufrido durante el último cuarto de siglo múltiples y profundas crisis son terrenos propicios para el aumento de las enfermedades epidémicas…" (Schoepf, 2004).

"… La sexualidad según Weeks (1998) es una construcción histórica, que reúne multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales, la identidad genérica, las diferencias corporales, las capacidades reproductivas, las necesidades, los deseos y las fantasías, que no necesariamente deben estar vinculadas y que en otras culturas, de hecho, no han estado. Todos los elementos constitutivos de la sexualidad tienen su origen en el cuerpo o en la mente, pero las capacidades del cuerpo o de la psique adquieren significado solo en las relaciones sociales".

1. INTRODUCCIÓN

Según Arthur & Osorio (2002: 2) en la revisión de literatura de salud sexual, ITS y SIDA que llevaron a cabo durante el año 2002, año clave para el inicio del tratamiento antirretroviral en el programas de SIDA escribieron: "… Tomando en consideración las situaciones específicas en Mozambique, donde diferentes modelos políticos se han enfrentado después de la independencia, actuando en la reestructuración social e interfiriendo en los modelos culturales. Las representaciones y las prácticas culturales tradicionales han ido cambiando a lo largo de estos últimos años a merced de factores como la guerra civil, la ruptura y la recomposición de estrategias políticas y económicas, alteradas y re-apropiadas que han dado lugar a una gran diversidad de comportamientos que no tienen un patrón estable. Ellas toman en cuenta las dinámicas que se van cruzando, combinándose, confrontándose, que han producido nuevos y diferentes modos de la construcción de la identidad. No se puede hablar en estos tiempos, en primer lugar, de un modelo de sociedad tradicional, ésta está sujeta y ha sido objeto de cambios sociales y, en segundo lugar, de uniformidad de las prácticas y las representaciones dentro de un mismo modelo…". Mozambique en la época de la post-independencia estuvo sujeto a profundas transformaciones y con la consecuente dificultad de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

mantener los procesos de reproducción social que las familias no conseguían mantener pues no había rendimientos económicos, seguridad, acceso al trabajo y el estado estaba continuamente cambiando de políticas y de estrategias para mantenerse en el poder. La pandemia del VIH / SIDA en Mozambique, a causa de la específica situación que ha pasado el país, se ha desarrollado en unas condiciones económicas, sociales, culturales, sexuales, religiosas, políticas e ideológicas que han tenido gran influencia en la expansión rápida de la epidemia que encontró un caldo de cultivo apropiado.

2. EL CONCEPTO DE RIQUEZA Y DE POBREZA LOCAL

El concepto de pobreza y riqueza émic ha sido considerado un indicador de la riqueza en un hombre, por el número de mujeres y de los hijos que tiene. En el estudio participativo realizado sobre la pobreza en el año 1995 para el Banco Mundial en Mozambique, reveló las siguientes categorías sobre la riqueza y pobreza:

- Las personas o familias pobres, individuos con incapacidad física y mental, sin capacidad de poder trabajar.

- Las personas o familias medias, ni ricas ni pobres que tienen una mujer, uno o dos hijos viviendo en casas de material precario y una producción agrícola suficiente para poder alimentarse durante algunos meses del año.

- Las personas o familias ricas normalmente tienen más de una mujer, hijos, las casas con suelo de cemento y el techo cubierto con láminas de zinc. También poseen ganado bovino o caprino, aunque tengan todos los bienes que caracterizan a un individuo o la familia rica como son: una casa de cemento y el techo de zinc, varios salarios, ganado, automóvil, no se consideran ricos. Además es considerado pobre un individuo que no tenga fuerza física agrícola, pesqueras o si no tiene fuerza física para realizar sus actividades económicas.

A la mayor parte de las personas encuestadas que se les preguntó sobre estas cuestiones, incluso a las personas que tenían condiciones materiales adecuadas, porque en Mozambique se consideraban ricos las personas que tenían coche, casa, salario, hijos, animales y rendimientos económicos suficiente para enviar los hijos a la escuela, se consideraban a sí mismos pobres. Cuando se les pregunta sobre la contradicción entre el concepto de riqueza y su realidad, respondían que en la aldea todos eran pobres y que si decían que eran ricos corrían el riesgo de no recibir ayuda

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

externa (Adam, 1995). Cuando los investigadores se identificaban como investigadores de ciencias sociales o de la política de desarrollo, los entrevistados decían que si dijesen que eran ricos no iban a recibir ningún tipo de ayuda externa pues ésta ayuda estaba dirigida a los pobres. En las comunidades rurales se distinguían cuatro categorías: el rico, el medio, el pobre y añadían a estas categorías la de miserables. Estos pobres eran los únicos que tenían el derecho de recibir ayuda de alimentos o de otros tipos.

Esta categoría, el modo de actuar y pensar es muy parecida a la que utilizan los musulmanes y la Sharia. A los ricos no les gusta ser considerados ricos porque esto podría traer hechizos, el mal de ojo sobre ellos y sus bienes, a la población normalmente le gusta considerarse media, ni rica ni pobre. Las familias de los pobres son aquellas que se quejan de sufrir hambre, las enfermedades, la falta de dinero para ir al hospital o para comprar los medicamentos, los huertos pequeños, la producción de alimentos que no llegan para alimentar la familia todo el año, este grupo de los pobres es aquel que es fácilmente alcanzado por el SIDA, la falta de recursos y por la necesidad de engancharse en cualquier tipo de actividad para buscar rendimientos monetarios desde trabajar para los vecinos, buscar amantes o la practicar sexo a cambio de dinero (Adam, 2009).

3. LA EPIDEMÍA DE LA SOSPECHA Y DEL PESIMISMO

"… Sé ha instaurando un fatalismo y pesimismo en torno al VIH / SIDA, en el sentido que algunas personas no creen que se pueda hacer nada para evitar la enfermedad y manifiestan que todas las personas que van al hospital están enfermos. El escepticismo y la consideración de que las fuerzas del destino son las que dictan el momento de la muerte, estas ideas y percepciones están contribuyendo para ayudar a que exista un ambiente en que la suerte y el destino son constantemente desafiados en nombre de los placeres de la vida. A esta situación han contribuido las dificultades para obtener el tratamiento antirretroviral, los efectos secundarios de estas medicinas que no siempre son tomadas en condiciones apropiadas y la idea de disfrutar de la vida a tope como a las personas locales les gusta, aunque después se paguen las consecuencias con la enfermedad …" (Matshine, 2005: 158). De hecho a pesar de existir tratamientos para el SIDA, que ésta dolencia se puede transformar en una enfermedad crónica, controlable y que puede transformar la vida del individuo, la no existencia todavía una cura definitiva ayuda a este ambiente de desconfianza. Mientras no sea descubierta la bala mágica de la biomedicina, el escepticismo continuará causando bastantes problemas para que las personas usen los métodos de prevención.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Este *fatalismo* y *la teoría de la conspiración* van ligados a las condiciones de supervivencia en general de estas poblaciones, derivadas de sus condiciones socio-económicas precarias y de las innumerables causas confluyentes para la llegada de la muerte. En este cuadro, la vida y la muerte son explicadas dentro de un contexto *cosmológico complejo*, que combinaba *valores y sistemas cognitivos tradicionales y modernos*. Aunque existe un amplio reconocimiento de la existencia de la epidemia de VIH / SIDA, hay también una noción relativamente difusa de la fatalidad e inexorabilidad del ciclo de la vida, en el que las decisiones sobre *la vida y la muerte*, *la salud y la enfermedad, están fuera del control de los individuos.* Este control está en las manos de los *antepasados*, de los difuntos de los dioses que influenciaban la vida, y de dios**,** el concepto de las religiones monoteístas, *que castigan a las personas que pecan*. El concepto de *khombo* en los rongas de (Junod, 1910) corresponde al concepto de *pecado* o es próximo a este concepto en el mundo occidental, traducido del *xironga* significaba *azar***,** después de la *muerte* este *khombo* se cura o es apartado de la vida de las personas a través de la relación sexual de las viudas con otro hombre. Estas relaciones sexuales acaban por pasar la enfermedad o azar para un extraño pero si son mal practicados y los ritos no caminaran como manda la tradición, la consecuencia puede ser que muera *el extranjero*, o la culpa será de la *mujer o de la persona que viene de fuera* (Junod, 1996).

4. CAMBIOS EN LAS FORMAS DE HABLAR DE SEXUALIDAD

Entre los años 1988 - 1994 se evitaba hablar de manera clara sobre la sexualidad siguiendo las directrices moralistas conservadoras del gobierno que estuvieron muy ligadas a los principios socialistas en esos años muy parecidos a los principios de las iglesias protestantes y también las iglesias católicas. Estas directrices fueron dadas por La FRELIMO, sobre: la forma del tipo de la familia, el papel de la mujer en la familia y en la sociedad. Se intentaba caminar hacia la construcción de un *hombre nuevo* contrario a la poligamia, a la prostitución, a los matrimonios prematuros, al oscurantismo, los PMTS, la adivinación, y a la explotación del hombre por el hombre, el racismo y el lobolo, (se decía que esta práctica tradicional era una práctica que no era digna para la mujer porque era una transacción mercantil). También a todas las formas de liberalismo en sintonía que se decía en aquella época venían de Occidente y que era considerado por La FRELIMO como altamente decadente. La FRELIMO durante la guerra y después de la independencia realizó grandes esfuerzos para aumentar la libertad de las mujeres concediéndoles derechos iguales a los de los hombres y colocó a las mujeres en lugares de poder. Estas opciones no

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

dejaron de tener sus contradicciones, una de ellas fue la retirada la nacionalidad mozambiqueña a todas las mujeres que se casaran con un hombre extranjero.

La aprobación de la posibilidad de que los mozambiqueños que participaban en la revolución, de que los hombres tuvieran muchas mujeres, fue una idea bastante desagradable para el ideal de sociedad que estaba promoviendo el gobierno marxista de aquellos años. A pesar del discurso oficial, el modelo de macho socialista fiel a su esposa era muy parecido al modelo de macho cristiano, de los protestantes y de los católicos. Los cuadros, militantes incluso aquellos que ocupaban lugares de dirección en el partido y en el estado, tenían varias amantes. Había una diferencia fundamental entre el acta pública y el acta privada (Scott, 1976). En público los militantes se comportaban siguiendo las directrices correctamente y en privado las personas continuaban viviendo según su cultura y tradiciones. En todo caso es necesario decir que había una gran diferencia entre aquello que debía de ser un militante del partido sexualmente responsable fiel y la práctica de las relaciones sexuales entre personas de diferentes grupos que se manifestaban dentro de un poder político y sobre las cuales había mucho control en aquella época.

En los primeros años después de la toma de poder, muchos responsables de La FRELIMO hablaban de las balas de azúcar entre las cuales incluían las mujeres sobre todo las extranjeras y las mujeres de las ciudades como una forma de corrupción de seducción capitalista de sus cuadros y militantes. Durante la lucha de la liberación nacional de la colonia, y a pesar de las políticas abiertas de la FRELIMO que dirigió a la guerrilla desde el año 1964 al año 1974 en que los portugueses dejaron la colonia, los combatientes en el terreno intentaban siempre encontrar parejas sexuales usando su poder. Decían que después de la batalla, un guerrillero necesitaba de una manta y de un amanta (e), es decir algo para cubrirse del frío y una mujer, esta actitud creó grandes dificultades de relación en algunos lugares del norte del país entre las familias campesinas, los jefes locales y los guerrilleros. La dirección de La FRELIMO tomó medidas y organizó actividades para poder parar con estas *situaciones de abuso* (entrevista con Yussuf Adam, 2006).

5. LAS PRÁCTICAS SEXUALES TRADICIONALES Y MODERNAS

Los estudios sobre comportamiento sexual, de la salud reproductiva y de la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH / SIDA en Mozambique empezaron a ser realizados a finales de la década de los años 80. Estos estudios en su mayoría, KAP (conocimiento, actitudes y prácticas) buscaban documentar las practicas de los grupos específicos de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

riesgo, articularlas con las representaciones, prácticas tradicionales y de la reproducción, con la mayor o menos vulnerabilidad a la enfermedad (Parker, 2000; Arthur & Osorio, 2002, Matshine, 2005). Existen numerosas prácticas y creencias en torno a la construcción social y cultural de la sexualidad y de la reproducción sexual a lo largo del país. Estas prácticas se discuten entre la población y han ido variando con el tiempo. En los últimos años son más simbólicas que reales y han cambiado por la influencia de la pandemia del VIH / SIDA, por ejemplo los ritos de limpieza o purificación sexual. Todas estas *prácticas de limpieza y de los tabúes* en relación al cuerpo de la mujer negra en sus propias sociedades existen en todo el país, no se puede decir que sean más frecuentes en una zona o en otra. Las atribuciones de estas prácticas sexuales y culturales de mayor frecuencia en unas ciertas zonas del país, tienen que ser vistas en el contexto de las luchas inter-étnicas o regionales de las personas que vienen del norte y del centro del país.

Las personas del norte y centro llaman a los del sur nombres que tienen un significado parecido a como que tienen poco cerebro o son poco inteligentes. Muchas de estas prácticas acontecen en *la imaginación de las personas*, tal como la práctica en la que el hermano del muerto mantiene relaciones sexuales con la cuñada o con la suegra, cuando en la realidad ellos rezan juntos en un sitio escondido, o realizan un ritual que representa esta práctica, pero no lo llevaban a cabo realmente. Tenemos un ejemplo estupendo en el ordalio o juicio de Dios en Evans-Pritchard que describió como los Azande daban sustancias venenosas a las gallinas que eran usadas para realizar estos juicios como representantes de las personas (Evans-Pritchard, 1940). Muchas de estas prácticas están en los imaginarios de las personas, se dice que los europeos interpretamos al pie de la letra estas prácticas, cuando, lo importante es captar sus significados y sus efectos. Muchas de estas prácticas eran realizan en secreto y realmente existen autores que dicen que ya no se practican (Yussuf Adam, comunicación personal 2009), y otros que dicen que continúan practicándose en algunos lugares del país (Bukali, 2002; Arthur & Osorio, 2002; Matshine, 2005; Bagnol & Mariano, 2006)

En el estudio llevado a cabo por Bagnol & Mariano en el centro del país escriben sobre las prácticas sexuales que han estudiado en relación a la pandemia del VIH: "… Desde la antropología, el cuerpo, la sexualidad, el erotismo y la salud son productos históricos que varían de acuerdo con los contextos socio-culturales. Las practicas más comunes mencionadas por las mujeres son: el alargamiento de los labios, la inserción de productos vaginales, lavado y limpieza cotidiana vaginal externa e interna insertando un dedo para facilitar la remoción de las secreciones utilizando una

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

gama de productos, la ingestión de pociones para estimular la dilatación del cuello del útero antes del parto y aumentar las contracciones uterinas, la ingestión de estimulantes sexuales, la toma de productos para inducir el aborto, la escisión e incisión de impurezas en la zona perineal entre el orificio vaginal y el ano, corte de los pelos púbicos. Las prácticas más comunes mencionadas y realizadas por los hombres son: el alargamiento y estiramiento del pene, la ingestión de estimulantes sexuales (Bagnol & Mariano, 2006).

En Maputo vive gente de todo el país, de todas las etnias y emigrantes de otros países de África, se realizan todo tipo de prácticas sexuales y culturales sobre el cuerpo, porque por un lado muchas de estas prácticas referidas arriba se mantienen y practican. Por otro lado, también está de moda incorporar prácticas sexuales que vienen de fuera como el uso de vibradores por las mujeres, o las prácticas de sexo en grupo. Cuando las personas venían al programa de SIDA y se les preguntaba por sus prácticas sexuales difícilmente hablaban de ellas, pero las chicas jóvenes que venían con más frecuencia poco a poco iban contando algunas cosas acerca de las diferentes prácticas sexuales. La violación del ámbito privado de las personas es practicada por todos los prestadores de cuidados de salud y en las ONG´S en los gabinetes de psico-social de Maputo, algunos investigadores y consejeros no harían las mismas preguntas con tanta libertad en sus países de origen. El análisis de las sociedades africanas ha sido realizado con conceptos que no se han usado en los países europeos tales como el *soroato, el levirato, la violación de los hijos por los padres, la pedofilia* (entrevista con Adam, 2009).

6. LA PÍTAKUFA, LEVIRATO Y EL SOROATO

Los ritos más comunes identificados por los investigadores han sido *los rituales de limpieza* a través de la realización de las *prácticas sexuales* y la *herencia de la viuda (levirato). El ritual de limpieza a través del sexo o Pitakufa* es una práctica donde un hombre o mujer mantiene relaciones sexuales con otra personas del sexo opuesto para poner fin a un periodo de luto, o para retirar la *contaminación* a esta persona; puede ser realizado por alguien de la familia o por una persona de fuera que sea profesional y que se alquila para este tipo de *ritos de limpieza sexual*. Desde que las causas de muerte son con frecuencia desconocidas o simplemente aceptadas como un acto de Dios, esta práctica expone al hombre a la infección de VIH / SIDA; puede ocurrir que la viuda haya sido infectada anteriormente de VIH por mantener relaciones sexuales con otra persona. Obviamente, si

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

el hombre está también casado, tiene otra esposa o co-esposas también están todos con riesgo de coger la infección (Bukali, 2002, Matshine, 2005).

7. LOS RITOS DE INCICIACIÓN MASCULINOS

La circuncisión en los chicos es una práctica común entre muchos grupos tribales, tradicionalmente, los campos de circuncisión estaban establecidos lejos en el campo, los miembros de la familia no podían llegar a ellos. Los campos son usados hasta 6 meses, en los últimos años, a los parientes se les aconseja que lleven a los chicos al hospital o centros de salud, para mantener unos estándares de higiene cuando se les realiza la circuncisión. En los últimos años los campos sólo están establecidos como máximo un mes y no lejos de casa de los chicos. Aunque las enseñanzas tradicionales aconsejan a las chicas a tener actividad sexual sólo después del matrimonio, los chicos son asesorados para que tengan relaciones de sexo nada más volver a la villa y coger práctica. Los estudios realizados sobre este tema muestran que los chicos normalmente se enganchan en prácticas regulares sexuales con mujeres adultas (aunque se les ha aconsejado que no vayan con mujeres más viejas). La implicación de estas prácticas y la transmisión del VIH / SIDA pone a los chicos en situación de riesgo con las mujeres adultas que pueden haber sido infectadas por el virus. Estos chicos pueden a su vez transmitir el virus a sus esposas después del matrimonio (Arthur & Osorio 2002, Matshine, 2005).

Los estudios sobre la cultura local tal como han sido explicados por Arthur & Osorio han sido rápidos y sucios. No han llegado a captar los cambios y las transformaciones verificadas a lo largo del tiempo. Estos estudios recogen las memorias de las personas sobre cómo eran realizadas las prácticas antes. Los textos de los autores clásicos de la antropología, de la sociología o de la historia no fueron consultados, ni usados como los datos de base. La percepción de los ciudadanos ha sido tomada como la realidad, su opinión sustituye a los hechos y las evidencias. Aún a pesar de las limitaciones de estos estudios, han conseguido llamar la atención hacia la cultura, la religión y las practicas de las poblaciones. Estos estudios muestran que a causa de la guerra prolongada, un número de estas prácticas tradicionales han parado o desaparecido. La tradición es que los mentores que no son miembros de la familia, son responsables de dar una educación continuada sobre la salud sexual y reproductiva a las chicas después de la iniciación y hasta el matrimonio. Sin embargo, debido a la ruptura en la cohesión social de muchas comunidades tradicionales en Mozambique, estos mentores ya no son posibles. Los parientes permanecen como los únicos consejeros, sin

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

embargo, es tradicionalmente considerado un *tabú* para los parientes hablar acerca de la salud sexual y reproductiva a sus hijos (Bukali, 2002; Arthur & Osorio, 2002).

"… La degeneración de los valores tradicionales, está asociada a la ruptura que se está dando en las prácticas tradicionales (ritos de iniciación de jóvenes) que están siendo sustituidas por otras que admiten más permisividad, primero porque los jóvenes ya no van con facilidad a estos *rituales instructivos*, pasando a exponerse muy rápido a la práctica de sexo…" (Matshine, 2005). Los *ritos de iniciación* son también actividades como diría Foucault, de disciplinar y castigar. No se disciplina y castiga sólo al iniciado (chico o chica), sino también a todos los individuos de su edad. Al mismo tiempo sus padres son disciplinados y castigados**,** por ejemplo cuando en el rito de iniciación Makonde un joven es circuncidado y esta operación funciona mal, de forma que si no para la hemorragia después de realizar la operación, los líderes de los ritos de iniciación atribuyen la culpa a los padres que han continuado a mantener relaciones sexuales prohibidas durante el período de los *ritos de iniciación* (Yussuf Adam comunicación personal, 2009).

8. LOS RITOS DE INICIACIÓN FEMENINOS

Mozambique pasó por una época histórica en que se intento impedir y acabar con *los ritos de iniciación* igual que con la Medicina Tradicional. Pero estos ritos han continuado siendo practicados de forma escondida, pues eran considerados fundamentales en la educación de los jóvenes para ser adultos, responsables de sus vidas y de las comunidades (Kotanyi & Bukali, 2005). Aunque estos ritos hayan sido transformados, continúan manteniéndose, incluso con más regularidad en algunas zonas más que antes, porque su ejecución forma parte de la *cosmogonía* de las personas y se transmite esa formación a sus hijos. Como es conocido el grupo de las chicas jóvenes es uno de los grupos más vulnerables de la enfermedad de VIH / SIDA. Cuando llega el primer ciclo menstrual, se desencadenaba un *proceso ritual de educación sexual* de la mujer y de preparación para el matrimonio, con la colaboración de las madrinas y consejeras acerca varios aspectos que incluyen: la higiene, las nociones de cuidados al marido, los rituales de rezar para pedir suerte y la fertilidad. *Los ritos de iniciación* sirven para educar a los niños y niñas sobre ciertos códigos de comportamiento necesarios para la vida adulta en una comunidad particular. Las enseñanzas recibidas son sobre temas tales como: la salud sexual, la educación sobre la vida reproductiva y de cómo seguir con los valores culturales del grupo étnico que pertenecen. Los *ritos de iniciación*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

marcan el final de la niñez, la adolescencia, el comienzo de la época adulta y del inicio de la actividad sexual.

Los *ritos de iniciación* para niñas son practicados en todo Mozambique. Los ritos tienen diferentes costumbres tales como: hacerse tatuajes en la cara, espalda o caderas y van haciendo prácticas con los labios menores y el clítoris extendiéndolos y empujándolos para que se hagan más grandes en algunas zonas del norte del país, (esta práctica es muy valorada por los hombres locales porque dicen que estas mujeres proporcionan gran placer sexual en sus relaciones con estas extensiones a los hombres). En la costa del norte los tatuajes los diseñan con el líquido del fruto de la castaña de acajú y es usado también para oscurecer ciertas partes del cuerpo. Estos *ritos de iniciación* son acompañados por ceremonias (tocando tambores, cantando) donde sólo las mujeres están presentes para dar la señal a su comunidad de que las mujeres están preparadas para la procreación y el matrimonio, en otros lugares como el plan alto de Mueda, utilizan para los tatuajes carbón vegetal (Bukali, 2002). Arthur & Osorio dicen que estos tatuajes no son realizados de forma higiénica, que las chicas pueden llegar a compartir los instrumentos usados y puede ser una forma de contagio del VIH / SIDA (Arthur & Osorio, 2002).

Este concepto de madurez para la vida adulta viene acompañado del papel social de la mujer que está fundamentalmente asociado a la procreación y a hacerse cargo de las tareas domesticas. La capacidad de la mujer, ósea la maternidad es que debe de engendrar, a ser preferible muchos hijos, esta práctica es considerada un valor y un elemento constitutivo de su estatus social como persona. En esta lógica tiene valor el argumento de que cuando más rápido la mujer entra a la *vida sexual* tantas más posibilidades tendrá de engendrar hijos y así huir del estigma de ser una mujer infértil, generalmente asociado a los malos augurios, hechicería y el bajo estatus social (De Bruyn et al., 1995; Bagnol, 1998; Bukali, 2002). Los *ritos de iniciación* ofrecen una oportunidad además para enseñar a los jóvenes su cultura, enseñarles la diferencia entre un comportamiento saludable, un comportamiento sexual que puede atraer enfermedades y los problemas de salud (Kotanyi, 2005).

La fotografía mostrada fue realizada por la autora en el mes de diciembre del año 2007, en el norte de Pemba. En Mozaimboã se iniciaban los ritos de iniciación sexual aquel día, y estaban llamando a las chicas para participar en los ritos, yo seguí la ceremonia por el pueblo. Días más tarde, comprobé con horror, que un hombre con SIDA compró la virginidad de dos de las chicas a su familia porque eran vírgenes, y él mantuvo relaciones sexuales con ellas porque existía la creencia

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que con estas prácticas se iba a curar del SIDA. Unos meses más tarde, un amigo común de este personaje, me llamó para ver si lo podía ayudar para tratarse del SIDA en Maputo. Esta situación me causó una gran turbación y mal estar porque me parecía increíble que estos hechos continuarán sucediendo (Observación directa, 2007).

Fotografía XV: Adolescente camino de los ritos de iniciación en Mozimboã

Fuente: realizada por la autora en el año 2007

Los conceptos y teorías de las personas que proceden de otras culturas y estudian estas prácticas acaban por pensar que las representaciones de estas sociedades y sus culturas son estáticas, donde valoran el concepto de cultura tradicional casi siempre como que es invertido a los valores y a las prácticas de sus sociedades de origen. Los antropólogos acaban por caer víctimas de estas trampas pues se concentran en lo exótico o en lo que es diferente, cuando las formas pueden ser diferentes, pero en el fondo no son tan diferentes como las de nuestras sociedades contemporáneas (Adam Y 2009).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

9. LOS *SUGAR DADDIES*

La relación sexual entre un hombre adulto y una chica joven adolescente es fácilmente aceptada en la sociedad por el estatus económico y social de estos hombres viejos además de su poder económico o social, aunque sus mujeres legales intenten denunciarlos en las grandes ciudades. Las chicas jóvenes aceptan las relaciones porque de esta manera sus estatus sociales, económicos se elevan y les permite mantener un estilo de vida que de otra forma sería imposible. En los valores de estas sociedades anteriormente, estas relaciones no eran permitidas o estaban sujetas a otros tipos de reglas y tabúes. Según nos explica Matshine en su libro (2005): "… Los argumentos que justifican la práctica de sexo entre personas de generaciones diferentes pueden ser subdivididos en 4 principales líneas de abordaje que enfatizan los diferentes aspectos y estereotipos, la mayor parte de los cuales están asociados a las nociones de ganancias para los hombres que son los que recurren a estos contactos.

Una primera línea privilegia el discurso de renovación que resalta el contacto sexual entre hombres más viejos con mujeres más jóvenes que permite rejuvenecer la sangre del viejo y le da al hombre sensación de vitalidad, masculinidad y lo revitaliza. **Una segunda línea** privilegia las nociones de erotismo, placer y satisfacción sexual en las relaciones sexuales entre hombres más viejos y mujeres mucho más jóvenes…" (Matshine, 2005: 163). "… **La tercera línea** es sobre sexo inter-generacional está asociada a las concepciones de los procesos *rituales de purificación* y de *cura*. En algunos casos, las recomendaciones de los PMTS para los casos de ITS son que los hombres en general, buscan mantener relaciones sexuales con mujeres más jóvenes de preferencia vírgenes como forma de garantizar su limpieza y purificación sexual. La idea subyacente no es necesariamente pasar el virus o la enfermedad a la mujer, sino asegurar que el *hombre* va a *purificarse*... " (Matshine, 2005: 164).

"… La cuarta línea enfatiza varios argumentos económicos, del tipo que algunas chicas consienten en este tipo de relaciones por falta de oportunidades económicas, la falta de alimentación, la falta de educación, los aspectos de comportamiento y las estrategias de supervivencia. La pobreza es considerada la razón principal que involucra a las mujeres en el sexo transaccional (Farmer & Castro 2003; Matshine, 2005). Las relaciones sexuales entre mujeres más viejas y hombres más jóvenes no son bien vistas por razones culturales relacionadas con las nociones de *polución y peligro*. En estos casos se dice que la vagina de la mujer adulta es caliente y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

fuerte, con poder y capacidad para quemar el pene de los jóvenes que se relacionan con ellas. A pesar del tabú circulante sobre el peligro, en estas relaciones entre las mujeres más viejas y los hombres más jóvenes, estas relaciones son practicadas tanto en la cuidad como en las áreas rurales…" (Matshine, 2005:164).

La percepción de riesgo de contraer el VIH / SIDA en las relaciones inter - generacionales sobre todo entre los hombres adultos y las mujeres más jóvenes son consideradas de alto riesgo pues los hombres adultos han tenido más experiencias sexuales con varias compañeras, tanto en número como en diversidad de categorías de mujeres tales como las trabajadoras de sexo y a los hombres no les gusta usar preservativos durante la práctica de sus relaciones sexuales, en caso de implicarse con chicas adolescentes o niñas, éstas están expuestas más fácilmente a contraer VIH. Los *Sugar Daddies* compran sexo para tener atenciones y promueven la prostitución, se trata de un negocio que implica a algunos hombres extranjeros y a hombres locales con cierta posición económica con las jóvenes locales. Los *Sugar Daddies* pagan las escuelas, los amigos, son los que mantienen a sus amantes, son formas de legalizar, de volver social y moralmente aceptable el sexo por dinero, este asunto en la moral cristiana se designa como prostitución y en un lenguaje más científico se llama trabajo de sexo.

10. LA IDENTIDAD MASCULINA

En Mozambique uno de los principales elementos constitutivos y definidores de la identidad masculina es la noción de una demanda natural hacia una multiplicidad de compañeras sexuales. En relación a la sexualidad masculina, existe la creencia generalizada de que el impulso sexual del hombre es mayor que en las mujeres, por esta razón el hombre necesita tener relaciones sexuales con múltiples mujeres (Panós Instituto, 1995; Arthur & Osorio, 2002; Loforte, 2004). Existe una aceptación tácita de que la práctica de sexo con múltiples mujeres es un derecho y hasta una obligación natural del hombre. Las formas culturales de expresión de esa demanda natural de la sexualidad del hombre, son varias y se materializan a través del fenómeno llamado *amiguismo por los hombres y poligamia escondida por las mujeres* en Maputo**.** Las razones asociadas a estos *nuevos tipos de poligamia* son variadas e incluyen la creencia de que en el hombre es natural que tenga más de una mujer. Otro de los argumentos asociados a esta nueva poligamia es la virtual garantía de que su poder de procreación no será limitado por la posible incapacidad de la mujer de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tener hijos, justificándose así la necesidad de tener más de una mujer como garantía de procreación (Panos Instituto, 1995; Arthur & Osorio, 2002; Loforte, 2004).

La tercera razón que dan las mujeres para la existencia de *esta poligamia escondida* es que la tasa de masculinidad, ósea el nº de hombres por cada100 mujeres. En algunas zonas del país la tasa de masculinidad o el ratio de sexo son de media de 70 hombres por 100 mujeres. Existen regiones y distritos del país exportadores de mano de obra donde la tasa de masculinidad es de más mujeres por hombre. La tasa de masculinidad es siempre más alta en los centros urbanos y en los distritos importadores de mano de obra, es decir en los que no existe trabajo asalariado disponible. En estos lugares donde hay más hombres que mujeres es muy común la *poligamia escondida* y el *trabajo de sexo*. Las nociones de masculinidad diseminadas en el país incluyen la percepción de que un *hombre de verdad* debe de tener dos o más esposas y si no tiene limitaciones económicas también es bueno tener siempre una o dos amigas intimas además de la esposa para satisfacer su natural y exacerbado deseo natural de sexo, así como de su derecho natural por ser una sociedad patriarcal (De Bruyn et al., 1995; Arthur & Osorio, 2002; Matshine, 2005, Loforte, 2004).

Estas definiciones de hombres de verdad varían de acuerdo con el tiempo, con la situación social etc. También un *hombre de verdad* no es tan diferente del *hombre de verdad en Europa o en América*. Los hombres en Occidente tienen que tener un coche, dinero, las marcas exteriores de un hombre viril y sexualmente poderoso rodeado de mujeres jóvenes y bellas; es también el mismo modelo que tenemos en Occidente. La percepción de riesgo que las personas tienen en relación a su comportamiento sexual es muchas veces sólo responsabilidad del comportamiento de las mujeres. Las personas, sobre todo los hombres, tienden a creer que sólo están en riesgo si sus esposas o compañeras son infieles, en una mezcla de acusaciones y dudas para salvaguardar la posición masculina como factor o vehículo de transmisión del VIH / SIDA y así no tener responsabilidades.

Entre las mujeres de más edad existe otro tipo de percepción que está asociada a la conciencia de que están en verdadero riesgo y sienten una gran impotencia. Las mujeres más maduras tienden a afirmar que ellas son conscientes de que cuantos más compañeros tengan más riesgos corren de contraer el virus y las mujeres dicen saber que sus maridos o compañeros andan por ahí con otras mujeres, pero que no pueden hacer nada. Este sentimiento de impotencia de las mujeres más maduras, sobre todo de las casadas, es acompañado por el miedo a perder el hogar (Matshine, 2005). Se comprueba que la construcción de la identidad masculina va ligada a una

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

posición de dominación que favorece que se mantengan las altas prevalencias de VIH / SIDA (Arthur & Osorio, 2002). Esta pérdida de dominación y el sentido de liberación de las mujeres que también están tratando de ser independientes, se vuelve dominante y torna aún más fuerte esta situación. Muchas de las mujeres que son negociantes y practican el *Mukhero* son económicamente más poderosas que sus compañeros, hombres. Esta diferenciación produce un sentido de frustración en estos hombres.

11. LA IDENTIDAD FEMENINA

"…La construcción de la identidad femenina es llevada a cabo a través de múltiples procesos de socialización, y los ritos de iniciación sexual son su componente más formal en este sistema. Esta identidad depende de un conjunto de factores que van actuando sobre la estratificación social y van configurando las representaciones y prácticas sociales femeninas…" (Arthur & Osorio, 2002). En la identidad femenina se están observando varios modelos de comportamiento que coexisten a la vez, el tradicional y el moderno, las mujeres han tenido acceso a formación, tienen trabajo y más independencia del hombre. También coexisten casos de que se mezclan varios patrones refiriéndonos a la sexualidad y a la reproducción, como se comprueba día a día en Chamanculo donde vienen mujeres de todo tipo. Tanto en la percepción de las mujeres como de los hombres, se espera de las mujeres que estén subordinadas a los hombres, sean las servidoras de las necesidades sexuales del hombre en general y del marido.

Entre las mujeres se considera un *buen marido*, él que tiene varias mujeres o amigas fuera de las relaciones matrimoniales, monogámicas o poligámicas, pero no abandona el hogar dando a la mujer e hijos dinero para las necesidades de la casa. La infidelidad masculina es considerada inevitable por eso las mujeres consideran que no vale la pena esperar por un marido fiel o que tenga exclusivamente una mujer en su hogar. Esta discusión sobre la multiplicidad de compañeros sexuales en Maputo están asociadas a las percepciones unidas al VIH / SIDA a la población en general, *la poligamia escondida y el amiguismo* no son necesariamente entendidas como situaciones especiales que tengan implicaciones de riesgo de infección o de propagación del HIV / SIDA, a pesar de las innumerables campañas IEC dirigidas para la promoción de la fidelidad a un solo compañero (Arthur & Osorio 2002). Tener múltiples compañeras como amigas, además de la esposa es visto como sinónimo de masculinidad y virilidad para los hombres, y como un derecho exclusivo de estos. La misma situación cuando son las mujeres, las que mantienen diferentes relaciones

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sexuales con hombres, entonces son consideradas prostitutas y hechiceras. Es curioso esta idea de que las mujeres además de prostitutas son hechiceras, porque así se las culpabiliza de la entrada en la relación de los malos espíritus o de las nociones de ser culpables, sean o no lo sean, limpias o sucias, pero es el hombre el que mantiene esta posición de poder tan impresionante y las mujeres locales se ven obligadas a jugar con las mismas herramientas que ellos y darles respuesta con sus mismas posiciones y actitudes, para defenderse de su falta de respeto, consideración por ellas como personas, como mujeres, por abusar de su posición de poder, además de que ponen en riesgo la vida de ellas y de sus futuros hijos si contraen el VIH.

12. *LOS MATRIMONIOS TRADICIONALES Y EL LOBOLO*

Cualquier empresa agrícola familiar tiene que tener mano de obra y medios de producción para su huerto. El hombre busca la tierra que muchas veces está ligada al matrimonio, compra instrumentos de producción como azadas y otros materiales como simientes, y así se establece la base de una familia en las zonas rurales de Mozambique. Pero para realizar esta inversión, el *lobolo* de la mujer, las herramientas de trabajar el huerto y las simientes, el hombre tiene que ganar dinero. Para acumular este fondo inicial en dinero el joven busca trabajo asalariado entre sus vecinos o trabajando en empresas que existen en la región donde viven (Junod, 1996). Teniendo empleo asalariado este hombre posee una explotación agrícola cuyo tamaño depende del número de mujeres con quien está casado o la capacidad que tiene de comprar o de movilizar la fuerza de trabajo extra continua para ejecutar tareas en su propiedad agrícola. Existen actividades durante el ciclo agrícola que son sólo responsabilidad de la mujer o de los hijos cuando éstos existen y pueden trabajar. La imagen del hombre africano que no hace nada y que vive a costa del trabajo de la mujer es un mito, esto no quiere decir que no haya desigualdades de género y que el hombre no ejerza actos de violencia o de injusticia en relación a su pareja (conversación con Yussuf Adam, 2006).

Yo además opino que las que de verdad trabajaban y acarrean sobre sus hombros el trabajo más duro, las tareas de responsabilidad de la casa y de la familia son en su mayoría las mujeres, en este tipo de sociedades donde el modelo de sociedad patriarcal está todavía tan presente, los hombres ejercen su poder y se comportan de una manera irresponsable y explotan a sus mujeres, situación que parece mentira que se siga perpetuando todavía en estas sociedades en pleno siglo XXI y que desgraciadamente es muy común, este comportamiento lo mantienen tanto hombres ricos, como pobres, incultos o muy cultos o con un estatus social y económico alto. Los hombres en estas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sociedades no valoran y respetan a sus mujeres, están demasiado ocupados en jugar y creer que son muy poderosos.

El matrimonio tradicional constituye un importante cambio en las familias de la novia y el novio. Existen reglas tradicionales que deben ser observadas por ambas familias, la del novio y de la novia. Las reglas tienen dimensiones socio-económicas, culturales y significativas para asegurar la procreación la propiedad de la mujer por parte del novio y el pago de una compensación monetaria o *lobolo* a la familia de la novia ideológicamente justificada como una compensación por la pérdida de un elemento productivo en la familia. En caso de que el dinero no sea pagado, los hijos de esta unión pertenecen al padre de la novia en las sociedades patrilineales. En las sociedades matrilineales, en el caso de que el *lobolo* no sea pagado, los hijos pertenecen al tío o hermano de la madre (Junod, 1996). El *lobolo* tiene también un significado espiritual, esto significa que es un mensaje que es enviado a los *antepasados* informándoles de la salida de una familia de un miembro que va a vivir con la otra familia. El *lobolo* tiene la función de intentar crear una estabilidad matrimonial en la nueva pareja y entre las dos familias. Al involucrarse las dos familias, los miembros de la comunidad, incluidos los *espíritus ancestrales*, esto significa una contribución a la estabilidad matrimonial, así también como un mutuo respeto y fidelidad (Bukali, 2002).

Esta explicación es considerada por muchos analistas y por la propia FRELIMO una explicación ideológica para esconder una transacción comercial. Sin embargo, con el tiempo, en algunas comunidades que practican el *lobolo*, ahora no tiene el mismo valor que tuvo anteriormente. La disminución de la significación del *lobolo* es debido al resultado de la modernización y los niños, no constituyen más parte de la economía tradicional. Las parejas ahora con frecuencia simplemente informan a sus parientes o a los amigos de un matrimonio pendiente, en vez de consultarlos, o las parejas que simplemente se van a vivir juntas como casados. Las implicaciones de estas situaciones están aumentando la inestabilidad en las relaciones maritales tales como las reglas tradicionales, que no son más observadas estrictamente, teniendo como consecuencias frecuentes divorcios, múltiples compañeros de sexo, la subsiguiente exposición y el riesgo a la infección de VIH / SIDA (Bukali, 2002, Arthur & Osorio, 2002).

Comparando estas situaciones con las que suceden en Europa por ejemplo son la misma versión de lo que está sucediendo allí, simplemente que es un país pobre y en el que aún perduran modelos antiguos de abuso de poder y de falta de respeto por los derechos de las mujeres causado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

por su bajo papel o estatus dentro de la sociedad, Los hombres no quieren admitir que la vida y las sociedades están cambiando, esta situación social y cultural ha agravado considerablemente el problema del VIH / SIDA, especialmente cuando va unida a otras situaciones de desigualdad, como la pobreza o falta de trabajo o de educación formal. Mientras tanto los precios del *lobolo* en los últimos tiempos varían de acuerdo con el linaje y la pertenencia algún tipo de élite por parte de la novia, su educación o formación académica u otro tipo de características. El *lobolo* para una mujer licenciada en la universidad podía llegar a alcanzar los 300.000 meticais (sobre unos 3.000 dólares). Este precio está aparte de los gastos de la boda, las fiestas, de los regalos a los padres y familiares de la novia.

En la fotografía siguiente fue tomada en el norte de la provincia de Cabo Delgado y es una imagen muy tradicional de cómo viven las personas en esta área, se trataba de una familia delante de su payota.

Fotografía XVI: Una imagen tradicional del norte de Mozambique

Fuente: fotografia obtenida por la autora en diciembre del año 2007

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

13. EL DIVORCIO

El divorcio entre las parejas en las comunidades tradicionales en Mozambique incluye razones como la infertilidad, la impotencia, la violencia doméstica, una mujer perezosa, el adulterio por parte de la mujer, si un hombre es capaz de dar una vida mejor para su esposa y sus hijos, las mujeres son acusadas de brujas si algún hijo del hombre ha muerto (parece ser que la culpa es siempre de la mujer, no pueden existir otras razones como simplemente cogió una enfermedad, o no se le dio el tratamiento médico oportuno). Entre la población urbanizada los factores económicos (los factores materiales y de soporte financiero a la familia) y la multitud de compañeros sexuales, el tratamiento negligente al marido, la violencia domestica, por la existencia de otras parejas son las razones más importantes para la separación o el divorcio. La búsqueda de compañeros que sean capaces de dar mejores condiciones económicas, o aquellos que sean capaces de aumentar el número de hijos, estas situaciones aumentan la exposición a múltiples parejas y así aumenta el riesgo de la transmisión de VIH / SIDA. Generalmente, el divorcio que es iniciado por el hombre es socialmente más aceptado que el divorcio iniciado por la mujer. Una vez que la mujer está divorciada, la tendencia entre los hombres es a esperar que esté dispuesta sexualmente para ir detrás de ella y es considerada una prostituta después. En algunos casos, esto puede ser la única opción posible para que las mujeres sobrevivan. En todas las regiones de Mozambique, las situaciones de sexo comercial o de transacción en las que existe una relación directa o indirecta de cambio de favores sexuales por dinero o bienes, alimentos o vestuario, son prácticas comunes que asumen varias formas y no todas se consideran como identidad profesional, mantenerse a sí mismas, o implicarse en el sexo comercial o tener acuerdos con múltiples parejas (conversación con Yussuf Adam, 2006).

14. LAS PAREJAS DE HECHO TEMPORALES

Un fenómeno que está en los últimos tiempos ganando preponderancia, es el designado como *acuerdos temporales de matrimonio* se puede entender como una estrategia de supervivencia económica en un contexto marcado por el HIV / SIDA. Los profesionales ambulantes, camioneros están asociados a la idea de que son vectores propagadores de la epidemia de VIH. Bukali comenta en sus informes; "… estos acuerdos son realizados con el conocimiento de las familias, las mujeres les prestan asistencia en las actividades domesticas y establecn una relación sexual y afectiva. El hombre debe de responder con las obligaciones de un marido de dar a la mujer y a veces a la familia dinero o alimentos. Cuando el trabajo se acaba los hombres se van y la relación acaba, existen veces

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que se generan hijos de esas relaciones y después se quedan bajo la responsabilidad de la mujer… "(Bukali, 2002). Es una variación del mismo modelo, los hombres no se casan, mantienen relaciones temporales aquí y allá con varias mujeres además de la tienen en su lugar de residencia.

15. EL *SEXO SECO* Y OTRAS PRÁCTICAS SEXUALES EN EL PAIS

Cómo analizan Bagnol & Mariano (2006): "… Las mujeres por todo el país utilizan diferentes sustancias como Dethol, Savlon, una piedra llamada incienso, una mezcla de agua, sal, limón y vinagre, siguiendo las recomendaciones de los curanderos que les explican cómo hacer las mezclas con plantas, raíces y otros ingredientes para secar, limpiar, tratar de infecciones vaginales y para apretar la vagina de las mujeres. Otros autores (Mohamed et al., sin fecha en Bagnol & Mariano, 2006) explican que la práctica del *sexo seco* es para aumentar el placer sexual del hombre en detrimento del de la mujer. También explican que las mujeres buscan el tratamiento en los curanderos, en las unidades sanitarias para las infecciones de transmisión sexual y otros aspectos de la sexualidad, porque se vio que algunas prácticas sexuales son consideradas que tienen un origen espiritual y mágico. Los curanderos son responsables de realizar la *purificación de la paciente…* " (Bagnol & Mariano, 2006: 8).

Como me explicó Nyeleti, una informante clave en una conversación: *La mujer está llena de agua, es como un río y así no está buena para los hombres. A los hombres negros aquí, les gustan las* mujeres secas*, entonces las mujeres les preguntan a las amigas como podían conseguir las piedras que se ponen en el agua, se lavan con ellas el aparato genital o las hierbas y el aparato genital vuelve a encogerse. En el mercado de Xipamanine los PMTS venden todo este tipo de tratamientos para las relaciones sexuales diferentes y ellos te aconsejan como usarlos. Este tipo de relaciones sexuales pueden causar heridas a los hombres y mujeres, al eyacular el hombre es cuando se pueden contagiar más. Hay mucha gente en Maputo que tiene esta práctica sexual, aquí en Chamanculo hablamos con muchas mujeres que realizan estas prácticas, también muchas mujeres las esconden, porque cuando realizamos las inspecciones medicas vaginales en muchas mujeres es muy evidente el estado de deterioro de la vagina de la mujer que ya está contagiada de VIH / SIDA y por vergüenza no lo quiere confesar*.

Las nociones de *abrir / cerrar, humedad / seco, frío / calor* son extremadamente importantes para entender los fenómenos ligados a la sexualidad y la reproducción en el contexto del estudio realizado por Bagnol & Mariano (2006) para Naciones Unidas como parte de un multi - estudios

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sobre genero, sexualidad y prácticas sexuales en el centro de Mozambique y en otros lugares del mundo. " … La sexualidad está extremadamente ligada a la posibilidad de la procreación y a las nociones de placer para ambos compañeros. Para la concepción de un hijo son necesarias ciertas condiciones: es necesario una cierta humedad, una retención de los líquidos por parte de la mujer, en el hombre un cierto calor para que se realice el proceso de cocimiento que va a permitir la concepción de los hijos. El aparato reproductivo femenino es comparado con una olla donde se cocinan los hijos. Los labios pequeños de la vagina es la leña que alimenta el fuego que permite la cocción. Las metáforas ligadas a la sexualidad y la reproducción se refieren esencialmente a la preparación de la comida y la alimentación. La sexualidad es muchas veces comparada con el acto de comer. Cuando las personas comen se quedan con la barriga llena. De forma similar la mujer está embarazada cuando su barriga está llena. Estas concepciones son frecuentes en África Austral y ya han sido documentados en diferentes trabajos…" (Mariano, 1998, 2001; Feliciano, 1998; Bagnol, 1997: 22; Bagnol & Mariano 2006:). Para las personas en Mozambique que han pasado por el periodo de las guerras, sequias, hambre y pobreza, estas expresiones denotan la importancia de su significado.

Otras prácticas documentadas en la zona norte del país es el estiramiento de los labios menores de la vagina. (Arnfred, 2003; Bagnol. 2003) Ellas dicen que es necesario que sea evaluado el impacto de estas prácticas sobre la salud reproductiva porque pueden crear exfoliaciones, erupciones cutáneas y aumentar la fricción por colocar los labios dentro de la vagina para apretar el pene del hombre. Bagnol analiza las implicaciones de estas prácticas sobre la atracción de los hombres y los papeles de género. Arnfred (2003) realza la importancia de una etnografía más profunda para evitar los modelos occidentales preconcebidos que condenan una práctica que consideran pueda ser una mutilación genital. El test de la virginidad es igualmente realizado en la región central de Mozambique. Es necesario por tanto, que sean identificados los métodos empleados y las consecuencias de estas prácticas relacionadas con la sexualidad, sabiendo que pueden igualmente afectar las tasas de infección por ITS y VIH en función de las técnicas empleadas o de otros factores como que las chicas sean importunadas por hombres de más edad que están buscando a chicas vírgenes. Estas prácticas de dominación masculina están también ligadas a las prácticas e ideas de la dominación masculina, del macho sobre la sociedad o sobre las mujeres.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

16. LAS PRÁCTICAS SEXUALES CON COACCIÓN

En las zonas de frontera son particularmente sensibles a la aparición de fenómenos ligados al abuso sexual de menores, a veces en relación con la práctica de la prostitución (Bagnol, 1996). El alcoholismo, la naturaleza del hombre, la falta de legislación y la circulación de muchas personas, son las razones dadas para la existencia de abuso sexual. Las chicas estudiantes tienen que enfrentar el abuso sexual en las escuelas por parte de los colegas y profesores (Arthur & Osorio 2002). Muchas jóvenes son objetos de violación sexual por parte de los padres (por indicación del curandero) y otras chicas sustituyen a las hermanas o a las tías muertas. La violencia sexual sobre las chicas jóvenes continua siendo muy alta, a través de insultos y de acusaciones (transmiten enfermedades) a través de la obligación de practicar sexo sin protección (Generación BIZ / FNUAP, 2001; Arthur & Osorio 2002). En un estudio realizado en la ciudad de Maputo demostró que las mujeres casadas no habían tenido información científica sobre sexo. La vida sexual en este contexto reflejaba una ausencia de las normativas en el papel activo / dominante del hombre correspondiendo a la diferenciación de papeles y de funciones en la reproducción y en la sexualidad (Santos & Arthur, 1993 c).

En muchas áreas rurales está clara la percepción y la aceptación social del poder masculino sobre el femenino entre el matrimonio. La expresión soy casada implica un reconocimiento del derecho del marido sobre la mujer. La casa es del marido y también los bienes que en ella existen incluyendo la mujer. La poligamia es aceptada debido a la dependencia económica, cultural y social de las mujeres (Arthur & Osorio, 2002). Las practicas del sexo coercitivas suceden en muchas situaciones con hombres que tienen poder, autoridades o policías que están armados, están en las fronteras, cuando las mujeres que venden o practican el mukhero, son obligadas a mantener relaciones sexuales o tienen que pagar multas en forma de relaciones sexuales. El abuso del poder es también un abuso sexual, pues quien debe de decidir sobre la culpabilidad o no de estas mujeres y las penas a aplicar no debe de ser la policía sino por el juez. Esto demuestra que existe corrupción en el país a todos los niveles y que el sexo es una parte integrante de este sistema (Macave, 2005).

17. *LA ECONOMÍA DEL SEXO*

En Mozambique el concepto de recibir regalos o dinero por las relaciones sexuales es diferente a unos años atrás porque el pago se consideraba un regalo, por tanto el valor comercial o de pago era transferido para la esfera de los afectos pero en la actualidad estos valores han cambiado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

rápidamente debido a la pobreza, al VIH / SIDA, a los cambios bruscos y rápidos que ha dado la sociedad en pocos años. La tradición de pago por regalo es también una forma de construcción social, de legalización de una práctica considerada impura, ilegal, pecaminosa, la prostitución o la venta de sexo. Los programas de SIDA no han quedado fuera de este discurso de oposición entre las prácticas consideradas antiguas, por tanto buenas, y las prácticas modernas consideradas malas. En muchos estudios se ha visto que muchas personas pensaban que el VIH / SIDA es el resultado de un comportamiento promiscuo. Al mismo tiempo, las creencias tradicionales dictan que es una enfermedad solo curable por los médicos / doctores tradicionales y que la persona en cuestión debe de estar sujeta a las *sanciones sociales* (aislamiento, privación, discriminación) o muerte social impuestas por las normas tradicionales o por haberlas quebrado (Matshine, 2005).

De acuerdo con la información dada por Kindlimuka, cerca del 46% de las personas con VIH / SIDA han sido abandonadas por sus familias, amigos o han tenido que divorciarse después de haber revelado que eran VIH positivas. En el mismo estudio cerca del 61% de las personas viviendo con VIH dijeron que había intentando evitar el estigma. Se habían abstenido de decirles a sus familiares, a sus parejas, por lo menos durante un año, su estatus de VIH positivo, después de averiguar que eran VIH positivos (Kindlimuka, 2001). Existen personas que consideran que los mensajes de prevención de VIH son confusos y no son claramente transmitidos según su cultura. La confusión que tienen las personas está causada porque la información está mal transmitida, porque las personas entienden, miran, traducen lo que escuchan, y entienden otras cosas diferentes de la información que se pretende transmitir, este hecho lo vemos diariamente en el PTV en las personas que vienen a la consulta. Las mujeres en Mozambique y los hombres consideran muy normal mantener relaciones sexuales para conseguir apoyos y beneficios de personas que tengan más poder que ellas o que puedan facilitar que alcancen los objetivos que buscaban.

En un estudio realizado sobre el comportamiento de los policías con VIH / SIDA revela que algunos de ellos consideraban el SIDA como una enfermedad profesional. Como trabajan muchas veces por la noche lejos de sus mujeres y familias piensan que es normal mantener relaciones sexuales con otras mujeres sobre todo con aquellas que ellos han detenido varias veces por violar algún precepto legal o han practicado algún pequeño crimen (Macave, 2006). En vez de detenerlas o de pasarles una multa o de abrir un proceso, resuelven el asunto teniendo una relación sexual (violando o cometiendo estupro a la mujer que han interpelado). Esto significa que el sexo es una moneda de cambio muy común entre los hombres y las mujeres para conseguir aquellas cosas que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

quieren o necesitan. Muchos hombres locales van a Inhambane porque podían mantener relaciones sexuales con muchas mujeres a la vez, allí lo llaman mantener *relaciones sexuales por atacado*. Esta situación que es aceptada socialmente significa: que los hombres llaman a las mujeres por teléfono, les dicen *necesito de ti*, las mujeres vienen a buscarlos y ellos mantienen relaciones sexuales con varias mujeres. Los hombres dicen que las mujeres están felices de mantener relaciones sexuales así de esa manera. Después las mujeres los obligan a pagar el *lobolo*, a presentar el hombre a la familia y que el hombre reconozca que es efectivamente el marido. Sería muy interesante escuchar la opinión de las mujeres de Inhambane. Yo le pregunte a una amiga de aquella zona por esta cuestión y me respondió: *que los hombres son irresponsables y mentirosos y que no valía la pena mantener relaciones con ellos, que era mucho mejor buscar un hombre blanco que siempre iba a tratar mejor a las mujeres.*

A toda esta situación se añade que llegan cooperantes de la llamada Ayuda Internacional y entran en este circuito, teniendo el mismo tipo de prácticas y actitudes que los hombres locales, a los cuales critican, porque como llegan con dinero, casa y coche, se creen que son hombres poderosos por que tienen muchas mujeres detrás de ellos. Después en Europa y en América nos dedicamos a dar lecciones de moral, y exportarlas para los países del tercer mundo, cuando nosotros también tenemos mucho que limpiar dentro de nuestras propias casas, siempre existen excepciones y hay mucha gente que va a cooperar, son excelentes personas, realizan un trabajo y una labor muy importante. De acuerdo con un estudio llevado a cabo por (PSI, 2001), hay dos tipos de sexo comercial que han sido observados en Maputo:

1. **El primer tipo** que aún continua aceptado socialmente, son las relaciones entre una *niña / mujer* y un *hombre rico*. Generalmente hay una gran diferencia de edad importante entre la edad del hombre y de la chica. A la niña / mujer le dan regalos en intercambio por la relación sexual. Esta relación con un hombre rico parece aumentar el estatus social de la adolescente. Estas jóvenes muchas veces conocidas como *catorciñas* son odiadas por las mujeres oficiales que las acusan de destruir su familia y de robar a sus maridos. La prensa amarilla Magazine de fin de semana reproduce cartas de las mujeres oficiales quejándose de la situación. Las prácticas de estos hombres son consideradas pedofilia en los países desarrollados. Son los conocidos popularmente como *sugar daddies*.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

2**. El segundo tipo es a cambio de dinero,** la prostitución, a diferencia de la relación con un hombre rico, no es socialmente aceptada. De acuerdo con un estudio llevado a cabo por Kindlimuka, el 50% de los hombres entrevistados que han contraído VIH han declarado haber mantenido relaciones sexuales con prostitutas antes de haber sido diagnosticados de la enfermedad. En los estudios llevados a cabo antes de preparar el PEN, el estado del sexo comercial era el mayor determinante de la infección de VIH / SIDA en Mozambique (Kindlimuka, 2001). Durante el periodo colonial las prostitutas ejercían sus actividades en la antigua calle Araujo actualmente llamada calle de Bagamoio donde existían casas de citas, cabarets, lugares de striptease. En estos años en Maputo, en esta área, existen muchas mujeres dedicándose a la prostitución, y se puede ver que muchas de ellas son menores de edad. En esta área también vienen mujeres blancas a buscar hombres negros, gais buscando chicos negros y todos se buscan a todos, la impresión general es que se dan simultáneamente en la ciudad práctica de todo tipo de relaciones sexuales a cambio de dinero y el sexo sirve para complementar los ingresos familiares.

18. LAS HISTORIETAS DEL PERSERVATIVO

Matshine (2005) nos relato de forma interesante las diferentes historietas circulantes en el país sobre el preservativo: "… El repertorio de estereotipos asociados al preservativo masculino es vasto y diversificado lleno de connotaciones, insinuaciones, percepciones y significados. La mayor parte de estos estereotipos se refieren a la asociación de la *camisa de Venus* con la obstrucción de la libre circulación del semen en particular, y de los fluidos sexuales en general porque están cargados de valores y significados. También el preservativo es el factor que impide el disfrute del placer completamente y es expresado en diferentes términos. Las narrativas que apuntan al preservativo como un factor de impedimento para la obtención del *pleno placer* y de la *compensación* que es considerada implícita al acto sexual particularmente cuando hay una evidente transacción. Estas narrativas pueden ser agrupadas en cinco líneas de categorización:

1. **La primera de las percepciones lleva a la idea de bloqueo del contacto o la idea de estar tapado**. El primer conjunto de perspectivas además de resaltar la idea de valorizar lo natural, también está asociada a dos preconceptos importantes ligados a las formas de construcción de la masculinidad y la feminidad, en que se usan las metáfora como *vagina larga* para clasificar a la mujer, en este tipo se está dando a entender la idea de mujer de *mala vida, mujer gastada*, en oposición a la idea de que una buena mujer debe de tener el *sexo apretado, cerrado, casi virgen*, por

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tanto inviolado y no disponible para otros hombres, muy al gusto de las narrativas moralistas de promoción del recato en las mujeres. Por otro lado la idea de sexo apretado dentro del preservativo está asociada a las representaciones de hombre con el pene grande, como importante símbolo fálico distintivo al mismo tiempo caracterizado en función de su proporcionalidad, rescatando aquí los mitos sobre el tamaño de los órganos genitales masculinos de los hombres negros…" (Matshine, 2005:177).

2. "… **La segunda percepción está asociada a la noción simbólica y económica de apropiación de usufructo y compensación**. El segundo conjunto de percepciones sobre el preservativo está asociado a la idea económica de apropiación simbólica del otro*,* la demostración de *fuerza y de poder*, como en el caso de las narrativas que pregonan que el preservativo está bloqueando el aprovechar la situación o la compensación merecida, sobre todo en las relaciones en que el acto sexual es directamente cambiado por algo de forma inmediata o a posteriori. Otra de las concepciones asociada al uso del preservativo está asociada con el hecho de que los hombres creen que hacer sexo con preservativo representa una *derrota* para el hombre sobre todo en los casos de *sexo comercial o transaccional*, con el argumento de que no están siendo suficientemente recompensados por el dinero o los bienes que se han gastado. Sólo se considera un verdadero acto sexual aquel en que no se usa preservativo, y el autentico acto sexual es el *contacto carne con carne*. En esta perspectiva una relación sexual con el uso del preservativo es considerada incompleta. Eyacular dentro de la vagina es una de las nociones usadas para afirmar que una relación sexual es completa, hay que mojar a la mujer porque sin el liquido (esperma) dentro no siente verdadero placer sexual en este momento entonces está finalizado con éxito la relación. El uso del preservativo o el *plástico* es un impedimento para alcanzar ese placer sexual considerado verdadero para las mujeres según estas ideas de muchos hombres…" (Bagnol, 1988; Matshine, 2005:178).

3. "… **La tercera categoría está relacionada con las narrativas de confianza.** En la tercera categoría de estereotipos asociados al uso del condón se destacan las narrativas de confianza, en las que tanto los hombres como las mujeres ven en aquel que toma la iniciativa de solicitar o sugerir el uso del preservativo como una señal de desconfianza, en qué hacer sexo sin preservativo es una prueba de confianza, una prueba de amor y de ser una persona limpia. Las narrativas de confianza están fundamentalmente asociadas a las percepciones sobre comportamientos considerados como *desviantes*, y también asociados a las nociones de *libertinaje, prostitución*, *enfermedad e impureza, pruebas de un grado de abertura y entrega en las narrativas románticas…"* (Matshine, 2005: 179).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

4. "…**La cuarta del incentivo de las violaciones de las normas y de la moral**. La cuarta categoría está casi asociada a la tercera que clasifica estas narrativas de incentivo a la violación de las normas y de la moral. Esta vertiente de referencia es fundamentalmente, pero no exclusivamente, para actores en narrativas de conservadurismo y tradicionalismo, según los cuales el preservativo estaría estimulando la prostitución y la violación de las reglas. Por ejemplo andar con mujeres que por algún tabú tengan prohibido tener relaciones sexuales, tales como: las *viudas, mujeres con la menstruación o las que han abortado recientemente* (Matshine, 2005: 179). En la misma línea, en las campañas de promoción del uso del preservativo se están considerando que son el incentivo del inicio precoz de la sexualidad y el abandono de las normas que estos actores, sobre todo las instituciones religiosas, ven como incentivo del abandono de la fidelidad y de la abstinencia sexual. La idea de introducción de estos valores considerados nuevos sería una causa de la propagación de las enfermedades, en este caso específico del preservativo, la idea que se transmite es que *la introducción de plásticos* en el *cuerpo* es la que está *matando los jóvenes porque antiguamente eso no existía…"* (Matshine, 2005:180).

5. **La quinta categoría de estereotipos sobre el preservativo** nos remite al método de usar el preservativo como un factor de impedimento, que es un valor primordial y constitutivo de la *masculinidad o la feminidad, la fertilidad y la reproducción*. Tanto los hombres como las mujeres esperan tener hijos y reproducirse. El discurso sobre el sexo seguro entra en contradicción con estas prácticas y creencias, no se establecen canales de diálogo conciliatorios, se proponen solamente situaciones drásticas, de ruptura y de pérdidas de los valores considerados importantes para las poblaciones que se reproducen en torno a esas creencias…" (Matshine, 2005: 181). Entre ellas están: tener hijos es un indicador importante en los *conceptos indígenas* de *pobreza o riqueza*. La *mujer infértil* puede ser devuelta a su familia por el novio y recuperar el *lobolo* para buscar otra mujer fértil. La *fertilidad* y la capacidad de *procreación* de la mujer están también asociadas a la idea de que este sería el principal recurso que la mujer tenía para retener el *marido* y el *hogar…"* (Matshine, 2005:181).

La próxima fotografía fue tomada durante una de las formaciones que facilitaban los pacientes expertos en el Hospital de Chamanculo con camisas de Venus, condones femeninos en los GATVS del hospital y donde se explicaba hasta el último detalle cómo se debe de utilizar la camisa de Venus y donde se distribuye libremente los dos tipos de preservativos para estimular el uso entre las personas que vienen a nuestros centros.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XVII: La prevención del SIDA en Chamanculo

Fuente: realizada por la autora junio 2009.

La percepción de la importancia de tener hijos también es considerada en los casos en que algunos niños mueren, como un precio a pagar a los antepasados para que el resto de los niños de la familia permanezcan vivos. La conciencia de que la mortalidad infantil tiene índices elevados en estas comunidades está también justificando el principio de intentar tener muchos hijos, para asegurar que algunos de ellos puedan sobrevivir, en un universo en que se cree que el valor del tributo a pagar a los antepasados, en número de hijos que mueren es inestimable. Además existen narrativas que vienen del semen en sí mismo, porque es un *fluido cargado de valores y con un poder tal* que si es dejado *circular libremente* en el organismo de la mujer, contribuye para el buen desarrollo físico de la mujer. Esto significa que las mujeres necesitan del esperma de los hombres para que se les desarrolle el pecho, tener mejor circulación de la sangre y mejorar la belleza de su piel (Matshine, 2005: 181). Además es durante el embarazo de la mujer, cuando el hombre tiene que mantener relaciones sexuales con su mujer sin preservativo por una razón muy importante; porque con su esperma está alimentando a su hijo. Estas ideas también me las explicó un hombre que había vivido en Alemania, vino acompañar a su mujer que estaba embarazada de su primer hijo, tenía SIDA y estaba en tratamiento antirretroviral. Él después de realizarse el test tuvo un resultado negativo y durante todo el embarazo se negaba a usar las camisas de Venus por la razón expuesta

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

anteriormente. Fue el único hombre en dos años que tuvimos en la consulta que acompañaba a su mujer y estaba abierto para hablar y discutir cualquier tema relacionado con su situación familiar o sus creencias. Todas estas creencias ya habían sido recogidas anteriormente por Junod.

19. LAS PRÁCTICAS HOMOSEXUALES

El SIDA ha estado desde el inicio asociado muchas veces a prácticas sexuales variadas. Las discusiones sobre sexualidad eran generalmente consideradas tabú en la sociedad mozambiqueña y los debates sobre las orientaciones sexuales habían sido frenados. Aunque no existía una persecución de los gais y lesbianas, su aceptación social era por lo menos en el discurso público repudiada. Sergio Vieira (un político de la FRELIMO) escribió una de sus cartas a sus muchos amigos en un periódico de Maputo, en que decía que aún era muy pronto para aprobar la ley de gais y lesbianas porque había en todas las familias personas así, pero la sociedad mozambiqueña no estaba aún preparada para este debate. Algunos artículos aparecidos recientemente en la prensa mozambiqueña muestran como la práctica de sexo entre hombres es común en las minas de Sudáfrica. Normalmente los hombres en Mozambique y las mujeres tienen grandes dificultades de hablar sobre su propia historia sexual. Revelaciones sobre las prácticas de sexo con prostitutas, o con personas del mismo sexo no son prácticas corrientes. Las lesbianas de Maputo llamadas en lenguas locales mujeres-hombres, *wasati,* normalmente no revelan públicamente su orientación sexual pero no parecen estar estigmatizadas o discriminadas por esta situación (Arthur & Osorio, 2002). Existe una comunidad gay en Maputo desde hacía tiempo que intenta salir del armario en los últimos tiempos luchando por que sean reconocidos sus derechos.

Pedro me contó que conoció un sujeto que llamaba la *Madame***,** este era un joven de 16 años que vivía con un gay extranjero. Cuando su amigo se marchó el joven montó un negocio de contactos. No había teléfonos celulares en aquel tiempo y él tenía una larga lista de contactos, números, nombres, tipos de hombres, ofrecía un menú para quien quisiese, hombres, negros, mulatos clasificados según su estilo a la hora de mantener relaciones sexuales tales como: agresivos, dulces y cariñosos, tamaño del pene, prácticas sexuales en las que eran buenos. Además de ofrecer sus chicos a sus conocidos gais también los ofrecía a sus conocidas blancas. Hoy en día es un hombre casado con 2 hijos pero continúa manteniendo relaciones homosexuales. No existen asociaciones públicas legalmente reconocidas de prostitutas, gais (Arthur & Osorio, 2002). Las lesbianas eran típicas de las zonas rurales en Mozambique. Las prácticas homosexuales son

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

comunes, por ejemplo en Mueda, también en el resto del país. Muchas mujeres crean *los grupos de Mapico*, son grupos que en el pasado eran sólo de hombres. Muchos de estos conceptos y posicionamientos son racistas y etnocentristas. Se acusa a *los otros* de ser depravados cuando son prácticas humanas, aceptables en sus propios grupos pero que han ido cambiado y en los últimos años se juzgan las prácticas con más moralidad aunque se sigan practicando. Los hombres africanos piensan que los homosexuales son los blancos pues los negros tienen una fuerza sexual por la que cuál no necesitan tener sexo con hombres. Junod ya se refirió a que en su época ya se sabía que los hombres tenían sexo con hombres en las minas de Sudáfrica. Muchas publicaciones de la iglesia portuguesa de Sudáfrica criticaban la homosexualidad (Junod, 1996).

20. CONCLUSIONES

La discusión del comportamiento sexual de la sociedad mozambiqueña en los diversos grupos sociales, por clases, edades, profesiones, no está estudiada, ni de los hombres ni las mujeres y la discusión de estos asuntos es casi tabú. Hacen falta estudios serios sobre la sexualidad en este país. En los estudios analizados sobre la descripción de las relaciones sociales en las familias es muy estereotipada y no refleja realmente la realidad, las prácticas sexuales, la promiscuidad, el abuso a menores, a las mujeres o el incesto. La política ha dado cambios muy rápidos, con ella la vida, la cultura y la sociedad del país. La posición de la mujer es muy vulnerable y acumula diferentes tipos de vulnerabilidad como la pobreza, desigualdad de género, falta de estudios, oportunidades de empleo, acceso al poder político real. También demuestra que la posición de la mujer en la sociedad mozambiqueña tiene un estatus muy bajo y deben de luchar fuertemente contra todos los estereotipos culturales de los hombres para ser mínimamente respetadas. Los hombres continúan detentando el poder en la sociedad del país, acusando a sus mujeres, utilizándolas y no respetándolas por que los hombres no las valoran como seres humanos iguales a ellos. Es necesario que cambien de forma importante las normas de género en Mozambique y que los hombres sean educados para respetarlas, así la posición de las mujeres, de los niños, y las chicas jóvenes cambiara mucho.

El conocimiento social de la situación de las prácticas sexuales y el SIDA es amplio pero se intentaba ignorar en el debate público y en la realidad. Los funcionarios del Sistema Nacional de Salud conocen la realidad porque tienen que enfrentarse a ella cada día. Los matrimonios prematuros, la violación de niños y de jóvenes en las ceremonias de iniciación sexual son conocidos pero poco discutidos y pocas medidas han sido tomadas sobre el asunto. Un debate profundo y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

global sobre el VIH / SIDA, la violencia domestica, la discriminación sexual, la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, no existe en Mozambique de una forma continuada. Ciertos temas que están de moda porque hay alguna campaña internacional o financiación específica de ONG´S u organismos internacionales acaban por dominar los programas de televisión, las discusiones en la radio, los artículos en los periódicos. Estas campañas, cuya importancia nadie puede negar, tienen como resultado probablemente no deseado el encubrir la totalidad de los problemas, el árbol acaba por esconder la selva.

La descripción de los comportamientos sexuales, de las instituciones, las prácticas sexuales, de las enfermedades y de las explicaciones locales son construcciones sociales, sea de los informantes o de los analistas. Mi análisis en las páginas anteriores sobre el ambiente económico, político, sexual, cultural en el que la epidemia se desarrolla, muestra como mi propio análisis, como el análisis de otros analistas y de mis informantes son socialmente construidos. Mi sorpresa ante el uso de vibradores o sobre el comportamiento dual de los hombres que dicen que no son homosexuales, pero mantienen relaciones sexuales con hombres, en muchas ocasiones por dinero y no lo reconocen, ilustra mi punto de vista. La representación que hacemos de estas prácticas y de estas instituciones socialmente construidas deriva de cierta manera de una forma de concebir al otro como diferente por razones casi folclóricas, somos diferentes pero somos iguales.

El esfuerzo que ciertos analistas (Osorio, Arthur, Santos) han llevado a cabo para mostrar un proceso de transformación de prácticas e instituciones en un esfuerzo por neutralizar el concepto de las prácticas tradicionales africanas, muchas veces subrayadas por los estudios antropológicos, lleva a decir que nuestros análisis son investigaciones culturalmente construidas. Compruebo también que mis experiencias, observaciones y comprensiones muestran que estoy delante de fenómenos, hechos e instituciones complejas que son ideológicamente, políticamente y socialmente construidos. La mayor parte de las explicaciones y de las distintas fuentes que utilicé, muestran constantemente que existe siempre un tipo de representación cultural que escapa al investigador y al analista por más cuidadoso que sea véase el análisis de Bukali sobre los matrimonios o las relaciones de acuerdo temporal, o cuando son socialmente legalizadas o autorizadas porque los padres tienen conocimiento o las interpretaciones locales sobre la prostitución sea comercial o no comercial. Las relaciones sexuales ocasionales con regalos son relaciones sexuales pagadas con dinero, lo que cambia es la forma de pago o de retribución pero por esto no deja de ser un proceso de cambio de sexo por pago o en dinero o en especies y continua siendo comercio.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO VII

LA INFLUENCIA DE LAS RELIGIONES Y LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA ÉPOCA DEL SIDA

1. INTRODUCCIÓN

A inicios de los años 90 y con la firma de la paz en el año 1992 en Mozambique, resurgió un nuevo interés por la Medicina Tradicional en Mozambique. Hubo un aumento de los estudios realizados sobre la Medicina Tradicional y las prácticas de los PMTS (practicantes de la Medicina Tradicional). La búsqueda y el rescate de las prácticas que eran consideradas importantes desde el punto de vista cultural, social y curativo. Estos estudios fueron realizados por diferentes disciplinas científicas y sobre diferentes áreas de estudio tanto de las ciencias sociales como de las ciencias biomédicas del *multiculturalismo* del país con respecto a la riqueza, la diversidad de las prácticas de la Medicina Tradicional y los tratamientos usados por sus componentes. Las prácticas curativas indígenas, y sus practicantes, fueron objeto de estudio de diferentes especialistas en varias disciplinas desde el siglo XIX en Mozambique. Existían referencias de trabajos interesantes de Fray João de los Santos y sus obras realizadas durante el siglo XVII, sobre los practicantes locales de Medicina Tradicional, sus estrategias, los rituales y las prácticas de cura. Después otro misionero suizo Junod realizo estudios en el área de Maputo y a 20 km en Ricatla sobre las prácticas sociales, culturales y medicas de los Tsonga, desde finales del siglo XIX hasta los inicios del siglo XX. Junod escribió una gran variedad de artículos sobre la cultura Tsonga de gran interés etnográfico y lingüístico, ya que fue él quien empezó a escribir el alfabeto y gramática para la lengua *Tsonga* (actualmente *Rhonga*), más tarde fueron recompilados en libros.

Independientemente de las recomendaciones realizadas en 1988 en el ámbito de la puesta en marcha del programa nacional de SIDA, el MISAU admitió que el Sistema Nacional de Salud cubría solo del 30% al 40% de la población total del país. Estas estadísticas no decían que la mayoría de la población iba a buscar los tratamientos médicos a los PMTS porque poseían la misma cultura y las mismas creencias (PEN, 2002). También se notó, con el fin de la guerra, un aumento en el número de las religiones porque comenzaron a aparecer nuevas iglesias, con la epidemia del VIH / SIDA están teniendo una notable influencia en el contexto del país. El ambiente en que se desarrolló la epidemia desde el inicio tuvo estos componentes: la guerra de liberación colonial y el cambio a un sistema político comunista, otra guerra civil, el inicio de un gobierno democrático, los practicantes

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de la Medicina Tradicional que no querían perder su poder y sus áreas de influencia en la población, las Iglesias Católicas, Protestantes, Ortodoxas y cuando se iba acercando el fin de la guerra empezaron a entrar muchas iglesias de diferentes confesiones a las ya existentes al país, el impacto que todas estas circunstancias unidas han tenido en la vida del país y en sus habitantes ha sido amplio. Voy hacer un breve análisis de la situación que atravesó la nación para poder entender el contexto general y los cambios que han afectado a los sistemas plurales de salud existentes en Mozambique en los 30 últimos años.

2. LA INFLUENCIA DE LAS DIFERENTES RELIGIONES EN LA PANDEMIA

Las autoridades de las diferentes iglesias, religiones, creencias, sectas en Mozambique consideran a los enfermos responsables en los discursos que realizan en las celebraciones religiosas porque han adquirido el VIH / SIDA, han violado las *leyes divinas, sociales, de la familia* y sobre todo las normas de la religión que profesan. Estas religiones continúan transmitiendo el mensaje de que el SIDA es el resultado de comportamientos desviantes delante de las normas de sus iglesias. Muchas de estas creencias, sectas e iglesias siguen repitiendo los mismos mensajes, en vez de mostrar algún tipo de empatía, solidaridad, movilizar los apoyos y ayudas para los miembros de su congregación que están enfermos y necesitan ayuda. Los dirigentes religiosos insisten en dar sermones a sus feligreses y se pide volver de nuevo a los valores de cada religión que consideran a los enfermos pecadores. El único tratamiento que proponen a sus acólitos es de tener todavía un comportamiento más religioso, cumplir las reglas de su iglesia, confesar sus pecados y esperar a que Dios acepte su confesión, los perdone y los cure. El SIDA no ha sido tratada como una enfermedad más sino como un pecado y estos grupos diferentes de religiosos, que andan dando sermones, parece ser que no tienen en cuenta que la obesidad o los niveles de azúcar de la diabetes que también sufren los curas y religiosos, no son muy diferentes de los síntomas clínicos de la enfermedad del SIDA que debe ser considerada una enfermedad crónica más. Además muchos de estos religiosos también mantienen relaciones sexuales con la población local y muchos de ellos también tienen la infección y la llevan de forma escondida y en secreto.

La Iglesia Católica hoy en día y otras denominaciones religiosas prohíben ciertas prácticas mágicas - religiosas a sus fieles. Los sacerdotes no aceptan que sus creyentes frecuenten a los PMTS, pues esto implica que no crean en el monoteísmo y también crean que los espíritus de los muertos son dios, además los jefes y los reyes locales que mantienen las unidades políticas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

teocráticas son considerados dioses. Las personas normalmente cambian varias veces de iglesias y de denominaciones religiosas, aceptando aquellas religiones que permiten la práctica de algunas actividades tradicionales como el uso de los curanderos, la creencia en los espíritus buenos, malos y de otras prácticas culturales. Los religiosos, aunque cada uno de ellos considere que sus dioses son los mejores, tienen la mayoría la misma posición. Consideran que el enfermo es culpable, merece la enfermedad, porque ha cometido un pecado. Para el cristiano esta falta, es haber violado las reglas de los siete mandamientos, haber mantenido prácticas sexuales no admitidas, practicando sexo anal o haber mantenido relaciones sexuales en posiciones prohibidas o con varios compañeros. El sacerdote de las religiones tradicionales que no se debe de confundir con un PMT pero que muchas veces asume el mismo papel o actúa con los mismos valores. La culpa es del enfermo porque violó los tabúes, los ritos, y además realizó prácticas sexuales cuando era prohibido mantener sexo con una mujer impura, que estaba sangrando o porque estaba en el periodo de menstruación o porque tuvo un aborto. Para los representantes de las iglesias protestantes y Pentecostales la culpa es del hombre y de la mujer sobre todo del diablo que los manipuló. Los islámicos consideran que la culpa es del enfermo que no ha respetado las leyes islámicas.

Cada una de las religiones tiene su modelo, el católico, (la poligamia, el sexo fuera del matrimonio, las prácticas sexuales que no sean en la posición del misionero, la homosexualidad, el sexo sólo es justo cuando es para reproducirse). El protestante (el sexo fuera del matrimonio, la poligamia), los practicantes tradicionales (las relaciones sexuales cuando están prohibidas, la polución de las mujeres, de la muerte) y los islámicos (sexo sin estar de acuerdo con la Sharia, con las mujeres legales) y la causa de la enfermedad es el pecado para todas ellas que tienen más o menos bien definido *el culpable:* la sexualidad, el comportamiento sexual, el comportamiento sin reglas de los hombres y de las mujeres. En el fondo todos se están oponiendo a la modernidad, a los nuevos valores vigentes en gran parte del mundo, de que cada persona sea libre para tener las prácticas sexuales que desee, y culpan a la pandemia. La solución para cada uno de los grupos pasa por la restauración del orden social tradicional antiguo que da poder a los hombres, restaura su amor propio, reduce su conciencia de castración. El SIDA surge en un contexto en que las mujeres ganan una libertad de acción en sus vidas y sexual muy vulnerable además porque ellas son muchas veces, las que ganan el pan nuestro de cada día y de cada noche. El sexo es una mercancía, da acceso a la movilidad social, la riqueza y al poder económico. De acuerdo con una serie de estudios llevados a

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

cabo, la religión es un factor importante cultural, que influencia el comportamiento sexual (Pfeiffer, 2004).

La práctica de relaciones sexuales antes del matrimonio es una trasgresión o un pecado de acuerdo con el Cristianismo, el Islam y otras religiones. Los líderes musulmanes son también importantes líderes tradicionales en algunas comunidades enseñando a los chicos jóvenes, son los profesores de los ritos de iniciación, y por esa razón juegan un rol importante en la educación sexual y reproductiva de la juventud. La poligamia es aceptada por la sociedad musulmana y las sociedades que continúan con las normas tradicionales. El hombre que es económicamente rico tiene la libertad de casarse con varias mujeres y tener muchos hijos. El divorcio es fácil de obtener, si un hombre opina que su mujer no le satisface, es simple conseguir el divorcio. Es obvio que el divorcio puede ser un factor de riesgo para coger la infección, volverse a casar aumenta el riesgo a que otras personas puedan ser infectadas con VIH / SIDA (Bukali, 2002; Arthur & Osorio, 2002). Este rico del divorcio es también una construcción social pues pone a las mujeres bajo el control de los hombres, la legitimidad de poder escoger a las mujeres depende de los hombres y de su relación con ellos. Así los hombres mantienen el poder y el control sobre las mujeres de su entorno y la pérdida de este poder no lo pueden consentir, tienen que actuar contundentemente sobre las mujeres.

Las propias ONG´S y la OMS cuando intentan establecer que la mujer está en una relación sexual estable confunden las prácticas de riesgo con un tipo de matrimonio, de familia o de agregado familiar. En contraposición a esta situación, en las estadísticas que publica el MISAU, los niveles de prevalencia de VIH en las zonas donde se concentra la población musulmana son las zonas que tienen las prevalencias más bajas del país. Existen varias etnias y diferentes grupos en la población en Mozambique que practican la poligamia aunque pertenezcan a religiones como el cristianismo que prohíbe la poligamia. En las discusiones que hubo en el parlamento del país para llevar a cabo la formulación de la ley de la familia y la ilegalización de la poligamia, éste fue uno de los temas más debatidos. Los políticos encontraron una fórmula especial que en teoría prohibía la poligamia pero en la realidad deja a las personas la elección del tipo de familia que quieran constituir. Esta fórmula ha traído como consecuencia que cada uno hace lo que quiere y la poligamia reconocida o escondida es una práctica muy habitual. Esta situación ha influenciado de forma muy importante las situaciones que más adelante voy a comentar. En la fotografía siguiente muestro a un practicante de la Iglesia de Sión, o como allí los llaman popularmente *masione***.** Todos los días en la playa de Maputo es frecuente encontrar a estas personas celebrando sus ritos. Son adoradores del sol, su

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

templo era la playa y la naturaleza. En el mar es donde realizan sus celebraciones, ritos, bautismos y purificaciones. Es una religión que practica el sincretismo e incluye en sus creencias elementos de diferentes religiones

Fotografía XVIII: Masione preparando el ritual en la playa de Maputo

Fuente: fotografía realizada en marzo 2006 playa de Maputo por Oliver.

3. EL PRIMER CONGRESO DE VIH / SIDA EN MAPUTO

En el primer consejo Nacional del SIDA realizado en Maputo en el año 2008, había una nutrida representación de líderes de diferentes formaciones religiosas, de PMTS de todo el país. También fue una evidencia en el Congreso las representaciones de las diferentes religiones y los PMTS estaban involucrados en diferentes tipos de proyectos de VIH /SIDA, algunos de estos religiosos tenían posturas morales que eran vergonzosas en mi opinión y con gran influencia en las poblaciones locales. Existía en concreto un proyecto llamado *Luz Celeste* que todos sus componentes iban vestidos de azul celeste brillante, pertenecían a una nueva iglesia de origen brasileño, durante la presentación de su proyecto, su trabajo con los enfermos mostró que era un sincretismo de un montón de creencias, intente realizar una entrevista a uno de los responsables, el jefe envió a uno de sus ayudantes a sacarme fuera de la sala porque hacía preguntas muy molestas, ellos no querían discutir sus ideas y sus trabajos, solo querían cantar y bailar realizando una especie de celebración religiosa en medio del Congreso.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Personalmente creo que todos los proyectos que ayuden a los enfermos a vivir mejor y los ayuden de verdad en sus barrios deben de ser bienvenidos, pero se tiene de regular la cantidad de proyectos insólitos donde las personas utilizan a los enfermos, los engañan y les prometen cosas extrañas. En este Congreso, hubo un debate entre todos los representantes de las iglesias y en este debate un grupo de antropólogas trabajando en diferentes proyectos relacionados con programas de VIH / SIDA de organizaciones internacionales, les contestamos a sus posiciones moralistas, en las que culpaban y trataban mal a las mujeres, que derivó en una discusión enorme, en especial con los representantes de grupos religiosos islámicos cuando comenzaron a hablar sobre el papel de las mujeres en la epidemia del VIH / SIDA porque dieron a entender que la mujer es pecadora y culpable por el VIH / SIDA. La discusión subió tanto de tono que nos acabaron cortando la sesión porque se estaba volviendo una batalla campal. Los líderes religiosos quieren controlar la sexualidad de la mujer reduciéndola a un acto de procreación.

Estos son ejemplos claros del disciplinar y castigar pues el VIH /SIDA es la señal de que el pecador ha sido castigado. Los PMTS, si bien son más liberales en cuanto a la utilización de la camisa de Venus, de los tratamientos propuestos por los servicios nacionales de salud y las ONG internacionales que financian muchas de sus actividades, también consideran que el SIDA es sólo curable si los valores de sus etnias, el respeto, la obediencia de la mujer a su marido y a su padre son mantenidas. Personalmente creo que las congregaciones religiosas deben de ayudar más a los enfermos materialmente, espiritualmente, dejar de dar tantos sermones y lecciones de moral cuando muchos de ellos no respetan estos principios. Siempre existen excepciones, y grupos religiosos que realizan trabajos excelentes, pero tiene que ser por humanidad no empujando a las personas a pertenecer a un grupo religioso por obligación o necesidad.

Existían proyectos liderados por grupos religiosos como el proyecto DREAM que es de la Comunidad de Santo Egidio que pertenece a la Iglesia Católica, este es un proyecto que funciona con unos estándares de calidad científica buenos en Maputo, y como este ejemplo existen más, afortunadamente siempre existen excepciones. Es preciso distinguir entre las posiciones de las diferentes religiones, el acta pública, lo que dicen cuando están en frente de los otros, y el acta privada o como se comportan en privado. El acta pública es siempre de caridad, protección, perdón. El acta privada es de la culpa, el pecado, de la responsabilidad del individuo que es castigado porque no respeto ni cumplió lo que Dios dice.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En la imagen mostrada es la fotografía de un arzobispo de una iglesia evangélica en el primer Congreso Nacional de SIDA. Esta iglesia es interesante por el sincretismo que practica mezclando unas creencias con otras, tienen una posición más tolerantes y humanas hacia las personas con la infección o enfermas de VIH / SIDA, por lo menos esa es su postura oficial que otras creencias.

Fotografía XIX: Un arzobispo muy peculiar

Fuente: Fotografía realizada por la autora en octubre 2007

4. LOS SISTEMAS MÉDICOS PLURALES

Las políticas de la salud del estado post-colonial fueron afectadas por los paradigmas de desarrollo adoptados durante la guerra, por la falta de recursos y también por los modelos internacionales muy en boga en aquella época, en los cuales en 1978, en Alma Ata se celebro la primera gran conferencia mundial. Mozambique intentó construir un modelo de Sistema Nacional de Salud que fue considerado ejemplar en aquel tiempo. Las transformaciones que intentaron realizar los políticos en el poder durante el período de la post-independencia al sector de la salud, si bien mejoraron el acceso de la población a los centros sanitarios, dejaron mucho que desear a otros niveles pues no consiguieron mejorar el estado de salud de la población, ni mantener un sistema

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sanitario que diera los cuidados de salud que la población necesitaba y disminuir la carga de las enfermedades. La crisis social y económica también se sentía en los hospitales, que eran lugares más de muerte que de curación, y la población solo recurría a sus servicios en última instancia. Muchos enfermos antes de acudir al hospital iban a recibir tratamientos con otros prestadores de cuidados de médicos: tales como las consultas privadas de enfermeros, los sirvientes del hospital, los practicantes de la Medicina Tradicional y actualmente también con PMTS venidos de otros países de África. Hay muchos tipos diferentes de curadores dentro de los PMTS, existen muchas diferencias entre los prestadores de cuidados de salud, las instituciones, las misiones, los practicantes y las culturas médicas.

La presencia de la Medicina llamada Tradicional que nunca ha sido muy tradicional porque muchos PMTS usan antibióticos y otros medicamentos combinándolos con sus tratamientos, al mismo tiempo que se confunden a los hechiceros con los curanderos. En un estudio realizado en Maputo, fue comprobado por los científicos sociales que fueron desviados muchos medicamentos de las farmacias de los hospitales, en los centros de salud y eran adquiridos por los PMTS, éstos ayudaban a curar las enfermedades complicadas, sobre todo las ITS, los curanderos pedían al personal sanitario principalmente fármacos como; tetraciclina, penicilina, contra la malaria, paracetamol y otros medicamentos para administrar a sus pacientes mezclándolos con los suyos propios (Adam et al., 1998).

Cada sistema médico está basado en una serie de teorías y en los conceptos derivados de estas teorías considerados por ellos sus datos empíricos, en la clasificación de las enfermedades, en una cierta farmacopea y una serie de comportamientos rituales. La diferencia entre los dos sistemas de salud tiene que ver con dos grandes teorías; la Biomedicina se basa en la teoría de los gérmenes que ha ido evolucionando con las evidencias probadas de la Medicina Científica, algo real, demostrable, y la segunda la *teoría de los espíritus* de la Medicina Tradicional, de los *muertos vivos o vivos muertos* que influencian la vida de los vivos. Se trata de dos cosmogonías, dos visiones del mundo, de teorías completamente diferentes. Son dos sistemas epistemológicos completamente diferentes, la lógica de los *tratamientos de los espíritus* aunque utilicen plantas, hierbas, baños purificadores, sólo funcionan si el enfermo las acepta y cree en los valores de la *magia, del hechizo y de la existencia de los espíritus*. Muchas veces los pacientes o las personas que buscan los cuidados tienen diferentes itinerarios de salud, van de un sitio a otro visitando diferentes recursos terapéuticos hasta que encuentran el bienestar. Todos los PMTS tienen un menú de sus tratamientos,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

van utilizando unos tratamientos y otros hasta encontrar el resultado que esperan, pues el bienestar de los pacientes es también un valor concreto. Existe endogeneidad y heterogeneidad en los valores, pero no hay un espíritu que impida al virus cambiar, no hay rezos y oraciones, ni sangre de gallina, ni amuletos, ni tampoco los huesos adivinatorios que impidan que el virus del VIH pase de un individuo para otro.

5. LOS PMTS DURANTE LA GUERRA CIVÍL

Los hechiceros que vivían en las zonas bajo el control de la oposición (RENAMO) tenían el apoyo de esta organización y ellos apoyaban a la organización a su vez. Ellos ayudaban a movilizar a la población en casos de peligro y a que los *espíritus de los antepasados* protegiesen a los guerrilleros de la RENAMO contra los soldados del gobierno porque los *hechiceros* consideraban que éstos estaban en contra de la *tradición, las religiones tradicionales y los espíritus protectores*. La creencia en los PMTS no era solo monopolio de la oposición, en algunos lugares sobre todo en las provincias de Gaza e Inhambane existían también espíritus propios protectores de esas zonas, como el espíritu Mongoi, que los soldados de la FRELÍMO consideraban sus espíritus protectores. Cualquiera que sea la discusión pública sobre el papel de los PMTS durante la guerra, los militares de los dos lados recurrían a ellos tanto para recibir tratamientos como para movilizar a la población y también para recoger información útil para las operaciones militares.

Las diferencias que había entre la FRELÍMO y la RENAMO, era que la oposición públicamente decía que apoyaba a los PMTS, a los espíritus y a las personas que los encarnaban**.** La FRELÍMO consideraba a estas personas como detentores de algún tipo de saber, pero llamaba la atención sobre los mito*s* que los rodeaban. Los PMTS y sus prácticas formaban parte de una agenda de los conflictos entre el gobierno, la oposición, que en el fondo se trataba de una lucha por la conquista del poder y por la instalación de un régimen político defendido por la oposición (entrevista con Yussuf Adam, 2006). El renacer del interés por la Medicina Tradicional y por sus practicantes tenía también un contexto político y social que se situaba en el fin de la guerra, con la paz entre gobierno y la oposición. Los que estaban en la oposición al gobierno consideraban que sus tradiciones como la hechicería y el curanderismo habían sido violadas, fueron consideradas prácticas anacrónicas y supersticiosas. Esta nueva ola de interés por el saber de los PMTS llevó a la creación de la unidad de estudios de Medicina Tradicional en el seno del MISAU llamada GEMT (Gabinete de Estudios de la Medicina Tradicional). Junod usaba el concepto de *medico indígena* para designar

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

a estos practicantes que existían en las comunidades bantú de África Austral. Existen diferentes tipos de *médicos indígenas*, aquellos que tratan de un solo grupo de padecimientos , o de pacientes, y los que tratan diferentes tipos de enfermedades. Henri Junod sobre los años 1910 decía que entre los Tsongas, la única cualificación de estos doctores era haber heredado de un antepasado algunas recetas de tratamientos que eran aplicadas con mayor o menor éxito para los paciente (Junod, 1996).

6. ALGUNAS BASES CULTURALES DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La salud es considerada un estado natural de todos los seres humanos, la falta de salud indica un estado de anormalidad y desequilibrio, no solamente físico solamente sino también social. La salud es abordada en términos de un proceso de vida, un proceso corporal y se define por las relaciones armoniosas entre los seres humanos, sus antepasados y el medio ambiente. El estado de armonía y la falta de equilibrio son considerados como una sanción de los espíritus de los antepasados por un comportamiento incorrecto, o como la consecuencia de la intervención maligna de los hechiceros y los curanderos. Existe un conjunto complejo de normas y prácticas que regulan la manutención, del bienestar y de la armonía en la sociedad (Green, 1999; Honwana 2002).

Algunas enfermedades son consideras simples porque están provocadas por las condiciones naturales como los microbios, las bacterias, la mala alimentación, como ejemplos pueden ser la tos, los dolores de estomago, los dolores de cabeza. Estas enfermedades se sufren de vez en cuando en la vida de las personas y son transitorias, una enfermedad simple no es una amenaza porque es relativamente fácil de curar. Si una enfermedad persiste durante mucho tiempo y afecta profundamente a la vida del individuo se considera grave, entonces es una amenaza para la persona y la familia. Las enfermedades complejas son consideradas como una violación de las normas y de los valores que definen un mundo saludable. En muchas ocasiones estas enfermedades sobrevienen por causa de un conflicto, de una competición interpersonal, o como una sanción de un comportamiento incorrecto. El proceso de curación es más complejo que ir a buscar atención en las cuestiones que van más allá del confort físico.

Las enfermedades complejas tienen una etiología triple:

1. Las enfermedades contraídas a través de la manipulación intencional de las condiciones ambientales. Las personas tienen una relación especial con el medio ambiente.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

2. Las enfermedades provocadas por el poder de los antepasados, las personas son protegidas por sus antepasados contra los peligros del medio ambiente y refuerzan esa protección con rituales especiales.

3. Las enfermedades provocadas por las intenciones malignas.

En el pensamiento africano los *seres humanos y los espíritus* forman una *entidad única*. Los antepasados están unidos a los poderosos espíritus ancestrales al existir una relación de dependencia entre las personas y sus antepasados fallecidos. Los espíritus poseen a las personas, viven, crecen y hablan a través de las personas, están siempre presentes tanto en las creencias como en las prácticas de la vida cotidiana y social. Los espíritus de los antepasados protegen a sus descendientes, a la comunidad contra la enfermedad, el infortunio, la hechicería, la magia y también contra los peligros ecológicos. Los antepasados son los guardianes del orden social protegiendo, dando suerte a quien cumple las normas sociales y castigando a las personas que se comportan mal, retirando su protección. Las enfermedades aparecen de una manera en la que los espíritus muestran su enfado a sus descendientes y a la comunidad (Green, 1999). Las intenciones malignas de los espíritus implican el ataque al bienestar de una persona por otra persona que posee poderes sobrenaturales. Se cree que los magos y hechiceros manipulan intencionalmente las fuerzas espirituales, los medicamentos de hierbas para hacer el mal a otras personas. Los hechiceros son considerados seres antisociales porque sus acciones están generalmente motivadas por razones negativas como la envidia, los celos, las ganancias, el desprecio, las venganzas y las malas intenciones. La mente y el cuerpo se encuentran integrados en un todo, son considerados de igual importancia en la promoción del restablecimiento de la salud y del equilibrio en la vida del individuo. La salud no será restablecida si las causas sociales de la enfermedad no son simultáneamente curadas (Green 1999; Honwana, 2002).

La adivinación es el mecanismo que establecía las causas reales de estos acontecimientos y prescribe las acciones sociales destinadas a eliminarlas. Los practicantes de la Medicina Tradicional son personas que tienen la virtud de la adivinación, en un proceso de diagnostico social que se basa en la revelación de lo oculto, en la exposición que hay por detrás de la enfermedad y de las fatalidades que afectan a los seres humanos. La adivinación revela la existencia de fuertes interrelaciones entre el individuo, el mundo natural y sobrenatural, entre los acontecimientos actuales y pasados. La adivinación investiga el estado de las relaciones sociales en la vida de los

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

individuos procurando encontrar las causas sociales para las enfermedades y los infortunios que los afligen. Aunque las causas de las enfermedades complejas se sitúan a nivel social, el cuerpo del enfermo experimenta determinados síntomas somáticos, como las manifestaciones físicas del estado de desequilibrio del individuo, se encuentran así vinculadas a las dimensiones sociales y físicas de la enfermedad. Identificadas las fuerzas sociales de la perturbación y prescritos los procedimientos para resolverlas, su manifestación corporal también tiene que ser curada por la terapia medica. El proceso de tratamiento y de cura busca particularmente el cuerpo físico y la eliminación de los síntomas somáticos de la enfermedad. Para alcanzar un estado de cura generalmente hay que tener en consideración tanto las dimensiones sociales de la enfermedad como las físicas, pero sería ineficaz tratar solo los síntomas si las causas de la enfermedad no han sido erradicadas.

Para tratar de curar los síntomas del cuerpo de las enfermedades se recetan medicamentos destinados a eliminar los síntomas físicos. Los procesos de tratamiento y de cura están sujetos al conocimiento de una farmacopea de hierbas unido a las dimensiones rituales y simbólicas que guían la recogida y la administración de los medicamentos de los PMTS. La farmacopea de los médicos tradicionales se compone de elementos vegetales, animales, minerales, raíces, algunos colorantes, conchas y otros elementos. Estos son preparados en forma de gránulos, polvos, líquidos raíces, y hojas. Los medicamentos pueden ser inhalados, frotados en el cuerpo, bebidos, usados en el baño u de otras formas. Los medicamentos son el resultado de la asociación de dos componentes importantes: *la simbología y la farmacología*. El componente simbólico es muy importante porque une las prácticas rituales con los medicamentos que son sometidos a tratamientos especiales para adquirir valor terapéutico, así como las prácticas rituales que el enfermo tiene que respetar durante el tratamiento. El consumo de medicamentos adquiere mayor eficacia terapéutica cuando se asocia su contexto simbólico y ritual.

7. LA DÍFERENCÍA DE CONCEPTOS DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La OMS (1978) defiende que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental **y** social, no apenas la ausencia de enfermedad. Menezes explica que para las comunidades africanas la salud significa estar en paz con los *antepasados, los vecinos, el propio cuerpo*, estar convenientemente alimentado y protegido de los males ya sean naturales o enviados (Menezes sin fecha: 16). El concepto de enfermedad también ha tenido diferentes interpretaciones que justifican las prácticas médicas consideradas *tradicionales*, como han sido justificadas las prácticas médicas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

modernas. Según Silva, la enfermedad no despierta los mismos pensamientos que en las sociedades occidentales. Para las sociedades africanas el concepto de enfermedad se amplía a un cuadro más general de desgracias, desastres y calamidades, cuya explicación resalta la presencia de las entidades sobrenaturales (Silva, 1998: 36). Según describió Honwana (2002): "… En la concepción de los africanos, las personas no deben caer enfermos, debe de existir una armonía entre los seres humanos y la ausencia de esta armonía es interpretada como el resultado de una intervención maligna de los *valoyi o curanderos* en lengua local. Las personas que son envidiosas de otras, que quieren tener lo que tú tienes, van a hacer tratamientos para *causar el mal*, es decir, tratamientos de los hechiceros o una sanción de los espíritus de los antepasados frente a un comportamiento incorrecto de alguien de la familia…" (Honwana, 2002:209).

El hechicero también es designado sobre todo en el sur del país por valoyi, xipoko que es el diablo y el nhamaukwasane es para indicar los espíritus que manipulan intencionalmente los métodos y los remedios para provocar el mal. Estos elementos son considerados anti-sociales porque muestran categorías negativa**s** tales como los celos, la venganza y la envidia. (Menezes (s /f):22). Menezes defendió que este concepto *tradicional* surgió como el resultado de la búsqueda del espacio del poder político por el estado colonial, donde el saber fue asignado a un determinado territorio como el concepto de tribu, es decir, la sabiduría local fue identificada con una tribu, a partir de la construcción de la imagen del otro diferente del europeo o civilizado (Menezes s/f: 4). Menezes defendió además que el proceso de cura era doble porque llevaba a restablecer el equilibrio físico pero también el psicológico (Menezes s/f: 16). En relación a los individuos que causaban las enfermedades en las comunidades africanas, los autores estaban de acuerdo que el hechicero era mal visto en estas comunidades pero Menezes mostro que el discurso sobre la hechicería era muy ambiguo porque muchas veces se volvía difícil de identificar y distinguir quién era el *curandero* y cual el *hechicero* (Menezes s/f: 22).

8. LOS PERIODOS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA TRADICIONAL

La Medicina Tradicional ha sido estudiada desde hace mucho tiempo, estos estudios comprendían 2 períodos:

1. **El período colonial** fue caracterizado por estudios con propósitos políticos y administrativos.

2. **El período de la post-independencia** en que comenzó a ser estudiada la Medicina Tradicional, desde el año 1975 al 1986 y no fue objeto de estudio porque era considerada una práctica

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

oscurantista. Sólo a partir del año 1986 fue cuando la actuación de los PMTS fue estudiada en tratamientos de enfermedades como la malaria, la tuberculosis, la desnutrición o el SIDA (Abdullah et al., 1998). Al final de la década de los años 80, la valorización de la Medicina Tradicional fue el resultado de las recomendaciones de la OMS, la Unión Africana (UA) y otras organizaciones internacionales. Fue en este contexto que se creó en Mozambique la AMETRAMO, la GMT y la política, la organización de la promoción de la medicina tradicional (PROMETRA) y otras organizaciones.

En 1991 fue creada la asociación de los médicos tradicionales de Mozambique bajo el patrocinio del MISAU y marcó una nueva forma de mirar para la MT por parte del gobierno. En el medio rural la población recurría a estas prácticas terapéuticas como primer recurso para la solución de las necesidades básicas de salud. En las ciudades las personas buscaban a los PMTS no sólo para solucionar los problemas de salud, sino también otros problemas sociales como asegurar los contratos de trabajo profesionales, buscar empleo, la estabilidad económica o para solucionar los problemas amorosos. La Medicina Tradicional tiene un saber legítimo que es aprobado por la gran afluencia de enfermos al sistema tradicional. La búsqueda permanente de los PMTS asegura su legitimidad, el reconocimiento de sus competencias en este campo del conocimiento. Entre los propios PMTS, la legitimidad está reforzada por la pertenencia, el compartir los poderes y el saber recuperado en las visitas a los *espíritus*. Las personas ven a la MT como un recurso fiable y más económico para la solución de los problemas de salud tanto en las zonas rurales como en las urbanas (Menezes s/f: 22).

9. LOS TIPOS DE PRACTICANTES DE LA MÉDICINA TRADICIONAL

Los PMTS cubren una vasta gama de tipos de practicantes en Mozambique entre los que están incluidos:

- **Los imames musulmanes** que rezan y escriben versículos del Corán para que los pacientes los lleven colgados del cuello.

- **La iglesia de Sión** es una iglesia sincrética escisión de la iglesia Pentecostal cuyos sacerdotes realizan bautismos, sanaciones en la playa durante el día, es una mezcla de varias religiones mezcladas con las prácticas tradicionales africanas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

- **Varias categorías de PMTS** (chamanes**,** adivinos etc.) que vienen de varios países de África y que publican anuncios en la prensa local ofreciendo curas para diferentes tipos de patologías que van desde el mal de amor hasta la infertilidad pasando por el SIDA.

- Los **nyangas, nyamussoros, herboristas,** otros tipos de variedades de curadores, estos prestadores de cuidados de salud que no practican la medicina alopática son un grupo extremadamente heterogéneo en cuanto a su origen, capacidad, especialidad y honestidad. Dentro de los PMTS, es curioso pero también existen antropólogos, abogados y personas que durante el día tienen una actividad profesional y en su tiempo libre se dedican a la sanación como PMTS.

En Maputo y en las zonas rurales existen personas que se consideran a sí mismas que tienen el *don de curar* pero deben de ser reconocidas por las personas a quien prestan sus servicios, y los clientes tienen que pagar dinero a cambio de sus servicios. La designación PMT es en muchos aspectos irónica porque estos practicantes no repiten solamente las prácticas que heredaron o dicen que heredaron de sus antepasados, además incorporan las prácticas y los medicamentos de la Medicina Moderna en sus tratamientos. Los fármacos más utilizados por estos prestadores de cuidados de salud don los antibióticos, y otras medicaciones de la biomedicina que ellos mezclan con plantas y otras sustancias. Estas prácticas muestran que los PMTS no están congelados en las prácticas de la Medicina Tradicional sino que están constantemente incorporando otras prácticas actuales de la biomedicina. En la fotografía mostrada se aprecian diferentes tratamientos que usaban los PMTS para tratar el VIH / SIDA, este grupo de PMTS participaron en el primer congreso sobre VIH / SIDA realizado en Maputo en el año 2007. Además de realizar la asesoría sobre VIH también tenían numerosos tratamientos realizados con plantas, raíces tradicionales, y hacían demostraciones a las personas que requirieran sus servicios, incluida la adivinación en el Congreso, que más que científico fue interesante porque participaron PMTS, asociaciones de todo tipo, ONG´S nacionales e internacionales, autoridades de diferentes religiones etc. En este Congreso no participó nadie del gobierno, especialmente del MISAU; fueron los grandes ausentes.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XX: Tratamientos de la Medicina Tradicional para el VIH / SIDA.

Fuente: Fotografía realizada por la autora octubre 2009 en Maputo.

10. LAS TAREAS DE LOS PMTS

Los PMTS son muy numerosos, con diferentes especialidades, la eficacia de las terapias realizadas por ellos son extremadamente variadas y consideradas como una forma de apoyo, de creación de bienestar psíquico y social para sus pacientes. Muchos de los PMTS consiguen crear con la cosmogonía de sus pacientes situaciones de paz, entendimiento y de apoyo mutuo entre personas de la misma familia o entre vecinos cuando existen problemas. Los problemas psicosomáticos o de otro tipo de patologías no necesitan de tratamiento con antidepresivos u otros fármacos de este tipo para resolver los problemas psicológicos o mentales pues Mozambique es un país donde estos fármacos son difíciles de conseguir para la población local. Las formas en que los PMTS adquieren sus conocimientos y formación son muy variadas. Algunos de ellos están entrenados por otros PMTS que practican sus conocimientos recibidos por herencia desde varias generaciones anteriores y ellos consideran que estaban poseídos por los espíritus que protegen las diferentes zonas de Mozambique como el espíritu Mangoni, el espíritu Ndau y otros espíritus locales.

Otros PMTS adquieren sus conocimientos comprándolos, Abdullah y Khan localizaron en un barrio de Maputo a un hombre que trataba la ceguera nocturna, el medicamento que usaba era hígado seco de tiburón que compraba a los pescadores. El hígado de tiburón funcionaba bien porque tenía gran cantidad de aceite de hígado de bacalao que poseía gran concentración de vitamina A,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

consiguiendo algún efecto positivo sobre esta patología. Cuando fue interrogado sobre cómo había descubierto este medicamento, él explicó a los científicos sociales que había comprado este conocimiento a otra persona (Abdullah & Khan, 1999). Existen casos en que las intervenciones de los PMTS han sido útiles para resolver conflictos sociales, tales como que determinados grupos de una misma población discutieran sus diferencias, llegaran a acuerdos, atribuyendo esas diferencias no a las luchas por los recursos naturales, riquezas o tierras, sino a los problemas creados por los *antepasados*, consiguiendo crear consensos dentro de la comunidad entre los vecinos y creando un modus vivendi entre todas las personas de la comunidad sin que haya violencia.

Muchos PMTS en Mozambique, de acuerdo con Meneses, consideran la salud como *un estado de bienestar social, psíquico, familiar y económico*. Todavía esta formulación del concepto de salud continua siendo la formulación de la OMS puesto que la formulación de salud de los PMTS es una concepción que está muy cerca del bienestar resultante del apaciguamiento de los espíritus de los antepasados y de los muertos que hasta ahora todavía no forman parte de los conceptos de la OMS. El esfuerzo llevado a cabo por muchos investigadores para defender el *saber local*, los conocimientos de los hombres sobre el medio ambiente en que viven, los efectos curativos de ciertas plantas y los minerales nos llevan muchas veces a olvidar que la base del discurso de estos PMTS, y su conexión íntima para que se mantengan los poderes locales en el poder. Los reyes locales colonialmente designados como *régulos* o pequeños reyes, son en realidad teocracias, y en las que el jefe nunca muere, hereda el nombre, el titulo de su antecesor, es jefe político y religioso al mismo tiempo. Tiene poder sobre la vida y la muerte de las personas que viven en el territorio bajo su control.

11. LAS CONSECUENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS PMTS

Las percepciones de la enfermedad y la curación tenían como consecuencia que algunos de los PMTS causen la muerte a las personas cuando administran sus tratamientos. Un médico o profesional de la salud que causa la muerte o daños a través del ejercicio de su profesión, es considerado homicida. Los PMTS no son considerados responsables de los actos que causan la muerte de un paciente y además quieren tener un estatuto diferenciado, pues la responsabilidad por esa muerte es responsabilidad de los *espíritus* que nunca nadie consiguió llevarlos a la sala de los tribunales de justicia. Con estas descripciones de situaciones extremas intento mostrar las prácticas extremadamente complejas de algunos PMTS y deben de ser consideradas con mucho cuidado de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

forma que se puedan defender los derechos humanos de los pacientes y de la población. Los vomitivos y las plantas que provocan diarreas son sustituidos por productos químicos que los PMTS saben que eran extremamente activos, destruyen el tejido intestinal y matan a cualquier parásito del tipo que sea. Existen casos documentados del uso de líquidos extremamente cáusticos como el acido de las baterías de los coches, de los productos químicos usados para combatir las plagas de las plantas y los productos usados para matar las garrapatas. Estos líquidos que los PMTS preparan, además de tener estos productos químicos mencionados, llevaban añadidos otros productos tales como aceite quemado del motor de coches, simientes de algodón o de otro tipo de plantas, plumas de gallina, en ocasiones llevan hasta las heces de animales. Esas mezclas son colocadas en calabazas y administradas a los enfermos en cáscaras de caracoles Acatina (entrevista a Yussuf Adam, 2008). Los resultados de estos tratamientos eran en muchas ocasiones letales y las explicaciones que los PMTS daban eran del tipo que: el tratamiento fue efectivo y eliminó el *hechizo maligno*. Las autoridades administrativas de los servicios de salud cuando podían y en los casos que había gran mortalidad de personas detenían al PMT y a sus ayudantes, recogían los instrumentos utilizados en el tratamiento, abrían procesos policiales y enviaban a los PMTS para ser juzgados por las autoridades.

Un caso que conocí fue el de una hermana de un conocido Manuel, que estaba enferma con diarrea y otros síntomas digestivos, fue a la consulta de un PMT y este le diagnosticó que tenía *nyoca*. El PMT le dio como tratamiento acido de batería y le quemó el tracto gastro-intestinal causándole graves quemaduras, en realidad lo que esta señora tenia era VIH / SIDA y días más tarde murió en el Hospital Central de Maputo. Los estudios que han sido realizados sobre los PMTS intentaron demostrar las ventajas de su actuación y su capacidad de ser complementarios a la actuación de los médicos del Servicio Nacional de Salud. Las prácticas de los PMTS, que muchas veces provocaban la muerte, estaban poco estudiadas, sabiéndose que muchos pacientes después de pasar por el tratamiento del curandero o hechicero llegaban al hospital o a los servicios de urgencia para morir. Un sector de la población, en la que estos fenómenos eran muy comunes, era en los niños y los bebés. Un estudio llevado a cabo por una estudiante de la Universidad Eduardo Mondlane averiguó que muchos niños llegaban a los servicios de Pediatría con muchos problemas provocados por las terapias de los PMTS causados por estos tratamientos y los síntomas que tenían eran diarreas, deshidrataciones y pesos muy bajos de estos niños entre otros problemas (Chongo, 2007).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Los médicos y enfermeros explicaron a la investigadora que esto se debía a las sobredosis de algunos productos terapéuticos tales como plantas y hierbas. Chongo se esforzó en evaluar el grado de eficacia de las estrategias de control de las malas prácticas de los Practicantes de la Medicina Tradicional. Llegó a la conclusión en este estudio de que no existía por parte de estas instituciones un esfuerzo, en el sentido de adoptar mecanismos que permitieran posteriormente evaluar el grado de eficacia de las estrategias usadas con la idea de controlar y regular las malas prácticas de los PMTS. Tomando en consideración algunos problemas de la MT, como fue el caso de las intoxicaciones resultantes de las sobredosis, la ingestión de productos tóxicos y de tratamientos que no tenían lógica en la opinión de los sanitarios. Chongo nos mostró la gran dificultad que un investigador tenía para trabajar en estos temas, causado por los procesos burocráticos que todavía caracterizaban fuertemente las instituciones mozambiqueñas, que ocasionaron muchas dificultades en gran medida al acceso a las fuentes y a los materiales de los casos de niños que llegaban al Hospital Central de Maputo. En un contexto de falta de libertad y de difícil acceso a la información, esto tiene como consecuencia que existían diversos casos importantes que acaban por no ser investigados (Chongo, 2007).

Adam me explicó en una entrevista: La magia, el ordalio o juicio de Dios, la adivinación y la localización del hechicero que cometió el acto criminal a través de un tratamiento, no pertenecían al universo de la legislación formal. El homicidio en masa pasó a ser considerado tratamiento tradicional en Mozambique, por tanto legal porque estaba de acuerdo con la *costumbre, las tradiciones y las creencias* de la población local que vivían en la meseta Makonde. Estas ejecuciones en masa, homicidios voluntarios, fueron consideradas tratamientos médicos por tanto legítimos y no condenables. También era conocido que en la Medicina Moderna habían sucedido casos de problemas serios con pacientes, que iban desde la muerte hasta la deformación de los enfermos o de sus descendientes, como por ejemplo el famoso caso de la Talidomida, pero el sistema biomédico y sus practicantes eran responsabilizados ante el tribunal de justicia. Los PMTS aseguran que sus conocimientos y prácticas eran tradicionales (les eran transmitidas por los *espíritus o por sus antepasados*), no se responsabilizaban por la muerte o los daños causados a sus pacientes, esta situación no podía ser aceptada por un estado de derecho como es Mozambique (entrevista con Yussuf Adam, 2006).

En los años 80 un famoso hechicero conocido por *Njwa-Njwa* que era también el nombre de una planta toxica, trató cientos de personas de muchas aldeas en la meseta de Mueda en el norte de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Cabo Delgado frontera con Tanzania. Debido a las muertes provocadas este hombre fue detenido y colocado en la prisión de Mueda sede, la capital del distrito. El proceso del crimen fue elaborado por el funcionario de la administración distrital de acuerdo con la legislación vigente y cuando ya disponían de transporte para enviarlo a la capital local a causa de las órdenes recibidas del gobernador, después de que apareció el coche para realizar el transporte para dirigirse a la cárcel a recoger el preso, este desapareció y nunca más lo encontraron. Los policías que custodiaban el calabozo dijeron que él había ido al campo a realizar sus necesidades fisiológicas, desapareció y nunca más lo cogieron. Este episodio es ilustrativo de un número de casos de este género ya que muestra que las poblaciones, los funcionarios del gobierno y los policías creen en esa terapia (entrevista con Yussuf Adam, 2006).

En muchas ocasiones, las prácticas de los PMTS son independientes del sistema de salud modernos o del estado. Pueden ser un ejemplo agudo de la teoría que Foucault llamó *vigilar y castigar*, pues el castigo no es el control del individuo, el registro público de sus enfermedades o la obligatoriedad del tratamiento, sino más bien su eliminación física, su asesinato o homicidio. Esta ejecución no permite acusar a los PMTS de homicidas porque ellos cumplen órdenes y las orientaciones dadas por los difuntos que son en última instancia los jueces. La creación de la AMETRAMO (asociación de PMTS) en Mozambique pretendía la creación de las normas para la formación, actuación y el juicio para regular las prácticas de los PMTS y los que pusiesen en peligro la vida de sus pacientes o que practicasen actos que eran considerados crímenes por la legislación del país. Este problema todavía no está resuelto porque entre las personas que legislan existen algunos grupos que creen en el discurso de los *muertos* y en la *hechicería,* negándose a aceptar la legislación del estado existente. Las propuestas de ley sobre estos asuntos, cuando han sido sometidas al Parlamento, llevan años y años de discusión sin que sean aprobadas. Los médicos formados en las Universidades defienden la postura de que los PMTS deben de ser juzgados con las mismas leyes que son juzgados los practicantes de la biomedicina. Los PMTS, aunque no lo parezca, cobran honorarios por sus servicios, muchas veces superiores a los que son cobrados por los médicos y por el SNS. La diferencia entre ellos es que la deuda al hechicero o curandero es una deuda que nunca muere y los descendientes del paciente están obligados a pagar los compromisos que su familiar no pagó y tienen que pagar con dinero o pagando la deuda realizando trabajos para el PMT.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

12. LA AMETRAMO, EL GOBIERNO Y LOS PMTS

En el año 1991 fue creada la asociación de los Médicos Tradicionales de Mozambique (AMETRAMO) bajo el patrocinio del MISAU y marcó una nueva forma de mirar a la MT por parte del gobierno. La creación de la asociación de los médicos tradicionales dio también instrumentos al estado para regular estas prácticas que eran ejercidas de diferentes formas y con resultados muchas veces negativos para la salud pública. La relación entre la Medicina Tradicional y la Medicina Moderna tiene su aspecto fundamental en la finalidad de las dos medicinas, por lo menos a nivel del acta pública, porque ambas son necesarias, porque su finalidad era proponer tratamientos y ofrecer perspectivas de cura o de prevención de enfermedades en el futuro (Meneses s/f: 27).

El MISAU creó dentro el departamento de estudios de la Medicina Tradicional (GEMT) ciertas condiciones para que pudieran ser realizados algunos estudios, ellos ya han desarrollado en los últimos años estudios muy interesantes para localizar e identificar plantas y sus sustancias activas que sirvan para crear nuevos medicamentos e informar a la población de las plantas que tienen a mano para usar como tratamientos. Estas investigaciones que unen la biología, química, botánica, la experimentación científica y las ciencias sociales son muy interesantes y pueden contribuir a descubrir algunas plantas que sean efectivas para los tratamientos de innumerables enfermedades que no tienen cura o que han creado resistencias a los medicamentos conocidos, un ejemplo ha sido el estudio de la Artemisia que sirve para tratar la malaria. Hay que tratar de que estos proyectos tengan condiciones éticas para que, tanto para el investigador como para las compañías farmacéuticas, este tipo de proyectos tengan condiciones favorables para la población, pues la mayor parte de las veces se trata de la búsqueda de sustancias que tienen alto valor comercial dando beneficios económicos tanto al investigador como a las compañías farmacéuticas.

Usando un abordaje de la Historia de la Medicina verifique que estos dos sistemas MT y MM no tenían los mismos objetivos. Buscaban la creación de sociedades, economías políticas, de sistemas de valores y de comportamientos diferentes. La lucha entre los dos sistemas, es una lucha por la hegemonía en el control social intentando uno de los dos grupos, la MT hacer valer el hecho de que la mayor parte de la población está de acuerdo sobre todo con sus posiciones y valores. Un aspecto importante en esta relación es que había un médico entrenado licenciado por 34.000 habitantes y un PMT por cada 1000 personas. Son dos redes de prestación de cuidados de salud con

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

densidades diferentes. Una colaboración entre las dos tipos de Medicinas daría un mayor acceso a la salud y atención sanitaria a la población local (Datos del informe de UNDP Mozambique 2002).

13. LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y LOS PMTS

La cosmología en que se inserta la mayor parte de los profesionales de la salud y el resto de la población que están viviendo en una sociedad donde se combinan la Medicina Occidental, su cultura y práctica de la Medicina Tradicional. Los profesionales de salud también comparten en muchos casos los mismos valores culturales tradicionales y ellos también usan la Medicina Tradicional para solucionar posibles problemas que además tienen competiciones profesionales por posiciones o puestos en el trabajo, alejar la envidia, o el mal de ojo de una posición de trabajo importante ocupada pueda atraer a esta persona o hasta cuestiones asociadas a nociones de gestión de armonías dentro de las familias (Menéndez, 2002; Matshine, 2005; Muela, 2007).

Los PMTS tienen una vieja querella con el gobierno pues quieren ser licenciados para la práctica de su profesión como cualquier prestador de cuidados de salud, y quieren ser equiparados a los médicos de bata blanca, pues consideran que prestan servicios equiparables a los que prestan ellos. Quieren ser también contratados por el estado con el mismo salario que los médicos licenciados en Medicina. Estos temas han sido debatidos por antropólogos como una cuestión de estatuto de saberes, la no consideración de los saberes de los PMTS es considerado como una subalternación del saber de las personas, del saber de las comunidades y lleva a la colocación del saber biomédico a un nivel más elevado que el saber de los PMTS (Menezes s/f: 29). Los hechiceros y curanderos con sus vestimentas tradicionales y sus huesos adivinatorios, transmitiendo el símbolo de la tradición, algunos de ellos también usan la bata blanca. Su lucha por un tratamiento igual al de los médicos por parte del estado tiene probablemente como objetivo conseguir el reconocimiento de su utilidad pública y la prestación de servicios de cura, además de su capacidad de movilizar y dirigir la población para prestar apoyo político o para votar por ciertos partidos o grupos sociales.

14. EL GABINETE DE LOS ESTUDIOS DE LA MEDICÍNA TRADICIONAL

El departamento de la Medicina Tradicional del MISAU realiza desde hace unos años formaciones en VIH / SIDA a los practicantes de Medicina Tradicional. Esta iniciativa debería de ser más extensiva a más PMTS con el fin de alcanzar a la mayoría de los PMTS, por lo menos a todos aquellos que tratan enfermedades de transmisión sexual. Kotanyi & Bukali explicaban después de sus investigaciones que comprobaron la necesidad de desarrollar en Mozambique una reflexión

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

profunda y una revisión de como se podría, de forma sistemática, realizar una aproximación a la prevención y los tratamientos de VIH / SIDA culturalmente más integrados tomando en consideración el contexto social, la lengua y los conceptos locales de la enfermedad y la contaminación con el objetivo de mejorar la eficacia de la prevención (Kotanyi & Bukali, 2005).

Administrar cursos de preparación de VIH / SIDA a los PMTS es una tarea extremadamente difícil porque se trata de interferir en su *cosmogonía, sus teorías en la influencia de los muertos y de los espíritus,* sus objetivos, ganar dinero, mantener una posición social elevada, hacer prevalecer el sistema andocrático, teocrático de los sistemas de administración y del poder político llamados *tradicionales*. Para las personas con formación biomédica que realizan los cursos para personas con alguna formación médica, y los PMTS traducen los *conceptos científicos a conceptos émic, el virus* pasa a ser el *xipongwana*, la *nyoca* al *sistema inmunitario* o de *defensa del cuerpo* también llamado popularmente los *soldados del cuerpo*. Sincretizan los conceptos de todas aquellas personas que frecuentan los cursos también traducen las orientaciones que les son dadas para sus valores culturales y para los comportamientos que les interesan. La necesidad de protección que los formadores mencionan significa que las practicas de sexo seguro, uso del condón, abandono de los comportamientos de riesgo, pero los estudiantes que van a estos cursos pueden interpretar estos conceptos de acuerdo con sus teorías, el *discurso de los espíritus*, y pueden ir rápidamente al *hechicero* a obtener un *amuleto* para protegerse, tomar *baños de purificación* y a partir de ahí se consideraban vacunados contra el SIDA.

En la fotografía se muestra una PMT, Doña Luisa, que trabajaba con pacientes de VIH/ SIDA en el 1º Congreso de SIDA en Maputo, había sido formada por la GEMT y pertenecía a la AMETRAMO. Durante el Congreso realizaba sus propias consultas de asesoría para las personas que quisieran pasar consulta con ella. En la conversación que mantuve con ella al inicio usaba los términos biomédicos y las teorías que aprendió en los cursos de actualización que había realizado. Cuando comencé con preguntas más profundas, empezó a mezclar lo que había aprendido con sus propias creencias.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XXI: Doña Luisa, PMT de Inhambane y la *nyoca* en la pared.

Fuente: Fotografía obtenida por la autora en octubre 2007 en Maputo.

15. LA CONTAMINACIÓN / POLUCIÓN

Existe una noción relacionada con las enfermedades que es la *polución o contaminación*, esta noción es sobre las *impurezas peligrosas* que contaminan los objetos, las personas y a las comunidades. Las personas u objetos contaminados necesitan de *rituales de limpieza* y *purificación* muy complejos. Algunas cosas son muy peligrosas, algunos animales, la suciedad, la muerte, los fluidos reproductivos de la mujer incluyendo el contacto con los extranjeros, y viajes de trabajo lejos del hogar. La *polución* puede ser contraída a través de actividades que son culturalmente definidas como *incorrectas o tabúes*, muchas de ellas acerca de la *sexualidad*, *el parto**,** la muerte y de la sangre***.*** La *muerte* es muy *contaminante*, los muertos son también muy contaminantes para los seres vivos. Los *muertos* están en un *estado caliente* que precisan ser enfriados a través de los ritos de entierro hasta la fase final cuando los fallecidos se vuelven antepasados y espíritus protectores. Las *viudas y viudos* por esta razón necesitan de un *ritual* de purificación muchas veces a través de las relaciones sexuales. La contaminación biológica no es prioritaria, pero las llamadas de la *mala muerte* son muy peligrosas para los vivos, como ejemplo: la guerra, el sarampión o el SIDA (Honwana, 2002).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En las comunidades rurales, las personas creen que se encuentran potencialmente expuestas a la *polución* en sus contactos con los grupos y medios sociales. Las personas que emigran más allá de las fronteras están particularmente expuestas a la *contaminación social*, por ser víctimas de la magia, la hechicería, de coger los espíritus colectivos o de estar más vulnerables a las enfermedades en un medio ambiente además desconocido. La *polución social* también puede venir de los contactos con la *muerte* o con el *derramamiento de sangre*. Los individuos que han estado en contacto con la *muerte* son más susceptibles a la *polución* y podían ser potencialmente *contaminantes del cuerpo social*. Las personas que han estado expuestas tienen que pasar por un proceso de *limpieza y purificación* para poder volver a su equilibrio y llevar una vida normal. Las comunidades rurales poseen mecanismos propios de recuperación, la rehabilitación después de una crisis que resulta del conocimiento acumulado a lo largo de siglos, que pasa de una generación a otra y se vuelve parte integrante del *sistema de valores sociales*. Las reglas de la polución protegen el orden social y el cambio de la estructura social, de los forasteros y de aquellos que se alejan, del comportamiento aceptable (Honwana, 2002).

Cuando las personas se enfrentan a una enfermedad deciden en qué sistemas médicos van a buscar ayuda, con frecuencia combinan el hospital, la Medicina tradicional, las Iglesias. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, algunas de las consideraciones están en consonancia con las circunstancias que rodean a su enfermedad como pueden ser: la identificación y clasificación de la enfermedad (síntomas, señales y posibles causas), graduación con que la enfermedad afecta o interfiere en la vida de las personas y de las personas más allegadas, la severidad y el grado en que es tratable, la vergüenza y el temor respecto a la posible reacción social, el miedo a la reacción del esposo o del compañero, la disponibilidad de los remedios caseros efectivos (hierbas o tratamientos farmacéuticos), distancia hasta el curandero o el hospital, coste del transporte, importe de las terapias, tiempo no utilizado en tareas productivas. Es muy frecuente que las personas busquen ayuda simultánea en varias instituciones curativas.

La asociación del *SIDA* con la *impureza* es un discurso, un modelo o una interpretación que no sólo se ha heredado de las culturas étnicas locales porque en otras culturas en países de África subsahariana existen también estas creencias. Hardon (2001) argumentó: "… las creencias de las personas acerca de que el SIDA es una enfermedad de la *polución*, lleva a la reflexión sobre las atribuciones negativas de las personas, relativas a las *rutas* a través de las cuales el SIDA entra en el cuerpo, en el *ano o puerta 2* popularmente en Chamanculo por las *heces*, en la *vagina* a causa de la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sangre menstrual y en el *miembro viril* a causa de la *orina*, de la *eyaculación* y penetración en la *vagina* o el *ano sucio*..." (Hardon et al., 2001: 94). El pensamiento simbólico que equipara el *semen, la sangre, la polución y la muerte* intensifica el sentido del poder de la *polución* del SIDA que es el miedo a la enfermedad. En la cultura local la percepción simbólica del SIDA como enfermedad que causa la *polución* se refleja en la decisión de las trabajadoras de sexo de usar el condón con los clientes cuyo cuerpo ellas consideran que no están limpios. (Hardon et al., 1994).

La mezcla de conceptos de las representaciones culturales del SIDA se ha cruzado con las explicaciones de la *contaminación* y se ha creado una *teoría del modelo explicativo* que sincretiza, y efectuaba una mezcla de todos los conceptos. La *muerte* es una fuerza de *contaminación, la polución*, después de la *muerte* de una persona, la *sombra de la muerte* puede *contaminar* a los *vivos,* por eso es necesario realizar los *rituales de purificación* para que la *sombra* se vuelva un *espíritu ancestral y benéfico*. El *estado caliente* producido por la *muerte* es *peligroso y contaminante*. De este modo muchos *tabúes* asociados con las *ITS* o el *contacto sexual* con las *viudas o mujeres* que tuvieron un aborto, en los dos casos antes de ser *purificadas*. Un estudio efectuado en Nampula, Gaza y Maputo (MINED/INDE, sin fecha) sobre el modo de transmisión de las ITS apunta a algunas creencias que confirman esta percepción: solo las mujeres pueden transmitir las ITS (6% hombres y mujeres); tener relaciones con una mujer que tuvo un aborto (68% mujeres y 82% hombres).

Cuando una mujer ha abortado está *sucia*, tiene un estado de *polución* y hasta que no SEA *purificada*, el marido no puede mantener relaciones sexuales con ella bajo la pena de vomitar sangre y morir. En un estudio realizado en los barrios de la periferia de Maputo por (Loforte, 2000), esta creencia estuvo presente en cerca del 80% de los entrevistados. Según Feliciano, se pondría tuberculoso el hombre que copulara con las mujeres portadoras de la *polución* y que tuvieron un *bebé muerto* o que estuvieran con la *menstruación*, esas mujeres en vez de ser receptáculos de la sangre eran sus expulsoras, volviendo por asociación al hombre expulsor de sangre (Feliciano, 1998). La sexualidad, la fecundidad y la salud están de este modo simbólicamente asociadas al estado en que se encuentran las mujeres y que puede estar favorecido por la convivencia en armonía con los antepasados.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

16. LAS MUJERES RESPONSABLES TRADICIONALMENTE DE ESTAR IMPURAS

En algunas de las sociedades estudiadas la *menstruación* es considerada un proceso natural y necesario de limpieza del organismo, en otras se construyen clasificaciones que eligen los procesos ligados al ciclo biológico para definir socialmente a los hombres y mujeres. En otras sociedades las descargas menstruales representan la esencia del poder reproductivo de la mujer, su exclusividad de poder y debilidad. Para otras las pérdidas de fluidos vitales son entendidos como los sinónimos de vida, es una indicación de que necesitan ser repuestos a través de una relación sexual directa y con contacto con el semen masculino (Green, 1994). En las comunidades estudiadas en Mozambique existe el consenso de que la menstruación se entiende como un estado intermedio de salud y enfermedad, pureza y peligro con una serie de prohibiciones y restricciones que deben de ser cumplidas o se corre el riesgo de incurrir en diferentes tipos de violaciones de reglas y tabúes, que pueden llevar a situaciones de infortunio, enfermedades y hasta la muerte (Douglas, 1970; Green, 1994). En Mozambique y Sudáfrica han sido estudiadas diferentes prácticas relativas a la salud y enfermedad, los humores de los cuerpos, la pureza y el peligro, las prohibiciones de tener sexo, asociado con infecciones de transmisión sexual incluido el SIDA.

En un estudio realizado en la Social Science and Medicine, la percepción de que la sangre menstrual representa el *veneno* y que el hombre que tenga relaciones sexuales con una mujer menstruada corre serios riesgos en su vida por entrar en contacto con las *impurezas,* pudiendo ponerse enfermo, coger una hernia o hasta morir (Bukali, 2002; Jekwes et al., 1999). En otra investigación que se llevó a cabo en Inhambane y Maputo entre los practicantes de la Medicina Tradicional y sus clientes se sugirió que la tuberculosis o lo que ellos llaman a la tuberculosis es causada por mantener relaciones sexuales con las *mujeres contaminadas*. La violación de las prohibiciones sexuales sobre diferentes reglas sexuales incluyen el acto sexual con las viudas, mujeres que aún están en situaciones de hemorragia post-abortiva, o período menstrual (Green, 1994). La antropóloga Irae Baptista descubrió que la mayor parte de sus estudiantes de antropología en la facultad de Derecho de la UEM creen que hacer el amor con una mujer con la menstruación les provoca tuberculosis y en un barrio periférico de Maputo también han encontrado las mismas creencias (Loforte, 2004).

Las descripciones que se hacen de las reglas y los comportamientos basados en la *cosmología* son extremadamente monolíticas y muchas veces se confunde la *cultura tradicional*, en

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que las personas dicen cómo deben de ser realizadas las cosas según la *tradición* a cómo son realizadas estas *prácticas* a cómo son puestas en práctica ahora en la realidad. De modo general todas las *prácticas de abstinencia*, tanto asociadas al periodo post-parto, al periodo post-aborto y eventualmente en la fase de lactancia del bebé, están vinculadas al principio de que la *sangre* que corre por la *vagina* es considerada como intrínsecamente *impura*, asociada a la idea de *sucio* y a la idea de la transmisión de diferentes tipos de enfermedades a los hombres desde hernias, tuberculosis, las ITS en general y en los niños por ejemplo de la *contaminación* de la *leche materna* por la *sangre*. Esta asociación de la *mujer* con los *estados de impureza y peligro*, en relación a las interpretaciones del ciclo menstrual, pasó a ser extensiva al fenómeno del VIH / SIDA, en la medida de que muchas veces las *mujeres* son vistas como portadoras de *estados de impureza, peligro, enfermedad*, que tienden a transmitir a los hombres y a los bebés (Green, 1994; Jekwes et al., 1999; Leclerc-Madlala, 2001). En esta visión los hombres son vistos desde la perspectiva de las víctimas de los estados y humores corporales de la mujer. El potencial peligro que la mujer lleva no estaba asociado solamente a la interpretación consciente o inconsciente de que la propia mujer transmite el *mal,* partiendo de la presunción de que los períodos menstruales deben ser acompañados por acciones de *purificación*, como la administración de los *medicamentos tradicionales* y que las mujeres deben obedecer especialmente después de la realización de los *abortos* (Green, 1994; Bukali, 2002).

17. LA PREVENCIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA TRADICIONAL

En este apartado tengo la intención de explicar las bases de las creencias en las que muchas de las personas que viven en Chamanculo creen, y que van a servir para ayudar a entender los modelos explicativos de la enfermedad del VIH / SIDA que vamos a ver en otro capítulo más adelante. En África Austral existe una concepción singular acerca de la existencia de una *serpiente interna* del *cuerpo* la *nyoca,* que lo protege y evita el peligro de la *contaminación,* se trata de defender el cuerpo de la ingestión de algo malsano o de las infracciones de las reglas particulares del *comportamiento social*. Cada individuo es portador de esta *serpiente*, especie de guardián del cuerpo, sin la cual no se puede vivir, pero sus reacciones pueden provocar la enfermedad y hasta la muerte (Junod, 1996; Green, 1999). Earthy en su trabajo sobre Valenge Woman en el área de Gaza se refería a un concepto extraño de *nyakwadi* y cada persona vivía con ella en forma de *serpiente,* que vivía sobre el abdomen y era esencial para proteger la vida (Earthy, 1933).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Green en su trabajo en varias áreas de Mozambique, Sudáfrica y Suazilandia confirmó la hipótesis de Janzen que decía: desde Sudáfrica hasta el Sur de Etiopía existía este concepto de la *serpiente interna* defensora del organismo y concerniente a esta práctica de salud. Green decía que esta *serpiente* era un concepto de una *fuerza invisible* que garantizaba la *pureza del cuerpo* en el que vivía. Si entraba un cuerpo extraño, contaminado, la *nyoca* reaccionaba con displacer, causaba dolor y molestias. Green llegó a la conclusión que podía ser como una *expresión simbólica* de la necesidad de respetar el cuerpo humano como un *sistema humanitario*, la identificaba como una metáfora en la teoría indígena del contagio (Green, 1999).

Mariano realizó su investigación en el barrio de Xipamanine desde el mes de noviembre del año 1999 al mes de agosto del año 2000 con la AMETRAMO y la heterogeneidad etnolingüística de la zona debido a la reciente emigración urbana que tenía mucha gente proveniente de Gaza, Inhambane y Suazilandia. "En el proyecto de formación en Antropología Médica en Mozambique" (Mondarini, 2002: 51), Mariano mostró que esta entidad la *nyoca* viene asociada a una gran parte de las enfermedades de la primera infancia, y conlleva para la madre un empeño constante de las atenciones, los rituales y las terapias, con el apoyo de la familia. El primero en hablar de la *serpiente interna* fue Junod (1910) al inicio del año 1.910, atribuyo la *nyoca* a un parasito intestinal, una lombriz o serpiente que causaba diarreas a los niños y debía de ser tratada porque del intestino podían llegar al estomago, provocar el vómito y llegar hasta las vías aéreas pudiendo provocar la muerte del niño (Junod, 1996:67).

En otro trabajo posterior Mariano afirmó: "… Varios estudios revelaron la correlación entre ciertas prácticas sexuales y el padecimiento de las infecciones sexuales incluyendo el VIH. Se reconoció la dificultad de cambio en ciertas prácticas sexuales como; el llamado sexo seco, las purificaciones sexuales rituales después de la muerte con la finalidad de tirar a la viuda del estado de impureza causado por la muerte. En el contexto mozambiqueño la percepción sobre la prevención de las enfermedades y la defensa del cuerpo pueden ser entendidas considerando tres niveles de protección / riesgo:

1. Las entidades espirituales, que incluyen a Dios, los espíritus de los antepasados, los espíritus de fuera o extranjeros por ejemplo los nguni (de origen zulú). Los antepasados constituyen la base del pensamiento tradicional. La salud, bienestar individual y social dependen de la protección de los antepasados. Estos tenían una función reguladora del comportamiento.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

2. Un principio vital dentro del organismo *la* nyoca que en su función de protectora del cuerpo, la nyoca seria el sistema inmunitario que es asociado al concepto biomédico de soldado del cuerpo o (células de defensa CD4) como influencia de las campañas de prevención del VIH / SIDA.

3. El cumplimiento de las normas individuales y sociales para evitar *la contaminación*, se incluye en este apartado, la transgresión de las reglas sociales y sus implicaciones, directamente sobre el individuo, sus familiares y otras personas fuera de la familia. La difusión de la enfermedad asociada a la falta de conocimiento y de respeto de las normas de educación sexual relativas al: sexo prematuro (antes de la menstruación, las relaciones sexuales entre personas de edades diferentes, con una mujer menstruada y las relaciones sexuales antes del lavado del luto (Mariano, 2008).

Según el trabajo de Álvarez (2009) explica*: La nyoca es la energía vital del cuerpo y por tanto nadie puede vivir sin esta energía, cualquier cosa que se le aproxima está relacionada con la muerte que es el opuesto, puede tener como consecuencia que la nyoca se manifieste. Y se presenta con los movimientos de una cobra como cólicos, dolor, diarrea. El resto de otros conceptos cómo nyoca, xipongwana se refieren a los vermes, son homónimos, se pueden usar según el contexto y puede significar una cosa u otra. Es un concepto polivalente y depende del contexto interpretado del que se habla* (Álvarez & David 2009). En el barrio de Chamanculo a las personas que les pregunté, me contestaron que habían oído hablar de *xipongwana, nyocana, xinhocana***,** todas parecían reconocer que era como una larva. *Xipongwana* era correlacionado por muchas personas con el *virus de VIH*. Eran todos *términos émic* usados por la población de las diferentes provincias del Sur de Mozambique. Ninguna de las personas que yo entrevisté sabía claramente que la nyoca era interpretada como los CD4, soldados defensores del cuerpo o sistema inmunitario en el área de Chamanculo.

18. LAS REPRESENTACIONES CULTURALES DEL SIDA EN MOZAMBIQUE

La idea de que el SIDA está asociado a las *nociones de culpas, comportamientos excesivos, castigos divinos*, o hasta los *factores ambientales*, no es nueva y forma parte del *repertorio* de las reflexiones y los estudios producidos sobre el SIDA, casi desde el inicio de la epidemia. Muchos autores ya demostraron la recurrencia a este tipo de interpretaciones y sus implicaciones en el *imaginario social* sobre el SIDA en muchos lugares del mundo (Green, 1994; Helman, 2000; Schoepf, 1998). En la medida que los mensajes circulan intentando concienciar a la población sobre la promoción del celibato, la abstinencia, y que las personas no practiquen sexo, con discursos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

moralistas caracterizados por dicotomías y oposiciones como bien / mal, pureza / peligro, sexo / amor, fidelidad / infidelidad, en una sociedad en la que no existe el concepto de fidelidad a la manera occidental (judío-cristiana), hablar de tener una única esposa en los mensajes cae en saco roto. El mensaje es que si no eres fiel con tu única compañera debes de protegerte y usar la camisa de Venus. En el *imaginario de los hombres* el condón es el saco plástico donde deben de poner a sus hijos, envolverlos y tirarlos a la basura. Estos son algunos ejemplos de la percepción local de los mensajes transmitidos sobre el SIDA. Los mensajes que se dan en los GATVS de asesoría y prevención sobre cómo protegerse usando el condón en la *cosmogonía local* pueden ser reinterpretados como ir al hechicero o al curandero, para ser protegido. Los hechiceros, curanderos y los practicantes de la Medicina Tradicional administran diversos tratamientos con el objetivo de proteger a sus clientes, estos tratamientos van desde baños purificadores, la ingestión de productos diversos, ceremonias y rituales con tratamientos tales como ser lavado con sangre de animales y vacunaciones. Llevan en si una perspectiva cerrada de la comprensión del fenómeno del SIDA, pudiendo generar la rotura de la percepción del riesgo a las personas que no se sienten encuadradas en esta clasificación. Para las políticas y los programas el énfasis en ignorar y silenciar este tipo de representaciones y percepciones que tienen implicaciones en la estructuración de las relaciones entre personas y la construcción de nociones de identidad individual y colectiva, elementos sobre sexualidad así como nociones de estigma y discriminación (Matshine, 2005).

19. CONCLUSIONES

El MISAU necesita políticas que reconozcan que Mozambique tiene sistemas de salud plurales y que muchas veces entran en conflicto entre sí. La bata blanca del médico significa muchas veces un estatus elevado en la sociedad. Una de las áreas donde la MT podría colaborar es en la creación de una mentalidad pública capaz de admitir que el SIDA es una enfermedad que en este momento es tratable. De modo general el VIH / SIDA está asociado a la idea de una realidad que emerge en función del comportamientos y las actitudes considerados de la ruptura del tabúes divino impuesto por los antepasados, dioses, iglesia, familia o de la prácticas de las relaciones sexuales consideradas ilícitas e impropias, refiriéndose a las relaciones sexuales que se mantienen fuera del casamiento, adulterio, relaciones sexuales con trabajadoras de sexo, homosexualidad y con las posiciones en las relaciones sexuales diferentes a la posición del misionero (Junod, 1996). Los funcionarios de los sistemas de salud del estado o los biomédicos *vigilan y castigan* a los enfermos para que respeten los tratamientos, el seguimiento clínico y pasar por los análisis. Mientras tanto

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

nadie vigila y castiga a los PMTS, ni a los médicos, los enfermeros y auxiliares pues el SNS no tiene la eficacia, ni la eficiencia, las políticas de salud son insuficientes, no hay medios ni infraestructuras y los salarios son bajos. La colaboración de la Medicina Tradicional y de los Biomédicos es esencial en un momento en que la epidemia del VIH / SIDA está contaminando a amplios sectores de la población incluidos los médicos tradicionales y los biomédicos, es necesario crear puentes de entendimiento y de colaboración. En la siguiente sección entramos en el estudio de caso de Chamanculo. En la fotografía siguiente muestra una PMT que ejercía su trabajo en la zona norte del país en Cabo Delgado en el área de los Makondes, con la que estuve conversando y tratando de que me explicara su forma de trabajo según sus creencias.

Fotografía XXII: PMT Makonde

Fuente: Fotografía efectuada por la autora en diciembre del año 2007.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

LA INVESTIGACIÓN

SECCIÓN IV

ESTUDIO DE CASO DE CHAMANCULO. UM BARRIO DE LA CAPITAL DE MOCAMBIQUE QUE NO ES MUY DIFERENTE DEL RESTO DEL PAIS

El barrio de Chamanculo es uno de los barrios más populosos de la ciudad de Maputo, también está considerado un barrio histórico porque allí vivieron varios de los políticos más importantes de la política contemporánea del país. En el barrio está situado el Hospital General de Chamanculo, que fue creado por la Misión Romanda Suiza, a inicios de la formación del barrio en los años 20. Chamanculo era una zona considerada modélica por la convivencia de las personas, que como ellos mismos decían, vivían en un barrio limpio, donde se respetaba a los vecinos, la convivencia era armoniosa, allí vivían personas que habían venido de las zonas sur del país y pertenecían a culturas muy similares. Después de las guerras que asolaron al país, Chamanculo se ha vuelto un barrio violento, sucio, con una mezcla de población de todos los lugares del país, de personas de otros países como Nigeria, Congo, Zimbabwe, Gambia, Mali, y según la misma fuente es un barrio convulsionado con robos, droga, prostitución y mucha gente sin empleo porque muchas industrias del barrio cerraron cuando comenzó la degradación del barrio (Entrevista con Rosa, estudiante de socióloga que vive en Chamanculo julio 2009).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO VIII

EL BARRIO Y HOSPITAL DE CHAMANCULO EN MAPUTO, BREVE HISTORIA DEL PROYECTO DE VIH / SIDA DE MEDICOS SIN FRONTERA SUIZA

1. INTRODUCCIÓN

El barrio de Chamanculo se estableció en un terreno que antiguamente era un bosque con agua, se trataba de un terreno inundado por una laguna cercana donde las personas tomaban el baño y se abastecían de agua para su uso cotidiano. Los primeros habitantes se fijaron en la zona de este humedal durante los años 20 del siglo XX, en las zonas de la laguna donde el agua era profunda se bañaban los adultos, que en lengua *xirhronga* se dice: *Kulamba La Vakulo*. En este tiempo se llamó barrio de Chamanculo de Nuevo Mundo – Alto-Mãe y sus límites iban hasta al barrio de Jardín, de Malanga y los barrios del Aeropuerto "A" y "B". Hoy el barrio de Chamanculo está dividido en cuatro partes que son: "A", "B", "C" y "D" (entrevista con Sr. Arthur Funane, secretario del barrio en el mes de junio 2009).

Durante su evolución el barrio está diferenciado, la zona del barrio por donde pasa la carretera asfaltada que es por donde pasaban antiguamente los carros de bueyes que realizaban el transporte de Lorenzo Márquez (Maputo) para Sudáfrica durante el tiempo colonial. En esta zona las casas han sido construidas con materiales sólidos y edificios, es el área donde está el hospital. En el interior del barrio viven trabajadores asalariados que construyeron sus casas que son llamadas del tipo *tren de madera y cinc* que se alquilan. Hay una gran diferenciación social entre los residentes del barrio, una parte del barrio fue un lugar de prostitución en el pasado. Chamanculo era un barrio que después de la independencia entró en crisis porque muchas de las casas pertenecientes a los negros mozambiqueños, fueron construidas con materiales no duraderos como cinc, madera, plásticos y fueron nacionalizadas. Estas casas eran una fuente de ingresos para sus propietarios que ganaban dinero como funcionarios de estado o que tenían otros empleos asalariados. El barrio se fue desarrollando con los años, la parte que está en la carretera asfaltada se desarrolló como un área industrial con numerosas fábricas y oficinas. Están instaladas en la zona algunas de las mayores empresas mozambiqueñas como Entrepuesto, Toyota (Adam Yussuf, comunicación personal 2009).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Chamanculo es un barrio con unas características especiales, bastante populoso, tiene gran número de personas desempleadas, aproximadamente un 80% de la población no tiene un trabajo estable. Existe una colaboración de servicios y actividades comunes entre el cuartel de la policía, el hospital y la asociación de los habitantes de Chamanculo por causa de los robos y asaltos. El barrio está a la entrada de la ciudad y tiene ligaciones internas con otras zonas como los sectores del Aeropuerto, Xipamanine y otras zonas, es un área donde viven muchas personas que se dedican al comercio transfronterizo y al comercio hacia el interior del país. Es considerado un distrito violento por sus moradores, con un índice de criminalidad alto y un lugar donde se venden drogas. La proximidad al puerto marítimo de Maputo tiene como consecuencia que en el barrio existan la venta de muchos productos robados, marihuana etc. La situación sanitaria del barrio, tanto alrededor de los mercados como dentro de los mismos, es muy insalubre. Cuando visite el barrio había basura por todos los lados, ratas, cucarachas, cuando llovía todo estaba inundado y existían por muchas calles canales de aguas sucias que eran criaderos de mosquitos y otros insectos que podían causar diferentes enfermedades. Tenía un gran número de mercados y estaba instalado en el barrio el mercado de Fajardo que servía de mercado abastecedor de la ciudad hasta inicios del año 2008, en que ha sido trasladado parcialmente a otra zona.

También el famoso mercado de Xipamanine es vecino del barrio, donde se vende todo tipo de productos, tiene una sección donde están situados los practicantes de la medicina tradicional con sus productos, hierbas, pieles de serpientes, de otros animales y amuletos de protección mágica, toda el área pertenece a la zona que abarca el área de salud de Chamanculo. En la fotografía se muestra una vista parcial del mercado de Xipamanine en un día normal, es un mercado muy populoso, estuve allí realizando varias entrevistas con mujeres que no querían ser fotografiadas y que iban allí a ver como conseguían algún trabajo o hacer algún *biscato* (negocio) para llevar a su casa algo de dinero y poder comer. Este mercado es famoso porque aquí se venden los productos que utilizan los practicantes de la Medicina Tradicional y es un mercado exótico e interesante. En el mercado también era fácil encontrar diferentes tipos de PMTS y los menús de tratamientos que ofrecen a sus clientes, entre estos tratamientos es posible encontrar cualquier cosa, plantas, amuletos, hierbas, raíces, trozos de animales, piedras, conchas, abalorios y multitud de otras cosas. El repertorio de tratamientos que ofrecen los PMTS es muy variado y a la carta, cualquier situación o problema puede ser consultada o tratada, además de las enfermedades comunes y tradicionales

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XXIII: Mercado de Xipamanine en Maputo

Fuente: realizada por la autora en el mes de junio de 2009.

En el año 2009, el barrio de Chamanculo está considerado un barrio importante de la ciudad de Maputo. Muchos de los políticos actuales de Mozambique jugaron un papel relevante en el movimiento nacionalista son considerados con orgullo originarios, o vivieron en el barrio durante algún periodo de sus vidas. El primer presidente de Mozambique Eduardo Mondlane de estudiante vivió y trabajo en el hospital de Chamanculo lavando gasas. Zamora Machel que le sucedió también tenía su historia en el distrito de Chamanculo, su sucesor Chissano y el actual presidente Guebuza también forman parte de la historia de este conocido barrio de Maputo. Es interesante explicar que existió un movimiento de mujeres en la época de la liberación y del gobierno comunista de Zamora Machel, son las mujeres de la OMM, que fueron a luchar a la guerra y tomaron una parte muy activa durante esta época, muchas de estas mujeres modernas y fuertes estaban viviendo en el tiempo que realice las entrevistas en este barrio y eran parte importante de la memoria histórica de Mozambique.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XXIV: La historia reciente de la FRELIMO en Chamanculo

Fuente: realizada por la autora en el barrio de Chamanculo en junio 2009

2. CHAMANCULO "D"

La zonas donde realicé mi trabajo de campo dentro del barrio fueron las zonas de Chamanculo "B" y "D". Cada zona está dividida en 40 unidades llamadas cuarterones, cada cuarterón tenía alrededor de 150 familias. Existen 40 jefes de cuarterón con un ayudante adjunto y una comisión de cinco personas, de cuarterón y en total viven 13.578 personas en esta área del barrio. Tienen un líder comunitario y un comité de desarrollo comunitario compuesto por 15 asociaciones: Comité de Agua, líderes religiosos de la AMETRAMO, club de futbol entre otros. Las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el barrio son Médicos Sin Frontera Suiza, WWF, fundación CEAR y AMODEFA. No parece haber coordinación entre las diferentes organizaciones, tanto a nivel de trabajo en el barrio como a nivel de los protocolos que aplican. También no conseguí saber qué tipo de personas son apoyadas por cada una de estas organizaciones. La principal organización de lucha contra el SIDA en el barrio son los Médicos Sin Frontera Suiza, pues su proyecto estaba instalado parte en el hospital de Chamanculo y parte en la zona de detrás del centro de salud de Alto-Mãe. El barrio "D" tiene 32 iglesias de diferentes confesiones religiosas distribuidas por toda el área, tiene 2 escuelas primarias, una oficial y otra comunitaria.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

La seguridad del barrio está ejercida por un jefe del sector de la PRM (Policía de Mozambique) y tiene un grupo de policía comunitario compuesto por cuatro miembros. Los líderes del sector están intentando trabajar para que todo el barrio tuviera luz eléctrica de bajo costo para los habitantes y sobre todo para intentar iluminar las vías públicas como una forma de prevenir el crimen. El secretario del área "D" Sr Arthur Funane cuando visité el barrio me dijo: En *el barrio las necesidades más urgentes son: la falta de calles pavimentadas, los drenajes están mal, necesitan tener acceso a agua potable para todos los habitantes, conseguir que las casas estén en buenas condiciones de habitabilidad, saneamiento y empleo para las personas que se ha convertido en un grave problema*. Las autoridades de la jurisdicción tienen mucho interés en que Chamanculo se convierta en un barrio modelo, tranquilo, limpio y ordenado (Entrevista con el Sr. Arturo Funane, secretario del barrio).

En mis observaciones en Chamanculo y en los estudios que han sido hechos en otras partes del mundo se ve claramente que el SIDA, si bien qué es una patología causada por un virus específico, afecta más a las personas que están en la parte más baja de la pirámide social, es decir a los más pobres. Mis entrevistados no tenían una fuente de salario garantizada o segura, lo que ganaban al final de mes mal alcanzaba para pagar las cuentas básicas de comida, agua y luz. Sus casas en la mayor parte de los casos estaban construidas con materiales precarios, no tenían agua corriente, electricidad y saneamiento básico. Chamanculo muestra un ejemplo de un barrio peligroso para la salud pública por las condiciones de habitabilidad y saneamiento. En las zonas bajas cerca del hospital de Chamanculo y en la rotonda que está al frente que une la calle del trabajo con la carretera nacional Nº 4 presenta un gran número de acequias abiertas, depósitos de basura por todos los lados y personas que viven sin el mínimo de condiciones de apoyo social por parte de las instituciones del estado.

En esta fotografía se ve una de las calles a las que me refiero en las diferentes visitas realizadas a la zona donde vemos a los niños jugando entre las acequias en mal estado y donde pueden coger cualquier tipo de enfermedad tropical, en la piel, diarreas, parasitarias, del agua contaminada. Lo peor de la situación es que las personas adultas están indiferentes a los juegos de los niños y si están en riesgo de enfermarse, esta era la realidad que encontré en el barrio.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XXV: Una de las calles del barrio de Chamanculo

Fuente: obtenida por la autora en el barrio de Chamanculo mes de junio 2009.

3. EL ÁREA DE SALUD DE CHAMANCULO

La dirección de salud de la ciudad de Maputo es la autoridad sanitaria responsable de la ciudad de Maputo desde donde se organizan y supervisan todas las actividades sanitarias de la ciudad de Maputo. Tiene muchas competencias que van desde la gestión administrativa, la formación de personal médico, la supervisión de los laboratorios, las farmacias y los servicios médicos de la ciudad. Además realizan el suministro de medicaciones, materiales médicos, y todo tipo de materiales necesarios para el funcionamiento de las unidades sanitarias pertenecientes a su área. Trabajan en la dirección de salud de la ciudad muchos profesionales mozambiqueños de diferentes especialidades, para intentar que la ciudad de Maputo tenga un servicio sanitario que sea el más adecuado posible con las infraestructuras que hay y el personal sanitario que tiene tales como: médicos, enfermeros, matronas, técnicos de laboratorio, sirvientes, auxiliares y otros. Desde la dirección de salud de la Ciudad de Maputo coordinan las actividades de las ONG´S internacionales y nacionales que trabajan en sus centros o áreas de salud, creando entre todos un intento de coordinación en los trabajos que se realizan en cada área de salud y los diferentes programas de salud en la ciudad de Maputo. Existen diferentes grupos de trabajo y reuniones para discutir los problemas para buscar soluciones con reuniones regulares de trabajo, también se

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

organizan formaciones y otras actividades como supervisiones para mejorar la colaboración y los problemas que puedan surgir en el trabajo diario. Las enfermedades más comunes con las que trabajábamos eran especialmente el VIH / SIDA y enfermedades relacionadas como tuberculosis, Sarcoma de Kaposi y otras oportunistas.

El área de Chamanculo está compuesta por el Hospital de Chamanculo y los cinco centros de salud que son: Chamanculo, Xipamanine, Alto- Mãe, Porto y Maxaquene, que atienden un área grande y con alta densidad de población. El Hospital de Chamanculo es el centro donde está situada la supervisión de toda el área de Chamanculo a todos los niveles: administrativo, servicios médicos, servicios de laboratorio, farmacia, comunes. El jefe responsable del área y hospital de Chamanculo en aquel momento era el Dr. Jeremías Mazavile. Esta área es supervisada por la dirección de salud de la ciudad de Maputo y es donde está integrado el programa de VIH / SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza.

4. EL HOSPITAL

El Hospital fue fundado por misioneros suizos al final del siglo XIX para prestar asistencia a la población negra de la llamada en aquella época *Lorenzo Márquez*, actualmente Maputo. A pesar de ser un sanatorio que quedaba completamente fuera de la ciudad, fue instalado por la Misión Suiza que fue una de las primeras unidades sanitarias del barrio. Los médicos suizos en la clínica tuvieron un papel muy importante en las enfermedades cotidianas como malaria, tratamiento de niños, y otro tipo de patologías. El Hospital jugó un papel fundamental en otra epidemia de la *gripe española*, los médicos suizos que trabajaron en ese sanatorio eran todavía en el año pasado recordados como personas de gran calidad humana y técnica: el Dr. Garrin dirigió la lucha contra la *gripe española y la peste bubónica*. El Dr. Gagnon trató a millares de enfermos cuando el centro fue nacionalizado y comenzó a trabajar para el servicio nacional de salud. Tiempo después fue colocado en Xinabane donde fue asesinado durante la guerra. El Hospital fue dirigido por la Misión Suiza hasta el 24 de junio de 1974 cuando el gobierno de Mozambique decidió nacionalizar todos los sanatorios privados, incluyendo los de los misioneros, y todos los consultorios médicos privados existentes cualquiera que fuera la especialidad.

En el área de Chamanculo, los dos sanatorios más importantes y de referencia para una zona enorme de Maputo y con mucha población son: El Hospital José Macamo y Chamanculo, desde hace muchos años. El Hospital de Chamanculo fue iniciado y construido por los misioneros suizos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que eran de religión protestante, y esta influencia se notó en el hospital En los límites de Chamanculo está el Hospital José Macamo que fueron misioneros católicos españoles los que organizaron y llevaron este hospital. La influencia de las diferentes religiones en la ciudad de Maputo se ha sentido a través de los misioneros y la evangelización a través de la salud de la población. En esta fotografía se ve el centro del sanatorio de Chamanculo tal como estaba en el mes de junio del año 2009.

Fotografía XXVI: Parte central del Hospital de Chamanculo

Fuente: realizada por la autora en el mes de junio del año 2009

5. LA DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL

El Hospital de Chamanculo está situado en el barrio "B" de Chamanculo en la carretera asfaltada, antigua salida de la ciudad. A simple vista parece un hospital antiguo con diferentes edificios, algunos en mal estado y un área de jardín alrededor de los edificios. En la entrada está situado el centro de salud que pertenece al sanatorio. El HGCH (hospital general de Chamanculo) ofrece diferentes servicios y tiene algunas camas de internamiento de Pediatría, como hospital general da atención a los servicios de obstetricia, maternidad y pediatría. El centro de salud unido al hospital comparte las infraestructuras y los servicios comunes como: laboratorio, farmacia, cocinas, lavandería, almacenes y administración. En la parte de atrás están situadas las cocinas, almacenes, otros pequeños edificios y en la parte de atrás del fondo está la incineradora de basuras y un agujero

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

enorme también para enterrar la basura. Las infraestructuras del centro están dañadas, el techo en general está muy estropeado, cuando llueve entra el agua en las consultas, laboratorio y en otros sitios, esto crea una situación de peligro por la electricidad, la pintura está desconchada y da un aspecto de suciedad por la humedad. Llevaban años diciendo que se iba arreglar, algunos edificios en estos últimos tiempos los habían ido reparando y mejorando pero todavía faltaba mucho por arreglar.

Intenté realizar una entrevista al director del Hospital Dr. Jeremías Mazavile para que me explicara en mayo del año 2009 datos del área de salud de Chamanculo. El director era nuevo en el puesto, llevaba pocos días trabajando y me dijo que no era posible en aquel momento realizar la entrevista sobre datos concretos cómo: el número de personal sanitario trabajando, las categorías de trabajadores, estadísticas porque había entrado un virus en su ordenador y había destruido toda la información. En el área de salud y hospital se han realizado cambios en los últimos tiempos y están reelaborando toda la información y actualizándola. Los médicos tienen muchos trabajos: además de trabajar en el hospital, realizan guardias médicas en otros sitios, realizan formaciones técnicas y recibían formación profesional, por esta razón es frecuente que en el santorio solo estuvieran enfermeros y quizá algún técnico de medicina. Hay escasez de personal sanitario cómo: médicos generales, médicos de diferentes especialidades, técnicos de medicina, cirugía, anestesia, técnicos de laboratorio, de farmacia y diferentes especialidades de enfermería.

Como estudio de caso aún tratándose de una zona urbana, el barrio de Chamanculo es representativo de la situación que se vive en el resto del país. El hospital de Chamanculo tiene en la parte de atrás un agujero donde las sirvientes de la limpieza echan las placentas, basura, material médico, pese a que MSF construyó en 2005 un incinerador para la basura del hospital, que muchas veces no funcionaba, y también preparó un incinerador para las placentas que se limpió varias veces cuando el olor era insoportable porque no realizan bien el proceso de incineración de las placentas. La mejoría del funcionamiento del hospital de Chamanculo o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud necesita políticas que valoricen a sus funcionarios, desde los médicos hasta los del servicio de la limpieza. Los salarios del personal sanitario son muy bajos, es necesario mejorar las condiciones de trabajo a todos los niveles, promocionar las carreras profesionales, también poner sanciones, y exigir de responsabilidades a aquellos profesionales que puedan realizar estrategias de adaptación negativas tales como cobrar dinero ilegalmente, corrupción, robo, falta de deontología profesional y abuso de poder en relación a los enfermos. Las infraestructuras del hospital están

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

necesitando urgentemente de cuidados, reparaciones y más limpieza, existen varias deficiencias en cuanto a sus infraestructuras, equipamientos y materiales. Los problemas que el HGCH enfrenta no son diferentes de las unidades sanitarias de este tipo, tales como el HG de Mavalane (Adam, Abdullah, Khan, 1989; Schwalbach, 2002). En la siguiente fotografía se ve la parte del centro de salud por fuera, porque la situación dentro de las consultas o laboratorio, están en una situación peor que las zonas reparadas. Es necesaria una inversión en la mejoría de las condiciones de infraestructura del sanatorio y poder adaptarlo a las necesidades actuales que tiene el mismo ante el aumento de la población y de la afluencia de enfermos.

Fotografía XXVII: Centro de salud del Hospital de Chamanculo

Fuente: fotografía realizada por la autora en el mes de junio 2009.

6. LOS COMIENZOS DEL PROGRAMA DE VIH / SIDA DE MSF- SUIZA

En una entrevista realizada a Soraya me contó la historia del proyecto de MSF desde el comienzo, ella me narró así sus recuerdos: *El proyecto de VIH / SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza se inició en el año 2001 dentro del centro de salud de Alto-Mãe, y sólo había 1 gabinete médico donde se llevaban a cabo todas las actividades, únicamente trabajaban en el proyecto 3 personas en este gabinete y tenían un GATV con 2 consejeros y una recepcionista. A finales del mes de febrero del año 2002, se abrió un segundo gabinete médico, existía a partir de este momento 1 enfermera por gabinete y se realizaban todas las actividades terapéuticas en los dos gabinetes médicos. En la puerta estaba un activista* Sousa *que lleva muchos años trabajando allí y era él*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

quien realizaba la primera charla de la mañana sobre SIDA en general y organizaba a las personas para entrar al GATV, recibir la asesoría y hacer el test de VIH. Se atendió desde el inicio a toda la población que quería venir al programa. Las Actividades del GATV eran:

1. Dar asesoría antes del test, realización del test de VIH voluntario, las explicaciones de prevención, dar el resultado del test, comentar el resultado, el post- test y las recomendaciones para la vida futura si el resultado era negativo.

2. Si el resultado era VIH positivo y la persona aceptaba entrar en el programa, se le daba la explicación de la historia natural de la enfermedad siguiendo un libro grande con diseños que organizó el personal médico donde se explicaba la historia natural del virus, la prevención, los síntomas, el tratamiento y las nociones básicas más importantes en la primera sesión de educación para la salud realizadas por los activistas, o enfermeros, intentando que los pacientes entendieran el proceso de la infección y la enfermedad de una manera sencilla así en futuras visitas ir completando la educación para la salud y sobre su estado de salud dentro de la infección de VIH / SIDA.

3. Se pasaba al paciente a la consulta médica con una enfermera para rellenara la historia clínica y se le realizaba la observación clínica, se pedían todos los análisis clínicos necesarios, se trataba de clasificar al enfermo siguiendo la clasificación internacional de los estadios de la OMS para el VIH / SIDA y se le daba tratamiento. Se le marcaba al paciente consulta para otro día y pasaba por la farmacia a recoger el tratamiento (entrevista con Soraya, 2009).

En el mes de marzo del año 2002 se comenzó a pasar la consulta de PTV dentro del segundo gabinete médico y se realizaba ésta consulta 2 días por semana en el periodo de la tarde. Las actividades que se realizaban en aquel momento eran: abrir procesos médicos, observación clínica de las mujeres y sus bebés, profilaxis con Nevirapina para la madre y el hijo, profilaxis para evitar las enfermedades oportunistas más peligrosas, educación para la salud, educación para la lactancia materna, distribución de leche artificial, enseñar a preparar la leche y como conservarla, asesorar en enseñar a las madres a desmamar a los bebés rápidamente. Con el paso del tiempo, el número de enfermos fue aumentando bastante, había falta de espacio y en Septiembre del año 2002 se abrió el PTV de Chamanculo. El HdD de Alto- Mãe se inauguró y la primera paciente en comenzar el tratamiento antirretroviral fue una señora en Septiembre del año 2002. En la mitad del año 2003 se inició el TARV en el PTV, el médico venia 2 veces por semana para incluir en TARV a

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

*las madres y mujeres embarazadas que lo necesitaban, un poco más tarde ya los médicos venían todos los días al centro. La fase de prueba del programa de PTV fue al inicio en Alto-Mãe cuando enviaron a todas las madres y niños para Chamanculo, fue considerado un PTV Plus normal, las cosas fueron caminando en la misma línea hasta el mes de agosto del año 2005 en que se inició la Fase I de la Integración / Descentralización. En el año 2004 se trabajaba a ritmo normal siempre aumentando el número de enfermos y se admitía a todas las personas que tenían VIH y SIDA en el programa (*Entrevista a la enfermera Soraya, la memoria histórica del proyecto*).*

Se realizó el traslado total para el PTV de Chamanculo desde el hospital de día de Alto-Mãe, enviando allí todas las mujeres embarazadas, o que acababan de tener el bebé o durante ese año. En este mismo año se formó el PTV PUS en el cual ya se comenzó a atender toda la familia completa y se enviaron todos los maridos positivos de las mujeres que estaban en el PTV con los bebés. Desde el año 2002 en el PTV, las dos consultas de GATVS eran solo para mujeres embarazadas y sus familias. Poco tiempo después se cambió, se empezó a realizar la asesoría y test de VIH para toda la población que viniera a consultar su estatus, se organizó la farmacia, la recepción y las 2 consultas médicas. Las historias psicosociales en el GATV se empezaron a rellenar cuando se comenzó a distribuir tratamiento antirretroviral a los pacientes. Entre el año 2004 y 2005 se llevó a cabo el trabajo de investigación de la Dra. Lilia Jamisse sobre la alimentación exclusiva a los bebés con leche de pecho de sus madres durante 6 meses dando NVP y CTX a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos.

*A inicios del año 2005 se instaló un GATV en la consulta de prenatal para mujeres embarazadas y sus maridos, se seleccionaban a las mujeres embarazadas que iban para el PTV PLUS para iniciar el proceso de Integración / Descentralización. Las embarazadas con CD4 alto se quedaban en la consulta de prenatal y las que tenían las defensas bajas pasaban para el PTV. Primero se pinchaban los CD4 y los análisis en el PTV a todo el mundo después se enviaban a los enfermos al laboratorio del hospital aunque siguiendo el mismo circuito, se les sacaba sangre y está era enviaba a ser analizada al laboratorio del MISAU (*Entrevista con la enfermera Soraya).

En el PTV, primero solo había 1 gabinete para la consulta médica de mujeres embarazadas y 2 salas de GATV. Con el tiempo aumentó el trabajo, este centro fue aumentando y organizando de forma diferente según las necesidades y los cambios que fueron surgiendo en el programa. En el año 2005, el programa PTV contaba con dos partes: un GATV con 2 consultas de asesoría con un

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

consejero en cada una y 2 consultas de enfermería. También había una recepción, oficina y baños para el personal sanitario y los usuarios. Teníamos una farmacia pequeña para los medicamentos y la leche de los bebés. En junio del año 2007 se acabó la ampliación con otro pequeño edificio al lado, se inició y compartieron los servicios como farmacia, cocina, almacén con el hospital de día pediátrico que tenía una pequeña sala de recogida de muestras, para mediciones y tratamientos para los niños y una consulta médica. En la otra consulta médica de al lado se veían a las mujeres embarazadas que todavía seguían en el programa de PTV iniciando TARV o los casos con complicaciones y se empezó allí la descentralización del PTV para las consultas prenatales del área de Chamanculo.

7. LA HISTORIA DEL GABINETE DE ASESORIA Y PRUEBAS VOLUNTARIAS DE VIH

Miriam que fue una de las primeras psicólogas que empezó a trabajar en la parte de psico-social del programa de Médicos Sin Frontera, me contó durante una entrevista sus recuerdos del comienzo del área psico-social del programa: *En el inicio del programa de SIDA, en la puerta de los GATVS se realizaba una charla general de información sobre el VIH / SIDA para todos los adultos que allí estaban. Después las personas que querían continuar pasaban individualmente al gabinete y se les realizaban 2 test de VIH en paralelo, uno era el Determine y el otro Unigold, uno era de tipo cuantitativo y el otro cualitativo; se interpretaba el resultado de los dos tipos de test y se notificaba el resultado a las personas. Cada tipo de resultado seguía una estrategia diferente, si el resultado era dudoso se le pinchaba una muestra de sangre y se enviaba a un laboratorio más especializado para que estudiaran profundamente esa muestra. Si el resultado era negativo, se daba la post-asesoría, se le reforzaba para seguir en su comportamiento en la prevención, prácticas sexuales seguras y volver a pasar por la asesoría tres meses más tarde para seguir con la prevención. Si la persona era VIH positiva, se le recomendaba entrar al programa de VIH / SIDA, se abría la historia clínica, se le pinchaba análisis de CD4 (para ver en qué nivel tenían las defensas de su cuerpo) y se le hacia la primera consulta médica si la persona aceptaba.*

A todas las personas con la condición de VIH positivas se les pedía que invitaran a sus compañeros a volver con ellos al hospital para realizarse el test y hablar con sus compañeros para que adoptaran comportamientos de prevención de prácticas seguras frente a la enfermedad. Al hablar con los compañeros tanto para los hombres como a las mujeres era un grave problema y pocas parejas conseguían venir para realizar la asesoría en pareja aún pese a la invitación que les

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

dábamos. En el inicio no había tratamiento antirretroviral así que las personas positivas pasaban para el hospital de día realizándose seguimiento clínico de las infecciones oportunistas y del nivel de CD4 o defensas del cuerpo. En el año 2002 se aumentó el programa y se abrió un GATV en Chamanculo dentro del PTV, donde se realizaba asesoría y test de VIH a las mujeres embarazadas, se les abría un proceso psicosocial, se les explicaba qué era la transmisión vertical, recibían educación para la salud para ellas y el cuidado de los bebés, se les daba educación para vivir positivamente con el VIH, sobre las ventajas del programa y del seguimiento completo del programa de ellas y sus familias (Entrevista con Miriam, psicóloga del programa).

Las historias psicosociales fueron creadas en el año 2003 para los pacientes que iban a empezar a tomar tratamiento antirretroviral. Al principio había un consejo de inclusión en TARV y la psicóloga del programa durante la asesoría tenía que evaluar el comportamiento de riesgo, de tomar sustancias tóxicas, dependencias, alcoholismo, espacio geográfico de cada paciente. Este comité estaba formado por un médico, psicólogo, consejero, enfermera y muchas veces por el coordinador del equipo, así se discutían los casos que iban a educar y tomar el tratamiento antirretroviral. El departamento de psico-social daba su parecer sobre la adherencia, porque al principio era una experiencia nueva, sólo entraban a la terapia aquellas personas que reunían unos requisitos, desde luego la necesidad de iniciar el tratamiento, porque se intentaba poner en TARV aquellas personas que estaban más enfermas y necesitaban más urgentemente entrar al programa medico (Entrevista con Isabel, psicóloga del programa).

El cuestionario inicial utilizado hasta finales del año 2008, fue creado por el coordinador del equipo expatriado en ese año y una psicóloga local por la parte mozambiqueña para la adaptación cultural de la historia psicosocial. Cogieron otros cuestionarios usados en proyectos de SIDA de MSF, especialmente de Malawi, lo adaptaron al contexto nacional. Inicialmente se pensó que el cuestionario era completo y los consejeros lo rellenaban bien pero más adelante se dieron cuenta de que no servía de mucho y decidieron continuar rellenándolo para evaluar al paciente especialmente en los datos de la personas con problemas de adherencia al tratamiento. Con las historias psicosociales se pretendía que dieran una idea de cómo era la vida en la familia, este era un tema que no había sido muy estudiado en Mozambique. El cuestionario no era el mismo, cambió a inicios del año 2009, el nuevo es una evaluación sobre la enfermedad y el tratamiento antirretroviral para ver cómo han entendido las personas los temas de educación de la enfermedad que les han explicado antes de empezar a tomar los comprimidos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Durante la consulta médica se explicaban de nuevo todos los aspectos referentes al VIH / SIDA de una manera más profunda, el periodo de educación a los pacientes sobre la enfermedad dependía de cómo el paciente entendía las cosas, se iban dando explicaciones en el GATV y en la consulta médica hasta que la enfermera y el médico creían que habían entendido los aspectos básicos de la situación y estaban preparados para iniciar el tratamiento antirretroviral. Durante 1 o 2 meses se llevaban los pacientes cajas con las pastillas preparadas especialmente y con las horas marcadas para que tomaran los comprimidos de forma que tuvieran buena una adherencia del 100% (Entrevista con Miriam, la psicóloga del programa).

Después la historia psico-social se iba completando en las siguientes sesiones: cuando se iniciaba el TARV o cuando se consideraba necesario que los pacientes debían de volver a tener sesiones complementarias de asesoría para explicar las cuestiones que aún no estaban claras. A través de la historia psicosocial se intentaba ver la evolución del enfermo y su adherencia al tratamiento, así como los problemas que surgían, lo que permitía hacer un análisis psicológico y social en cada caso. Se intentaba tener información sobre el grado de inserción social, de la estabilidad o de inestabilidad de la pareja, el nivel de estudios, la profesión, si el paciente tenía trabajo, el número de hijos, el uso de condón, el número de parejas o las prácticas sexuales de riesgo, las relaciones con otras parejas. Muchas veces los pacientes nos daban datos falsos y en otras ocasiones las personas no querían hablar por vergüenza y ya que se trataba de situaciones íntimas referidas a las prácticas sexuales y que se consideran tabú (Entrevista con Miriam, la psicólogo del programa).

8. EL INICÍO DE LA INTEGRACÍÓN Y EL CAOS EN EL PROGRAMA DE PTV

En el año 2005 se inició con el programa de la Integración / Descentralización en el Hospital de Chamanculo, además de empezar a formar a varias enfermeras, sirvientes, personal administrativo, farmacia y laboratorio también se empezaron las actividades del programa de prevención de la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo en la consulta de prenatal del centro de salud. En el mes de octubre comenzó poco a poco la consulta de la Integración como llamábamos en aquel momento a la consulta de enfermedades crónicas pero que en realidad era de pacientes de VIH / SIDA y unos pocos diabéticos e hipertensos para disimular. Para iniciar también la Integración en el programa de SMI se instaló un GATV solo para mujeres embarazadas y sus maridos, que estuvo funcionando hasta el fin del año 2006 y era atendido por consejeros de MSF Suiza. Cada mañana

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

una enfermera de MSF iba a SMI a primera hora de la mañana y daba una charla IEC (información, educación y comunicación) sobre prevención del VIH / SIDA y la transmisión vertical en la puerta de entrada, donde venían todas las mujeres embarazadas y las mujeres que acababan de ser madres con sus bebés, la formación era general dirigida a todo el mundo. Las mujeres que querían hacerse el test de VIH entraban todas juntas al GATV y allí recibían otra sesión de asesoría un poco más completa que la anterior. Después salían e iban entrando las mujeres embarazadas de una en una.

Para recibir la asesoría y test de VIH voluntaria y la post-asesoría individualmente, si la mujer era VIH positiva se la enviaba al PTV para abrir la historia clínica y pedir el análisis de CD4 para ver el estado inmunológico de la paciente. Cada día en esta consulta se atendían allí un número entre 15 - 25 mujeres, dependiendo del día, pero al inicio de la mañana se juntaban allí entre 200 - 300 mujeres de todos los tipos, embarazadas o que acababan de tener el bebé, así que el porcentaje de mujeres que se perdían era enorme. Cuando el ministro dio la orden de que todas las enfermeras de SMI pasasen hacer como rutina el test de VIH a todas las embarazadas en el mes de diciembre del año 2007, se cerró este GATV y ya se organizo allí gran parte del programa, las mujeres que estaban más enfermas, en tratamiento antirretroviral y sus hijos se quedaron todavía hasta junio del año 2008 en el PTV de médicos Sin Frontera.

9. LA DESAPARICÍÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS VIH POSITIVAS

En el mes de enero del año 2006, analizando las estadísticas del PTV y del GATV, vi que y el número de mujeres que llegaban a abrir la historia clínica en el PTV era muy inferior a la cantidad de mujeres embarazadas con resultado VIH positivo y además que había disminuido considerablemente el número de mujeres en el PTV que habíamos tenido anteriormente. Decidí hacer una pequeña investigación en todo el circuito de las mujeres embarazadas y con hijos recién nacidos, para ver que sucedía con estas mujeres que no entraban en el programa, se perdían en el camino o desaparecían misteriosamente. En la sesión de asesoría, después de realizar toda la explicación, de realizar los dos test de VIH en paralelo, explicar a las embarazadas que eran VIH positivas y recibir la post-asesoría entraban en estado de shock, así me di cuenta que había varios problemas:

1. Las embarazadas con condición de VIH positivas que aceptaban, pasaban a la consulta prenatal normal y después eran enviadas al PTV de MSF para sacar sangre para realizar el control de CD4, y les daban la profilaxis con un antirretroviral NVP + AZT, después eran enviadas al

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

laboratorio del hospital para pedir análisis clínicos tales como sífilis, hemoglobina. Posteriormente tenían que volver de nuevo al PTV para abrir la ficha de identificación, la historia clínica y se les daba fecha para que volvieran a consulta una semana más tarde.

2. Las mujeres que cuando sabían el resultado del test de VIH iban a realizarse el análisis de CD4, muchas nunca más volvían, en especial cuando se les decía que debían de hablar con el marido y traerlo para pasar juntos por la asesoría y test de VIH.

3. Las mujeres que pasaban por el test y misteriosamente se evaporaban, dejando datos poco claros para no poder ser identificadas.

El circuito elaborado para ser seguido por aquellas mujeres era muy complicado, citas para seguimiento del embarazo en la consulta de prenatal, pruebas de laboratorio en el hospital, las pruebas de VIH y CD4 en el PTV y GATV y vuelta al PTV para recibir la profilaxis y explicaciones. En cada consulta o parte del circuito iban desapareciendo algunas mujeres. Comenzamos un seguimiento del circuito contando las señoras en cada consulta y por las estadísticas vimos que se perdían más del 50% de las embarazadas VIH positivo. En aquel momento no venía casi ningún hombre a hacerse el test con las mujeres aunque todos los maridos de las embarazadas VIH positivas eran invitados. Quizás alguno fuese al otro GATV de Médicos Sin Frontera pero la mayoría de las señoras nos decían que el marido se negaba a venir y los hombres no se identificaban como maridos si pasaban por la asesoría en otro gabinete del proyecto.

Comencé a mirar con mucho cuidado los casos de embarazadas pérdidas y eran un número importante pero no era estable, dependía de cada mes. Tuvimos también algunos casos de mujeres en estado de buena esperanza VIH positivas que desaparecieron, fueron a comprobar su estatus de VIH en otros GATVS y volvieron al final del embarazo para recibir la profilaxis ella y su hijo. Muchas mujeres estaban en el programa hasta que tenían el bebé y recibían la profilaxis ambos, madre e hijo; o iniciaban el TARV después mejoraban y desaparecían. No conseguimos cuantificar todos los casos en las estadísticas, pero sí que conseguimos saber que desaparecían muchas mujeres, aproximadamente la situación ha ido cambiando con el tiempo, el aumento de información, de enfermos y el rellenar las estadísticas mejor en la consulta prenatal. Yo he entrevistado a mis compañeros locales, que eran los que veían este problema y les he pedido a todos hacer el esfuerzo de hacer una estimativa por épocas, y casi todos coinciden en sus opiniones, así, más tarde, venían

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

para el PTV, allí se les abría historia clínica, se les hacía el reconocimiento médico y se les pedía los CD4.

Analizando esta situación, decidimos seguir de cerca a las mujeres con CD4 más bajo y que necesitaban entrar en tratamiento antirretroviral, y si desaparecían realizábamos una búsqueda activa para que volvieran al PTV, muchas mujeres regresaban por que estaban muy enfermas, pero en otros casos veíamos que nos habían dado datos falsos como el teléfono de contacto la dirección de la casa, para que no pudiéramos encontrarlas. Decidimos cambiar la estrategia de trabajo para intentar seguir más de cerca a las embarazadas y aumentar el número de mujeres que aceptaran realizarse la asesoría y el test, enseñando a todas las enfermeras de la consulta prenatal del área de salud de Chamanculo a realizar el test de VIH y la asesoría. Establecimos los criterios de que las señoras que estaban con un CD4 alto, para que comenzaran a ser seguidas en la consulta de prenatal de cada uno de los cinco centros, y solo referían a las embarazadas para el PTV de MSF a aquellas que estaban con criterios de empezar rápidamente el tratamiento antirretroviral.

En el mes de Enero del año 2007, el ministro de salud cambió, el sistema de opción *opt-in,* que era el sistema en que las mujeres pasaban por la asesoría y pruebas de VIH voluntarias y en ese momento era cuando pocas mujeres aceptaban y eran la mayoría las que estaban embarazadas y enfermas, por el sistema de opción *opt-out* porque era la estrategia recomendada por ONUSIDA y OMS para los países con altas prevalencias de VIH. En este sistema a todas las mujeres se les decía que pasar por el test era voluntario, pero se les recomendaba la necesidad de hacérselo por el bien de ellas y de sus hijos. También se estableció como prueba de rutina en la Consulta de pre-natal, en la Maternidad y en el PTV de Chamanculo. Solo las embarazadas que no querían hacerse el test tenían que decirlo muy claramente a las enfermeras o consejeros y pelear duro para que las respetaran. La práctica de este cambio en la norma muchas veces era llevada en ocasiones a extremos, cuando las mujeres entraban en la consulta prenatal, la enfermera les sacaba la sangre para los análisis, apenas hacia una introducción de pre - asesoría y les realizaba el test Determine enfrente de ellas y les decía: “mama si sale una raya roja eres VIH positiva cuando salgas vas hablar con las enfermas expertas que te van a explicar las cosas”.

La reacción de las embarazadas ante este cambio fue interesante, a muchas más mujeres se les realizaba el test de VIH, pero las mujeres entendían mucho menos que antes la situación ante la mala calidad de la asesoría y test de VIH y las pocas explicaciones recibidas. Aún así perdíamos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

bastantes mujeres embarazadas ante el choque de saber que eran positivas, no aceptaban el resultado del test de VIH y no notificaban la situación a sus compañeros. En la mitad del año 2009 casi ninguna mujer se oponía a pasar por el test, aproximadamente 1 mujer por mes solía negarse a que le realizaran el test en la consulta de prenatal, pero las mujeres cuando salían de la consulta prenatal no entendían nada, estaban enfadadas, asustadas, pues las enfermeras con tanto trabajo no tenían tiempo de explicar nada, sólo de llevar el seguimiento mínimo de las cosas. Había disminuido la calidad y muchas mujeres seguían desapareciendo, en ese momento se podía saber más o menos por el número de señoras que no volvían a recoger los resultados de los resultados de los CD4 no recogidos, pero las enfermeras no lo estaban controlando, por la avalancha de trabajo, y según las enfermas expertas eran muchas todavía (datos recogidos en SMI, 2009).

Las cifras de prevalencia que estábamos viendo cada día en el hospital de Chamanculo ya eran aproximadamente el 30% de las mujeres que se realizaban el test de VIH a inicios del año 2006. En ese tiempo sólo había un Hospital de Día Pediátrico en el Hospital Central de Maputo y cada día nos estaban llegando más niños VIH positivos al programa. Una cosa eran las normas escritas en el papel, como debían de hacerse las cosas, y otra muy diferente la realidad. Hubo una ocasión en que vimos hacer el test a dos mujeres embarazadas juntas en la misma consulta, la razón que me explicó la enfermera era que tenían muchísimo trabajo y no tenían tiempo para atender a todas las señoras que llevaban en la puerta esperando desde las 7 de la mañana, y esto era alrededor de las 2 de la tarde. Durante este año vimos que el Ministerio implementó esta nueva estrategia pero se quedó sin antirretrovirales (AZT) para poder hacer frente a las necesidades reales y no realizaron previsiones con la orden que dio el ministro. Así muchas mujeres y sus bebés durante unos meses solo tomaron como profilaxis NVP y muchas señoras vinieron a los centros a reclamar AZT para ellas y sus hijos. Muchas de ellas estaban muy preocupadas pensando que iban a contagiar al hijo solo tomando NVP, muchas de las mujeres que venían lo hacían a escondidas porque no le habían dicho nada al marido ni a la familia. En este tiempo fue cuando decidimos apoyar a todos los sectores del programa de VIH / SIDA de Médicos Sin frontera con la formación y entrada a trabajar a los enfermos expertos para que ayudaran en el trabajo del sistema de la Descentralización porque había aumentado mucho la carga de trabajo y había que repartir más el trabajo del departamento psicosocial.

Durante el año 2007 se abrieron menos historias clínicas en el PTV de MSF, sólo a mujeres con casos complicados y muy enfermas, también se pusieron menos embarazadas en terapia

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

antirretroviral y menos hombres entraron en el programa. Al iniciar la integración de los cinco centros del área de Chamanculo, el numero de embarazadas VIH positivas aumentó para tomar la profilaxis, sólo las mujeres que estaban con su salud mal eran las que venían al PTV para terapia, los casos más complicados de enfermas y de niños se quedaron en el PTV. El número de transferencias para los centros de consulta de enfermos crónicos de las mujeres en tratamiento aumentaron. En julio del año 2007, el PTV de Chamanculo durante unos meses se trataba en un gabinete los casos especiales de mujeres que quedaron del PTV y sus hijos, en la otra consulta se inició un hospital de día especializado para niños con SIDA. A partir de inicios del año 2008 todas las embarazadas empezaron a ser seguidas clínicamente el embarazo y el programa de PTV en la consulta de Salud Materno Infantil, sólo las embarazadas que debían entrar en terapia antirretroviral iniciaban en las consultas de enfermos crónicos, hasta que los centros de SMI tuvieran las condiciones adecuadas para realizar todo el programa. En el mes de julio del año 2009, en el hospital de Chamanculo está funcionando de esta manera, SMI colaborando y enviando a las embarazadas y casos complicados para las consultas de enfermos crónicos de SIDA, y las enfermeras de SMI están empezando su formación para el seguimiento de enfermas en terapia antirretroviral apoyadas por un médico.

10. LA PREVENCÍÓN EN EL PTV DE MSF-SUIZA

Los modelos de prevención usados en el programa de SIDA de Chamanculo son:

1. La asesoría y pruebas de VIH / SIDA a mujeres embarazadas y asesoría a la pareja, los dos miembros juntos o separados.

2. La asesoría para adultos, adolescentes y además especializada para explicar a los niños su condición de VIH / SIDA, para que puedan entender el proceso de su enfermedad y también asesoría para cómo los niños van a revelar su condición de VIH / SIDA a otras personas, tema muy sensible y complicado.

3. La presencia de cajas con camisas de *Venus* o condones en todos los sitios del centro de MSF, que se pueden coger libremente, nosotros dentro de la consulta también los regalamos y se aconseja su uso en todas las consultas del programa, en los GATVS y en las consultas médicas. En todas las consultas hay condones femeninos y se explica a las mujeres como usarlos. Se dan varias charlas sobre prevención, el uso del condón en todos los sitios del centro con maquetas de penes y condones femeninos y masculinos y son realizadas por los pacientes expertos y dentro de las consultas medicas por las enfermeras.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

4. Varias veces al día en el PTV, en el HdD pediátrico, en la consulta crónica, en la puerta de entrada del hospital y en la consulta de prenatal, se realizan formaciones IEC sobre el VIH / SIDA, acerca de cosas básicas del SIDA llevadas por los pacientes expertos, educación para los pares. Se explica donde trabajamos y se invita a la gente a venir a participar.

5. Las enfermas expertas están preparadas para hablar y escuchar a cualquier persona con dudas para aclararlas o para enviarlas a una persona más formada dentro del programa de PTV.

6. Las enfermeras expertas realizan la búsqueda activa de los casos de aquellas personas que desaparecen en los barrios, no vienen al programa, han dejado el tratamiento antirretroviral y tienen problemas con la adherencia. Ellas voluntariamente hablan con los vecinos o vecinas y van a visitar a personas enfermas a sus casas, al barrio, para conversar con ellas e intentar conseguir traerlas al hospital para que vuelvan al tratamiento.

7. En el PTV siempre que las mujeres aceptan se les da la protección dual, se les aconseja el uso de anticonceptivos y preservativo si tienen la circunstancias indicada para tomarlos. También tuvimos durante un tiempo anticonceptivos y la píldora del día después, pero no las usábamos mucho porque para las mujeres era un tema muy sensible por el valor de la maternidad en esta cultura.

Todo el día existe una información constante en todos los niveles del programa de SIDA sobre la necesidad de la prevención de la enfermedad y las posibles consecuencias de no usar la prevención y coger la infección. Todas las semanas se reúnen el grupo de mujeres embarazadas VIH positivo y en estas reuniones participan también alguna enferma experta o enfermera para seguir apoyando a las señoras, ayudándolas a hablar para que expresen sus dudas. Existe también dentro del Hospital de día de Alto-Mãe una organización de enfermos de VIH / SIDA que se llama Kudumba que realizan muchas actividades, están organizados y apoyados por MSF-Suiza. Además las personas activistas, enfermos expertos, psicólogos, van a la radio, a colegios, a instituciones, a los barrios a hablar de la enfermedad y de la prevención. Fue organizada por MSF una exposición itinerante de fotografías del trabajo de los proyectos de SIDA en Mozambique, de enfermos dando testimonio de cómo vivian con la enfermedad de una forma positiva, se invitó a la prensa y televisión para dar a conocer la enfermedad, la prevención, la profilaxis de la enfermedad en las embarazadas, el tratamiento antirretroviral en el año 2007.

Después de haber realizado muchas entrevistas, pasar por las consultas clínicas, las de asesoría y de haber vivido todo este proceso, el uso del preservativo continúa siendo muy bajo, en

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

especial en aquellas personas que están ya con la enfermedad. Hay personas que empiezan y están un tiempo usándolo pero llega un momento o una situación que dejan de usarlo, o el marido no quiere, o la mujer simplemente no le gusta, aunque las mujeres siempre dicen que es el marido el que no quiere, es un tema muy difícil de resolver. A pesar del esfuerzo importante dedicado a la prevención del VIH / SIDA sigue siendo un autentico desafío dentro del programa y son necesarias nuevas herramientas, estrategias y abordajes para que mejore este área del programa.

Existen toda una serie de reacciones colectivas de las personas para no a ir a los lugares del test de VIH. Las consultas de asesoría, PTV, consultas prenatales son servicios que tienen la función de ayudar y educar a las personas sobre la infección y la enfermedad, pero las personas no los ven amistosos y parece que sean lugares donde se realiza como una intervención en el control de la sexualidad y de la reproducción, de la vida de las personas, hombres y mujeres. Conversando con un hombre que se identifica como el *China*, este hombre es maestro y me explico: *Existen personas en Maputo en que dicen que cuando vas a hacer el test de malaria te lo hacen directamente, te dan el resultado y el tratamiento, pero cuando vas hacer el test del VIH eres sometido a toda una serie de charlas, recomendaciones y preguntas que te hacen sentir incómodo, controlado, te preguntan sobre tu vida sexual, no es un ambiente de confianza, amistoso, en el cual te ayudan a entender y aceptar las medidas de sexo seguro que de por si son difíciles de aceptar en nuestra cultura, además te recomiendan que pases por este proceso cada tres meses para volver a repetirte las mismas cosas, a mí solo me interesa que me realicen el test y marcharme, yo decidiré como voy a vivir mi vida sexual, que medidas voy a aceptar y a nadie le interesa ese problema, es una cuestión intima mío y de mi compañera o posibles compañeras y si puedo no vuelvo más a estos servicios* (Conversación con el China).

11. EL ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS PSICO-SOCIALES

Las mujeres embarazadas que buscan los servicios del PTV de MSF sólo tienen en común el hecho de estar embarazadas. Se trata de un grupo extremamente heterogéneo considerando el tamaño de la familia, el número de hijos, el tipo de familia en que viven. La cuestión complicada es saber el tipo de relación mantienen con los hombres pues vemos diferentes tipos de modalidades: matrimonios civiles, matrimonios religiosos especialmente musulmanes, matrimonios tradicionales y después familias en régimen de poligamia, parejas de hecho, mujeres solteras. Después ya comienza un poco de desconcierto tal como: unas mujeres son las primeras mujeres *(casa 1),* otras

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

son segundas señoras *(casa 2),* otras nos dicen que son las *amantes*, otras sólo *amigas*, y otras *co-esposas*. Una cosa curiosa, *todas* llaman a los hombres *mi marido*, y estas situaciones en ocasiones pueden ser correlativas y se trataba de varias a la vez, por esta razón en ocasiones andamos un poco confundidos. Otras familias son poligámicas a la manera tradicional con todas las co-esposas viviendo en el mismo grupo familiar.

De acuerdo con el ANEXO I el PTV de Chamanculo abrió 1549 historias psicosociales hasta la mitad del año 2007. Estos documentos pienso que todavía estarán en los archivos del Hospital General de Chamaculo, la gestión de este tipo de archivos era siempre problemática debido a la falta de personal cualificado, disciplina de los prestadores de cuidados de salud en registrar la información después o durante la consulta, lugares seguros en términos físicos respecto a humedades y otros problemas. Un grupo de estas historias fueron archivadas porque las enfermas desaparecieron, no volvieron más y tampoco las encontrábamos durante la búsqueda activa de enfermos con problemas de adherencia al TARV. No sabía exactamente cuántos pacientes murieron, pues las familias venían pocas veces a comunicar de una forma regular la muerte de sus familiares. Tenía registrado en el cuadro de pacientes muertos de 46 mujeres y 4 hombres en TARV, razón por la que podía llegar a la conclusión que solo quedaron 1499 historias activas. De estas 1499 considerando el hecho de la muerte de algunas pacientes, muchas de las historias no eran movidas porque entre estas también los casos de abandonos del programa. Durante el periodo de 4 años hubo 235 abandonos, lo que redujo el fichero a 1264 historias clínicas.

Cuando un enfermo era transferido para otra unidad por cualquier razón también bajaba el número de historias clínicas activas. Sabía que en los últimos tres años, 2005, 2006, 2007, fueron transferidas 467 mujeres con sus respectivas historias clínicas. Así en 2007, había 779 historias, en estos cálculos consideré como transferencias a las madres cuyos hijos tenían 18 meses y eran VIH negativos. No sé el número de estas mujeres, de estos procesos, de madres que salieron con los bebés sin VIH. Sólo he conseguido consultar las estadísticas, que he ido haciendo con el tiempo, que daban unos indicadores de lo que sucedió, porque las estadísticas han ido evolucionando con el programa, eran los datos que se podían analizar además evaluando las circunstancias y la evolución del programa con las circunstancias que encontré.

Cuando se inició el programa de la Descentralización los datos ya eran más difíciles de seguir porque el circuito se amplió mucho, porque las madres que empezamos a transferir desde el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

PTV para la descentralización fueron aquellas que estaban mejor de salud. En 779 historias psicosociales decidí escoger aleatoriamente 37 de ellas, con las que organicé una tabla de Excel y las fui comparando para analizar los datos que había en estas historias. Los datos que han resultado de esta tabla se reflejan en los siguientes párrafos.

12. LAS VARIABLES ANALIZADAS EN LAS HISTORIAS PSICO-SOCIALES

LA DISTRIBUCÍÓN POR AÑO FUE LA SIGUÍENTE

AÑOS	**Nº HISTORIAS**
2004	2 Historias
2005	18 Historias
2006	17 Historias

Años…….2002……2003…..2004…..2005……2006…..2007
Nº de historias abiertas……48……..157……243……214……..386……163
Nº de historias por año ...0……....0……...2……..18……....17……0

No consulte las historias médicas, ni otros registros, no lo hice por razones prácticas pues en muchas de ellas no se podía entender lo que estaba escrito, además había que garantizar la confidencialidad de la situación de VIH / SIDA de las personas. En todo caso, debido a las nuevas tecnologías una parte de estos archivos estaban computarizados pues no sólo salvaban espacio físico sino que también nos permitían hacer análisis comparados de forma rápida automática. Nosotros teníamos en el proyecto un programa especial de ordenador para trabajar en los proyectos de MSF de VIH / SIDA llamado FUCSIA. No analicé los datos que salían de este programa porque en el tiempo que estuve trabajando estaban en fase experimental para evaluar el programa, y porque las estadísticas del programa de PTV eran las más difíciles de recoger, procesar y evaluar y aún no habíamos conseguido realizarlo correctamente.

El volumen y calidad del material que estaba registrado en las historias dependía del tiempo disponible que tenían los consejeros y psicólogos para ir escribiendo los datos que les iban proporcionando los pacientes y en las historias psicosociales se veía que había algunas historias que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

se habían elaborado con cuidado y en otras desorganizadamente. En las historias psico-sociales se introducía un código, y teníamos los siguientes datos registrados:

Datos personales: Año de abertura de la historia, lugares donde se abrieron las historias, edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, dirección, profesión, estudios – nivel de escolaridad, empleo con salario, número de personas que formaban la familia o que dormían en la misma casa y comían de la misma olla, o vivian con la misma economía.

Situación de VIH / SIDA: cuantas personas estaban con VIH, cuantas tenían SIDA, cuantas estaban en tratamiento antirretroviral, tipo de terapia, número de hijos muertos y vivos, estado de VIH de los hijos, condición de VIH de los compañeros, comprimidos antirretrovirales de los compañeros, como descubrió que tenía la enfermedad, enfermedades oportunistas, si tenían amantes, si vivían en relaciones polígamas, que tipo de prácticas sexuales tenían.

Observaciones: Si usaban preservativo o no, bebían alcohol o no - ella o el marido, si era esposo o tenía otros hombres o maridos o amantes. A las mujeres se les preguntaba si eran las señoras principales o segundas mujeres, si ya revelaron el estatus de VIH al marido, si tenían miedo de revelar su situación. A todos se les preguntaba si sabían cuáles era los efectos del tratamiento antirretroviral, para qué servía la terapia, cuánto tiempo tenían que tomar los comprimidos y si estaban dispuestos a tomarlo durante toda la vida.

LAS EDADES DE LAS MUJERES EN LAS HISTORIAS OBSERVADAS

La edad mínima de las personas era de 18 años y de la mujer más vieja tenía 42 años, como tenía mucha variación de edad, decidí separarlas en grupos de edad pues el grupo de edad acababa por engañar la situación real de la infección.

Grupos de edad:

- 18 - 21 Años - 7 casos;
- 22 – 25 Años – 8 casos
- 26 - 30 Años – 5 casos
- 31 – 35 Años – 10 casos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

- 36 – 40 Años – 8 casos
- 40 – 42 Años – 2 casos

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES

- Solteras – 23
- Unión de hecho – 22
- Casada civilmente – 1

SEXO DE LOS PACIENTES

- Mujeres: 36
- Hombres: 1

LUGARES DE NACIMIENTO:

- Maputo: 28; Chamanculo: 3, Zona verde: 1; Aeroporto: 1
- Fuera de Maputo: Chokwe: 1, Matola: 1, Vilankulo: 2
- Total: 37

Los lugares de nacimiento no fueron preguntados de una forma precisa. Maputo es una ciudad y una provincia. Si se quería preguntar por el lugar de nacimiento se debían de haber recogido datos precisos sobre el lugar, barrio, calle. En cada barrio de las personas que eran de Maputo había más de 50.000 o 60.000 habitantes.

LUGARES DE RESIDENCIA:

- Maputo 2, Chamanculo 7, Mafalala 3, Aeroporto 1, Jardim 3, Costa do Sol 1, Triunfo 1, 25 de Junho 1, Bagamoyo 1, Patrice Lumumba 1, Zona Verde 1, Inhagoia 1, Michafutene 2, Magoanine 1.
- Fuera de Maputo: Matola 2, Matatuine 1, Machava, Naamacha 1, Moamba 1, SD 1, Malelane 1

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

De nuevo los datos eran imprecisos, aparecían 21 lugares diferentes, muchos de estos lugares eran de nuevo barrios de Maputo y cuando se pedía la dirección se daba el nombre de la calle, de cuarterón, el número de casa. Eran informaciones incompletas y ambiguas con las que no se podían llegar a conclusiones claras.

- 7 Mujeres eran originarias o residentes en Maputo - 19 %
- El resto de las mujeres eran de diferentes barrios.

La interpretación para este comportamiento era que las mujeres trataban de buscar un buen centro, donde podían tener el mejor tratamiento o que fuera un tratamiento amistoso. Y también un lugar donde no fueran conocidas y pudieran seguir el tratamiento de forma secreta.

EMPLEO

Las 36 mujeres y el hombre de la muestra realizaban los siguientes trabajos o tenían los siguientes empleos:

- Domesticas - eran mujeres casadas que vivían en su casa y hacían trabajos de limpieza de casas, o eran mujeres amas de casa – 16
- Comerciantes o vendedoras – 4
- Sin empleo – 10
- No tenían profesión - 2
- Universitarias – 1
- Administrativa – 1
- Técnico de electrónica – 1 hombre.

Las 37 historias psicosociales crearon grandes dificultades en la interpretación de los datos debido al hecho de que los conceptos no estaban bien definidos. Probablemente deberían de haber usado los conceptos del Instituto de Estadística de Mozambique. Las 10 mujeres desempleadas podían ser amas de casa o trabajar como domesticas en otras casas. No tener profesión no quiere

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

decir que no fueran amas de casa. El problema era que las preguntas del cuestionario no estaban bien formuladas.

NIVEL DE FORMACION ESCOLAR

- No tenían ningún grado escolar – 6
- Primer ciclo – 7
- Segundo ciclo- 20, (va desde la 7ª a la 9ª clase)
- Tercer ciclo – 2, (va desde 9ª a 12ª)

La mayor parte de las mujeres, 30 de ellas tenían el segundo ciclo o sea el 54%. Se verificó que entre las pacientes había algunas con una cierta formación escolar. Cuál era la validad de esta formación no lo sé, porque las historias fueron escogidas aleatoriamente.

TRABAJO

No tenían un trabajo con salario permanente 17 mujeres lo que correspondía a un 46%. Otras 11 mujeres tenían labor como empleadas domesticas, 1 era técnica de estadística, 8 eran comerciantes informales. Esto me daba una idea de que pocas mujeres tenían un trabajo con salario remunerado y que algunas tenían actividades informales como vendedoras en la calle o en el mercado.

CONDICIÓN DE LA ENFERMEDAD DE SIDA

Todas eran VIH positivo y lo descubrieron en el año que abrieron la historia clínica. Algunas de las mujeres sabían su estatus antes pero no sabíamos cuántas pues los criterios de entrada en el PTV eran embarazadas con estatus de VIH positivo. De las 37 mujeres, 16 de ellas ya estaban con SIDA, ó sea 43%, tenían un nivel de CD4 inferior a 350 que era el criterio recomendado por la OMS en ese año para entrar en TARV. Solamente 9 mujeres estaban recibiendo TARV de primera línea con Triomune. Los datos que habían sido recogidos mostraron que había una gran confusión en los registros en referencia al tratamiento antirretroviral. 14 mujeres estaban sin tratamiento, 13 estaban en tratamiento, una no respondió nada y 7 estaban en tratamiento pero no sabían que tratamientos tomaban. Si la existencia de las historias psicosociales era una de las razones principales para controlar la adherencia al tratamiento, era bastante difícil llevar el seguimiento de esta manera.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

HIJOS

- 7 de las mujeres seropositivas estaban embarazadas
- 7 Mujeres tenían un hijo cada una
- 5 Mujeres tenían 2 hijos
- 4 Mujeres tenían 3 hijos
- 3 Mujeres tenían 4 hijos
- 1 Mujer tenía 5 hijos
- 1 Mujer tenía 6 hijos
- 1 Mujer tiene 7 hijos
- En total de las 36 Mujeres entre todas tenían 60 hijos.

No tenía ningún dato sobre las razones de la muerte de los hijos. Los registros sobre los hijos también estaban mal hechos. No se sabía el día de nacimiento, el día de la muerte, la causa de la muerte, etc. A 7 de estas mujeres se les murió 1 hijos, a una mujer se le murieron 2 hijos.

ESTADO DE VIH Y CON LA ENFERMEDAD DE SIDA

Mujeres	**Hijos**	**Seroestatus**
8	13	Neg
16	45	No saben
13	3	No responden
3	3	Tienen VIH

Las mujeres no querían saber de la situación de SIDA o no lo querían decir. Normalmente las que decían que no sabían o que tenían VIH por eso venían al PTV. O era que no habían entendido las explicaciones recibidas, porque las que llevaban tiempo en tratamiento antirretroviral a veces te decían que no tenían SIDA, y cuando les preguntaba por qué tomaban el tratamiento decían

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que era para ponerse bien y si preguntaba los efectos del tratamiento no lo sabían. Con estos datos era difícil sacar conclusiones.

13. LAS ELECCIONES DE LAS ENFERMAS NO HAN SIDO CONSIDERADAS

Nunca se considera la elección de la enferma, de la persona infectada, como una elección consciente en la que probablemente la paciente escogió la solución de no tratarse, más confortable para ella, la mejor desde su punto de vista dentro de las relaciones sociales y de la cultura en que viven. Los estudios consideran la oferta de los servicios de tratamiento existentes en el PTV y algunas veces se les pregunta si los servicios son buenos, si reciben buen trato por parte de los profesionales. Ninguno de los estudios realizados trata de descubrir cómo sería un PTV diseñado por las propias mujeres con experiencia que ya pasaron por la situación. La elección tomada por las mujeres, aunque sea negativa bajo del punto de vista biomédico, es una elección racional y maximiza los aspectos positivos de la situación en que se encuentran viviendo las mujeres según sus circunstancias personales, sociales, económicas y culturales. La lógica y la racionalidad del comportamiento de estas mujeres tiene que ser registrado primero, decodificado y entendido más tarde. ¿Cuáles son las dificultades que enfrentan las mujeres cuando van a un PTV? ¿Cuáles son los problemas que encuentran y que deben de ser resueltos? ¿Cómo pueden resolverlos? ¿Quién o con quien los pueden resolver? Estas son cuestiones muy importantes para ser valoradas en estos proyectos y que es necesario que se dé una respuesta para que las mujeres participen en los programas de PTV.

La prevención de madre a hijo es el trabajo principal de los diversos procesos de los cuidados del programa que van desde las consultas médicas, el apoyo médico, el soporte psicológico, educación para la salud. Revisamos varias veces las estrategias de apoyo psicológico, pues el personal no estaba bien entrenado, dando mensajes que no estaban claros, en muchos casos juzgando y diciendo a los enfermos lo que debían hacer, esto era más un castigo que un apoyo. Las cuestiones sociales de las madres, los problemas de discriminación nosotros no los podíamos tratar bien en el programa aunque se les diera asesoría a las madres, tramitábamos sus casos y los enviábamos para las organizaciones que trabajaban estos temas como *Mujeres de carrera* jurídica, *liga de derechos humanos etc.*. No teníamos forma ni medios humanos para acompañar y seguir todos los casos, aunque lo intentábamos, mejoró la situación, pero necesitábamos más madres y más personas para trabajar en apoyo social. En ese sentido éramos más una unidad de prestación de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

cuidados de salud con una intención holística, pero que no conseguíamos intervenir en el medio ambiente de donde venían las mujeres ni acompañarlas a otros cuidados que precisaban. Intentábamos asesorar y remitir los casos a otras instituciones, pero no verificábamos siempre lo que sucedía después de que salían las mujeres de nuestro circuito. En el año 2007 se contrató una trabajadora social para que llevara el seguimiento de estos casos, ayudar en comida y otros tipos de problemas a las personas más necesitadas y llevar el seguimiento de esta área de servicios sociales. En la fotografía se muestra a una de las madres y su hija que pasaron por el programa. Esta señora fue uno de las muchas mujeres que estaban muy contentas de venir al PTV a recibir el tratamiento.

Fotografía XXVIII: La Maternidad

Fuente: Fotografía realizada por la autora en el mes de mayo del año 2009

El trabajo en el PTV de Chamanculo es un desafío emocional y racional pues ya no sólo había mucho trabajo, dificultades, problemas de organización y coordinación. Fue un período en el que intentábamos contratar personal sanitario local y era casi imposible. El trabajo en un programa de VIH / SIDA de estas características como el PTV de Chamanculo era muy duro para los trabajadores de salud por las situaciones, los problemas sociales que tratábamos todos los días y las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

decisiones que teníamos que tomar, aunque fuera una ONG con medios y personal para trabajar. En muchas ocasiones aparecían problemas que eran un shock y no entendías como podían suceder ese tipo de situaciones, por ejemplo como un padre le diera su tratamiento antirretroviral a su hija adolescente porque pensaba que tenía la enfermedad, no era fácil de entender.

14. LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Durante todo este tiempo he visto como fueron aumentando los casos de violencia de género contra las mujeres, no es que no hubiera antes sino que no se hablaba, se escondía. En Maputo, desde que se han abierto en las comisarías de policía el departamento de violencia para la mujer a inicios del año 2005, los casos de violencia contra las mujeres que han decidido denunciar a sus compañeros han aumentado de una manera alarmante, duplicándose de año en año la cantidad de casos denunciados. En la consulta de PTV hemos visto pocos casos graves de maltrato, haciendo cálculos un 20 % de las mujeres que venían nos dejaban ver algo, y algunos eran casos espectaculares. Yo no estaba de acuerdo con estas estadísticas porque para el personal sanitario local el maltrato psicológico, o que el marido obligara a la mujer a mantener relaciones sin preservativo cuando estaba contagiado, no eran considerados malos tratos. Con el paso del tiempo estos conceptos han ido cambiando, también fue un proceso en que hemos ido aprendiendo con las situaciones que nos han ido apareciendo, a valorar las circunstancias y los escenarios con más cuidado y también la organización ha evolucionado y se empezó a formar a los trabajadores en estos temas y en estas situaciones.

Yolanda fue una paciente que venía a la consulta del PTV y que estaba en tratamiento antirretroviral, tuvo un bebé sano. Tiempo más tarde volvió embarazada de nuevo y muy contenta, cuando estaba embarazada de 5 meses, de repente desapareció y un día llegó escoltada con la policía. Yolanda nos contó que su marido, el padre de sus hijos, la había pegado y le había puesto una denuncia en la policía porque la acusaba de haber robado en su propia casa. El esposo no dijo a la policía, que él había tenido relaciones con la hermana más pequeña de Yolanda, que también a su vez estaba embarazada de este hombre. Parecía que él quería ver como se deshacía de Yolanda según la versión que ella nos contó. La policía la detuvo, estando en comisaría abortó sola de cinco meses sin ayuda de nadie, la trajeron al centro en mal estado, donde tuvimos que llamar al médico, ayudarla, y nos contó toda la historia para que la intentáramos ayudar de manera legal. Llamamos a

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

un grupo que se denomina *Mujeres con carrera jurídica* para que intervinieran en este caso en que había varios hijos por medio.

Yolanda estuvo en la cárcel un poco de tiempo, venía con los guardas de la prisión al control médico, a por el tratamiento hasta que consiguió salir y arreglar las cosas, después desapareció de nuevo. Meses más tarde volvió aparecer en el PTV de nuevo embarazada, su hermana se había quedado con su ex marido, había tenido ya el nuevo bebé, ella se había ido con otro hombre y en esta ocasión venia embarazada de él, después le perdimos la pista. En el programa de PTV las mujeres no hablan mucho al principio en las consultas iníciales, con el tiempo ves que hay bastantes mujeres que van explicando que están sometidas a diferentes grados de violencia de género, pero lleva mucho tiempo para que las personas empiecen a contar algún detalle, a no ser que lleguen con secuelas físicas visibles de violencia.

15. CONCLUSIONES

Chamanculo es un barrio que no tiene condiciones de salubridad ni de higiene en el año 2009. Puedo decir que a pesar de las inversiones realizadas en la construcción de algunas carreteras, en el sistema de drenaje de aguas fluviales, está siempre sucio y bloqueado. Tiene una población extremadamente diferenciada en términos de clase, origen social, diferencias étnicas, empleo, educación, y religión. Como zona urbana degradada muestra los procesos de ruralización de lo urbano. Chamanculo reúne las condiciones sociales, económicas y políticas para ser la cuna de infecciones por VIH / SIDA. Además de MSF trabajan otras instituciones sociales como iglesias, servicios de salud en el barrio. Solamente una intervención integrada a todos los niveles de sanidad, salud, administración, educación etc. Conseguirán que haya mejorías de las condiciones de salubridad del barrio, educación para higiene y salud, la creación de empleo, apoyo social que puedan crear sinergias con el tratamiento biomédico.

Los análisis que lleve a cabo de las historias psicosociales muestran que las fichas del cuestionario eran extremadamente vastas y que las pacientes no respondieron a un gran número de cuestiones que tenían relación con su modo de vida: si bebía alcohol, tipo de alimentación. Esto muestra que el método de recoger información utilizada no dio buenos resultados. O fue aplicado en un período inicial de tratamiento cuando el enfermo estaba en una situación de choque. Se nota que en el cuestionario no había cuestiones sobre violencia en la familia, el tipo de relaciones entre la familia y si la familia era funcional o disfuncional. Si había historias previas en la familia de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

enfermedades terminales y su relación con el centro de salud, con los médicos y los enfermeros. Parecía más un cuestionario para identificar comportamientos y prácticas anómalas que para comprender efectivamente al paciente. El cuestionario estaba mal formulado pues existen maneras más prácticas de saber cuál es la situación socio-económica de la familia, como preguntar cuando ha sido la última vez que compro hojas de té o azúcar.

Para conocer la dieta de la familia se puede preguntar lo que comieron en la comida del día anterior. Un cuestionario de este tipo debe de ser normalmente realizado a través de una entrevista no estructurada, escribiéndose después el formulario. A través de un guión de entrevista que permita hablar con el paciente, después ver como se registra y se sistematiza. O quizás sólo se quiera hacer un cuestionario simple y de preguntas cerradas o un guión con preguntas abiertas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO IX

MÉDICOS SIN FRONTERA SUIZA SE INSTALÓ EN EL HOSPITAL DE CHAMANCULO

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2002, Médicos Sin Frontera Suiza empezó en el Hospital de Chamanculo un PTV Plus reanimando una intervención de casi un siglo en la prestación de cuidados de salud a la población de esta área de la ciudad de Maputo. A pesar de la historia específica de este sanatorio, la situación de Chamanculo no era diferente del resto de las unidades sanitarias del sistema de salud del país. Al inicio MSF trabajaba en lugares con emergencias, en 1999 discutió seriamente si debían continuar en Mozambique. Decidieron quedarse porque llegaron a la conclusión de que había una emergencia que era el VIH / SIDA y que el gobierno no tenía suficiente capacidad de respuesta en aquel momento. La actuación de MSF Suiza se realizaba dentro de sus proyectos en Mozambique, tenía como función reforzar y ampliar la capacidad de prestación de cuidados de salud del SNS de Mozambique en el área de VIH / SIDA. MSF-S inició con 2 proyectos, uno grande en Maputo y otro más pequeño en el Norte en Lichinga. En el año 2002 empezó como PTV Plus y 6 años más tarde en el año 2008 ha sido transformado en un Hospital de Día Pediátrico ante la emergencia causada por la gran cantidad de niños contagiados de VIH / SIDA en la transmisión de madre a hijo y la necesidad urgente de desarrollar un programa especial para tratar niños con esta enfermedad porque había muchos y no se habían desarrollado suficientemente los cuidados médicos para estos niños, y era una emergencia. Desde inicios del año 2008 el programa de PTV estaba en la consulta de prenatal del centro de salud del hospital de Chamanculo.

La enfermera Soraya me conto la historia de inicios del proyecto de VIH / SIDA desde el inicio, ella ha sido la memoria histórica, Soraya me contó*: En la consulta médica del PTV se abría la historia clínica a la madre, sé hacia la observación clínica a las pacientes, se trataban las infecciones oportunistas y se daba profilaxis con CTX a la madre, se realizaba educación para la salud, sé hacia seguimiento clínico del bebé y de la madre hasta los 18 meses, durante unos años de dio suministro de leche artificial para todos los bebés y la profilaxis con CTX, se daba la Nevirapina a la madre antes del parto y al bebé, durante el parto y durante la lactancia. Si llamaban de algunos centros o de otras maternidades enviábamos a una enfermera a llevar la Nevirapina para las madres y los bebés y si no se podía enviar a nadie, mandábamos venir a la*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

madre con el bebé al PTV y allí recibía la NVP en las primeras 72 horas de vida. Se insistía en la prevención de la enfermedad de VIH / SIDA, las enfermeras y consejeros daban apoyo psicológico. En el año 2003 se comenzó en el programa a dar terapia antirretroviral altamente activa, es decir el cóctel para las mujeres embarazadas que tuvieran un CD4 menor de 350 y se daba continuidad en todos los cuidados ya antes establecidos a las madres y a los bebés. Sé hacia el seguimiento de todas las mujeres embarazadas VIH positivas que venían independientemente de su estadio de CD4 y clínico, siempre que fueran VIH positivas. El PTV de Chamanculo era de los pocos PTVS PLUS con tratamiento integral, profilaxis, planificación familiar, que había en el país cuando llegué a trabajar al proyecto, y teníamos en tratamiento a la familia (entrevista con Soraya en junio del año 2009).

2. LA UTILIZACIÓN DE LOS PACIENTES DEL PTV

Las tasas de utilización del PTV fueron aumentando a lo largo de los años que funcionó hasta que comenzó el proceso de descentralización. La Tabla que está situada en el Anexo I muestra los datos estadísticos del periodo que va del año 2002 al 2007. El PTV de Chamanculo de MSF atendió cerca de 1549 mujeres embarazadas, a juzgar por el número de historias clínicas abiertas y en funcionamiento, los bebés que nacieron de estas mujeres y los compañeros que aceptaron a entrar en el programa con sus familias y yo encontré cuando revisé los archivos. Fue abierto y utilizado como un modelo de programa para formar el personal sanitario en este terreno y la experiencia fue después poco a poco pasada para las consultas de prenatal de los servicios de Materno-Infantil del SNS en el área de Chamanculo. El análisis de los datos mostró que a nivel de la búsqueda de atención médica tuvo un crecimiento positivo, registrándose casi un aumento realmente importante en el año 2004 en relación a los años anteriores. Estos crecimientos se debieron al hecho de que el PTV estaba más organizado y daba los servicios de salud necesarios. La tabla del ANEXO I muestra también que en relación a los restantes indicadores hubo una curva de crecimiento a partir del segundo año debido al establecimiento del PTV, verificándose en el año 2007 una disminución causada por el hecho de haber comenzado la descentralización ofrecimiento de servicios de PTV en otros centros de salud y el envío de pacientes para los locales que ofrecían tratamiento más cerca de sus lugares de residencia.

Los diferentes indicadores de la tabla del Anexo I muestran que en los 4 años en que funcionó el PTV solo sin estar en marcha el proceso de la Descentralización, alcanzó una cobertura

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

alta, el número de pacientes fue subiendo, alcanzado las cifras mayores en funcionamiento con la reactivación del sistema del área de Chamanculo con la Descentralización en el año que estábamos mejor organizados y con todas las enfermeras de las consultas prenatales realizando el test de VIH a muchas más mujeres embarazadas. Las estadísticas sobre los niños que no tenían una condición de VIH negativa, era un indicador de eficacia del programa, fueron creciendo a lo largo del tiempo; tuvimos buenos resultados durante el periodo que las madres estaban en el programa y cumplían con buena adhesión el tratamiento o profilaxis con antirretrovirales, los niños también recibían la profilaxis y tomaban leche artificial, con el aumento de las madres dando a los hijos leche materna, aumentó el número de niños VIH positivos. Los abandonos de los pacientes fueron también creciendo a lo largo del programa, este era un indicador negativo en el programa a causa de que la no adhesión al tratamiento podía causar resistencias, fallos y había que pasar a los pacientes a otra línea de tratamiento más complicada y más cara. Las razones de los abandonos eran varias como: no querían adherir al tratamiento antirretroviral, no tenían dinero para la dislocación al centro o simplemente algo les sucedió y no lo llegamos a saber, cuando moría alguna paciente o le sucedía alguna cosa la familia pocas veces nos informaban. Pasado algún tiempo algunas de las enfermas que habían abandonado el proyecto reaparecían porque estaban más enfermas.

Las estadísticas que conseguí recoger en relación a casi todos los indicadores mostró que hubo una variación, tomando el año 2004 como referencia de crecimiento positivo. En el último año 2007 en que el PTV estaba ya en cambio debido a los cambios verificados en la política del Ministerio de la Salud y la aceleración del proceso de la descentralización, ya se sabía que iba a quedarse como un Hospital de Día Pediátrico y los datos fueron muy difíciles de analizar porque había mucho movimiento de traslados, ingresos en el circuito del área de salud de Chamanculo. El número de usuarios fue siempre superior al 200% al número de enfermos en el primer año. Esta radiografía de la tabla del ANEXO I presenta datos basados en las estadísticas y permitió llegar a la conclusión de que el PTV presento indicadores de búsqueda, de eficacia directamente relacionados con su nivel de organización, trato y acceso al programa. El año con mejores indicadores fue el año 2006 y podía ser correlacionado con la existencia de todos los factores necesarios para mantener un PTV desde personal, estábamos organizados (personas, medicamentos, formación, recursos humanos, acceso, apoyo logístico).

También porque fue cuando se empezaba con el programa de la Descentralización y sólo analizábamos los datos del PTV como programa. La expansión del programa y la apertura del

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

programa de PTV básico en otros servicios de salud en el área se podían correlacionar con un aumento de trabajo más especializado pues en los puestos satélites de consulta prenatal solo daban la profilaxis a las madres y bebés. Las mujeres embarazadas que estaban peor o tenían que iniciar TARV eran enviadas para el PTV de MSF. En las consultas de prenatal no conseguían los indicadores que alcanzábamos en nuestro mejor año en caso porque hasta ese momento no tenían todos los medios necesarios para poder funcionar, desde personal, dinero, medicamentos, gestión y supervisión.

Muchas mujeres que pasaban por las consultas desaparecían después de hacerse el test de VIH, no aceptaban el resultado del test de VIH. Al comenzar a realizar las enfermeras de las 5 consultas de la consulta de prenatal del área de Chamanculo, el test de VIH y pedir los CD4 a las mujeres que aceptaban continuar en el programa de transmisión vertical, a inicios del año 2007, vimos que aunque el número de mujeres embarazadas que se hacían el test VIH con resultado positivo era mayor, al organizar el circuito muchas más mujeres entraban a tratamiento antirretroviral y muchas más todavía a tratamiento con profilaxis con NVP + AZT. Pero también vimos con gran preocupación que un número considerable de mujeres embarazadas VIH positivas desaparecían y no volvían más a recoger los resultados de CD4, que era de la única manera de cómo podíamos saber cuántas mujeres habían desaparecido. Durante el año 2006 en el PTV de Chamanculo entraron en tratamiento antirretroviral menos mujeres embarazadas, también disminuyó el número de hombres que entraba al programa y en TARV. Los abandonos de tratamiento antirretroviral fueron mejor seguidos y menos mujeres abandonaron el TARV. Vi que el número de partos disminuyó, que había muchas mujeres tomando TARV, un porcentaje menor de mujeres tomó profilaxis con NVP y más mujeres tomaron profilaxis con NVP + AZT, esto significaba que mejoró la eficacia de la profilaxis.

El número de bebés que tomaban lactancia materna aumentó significativamente y se redujo bastante el número de recién nacidos que tomaban leche artificial. El número de niños que morían en el programa, recién nacidos o a los pocos meses, continuó siendo alto. El número de bebés con test VIH negativo durante el primer año fue bastante alto, pero también aumentó el número de niños con test VIH positivo en el primer año, en aquel momento pensábamos que era porque la alimentación del bebé no se hacía correctamente, a los 18 meses se vio que los bebés VIH positivos comenzaron a aumentar. También ya había muchas transferencias para fuera de madres e hijos iniciando la descentralización. Cuando las madres iniciaban la lactancia materna el número de niños

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que tuvieron como resultado VIH positivo también aumentó. Se sabía que el tratamiento a las mujeres embarazadas era bueno pero que los datos de tantos bebés que salían positivos demostraban que había muchas circunstancias de las mujeres embarazadas que influían en estos resultados y de las que no nos estábamos ocupando adecuadamente, que era necesario estudiar y buscar estrategias complementarias de acción para conseguir disminuir estas cifras.

3. EL TRABAJO DENTRO DE MÉDICOS SIN FRONTERA SUIZA

El PTV de Chamanculo fue una unidad que tenía todo tipo de tratamientos integrados, con el paso del tiempo cada vez iba mejorando los servicios porque íbamos aprendiendo con la práctica del trabajo de cada día, con las evaluaciones constantes que se hacían del trabajo desde todos los niveles de la organización, el equipo expatriado, la coordinación en Maputo y la coordinación en la sede central en Ginebra. Había evaluaciones del funcionamiento del programa de PTV, hacíamos reuniones regulares de equipo todas las semanas, a fin de mes con las estadísticas volvíamos a ver las dificultades del trabajo y las cosas que había que mejorar. También eran evaluados todos los datos del programa en Maputo por la coordinadora médica, los resultados de las estadísticas, de los gastos de farmacia, de laboratorio, consumibles etc., estos datos se enviaban a Ginebra y la Coordinación Medica General las analizaba.

Una vez por año la Coordinación Médica de Ginebra y las personas responsables de diferentes aéreas de los proyectos venían a visitarnos a Maputo, pasaban unos días con nosotros trabajando todos juntos, así se analizaba más intensivamente todo el trabajo en todos los ámbitos del programa entre todos los miembros del equipo, las estrategias a seguir en el PTV, en todo el programa de VIH / SIDA, en los dos programas del SIDA del país, la estrategia de la organización y los objetivos a mejorar para cada año. Aunque me parecía una estrategia un poco pesada por que se realizaban muchas reuniones, tengo que reconocer que era un análisis, una reflexión muy interesante y que llevó al equipo de MSF Suiza a tomar decisiones e implementar estrategias interesantes. Entre todo el equipo íbamos discutiendo los errores que habíamos realizado, los problemas que se habían tenido a nivel de logística, de medicación, con la recogida de las estadísticas, con la entrega de la leche artificial, e íbamos actualizando los protocolos de PTV según las recomendaciones de la OMS cada año.

Se cambiaban los protocolos de profilaxis con tratamiento antirretroviral, se revisaban los criterios clínicos de entrada al programa permanente con antirretrovirales y se iban viendo las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

historias clínicas de casos complicados de mujeres embarazadas para ver las estrategias a seguir entre todo el equipo médico. El número de transferencias para los centros de consulta de prenatal de todos aquellos casos con criterios de entrada aumentaron considerablemente y en julio del año 2007 el PTV de Chamanculo durante unos meses fue en una consulta de prevención de la transmisión vertical para mujeres embarazadas, en la otra consulta se iniciaba un hospital de día especializado para niños con SIDA así surgieron nuevas estrategias como ampliar el programa de la Descentralización, la figura de los enfermos expertos, mayor protagonismo en las consultas médicas de los enfermeros locales, cambios en las estrategias de actuación en el departamento de psico-social y el inicio de proyectos de investigación de tratamiento antirretroviral internacionales entre otros .

En la fotografía siguiente muestro una fotografía con el hospital de Día Pediátrico, cuando aún venían madres e hijos a la consulta, se creó una zona de juegos para los niños jugar, expresar sus opiniones mediante juegos y dibujos, una vez que ya les habían explicado la situación que estaban viviendo, tema bastante complicado la revelación del estatus de VIH /SIDA a los niños y de que entendieran la enfermedad que estaban viviendo con sus consecuencias a todos los niveles. Con ellos trabajaba una técnica experta en esta área de trabajo.

Fotografía XXIX: Hospital de Día de niños de Chamanculo

Fuente: fotografía realizada por la autora en el mes de junio

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Durante el mes de junio del año 2008 ya todas las madres y sus bebés fueron transferidos para la descentralización y desde ese momento siguió funcionando como Hospital de Día Pediátrico. En mi opinión la creación de la Unidad de Día para niños era una autentica necesidad, pero fue una equivocación cerrar el gabinete de mujeres embarazadas, podía haberse quedado un gabinete especializado en aquellos casos de mujeres embarazadas más complicadas.

4. EL TRABAJO DE COORDINACIÓN

En el PTV de Chamanculo, yo coordinaba las diferentes actividades, entrenaba al personal sanitario mozambiqueño, me encargaba de gestionar los puntos sensibles tales como el seguimiento clínico a enfermos complicados, resolver problemas sociales, derivar enfermos para otras unidades, reorganizar el servicio y su funcionamiento, estadísticas, informes, reuniones con diversas organizaciones, con el MISAU. Cuando tenía tiempo entraba a hacer la consulta con las pacientes, otras veces participaba en las sesiones de asesoría, o andaba por el hospital, la Descentralización supervisando y organizando los trabajos. También durante el primer año fui la responsable de todas las farmacias del proyecto, la farmacia general de las enfermedades oportunistas y la de los tratamientos antirretrovirales. En el primer año fui coordinadora de todo el proyecto de Alto-Mãe, durante 1 mes donde además de coordinación diseñé la lavandería, arreglar las zonas de limpieza y desinfección del programa en los diferentes centros. Los recursos materiales fácilmente desviables podían desaparecer rápidamente sino había una gestión continua de los stocks de los medicamentos. Era muy delicada en especial la gestión de los medicamentos antirretrovirales pues llevaban unos mapas de control bastante complicados donde se debía de escribir todo los datos de los tratamientos que llevaban todas las personas en tratamiento antirretroviral de todo el programa. Cambiamos varias veces de técnicos de farmacia y en una ocasión el responsable de la farmacia de antirretrovirales robó una gran cantidad de pastillas de primera y de segunda línea por valor de mucho dinero, así intentar venderlo al mercado negro (Dumba Nenge). Este caso más pareció un romance policial, ilustró esta tendencia de desvío de medicamentos en las farmacias del proyecto.

JB fue contratado porque era farmacéutico licenciado y un buen profesional con mucha experiencia, desapareció un buen día diciendo que iba al banco y nunca más volvió. Al sustituirlo, vimos que había irregularidades en la farmacia, empezamos a contar los stocks de la medicamentos, a repetir todos los mapas de antirretrovirales diarios y mensuales, descubriendo que había muchos errores y que se había estado llevando cantidades grandes de antirretrovirales, durante el período de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

mis vacaciones especialmente. Envió a su abogado a la oficina de MSF para intentar procesar a MSF-S cuando le pedimos a JB que viniera para arreglar las cuentas de su salario y antes de que MSF-S hubiese iniciado su proceso de despedida. Después de un trabajo enorme en la farmacia, donde contamos todas las pastillas de todo tipo de antirretrovirales varias veces e hicimos todos los mapas de antirretrovirales desde que se inicio el desvió de medicamentos, conseguimos saber la cantidad de antirretrovirales que se llevó, fue procesado por el MISAU y ahí se descubrió que esto ya había ocurrido antes en otras unidades sanitarias en Maputo donde JB había trabajado anteriormente y fue procesado.

5. EL EQUIPO MÉDICO EXPATRIADO DE MÉDICOS SIN FRONTERA SUIZA

En Maputo también estaba situada la oficina central de los proyectos donde trabajaba la Coordinación del país y la logística de los proyectos. Además de VIH /SIDA, todos los años MSF ha colaborado en las emergencias que iban sucediendo en el país, como cuando se desbordaba el río Zambeze o las grandes epidemias de cólera. El programa de VIH / SIDA de Alto- Mãe - Chamanculo era un proyecto muy grande y necesitaba del apoyo de bastante gente para trabajar, en especial médicos. Con la puesta en marcha de la Descentralización, tuvimos la necesidad de ampliar mucho el equipo expatriado, ante el aumento de volumen de trabajo y también porque en aquel momento era muy difícil contratar personal sanitario local. El equipo médico era un equipo compuesto por un coordinador, los doctores que fueron aumentando de 2 hasta 5, se iban renovando cada 6 meses, con lo cual pasaron muchos médicos y cada uno de un país diferente. Una psicóloga encargada del departamento de Psicosocial y cada año había una nueva, una enfermera encargada del PTV y de la Descentralización, 1 logísta para el proyecto.

Con el tiempo tuvimos también un técnico de laboratorio y 1 epidemiólogo. Cada uno era de un país y de una cultura diferente, algunos con experiencia, otros sin experiencia o con poca experiencia. Convivíamos todos en diferentes apartamentos cerca de la oficina central de Maputo. En ocasiones era difícil trabajar y vivir juntos, había situaciones en que surgían conflictos personales que afectaban a la marcha del equipo. En otras ocasiones era estupenda la convivencia, la cantidad de cosas nuevas que se iban aprendiendo ante tanta variedad cultural. El equipo de MSF Suiza en Chamanculo estaba integrado por, 1 enfermera expatriada, 2 enfermeras locales, 2 consejeros, 1 farmacéutico 2 limpiadores, 1 recepcionista, 1 paciente experta, 1 informática para introducir todos los datos necesarios en el programa especial de recolección de datos, Fucsia. Fue a partir de finales

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

del 2006 cuando dejé la gestión de las farmacias y me tuve que ocupar de los cuidados de salud en otras unidades en el proceso de la Descentralización. Para iniciar este proceso con un equipo de 4 enfermeros locales de MSF con mucha experiencia que me ayudaban a hacer la supervisión de las consultas de la enfermedad crónica y las consultas de prenatal de SMI de los 5 centros de salud. Así tenía todo el equipo del PTV y Descentralización de Chamanculo integrado en el área de MSF del hospital de Chamanculo

MSF Suiza daba gratuitamente los medicamentos necesarios y contrataba el personal médico necesario que trabajaba para MSF recibiendo un salario tres veces mayor que el salario del SNS. El director del hospital era el responsable por la parte mozambiqueña del área de salud de Chamanculo y el coordinador de proyecto de Alto - Mãe era la persona encargada de negociar y resolver las cuestiones que iban surgiendo cada día pues el programa de MSF estaba ubicado dentro de la área de salud de Chamanculo formando parte de ella. Según el MISAU una ONG como MSF pagaba salarios altos, tenía más medicación en la farmacia y disponía de más recursos a todos los niveles que el MISAU. Estaba mucho más organizado a nivel de protocolos, de calidad de atención a los enfermos, todo esto causaba ciertos problemas de relación con el MISAU. En la siguiente fotografía parte del equipo sanitario local en el centro de prevención de la transmisión vertical en 2006.

Fotografía XXX: El equipo médico del PTV de Chamanculo en el año 2006

Fuente: realizada por alguien del equipo en el mes de marzo del año 2006

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

6. LAS RELACIONES DE MSF-S Y EL MISAU

El Ministerio de la Salud evalúa a las ONG´S muchas veces de forma negativa según los períodos. El propio gobierno mozambiqueño considera las ONG´S como instrumentos a su servicio, con la obligación de materializar sus líneas y opciones políticas. El MISAU acusó a MSF-S de crear sistemas paralelos a los del SNS. El gobierno emitió muchas veces la opinión de que MSF-S usaba protocolos diferentes de los del MISAU. Entre el año 2005 - 2006 fue un período de mucha tensión entre las relaciones del MISAU y MSF Suiza, el Ministro de la Salud y otros cuadros políticos del Ministerio criticaban abiertamente la gestión, el trabajo de MSF Suiza, los errores que se suponía cometíamos, ponían problemas y supervisiones a los proyectos con frecuencia. A su vez MSF Suiza tenía su propia política de organización, con sus propios protocolos y presionaba al MISAU para que facilitara la política de expansión del programa de antirretrovirales ante la avalancha de enfermos con necesidad de tomar el tratamiento y consideraba que el gobierno no estaba haciendo suficiente esfuerzo para desarrollar mejor el programa de SIDA. Así a temporadas las relaciones mejoraban, colaborábamos todos bien y otras temporadas eran de tensión entre las dos organizaciones. Estos hechos no ocurrieron solo con MSF Suiza, también ocurrieron con otras organizaciones en otros períodos de tiempo.

El MISAU intentaba reforzar el SNS y sus servicios internos. MSF ayudaba en esto con el proyecto de la Descentralización, pero había diferencias en cuanto a las políticas de acción en los proyectos. El gobierno veía a MSF una oportunidad, medios y quería que la ONG no ejerciese su independencia. La relación entre las ONG´S y el gobierno era difícil en ciertas ocasiones pues había un intento de controlar y de integrar en los servicios nacionales el trabajo de MSF que tenía una acción de trabajo diferente como organización independiente. Si esa integración era para fortalecer el SNS o si más bien era sólo para controlar y asumir el trabajo de los otros, esto era un problema en algunas ocasiones pero que con el tiempo se ha intentado resolver. En MSF-S debido a las normas internas, políticas y una posición crítica sobre el SNS era considerada por el MISAU una organización rebelde. Otra circunstancia que era preciso mencionar era que las cosas no eran fáciles de decir cuando comenzaban a ser realizadas, pues poner en marcha la maquinaria del MISAU no era fácil. También había un ambiente de rumores permanente, como se iban a hacer las cosas así, o si iba a suceder de otra manera, o se sabía que había diferentes sitios que las cosas eran de otra manera, y después cambiaban las cosas rápidamente, fue un período de muchos cambios y bastante confusión con muchos rumores. Un ejemplo fue que el ministro de la salud no autorizaba a que las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

enfermeras de SMI prescribieran tratamiento antirretroviral, en cambio existían centros de salud donde los están dando, como este ejemplo había otros, debías preguntar en cada momento como iban funcionando las cosas y que cambios habían sido realizados a nivel del Ministerio para no se crearan conflictos y trabajar todos juntos con la mejor disposición posible.

7. LOS PROBLEMAS DE LA ALIMENTACIÓN EN LOS BEBÉS

En el PTV de Chamanculo durante mucho tiempo se distribuyó leche artificial a los bebés que nacían de madres con VIH / SIDA positivas que estaban en el programa. Al inicio se daba a todas las madres que tenían hijos, después se comenzó a dar sólo aquellos casos especiales en que verificábamos que era necesario dar leche como madres con Tuberculosis o con Sarcoma de Kaposi y otros casos especiales, al final paramos la distribución de la leche. La alimentación recomendada en los últimos años a todas las madres en todos los centros es la alimentación exclusiva de lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida, durante los cuales el bebé sólo debe de tomar leche de pecho y las madres que tengan medios económicos se les recomienda dar leche artificial. Es un gran problema la alimentación de los recién nacidos, porque muchos bebés que nacen negativos, están cogiendo el VIH de las madres a través de la lactancia materna porque no siguen estrictamente las reglas recomendadas. Pocas madres cumplen con la alimentación que es recomendada, pues además de la leche dan otras comidas como papas y las mezclan con el tratamiento de la Medicina Tradicional. Este tratamiento de MT lo llaman popularmente las madres la *panelinha* porque se cocina normalmente en un puchero pequeño en el que se mezclan el tratamiento de la MT para que sea tomado por el hijo, esta es una tradición en todo Mozambique y es una especie de prevención para los niños recién nacidos, para evitar los cólicos, y enfermedades tradicionales como la llamada "de la luna" que según me explicó una enfermera local equivale a los ataques epilépticos. Estos tratamientos tradicionales están compuestos por hierbas, raíces y se preparan en una cocción con una olla (panelinha) y se la dan a beber a los bebés. Es una práctica que todo el mundo hace y pocas madres van a reconocer. Está claro en la mentalidad de las madres que si los niños no toman este tratamientos entre los 0 – 2 años, los niños pueden morir y las madres se quedan con sentimiento de culpa, además de la presión familiar que tienen las mujeres en realizar estos tratamientos para que los niños sean aceptados por los antepasados y los espíritus protectores.

Tuvimos un caso muy curioso de una madre que estaba en TARV, tuvo un niña que salió negativo en todos los análisis de VIH y con 18 meses la bebé dio resultado positivo, no lo podíamos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

entender, así que estuvimos investigando hasta que descubrimos que la niña lloraba y le ponía la mano en el pecho de la madre porque tenía hambre, la madre negaba que le diera de mamar, efectivamente, tuvo a la bebé mamando hasta que la contagió, estos casos eran comunes, sucedían porque las madres no conseguían entender, aceptar y cumplir las normas de alimentación debido a su tradición, cultura, por miedo a su familia y vecinos. Durante los años en que se distribuyó la leche artificial tuvimos muchos problemas como: robos, comenzamos a sospechar que algunas madres vendían la leche y no se la daban a sus bebés. Otras madres decían también que con *esa leche de lata* otras personas iban a descubrir que ella tenía el SIDA e iban a ser discriminadas y estigmatizadas. Cuando dábamos la lactancia artificial había problemas que iban desde la preparación de la leche de forma higiénica por no tener las condiciones adecuadas y provocar muchas diarreas en los recién nacidos, al miedo que tenían las madres de ser descubiertas con leche artificial y las personas sospechar que ellas estaban enfermas.

En algunas comunidades piensan que los bebés alimentados con leche artificial se van a poner enfermos y las madres mezclan las dos alimentaciones con el peligro existente para los niños. Existe una falta clara de educación sobre la salud en la comunidad para la sensibilización sobre estos temas, y hacer las cosas más fáciles. También es un problema de cultura, la cultura de las mujeres que tienen un bebé es dar de mamar durante 2 años y todo el mundo está pendiente de este hecho, el marido, la familia, los vecinos, si las mujeres no siguen las reglas son consideradas malas madres y empiezan a tener problemas en su hogar. Gran número de mujeres tienen mucho miedo de dar leche artificial a sus recién nacidos, mezclan las dos alimentaciones para que la familia, los vecinos no piensen que ellas tienen VIH, prefieren dar de mamar a los bebés y tienen mucho miedo de que estos recién nacidos se contagien. Muchas mujeres no quieren explicar el problema de su enfermedad, esconden a todo el mundo su situación. Ellas tienen miedo de notificar el estatus de VIH positivo al marido y a la familia para evitar las consecuencias negativas de la situación. También llegamos a sospechar que teníamos casos entre las madres de los lactantes en que ni ellas, ni el marido que también podía ser VIH positivo, mantenían una situación de normalidad entre ellos. El problema podía ser que estas mujeres continuaban dando de mamar, mantenían relaciones sexuales con el marido sin protección del preservativo con lo cual el peligro de re-infección era más grande y por supuesto esta situación era más peligrosa para los recién nacidos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

8. LOS RESULTADOS DEL PTV PLUS

Estos programas habían dado buenos resultados, el PTV Plus de Chamanculo fue organizado siguiendo este modelo, y funcionó bien dentro de las circunstancias que atravesó durante los casi 6 años que estuvo en marcha y con los desafíos que tuvo que enfrentar este proyecto. Estos programas normalmente venían de fuera y no eran adecuadamente internalizados, debían de formar parte de las políticas de salud pública del país. Existía también el problema de la economía, del desarrollo económico, de los sistemas de salud y del personal de salud y de las personas que utilizaban estos programas. Actualmente en Mozambique los PTV Plus han sido cerrados y se ha pasado el programa de prevención de la transmisión vertical a las consultas prenatales de los centros de salud. Los PTVS PLUS que fueron puestos en marcha en Mozambique eran de organizaciones internacionales. El estado y el MISAU, en vez de usar las mismas conexiones para fortalecer su capacidad de trabajo, atención, querían controlar la situación para establecer su hegemonía cuando no eran capaces en el MISAU de dar servicios ni cuidados médicos apropiados y el hambre alcanzaba algunos grupos sociales en la comunidad.

Una enferma de SIDA dejada solamente a los cuidados del MISAU, las instituciones del SNS no tiene el apoyo necesario para mantener unas condiciones de vida dignas, además para poder enfrentar la enfermedad debía recibir el apoyo y los cuidados del Ministerio de Educación para que sus hijos no sean expulsados de la escuela por no pagar la matrícula y el material escolar, del Ministerio de la Mujer y Acción social para que no sean discriminadas, reciban las prestaciones sociales mínimas en términos de alojamiento, del Ministerio de Justicia para que sus derechos como ciudadana y mujer sean defendidos. Si bien existe esta conciencia y algunos programas intentan realizar programas holísticos e integrados, por ejemplo la organización de la Casa del Gaiato, esta situación es una utopía en Mozambique todavía.

El PTV de Chamanculo demostró que una unidad sanitaria bien organizada con todo tipo de materiales, profesionales, protocolos, con todos los apoyos funciona bien y es costo-efectiva aunque siempre van surgiendo nuevos desafíos que hay que enfrentar. También con el tiempo vimos que los padres de algunos de los bebés comenzaban a venir con más regularidad a participar en las consultas, este proceso fue mejorando desde la mitad del año 2007, ahora en el año 2009 venían 3 o 4 padres cada día a hacerse el test de VIH y a integrarse con la familia en los programas. Personalmente con respecto a la política seguida por el MISAU, entiendo que se deban integrar las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

unidades porque allí tuvimos durante varios años diferentes modelos sanitarios funcionando a la vez, pero creo que en un programa de SMI se debe de dar prioridad a madres, hijos y a sus familias, coger el modelo que mejor funcione y elevar la calidad del tratamiento en todo el país, no sólo en los proyectos de las organizaciones internacionales.

9. LAS PACIENTES DEL PTV DE CHAMANCULO

Los resultados muestran que existía una variabilidad en los enfermos en relación al seguimiento de los tratamientos, orígenes sociales de los pacientes, relaciones familiares, estigma, discriminación, tipos de actividades y creencias. La mayor parte de los pacientes a pesar de sus quejas venían con apoyos de amigos o familiares después de un tiempo en el programa, en situaciones conflictivas y al comienzo las mujeres venían solas, con mucho estrés y miedo. Teníamos embarazadas que venían solas al inicio para entrar en TARV cuando según la norma del programa nacional de SIDA era obligatorio traer un confidente. Era necesario hacer excepciones, empezar el tratamiento rápido, ayudar a estas personas que estaban embarazadas y con su estado de salud muy deteriorado. La mayoría de los pacientes se trataban de mujeres, algunas parejas, de personas pobres, había pocas personas con formación académica, y pocos medios económicos.

Los resultados de nuestra eficacia eran los bebés VIH negativos que nacían de las madres con SIDA, pero después lo que ocurría con estos niños cuando salían del programa y se integraban en el sistema médico del país no lo sabíamos. Otro resultado positivo era ver la mejoría de las madres en su salud y los bebés con buen aspecto que venían aunque todavía no supiéramos su condición definitiva de VIH, esto animaba a muchas mujeres infectadas a venir al programa, a hacer el tratamiento bien para salvar a sus hijos. Muchas mujeres tuvieron varios hijos en el programa de MSF a pesar de estar en condiciones críticas de salud para tenerlos, cada poco volvían de nuevo embarazadas, no se querían ir, siempre volvían con los bebés a buscar tratamiento como si funcionásemos como un centro de atención primaria y siempre se quejaban del mal trato que recibían en los centros de salud del Sistema Nacional de Salud. También nos eran comunicadas pocas muertes de bebés, de mujeres pacientes o de hombres por las familias. Otro resultado de la eficacia era el número de madres en tratamiento antirretroviral, que traían a su marido y la familia completa estaban en seguimiento todos juntos.

Un resultado de calidad de funcionamiento del PTV era que muchas mujeres se sentían cómodas con nosotras, venían a buscar ayuda, consejo, consuelo y se hacían amigas de las personas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que trabajamos en el PTV, la relación entre los trabajadores del PTV que estaban trabajando habitualmente, era bastante buena pues era un lugar pequeño, el equipo era también básico al inicio, después fue aumentando y con buen ambiente de trabajo. Además de que era una intervención costo-efectiva, los resultados obtenidos fueron buenos considerando que era un programa que era nuevo y con los desafíos que tuvo que enfrentar durante todo el tiempo que funcionó. También fue un programa de formación donde se enseñó a mucha gente a trabajar en la prevención de la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo y hasta se llevo a cabo algún proyecto de investigación. En mi opinión debían de haber mantenido los PTV Plus como centros de referencia mientras se creaban las condiciones adecuadas en las consultas prenatales del área de salud de Chamanculo. Otro punto que quiero considerar es que debían de haber dejado unido el HdD pediátrico al lado del PTV e integrar el tratamiento en los dos centros organizados, no como está ahora, los niños en un lado, las madres en otro, los padres en otra consulta, las madres dando vueltas por el hospital con mucha frecuencia y el descontrol que surge cuando tienes que pasar visitas medicas en tantas consultas diferentes aunque sean dentro del mismo hospital.

10. LA DESCENTRALIZACÍÓN / INTEGRACIÓN

En la descentralización yo era responsable por 5 consultas de enfermos crónicos. Era la forma de llamar a las consultas de enfermos de VIH / SIDA para tratar de ponerlas en marcha en los centros de salud y evitar el estigma a los pacientes, y en vez de evitarlo este problema empeoró. Y también las 5 consultas de prenatal del programa de Salud Materno-Infantil de los mismos centros para poder realizar el test de VIH y asesoría pre y post test a las embarazadas y así pudieran recibir la profilaxis con antirretrovirales las mujeres y sus hijos, también evaluaba el estado de la farmacia y del laboratorio, se crearon gabinetes psico-sociales con consejeros y enfermos expertos trabajando en los centros de salud donde no existían GATVS. Los centros del área de salud de Chamanculo donde se inició este programa eran: Alto-Mãe, Chamanculo, Maxaquene, Xipamanine y Porto. Trabajaba con un equipo de 4 enfermeros locales de MSF con mucha experiencia, y cuando se podía en el hospital de día nos apoyaba algún médico expatriado hasta que llegó al equipo la doctora Marcela.

El equipo inicial de la Descentralización en un principio visitamos todos los centros y entramos en dialogo con sus responsables para saber cuáles eran las condiciones de trabajo que tenían, sus problemas, conocer todo el personal que trabajaba en los centros, los grados de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

formación del personal médico, tratamientos y programas médicos que se realizaban en cada centro. Después de llevar a cabo la evaluación de los cinco centros, organizamos un plan de trabajo y la organización de las 5 consultas de enfermedad crónica y 4 GATVS, uno para cada centro de atención primaria porque en uno de los centros estaba en funcionamiento un GATV que era de la organización PSI (La organización americana International Population Services que introdujo el mercadeo social de los condones Jeito en Mozambique). También mejoramos un poco las condiciones de las farmacias, laboratorio, de la incineración de residuos, basura y de limpieza en los centros que fue necesario. En el proceso de Descentralización lo que estábamos intentando hacer era pasar, para otras unidades que no fuesen el Hospital de Día de Alto-Mãe o Chamanculo, pacientes VIH positivos para empezar todo el proceso de diagnostico clínico y de asesoría psico-social en un primer momento.

Tiempo después enviamos a los pacientes en tratamiento antirretroviral en primera línea estabilizados que no tuvieran criterios de gravedad y fueran de fácil manejo clínico. Con el tiempo, la experiencia, la formación teórica y práctica pasamos a fases de trabajo más complicadas hasta poder iniciar en los centros los tratamientos de antirretrovirales de primera línea. Al mismo tiempo íbamos también mejorando la farmacia enseñando a los trabajadores a trabajar con antirretrovirales y en el laboratorio los análisis de sangre necesarios para acompañar todo el proceso de integración de esta patología, la idea era replicar en cada lugar en líneas generales el mismo tipo de atención, los criterios de entrada para el tratamiento y las practicas que nosotros teníamos en el programa de SIDA en Chamanculo. Teníamos también que dar equipamiento y los materiales necesarios para que pudieran funcionar. El estado de cada uno de estos centros satélites era bastante diferente entre sí en cuanto a la calidad de la dirección, al tipo de personal médico, instalaciones, medios de diagnóstico y de tratamiento.

Cuando comencé a conocer mejor el tema y a conversar más con los enfermeros locales de los centros de salud, nos dimos cuenta de la gran sobrecarga de trabajo que tenían estos sanitarios, la gran cantidad de enfermos, trabajo con pocos recursos, en gabinetes en malas condiciones de infraestructura, falta de ventilación, luz, limpieza y en muchas consultas la falta de privacidad para llevar a cabo la visita con los pacientes. En cuanto a la productividad del personal sanitario local, la eficacia y la eficiencia de los centros, estos datos eran medidos por el SNS, las estadísticas del trabajo también eran diferentes hasta que conseguimos ajustarnos, llegar a un acuerdo en la forma de trabajar dentro de la consulta del paciente crónico y PTV en la consulta de prenatal.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

De media por día en el PTV de Médicos sin Frontera llegábamos a atender entre los 2 gabinetes médicos: de 60 a 70 enfermos. Las consejeras en el GATV: de 40 a 50 enfermos. Estas eran las medidas que estaban en las metas marcadas pues muchas veces faltaban los enfermos, a veces subían un poco las cifras porque la norma era atender a todos los enfermos que venían cada día pero siguiendo unos estándares y protocolos de calidad de las consultas en los centros de salud del área de Chamanculo la atención a los pacientes era 4 veces superior. Cada enfermero en el gabinete tenía entre 80 y 120 enfermos cada día y a veces más. En las consultas era imposible trabajar así con calidad, no cansarse, ni cometer errores, no podían registrar los datos correctamente, era un sistema deshumanizado y frenético.

La descentralización podía ser vista como una forma de transferir los conocimientos de una experiencia piloto o modelo para otras unidades sanitarias, pero en el envío de los enfermos para otros locales sanitarios más próximos de su residencia encontrábamos muchas resistencias en los pacientes, pues no querían que se supiera su estatus de VIH / SIDA, pensaban que este traslado les iba a crear problemas de discriminación y estigma. También ponían mucha resistencia al cambio porque decían que iban a ser peor tratados en el SNS que en Médicos Sin Frontera. La relación que se establecía entre MSF-S y los centros de salud no se limitaba solo a la formación del personal, pedir materiales y medicamentos. Su posición en relación con los trabajadores *expatriados;* era ustedes que traen los medios y tienen buen salario, por tanto realicen el trabajo. Siempre era difícil crear sinergias de trabajo que pasasen por una integración, una división de tareas y de responsabilidades. Después que tuvimos buena idea de la situación completa, formábamos al personal sanitario sugeríamos orientaciones para que se organizaran mejor los gabinetes de enfermos crónicos, medios materiales para que pudieran trabajar como nosotros, en las consultas de enfermos crónicos y en el área de materno-infantil.

El proceso de la Integración / Descentralización comenzó en agosto del año 2005 con la fase I, un curso para formar al personal que iba a empezar a trabajar en el hospital y el centro de salud de Chamanculo. En Octubre del año 2005 empezamos a dar de profilaxis en la consulta de prenatal, PTV, maternidad de NVP + AZT a las embarazadas y a sus hijos. En el año 2006 sólo trabajábamos en PTV, la descentralización se alargó en un intento de consolidarla dentro del Hospital de Chamanculo y se inició en el mes de febrero de 2007 en todos los centros del área de salud de Chamanculo a la vez la fase I, como habíamos hecho como experiencia piloto en el centro de Chamanculo. En marzo del año 2007 tuvimos problemas en el suministro de AZT para la profilaxis

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de embarazadas, no se hicieron las previsiones correctas. Y detectamos varios casos de falsos positivos de test de VIH en el centro de Xipamanine y en Maxaquene. Las mujeres no estaban muy contentas porque en aquella época se atendía a todas las embarazadas juntas VIH positivas y negativas. Las señoras positivas tenían miedo de ser estigmatizadas por las mujeres negativas. Yo deje la coordinación del programa de la descentralización del área de salud de Chamanculo en el mes de julio del año 2007.

11. LOS PROBLEMAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN

El trabajo del programa de la Descentralización fue un proceso que tuvo muchos problemas donde tuvimos que realizar muchos ajustes, planteamientos, evaluaciones y propuestas en las que participó todo el equipo de Médicos Sin Frontera. Tuvimos muchas reuniones, trabajamos mucho con el personal sanitario de los centros de salud del área de Chamanculo y con sus directores. El proceso no fue fácil ni para nosotros, ni para ellos. Surgieron fricciones, problemas y confusiones pero siempre intentamos por ambas partes SNS y MSF ir solucionando los problemas e ir ajustando el proceso en la medida en que fue posible, pues la situación con la que nos tuvimos que enfrentar en estos 5 centros de salud a pesar de estar en Maputo y de estar regidas por la administración sanitaria de la Ciudad de Maputo, ellos también tenían muchos desafíos para llevar a cabo su trabajo cada día. Fue un aprendizaje muy interesante en especial para mí donde aprendí a lidiar con muchas situaciones, cometí errores, tuve aciertos, pero me permitió tener una visión de la situación general de las unidades sanitarias del área de Chamanculo muy privilegiada y de primera mano para realizar esta Tesis. Los problemas encontrados en la Descentralización fueron:

- Ruptura de stock de medicamentos y falta de material clínico.
- Falta de motivación del personal médico que trabajaba para el MISAU
- Falta de suficiente espacio para trabajar en los centros
- Aumento del trabajo con los enfermos de VIH / SIDA. La carga de trabajo era mayor y no se aumentaban el número de médicos, ni los enfermeros, ni el salario del personal sanitario local.
- Había enfermeros que no querían trabajar con pacientes de SIDA y su forma de demostrarlo era realizándolo de una forma pasiva, estaban haciendo otros trabajos. Estaban enfermos y no querían pasar la visita de la consulta de enfermedad crónica. Tenían mucho trabajo, desaparecían, se

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ponían enfermos de repente, tenían mucho miedo, MSF-S acababa sustituyéndolos en las consultas del enfermo crónico en vez de entrenar y realizar el proceso de la descentralización como estaba previsto porque el sistema nacional de salud estaba colapsado con un gran reto delante de él, hacer frente a una epidemia que iba aumentando por momentos.

En todos los centros de salud los pacientes eran tratados mal a causa de todas estas razones. En esos momentos había más personas diagnosticados y tratados, se abarcaba a más pacientes, había más cantidad de enfermos en tratamiento pero había disminuido mucho la calidad en el tratamiento al paciente de VIH. Mientras no se mejoren estos factores cómo mejora de infraestructuras, suficientes materiales, y suficiente personal médico, las cosas van a ir empeorando porque cada vez aparecen más personas enfermas. La descentralización a mitad del año 2009 está con gran sobrecarga de enfermos, trabajando en el trabajo de la descentralización normal de su área de trabajo y recibiendo muchos pacientes que han sido enviados del hospital central además de los enfermos normales que aparecen cada día. En la Maternidad se están realizando los test de VIH a todas las mujeres embarazadas, que escapan de un sitio se intentan realizar el test de VIH en el otro, por esa razón tantas mujeres que vienen a tener los bebé son VIH positivas en la maternidad, pero aún así existen mujeres que continúan escapando al control del programa de prevención de madre a hijo, muchas porque tienen el parto en casa, otras porque llegan en periodo expulsivo y aunque algunas cosas se están cambiando, todavía queda mucho trabajo por hacer.

En la consulta de control de los niños del programa de SMI están apareciendo muchos bebés que cuando se les realiza el PCR y son hijos de mujeres VIH positivas que tomaron profilaxis con antirretrovirales, están apareciendo entre 1 y 5 bebés positivos, este es un porcentaje alto por cada sobre enviado de análisis de PCR de recién nacidos, aproximadamente en cada sobre van al laboratorio a ser analizados entre 20 a 25 muestras de niños en SMI de Chamanculo. Entonces es necesario analizar e investigar el circuito para ver que está sucediendo y poder hacer una evaluación y proponer medidas que puedan ayudar a mejorar estas situaciones. Los factores que influyen el aumento del número de recién nacidos positivos pueden ser varios:

1. La alimentación que las madres VIH positivas dan al hijo en los primeros 6 meses debe de ser lactancia materna exclusiva sin mezclar con ningún líquido, ni agua ni con nada más.

2. Los hijos de las madres VIH positivas, sólo pueden tomar lactancia materna, pero esto no es así, porque cualquier herida en el tracto digestivo pueden entrar por ahí los virus de VIH e infectar al

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

niño. Todo recién nacido es muy posible que tome el tratamiento de Medicina Tradicional llamado popularmente la *panelinha*, que es la tradición en esta sociedad y cultura, se debe de tomar entre los 0 – 2 años. Este tratamiento de la Medicina Tradicional es para evitar la enfermedad tradicional de la luna, para que el bebé crezca fuerte y sano, no tenga diarreas y lo protejan los *espíritus de los antepasados*.

3. Otro factor es observar como las mujeres que tienen VIH / SIDA están tomando su medicación antirretroviral y la profilaxis, si la están tomando correctamente, o sólo cuando pueden y se acuerdan. También hay que preguntar y observar como las madres administran la profilaxis con antirretrovirales a sus hijos, si lo realizan correctamente y a las horas indicadas o como lo están haciendo.

4. Ver como las enfermeras registran los datos estadísticos, para ver la fiabilidad de los datos para poder analizarlos, ver qué medidas simples y reales se pueden tomar para evitar estas situaciones.

Uno de los problemas que tuvimos en la descentralización era que las enfermeras locales tenían miedo de trabajar con los pacientes con SIDA, yo no sabía *xixangana* ni ninguna lengua local para seguir las traducciones, siempre alguna enfermera o enfermas expertas locales de MSF tenía que traducir para poder entender las conversaciones y las situaciones cada día. Las enfermeras de los centros de salud, en algunos casos, eran autoritarias con los enfermos, pues se formaron en el sistema de salud colonial y post-colonial con pocas formaciones escolares, ya muy cansadas de trabajar en situaciones difíciles, con un salario bajo, pocos materiales para realizar su trabajo, poca formación sanitaria, poco estímulo y motivación. Los enfermeros locales, si bien intentaban tener alguna amabilidad, las estrategias de adaptación de muchos eran ganar la mayor cantidad de dinero en un espacio corto de tiempo. Los sirvientes y ayudantes también, muchos trabajadores sanitarios duplicaban horarios con trabajos diferentes llegando al servicio muchas veces cansados porque tenían que ganar dinero para mantener a sus familias y el salario del SNS no era suficiente. En MSF los trabajadores locales no podían realizar trabajos extra durante la semana, solo durante el fin de semana, muchos compañeros locales estaban aprovechando para estudiar en la escuela nocturna y mejorar su formación académica.

En la descentralización observábamos el comportamiento de los cuadros sanitarios con los enfermos, cuando surgían problemas y quejas los tratábamos de resolver; era siempre difícil pues nosotros éramos una organización intentando ayudar y formar a cuadros locales. Debido a los robos,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

a los tratos de favor, mejoró el trato humano, los enfermos preferían venir a los centro de MSF-S con el personal sanitario expatriado. También el personal sanitario local llamaba a los pacientes con VIH / SIDA los enfermos de MSF. Los salarios bajos que recibían los enfermeros, muchos de ellos ya exhaustos de trabajar en estas condiciones, muchos también ellos mismos enfermos de VIH / SIDA y algunos de ellos no querían trabajar con pacientes de VIH / SIDA por miedo a contagiarse. Otros pedían un plus de peligrosidad por trabajar con estos enfermos porque pensaban que trabajaban para nosotros y que como teníamos dinero debíamos de pagar a ellos un extra para complementar su salario. Hubo períodos en que hubo accidentes con los pacientes, las enfermeras se pinchaban y necesitaban tomar el tratamiento de profilaxis post-exposición, el protocolo de PEP (profilaxis después de un accidente con TARV). Aunque en los últimos años el ministro ha intentado mejorar las condiciones en el trabajo para los cuadros sanitarios y mejorar la formación de los mismos, también ha aumentado mucho la carga de trabajo, sobre todo de las enfermeras. Otro problema era la poca permanencia en los locales de trabajo del personal más cualificado y especializado, los médicos mozambiqueños, pues tenían muchas obligaciones aparte de ver a enfermos en los centros de salud, guardias clínicas en los hospitales, cursos de formación y trabajo en las clínicas privadas y trabajo de administración sanitaria, mucha sobrecarga de trabajo.

12. LA CONSULTA PRE-NATAL

La consulta de prenatal, de Chamanculo está llena de mujeres, todos los días cuando he llegado por la mañana temprano he contado aproximadamente 300 mujeres, a veces más entre mujeres embarazadas o mujeres que ya han tenido el bebé y vienen a seguimiento clínico de ellas y los niños. Aunque han *lavado la cara* un poco al exterior y han puesto bancos para que las mujeres se puedan sentar, las consultas siguen presentando muchas deficiencias en las infraestructuras, falta de suficiente material médico, de privacidad. En SMI se ha perdido la calidad de la consulta y del trato al enfermo. Las enfermeras están muy estresadas, están viendo a las embarazadas, a las madres y sus hijos con las condiciones materiales que tienen. Las enfermeras no tienen tiempo material para realizar en el poco tiempo que poseen todas las actividades que deben de seguir en el protocolo de atención clínica a las pacientes. Todo el mundo se queja de la situación y de la mala calidad del trato que las embarazadas reciben. Las enfermeras locales a su vez también están disgustadas y muy desmotivadas, dicen que sólo pueden continuar con el trabajo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En la consulta de los niños de riesgo, que son los que han nacido de madres VIH positivas, están todos los niños mezclados, entran a ser pesados, medidos, tallados y vacunados en grupos de 6 niños, hijos de madres VIH positivas y negativas todos en un montón; es un caos de madres y bebés, en la misma sala de consulta. Los niños nacidos de madres VIH positivas no tienen el seguimiento clínico que es necesario. Una utilización juiciosa y lógica de los pocos medios que existen, generados a nivel nacional puede conseguir mejores resultados y no endeudar el país, al FMI y al Banco Mundial. Una administración del servicio de salud que actúe más tendrá como resultado que situaciones como la que existe en el Hospital General de Chamanculo, donde las enfermeras o sirvientes echan las placentas en un hueco detrás del hospital, creando un olor insoportable, y consiguiendo las condiciones para realizar mejor el trabajo, serían evitables algunos problemas.

El estilo de gestión de algunos cuadros del MISAU que critican las prácticas pero no van hacer supervisión ni a solucionar los problemas de las instalaciones, de las infraestructuras y de las personas trabajando en aquella área, no ayuda a que el personal de salud se movilice y abandone su postura pasiva, *de deja andar*, que significa: hacer las cosas de cualquier manera para resolver rápido la situación aunque no sea la solución adecuada. Estas formas de resistencia cotidiana de los trabajadores de salud tienen muchas veces como base su percepción de que son mal pagados y mal tratados. Las estrategias de adaptación que desarrollan son básicamente económicas e ilegales para complementar su salario. Realizan cobros no autorizadas a los enfermos, desvían equipamiento y material hospitalario, trabajan en varias unidades sanitarias privadas y estatales, e incluso no tienen ni cualificación ni autorización para esto y también prestan servicios de salud privados. Existe una gran red clandestina de prestadores de cuidados de salud en la ciudad de Maputo desde los que practican abortos hasta las que administran tratamiento para el SIDA (Khan, 2001).

13. EL VIH / SIDA EN EL PERSONAL SANITARIO LOCAL

Sabemos que los niveles de infección con VIH / SIDA son altos en Mozambique pero las estadísticas de los funcionarios del estado son prácticamente secretas. La gravedad del problema llevó a que el MISAU estableciera un programa de test de VIH obligatorio de todos los trabajadores de salud durante el año 2007, pero los resultados no han sido divulgados, y no he conseguido saber si se llegó a llevar a cabo esta actividad. He preguntado a varias enfermeras por esta cuestión y me han dicho que tal programa no se ha realizado todavía. Mis observaciones y los datos de las entrevistas que realicé muestran que los profesionales de salud en su mayoría no se quieren hacer el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

test y menos aún revelar sus resultados a la administración sanitaria, o a cualquiera por el miedo al estigma y la discriminación. He intentado preguntar en otros niveles más altos información sobre el personal sanitario afectado por la enfermedad y la respuesta fue que nadie sabía con exactitud cuál era la situación, todo eran rumores y todo el mundo pensaba que debía de ser muy alto. Era un tema que parecía tabú a todos los niveles. Este problema debe de ser estudiado y es necesario buscar estrategias para mejorarlo o solucionarlo.

14. CONCLUSIONES

La descripción de PTV de Chamanculo, de otras unidades sanitarias está basada en mis observaciones y en las entrevistas formales e informales que fui haciendo a lo largo del trabajo de campo. Un gran número de prácticas de funcionarios del SNS y del personal expatriado no fueron descritas con mucha profundidad, pues eran situaciones que surgían en el recorrido del trabajo. La situación de un equipo multidisciplinar y multicultural, de personas de muchos países diferentes, es una experiencia interesante, la creación de un equipo con cohesión, capaz de aprender unos de los otros, de integrarnos y de trabajar juntos el personal local e internacional. La prevención de la transmisión vertical no encaja ajustadamente en una caja que podemos decir que es un objeto de estudio de una disciplina. Si la parte ligada a la infección puede ser tratada por un médico y las cuestiones ligadas al virus por un biólogo, la forma cómo el virus se socializa, cómo transforma la vida y las mentalidades de las personas, cómo crea conflicto de valores sobre la sexualidad, los *tabúes cristianos y protestantes* y los *valores de las sociedades animistas*, requieren de su propio *especialista* para poder comprender esta infección y la enfermedad de una forma más completa e integral para poder buscar estrategias de actuación que realmente sean efectivas para parar la trágica situación de tantas personas como se están contagiando de esta enfermedad especialmente madres y niños.

El SIDA es una pandemia de grandes proporciones y demuestra todavía más la debilidad de los países del tercer mundo. Mientras tanto los sistemas nacionales de estos países tienen la capacidad, los medios para realizar mejor trabajo del que realizan, tienen también competencias médicas y medios humanos para enfrentar los problemas existentes. Hay un problema real con las políticas de salud de los estados, que no invierten lo suficiente y sobre todo no valorizan sus medios humanos. En Mozambique los problemas de salud que surgen, las pandemias, la tuberculosis multi-resistente, el hambre son utilizados como medios para buscar más ayuda externa, apoyos diferentes,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

no para reformar sus sistemas de salud y sus prácticas. Muchas de estas actividades no son sustentables y son realizadas porque existen fondos externos internacionales para llevarlos a cabo, no existiendo recursos financieros locales para mantener las actividades. Existe una falta importante en Mozambique, es una organización de los enfermos de VIH / SIDA que cojan un papel de activismo político para exigir a las autoridades que las instituciones del SNS funcionen y se les presten a los enfermos los cuidados necesarios. En la siguiente fotografía uno de los pequeños clientes que tuvimos el gusto de tener por el PTV gateando y jugando por todos los lados en espera de pasar a la consulta con su madre.

Fotografía XXXI: Kevin paciente del PTV por los suelos

Fuente: fotografía realizada por la autora en julio del 2007 en el PTV.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

SECCIÓN V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El programa de prevención de madre a hijo, realizado con convenientes condiciones técnicas, materiales, personal sanitario y el gabinete de psico-social formado, protocolos convenientes, medios necesarios, y si los pacientes siguen las indicaciones médicas, de educación para la salud y del gabinete psico-social, tiene resultados ventajosos. En Europa estos programas tiene unos resultados buenos donde menos de 1 bebé de madres VIH /SIDA positivas de cada 100 nacen contagiados por la infección y prácticamente no existe el VIH / SIDA Pediátrico. En Mozambique se han hecho avances importantes, el programa se ha extendido a todos los centros del país donde existía el programa de Salud Materno Infantil (SMI). Hay un esfuerzo institucional para que el programa funcione, se está intentando que las madres y sus hijos tengan acceso a la profilaxis con antirretrovirales, y a la profilaxis para infecciones oportunistas, educación para la lactancia exclusiva de seis meses a los niños y para la salud. El problema es que son necesarios más esfuerzos y nuevas estrategias para que el proyecto tenga buena cobertura de madres que se adhieren al programa, que los bebés que nacen sean VIH negativos y de padres y demás miembros de la familia participen en los proyectos, apoyen y cuiden de las personas que tienen una situación crítica en su salud y en sus vidas.

En los próximos capítulos vamos a analizar los problemas y resultados encontrados para ver posibles soluciones y estrategias que puedan ayudar a cambiar esta situación. Una evaluación cultural, social, política, económica, histórica, de los sistemas médicos plurales, de prácticas sexuales en el barrio de Chamanculo, del programa de prevención de VIH / SIDA de madre a hijo puede ser un trabajo que ayude a buscar soluciones a los problemas planteados. En este trabajo intento dar voz particularmente a las personas mozambiqueñas involucradas en el proyecto de VIH / SIDA y del barrio de Chamanculo. Las entrevistas a personas de otras nacionalidades son para poner un contrapunto y contrastar opiniones de otros profesionales con otra visión y experiencia en proyectos en otros países del mundo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO X

LOS DIFERENTES MODELOS EXPLICATIVOS DE LA INFECCÍÓN DEL SIDA – *XIPONGWANA* EN EL ÁREA DE CHAMANCULO

"… Según Cecil Helman: La antropología de la salud es uno de los diferentes campos de la antropología cultural y social. La antropología de la salud trata de cómo las personas, en las diferentes culturas y grupos sociales, explican las causas de la enfermedad, los tipos de tratamiento en que creen y a los que recurren cuando están enfermos. También es el estudio de cómo estas creencias están relacionadas con los cambios biológicos y psicológicos en el organismo humano, tanto en la salud como en la enfermedad…" (Helman, 2000).

1. INTRODUCCIÓN

"… Los modelos explicativos constituyen la base sobre la que los individuos en situación de enfermedad recurren para intentar dar coherencia a las situaciones que les están ocurriendo. Son tan diferentes como los individuos que los construyen y los contextos en los cuales estos modelos explicativos son construidos. De acuerdo con la multiplicidad, diversidad cultural y social, pueden ser elaborados varios y diferentes modelos explicativos para un mismo problema de salud o de una enfermedad específica. De igual modo, en un mismo contexto cultural y social, los agentes de salud y los utilizadores de los servicios de salud pueden elaborar varios y diferentes modelos explicativos para una misma enfermedad…" (Helman, 2000). Los modelos explicativos para exponer la historia natural del VIH / SIDA principalmente usados en el hospital de Chamanculo son el paradigma del sistema biomédico utilizado en el proyecto de VIH / SIDA y el modelo de la Medicina Tradicional, que es el tipo principal de la cultura de la población local. En Chamanculo viven personas de diferentes zonas del país y se mezclan con otras creencias locales, que se van añadiendo y mezclando con estos modelos explicativos principales. Muchas enfermeras, consejeros y pacientes expertos cuando realizan las charlas de educación para la salud (IEC) sobre la explicación de la enfermedad, usan el esquema del modelo biomédico para exponer la historia natural del VIH / SIDA, pero los términos que utilizan de los conceptos clave de la historia natural del virus para que las personas comprendan la infección y la enfermedad son cambiados, por conceptos de la cultura local a través de analogías y metáforas, para que las personas con poca formación entiendan la historia natural del virus y la enfermedad. El resultado es una re-significación de los términos usados, para la comprensión de la infección y de cómo es la enfermedad, todo este proceso puede

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tener como consecuencia que la prevención y los tratamientos de la enfermedad sean diferentes de los usados por los biomédicos o se cree un sincretismo entre los modelos de explicación y en el proceso salud / enfermedad / atención.

Muchos de los debates académicos como esta cuestión de los modelos explicativos médicos, son temas delicados porque es cierto que cada persona elabora de una forma propia la manera de entender, explicarse a sí mismo y a los otros, los procesos que están viviendo y experimentando en su cuerpo. Las personas que prestan cuidados de salud en el sistema biomédico acaban por crear complicaciones en la transmisión de los mensajes cuando dan las explicaciones en que mezclan conceptos de diferentes sistemas médicos a las personas que van a buscar los cuidados terapéuticos. La diversidad de los modelos explicativos, de las opiniones individuales y colectivas, de los pacientes, del personal sanitario, de los consejeros, psicólogos y enfermos expertos principalmente no deben de impedir que un problema de salud pública no sea considerado, tratado en base a los conocimientos científicos existentes y los tratamientos del VIH / SIDA sean bien aplicados, pues aunque no curen definitivamente la enfermedad, está comprobado científicamente que mejoran la calidad de vida de los enfermos de VIH / SIDA, especialmente de aquellas personas que tienen el sistema inmune ya muy comprometido, suman muchas enfermedades oportunistas y necesitan el tratamiento antirretroviral para seguir viviendo.

Los *curanderos,* que sólo prescriben recetas con plantas y baños, que no se consideran a sí mismos *hechiceros,* basan su comportamiento en el *discurso* o en la *teoría de los muertos,* los *antepasados y los espíritus* que están presentes y crean las patologías a los pacientes. Los PMTS, cualquiera que sea su designación y especialización, diagnostican las enfermedades a través de un acto de adivinación, tirando los huesos adivinatorios, leyendo el Corán, colocándose en estado de trance y comunicándose con los *espíritus de los difuntos* o con *los espíritus locales de la zona.* Aquí volvemos otra vez al problema entre las diferentes formas de entender la salud, la enfermedad y la atención a los pacientes en los diferentes sistemas médicos que existen en el país. De alguna forma hay que llegar a un consenso para que los diferentes sistemas de cuidados terapéuticos colaboren, unan las mejores partes de sus sistemas médicos para beneficio de los pacientes, de la población en general y en definitiva para intentar parar la pandemia.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

2. LOS PACIENTE EXPERTOS Y LOS CONSEJEROS

Cuando llegué al proyecto de Médicos Sin Frontera en el año 2005, me llamó la atención la forma en que los consejeros y algunos enfermeros locales explicaban la historia natural del VIH / SIDA a las personas que venían al programa, después de realizar la asesoría y test de VIH. Posteriormente los pacientes que tenían resultado positivo, entraban para seguir con el proceso de abrir las historias clínicas y la historia psicosocial, se explicaba una vez más en profundidad la enfermedad como si fuera una *batalla dentro del cuerpo.* Desde el primer momento estas explicaciones me llamaron la atención, pensaba que había mejores formas de realizarlas, pero todo el mundo me decía, en especial los compañeros locales, que las personas lo entendían bien, que las analogías por su experiencia en el programa eran muy fáciles, para que las personas locales las comprendieran y así pudieran entender mejor la enfermedad. Estas explicaciones al inicio yo las seguía en portugués, como tenía mucho trabajo, fui observando y analizando como se fue desarrollando esta situación a lo largo de los años que pase en Chamanculo, en las que los procesos de información, educación y comunicación fueron evolucionando según iba desarrollando el trabajo en el proyecto de VIH / SIDA de Médicos sin Frontera Suiza en Chamanculo.

En el año 2006, ante la avalancha de faena que teníamos en los centros y con la falta de personal sanitario local para trabajar en el proyecto de VIH / SIDA, se tomó la decisión de poner en marcha una experiencia, que antes había sido puesta en marcha en otros equipos de Médicos Sin Frontera en países como Malawi donde había dado buenos resultados según la opinión de miembros de MSF: preparar a enfermos expertos (monitores). Se escogieron a un grupo de hombres y mujeres en la asociación de enfermos de VIH / SIDA que estaba dentro del programa de MSF en el HdD de Alto- Mãe, Kudumba, un grupo de pacientes que el equipo expatriado consideró que llevaban muy bien el tratamiento, se relacionaban, se comunicaban bien con las personas y estaban ya curtidos con la enfermedad. Este grupo se intentó que fuera bien preparado con cursos sobre diferentes aspectos de la patología tales como: la historia natural del virus del VIH y su evolución a la enfermedad del SIDA, modos de transmisión del virus, diferentes formas de prevención, qué es la profilaxis, enfermedades oportunistas, la importancia de revelar la condición de VIH al compañero, los tratamientos antirretrovirales, su acción, efectos adversos del TARV, la importancia de la adherencia, otros temas de interés y además, a aprender a hablar a otras personas en términos biomédicos pero de una manera muy sencilla, poniendo cara a la enfermedad de la vergüenza y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

confesar que convivían bien con ella, el tratamiento les sentaba bien, dar un aspecto humano y el testimonio de su situación personal.

Fueron adiestrados para que pudieran explicar en charlas educativas (IEC), que se prepararon para según en qué lugares y con el tipo de personas que iban a escucharlas, pudieran hablar de los diferentes aspectos más importantes de la enfermedad del VIH / SIDA. Estos enfermos expertos iban a hablar a grupos de mujeres embarazadas, madres, hombres, adolescentes y población general, en las comunidades, en las escuelas, en el barrio, en la radio. Otra tarea importante era dar testimonio de su vida, cómo descubrieron la enfermedad, qué hicieron, dónde fueron diagnosticados, tratamientos realizados, la mejoría que ellos habían tenido en su vida estando en tratamiento contando su vida, pudiendo hablar y comentar las cosas en privado con las personas que quisieran dialogar con ellos.

Poco tiempo después reparé como en todos los lugares del hospital, en las formaciones IEC se usaban las tres lenguas habituales en Chamanculo: *portugués, xirhonga y xixangana*. Al observar las reacciones de las personas que escuchaban estas charlas, comencé a preguntar qué significaban los términos que más usaban: *xipongwana, nyoca, nyocane, soldados del cuerpo;* así fue como comencé a intentar entender el discurso que era expuesto a la población local, que según me decían algunos enfermeros, consejeros y pacientes expertos era la única forma de explicar la enfermedad para que la población entendiera esta infección complicada, también estas modificaciones en la historia natural del VIH / SIDA ha sido una forma de apropiarse de la dolencia, traducirla para su cultura y organizar sus propios modelos explicativos de una enfermedad que estaba atacando a gran número de personas en el barrio de Chamanculo y de la ciudad de Maputo.

Por las explicaciones que recibía de los consejeros del gabinete de asesoría de VIH, los enfermos expertos y algunas enfermeras, ellos pensaban que gran parte de la población que venía al programa de VIH / SIDA en Chamanculo, eran personas con muy poca formación o ninguna. Nadie de las personas que trabajaban en el proyecto desde el inicio supo decirme como surgieron estas interpretaciones, solamente sabían decirme que empezaron a explicar así las cosas para que la población local los entendiera. Cuando los enfermos expertos fueron formados por nosotros en cursos preparados y diseñados según el trabajo que iban a realizar en el proyecto, todas las explicaciones fueron médicas, se les intentó formar bien, de hecho cuando hablaban conmigo comprobaba que entendían y conocían bien la enfermedad, el tratamiento en términos biomédicos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Al inicio yo no estaba muy de acuerdo con formar enfermos expertos porque pensaba que iba a ser una experiencia similar al problema que existía con muchos de los consejeros del GATV que no tenían suficiente formación para realizar la asesoría de la enfermedad a pesar que habían sido contratados y formados por que algunos eran enfermos de SIDA. MSF-S practicaba la política de discriminación positiva con los trabajadores, pero a pesar de que las charlas IEC que hacían, como las han ido facilitando, han sido una continuación y una ampliación de algo que ya venía sucediendo dentro del programa de VIH / SIDA.

Yo pensaba que no eran las explicaciones adecuadas y que creaban confusión a los usuarios. Por otro lado también recapacitaba que había que ser realistas y que se debían de utilizar todos los recursos que había a mano, simplificar las actuaciones y las charlas de educación a causa del poco personal sanitario formado que existía para trabajar, la avalancha de enfermos, el aumento en la carga de trabajo y el poco tiempo que disponíamos para usarlo en la atención medica al paciente. Ahora bien una cosa era simplificar para que no fueran explicaciones muy complicadas, otra cosa era simplificar demasiado y que se entendiera otra cosa completamente diferente, en la *cultura rhonga y xangana* no existía el concepto de *virus.* También me llamó la atención la necesidad que los pacientes tenían de hablar y de explicar su situación, preguntar sus dudas, en las consultas médicas era difícil que tuvieran tiempo para poder llevar a cabo todas las actividades necesarias para dar una buena atención y aclarar a los pacientes para los que era muy difícil entender todos los aspectos de esta enfermedad.

En mi opinión los enfermos expertos están haciendo buen trabajo con las personas individualmente, ha mejorado mucho la comunicación con los pacientes porque tienen tiempo para escucharlos y hablar con ellos. La información está llegando a más lugares, sobre todo en los barrios, ellos con su ejemplo y paciencia estaban ayudando a muchas personas a venir al hospital, a realizarse el test y empezar el tratamiento o que las personas con problemas de adherencia vuelvan de nuevo y retomen la terapia. Además visitan a los enfermos en sus casas para intentar animarlos, ayudarlos en las cosas que sean posibles, a que no dejen el tratamiento antirretroviral hablando de su experiencia y dando testimonio de la enfermedad y sobre todo escuchando y animando a las personas que los necesitan.

Yo pienso que estas explicaciones mezclan los conceptos de los dos sistemas principales, pero también están más elaboradas que las primeras charlas que se estaban dando en el programa de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

VIH / SIDA en el año 2005. El modelo de explicación de la infección a mitad del año 2009, está más elaborado y se entiende mejor, pero para los enfermos ésta no es una exposición adecuada, porque muchos enfermos no entienden los aspectos básicos de la enfermedad, prevención y tratamiento. En un programa de VIH / SIDA de una organización médica internacional no se debe de alimentar ese tipo de explicaciones medicas. MSF-S lleva a cabo un esfuerzo serio de formar a su personal local y expatriado, de estar al día en las últimas normas de la OMS y organismos científicos internacionales con altos estándares de calidad, y tiene equipos multidisciplinarios trabajando en estudios de investigación entre la interacción de antirretrovirales con el tratamiento de la tuberculosis.

Pienso que se debería prestar más atención a estas situaciones, analizar mejor el área de psicosocial del programa contratando no sólo psicólogos sino también antropólogos, otros tipos de profesionales para que se analice, organice mejor el trabajo de esta sección, tengo que decir que en los últimos años se ha realizado un esfuerzo y ha mejorado sensiblemente esta área dentro del proyecto de médicos Sin Frontera Suiza en Chamanculo. Además, otro problema que veo en los enfermos expertos, en los consejeros es que se remiten a una serie de valores que culpan a los enfermos, especialmente a las mujeres las culpabilizan por estar contaminadas, estos valores vienen de la Medicina Tradicional y de su sistema de creencias. También estas medidas no son efectivas desde el punto de vista del control de la pandemia, son efectivas para dar más poder a los padres y madres, a los viejos, a los jefes políticos en la tradición local, los régulos. Es un intento de dar poder a sistemas de personas que efectivamente no lo tienen.

En las charlas, las formaciones IEC, en las asesorías se va viendo como los consejeros y los enfermos expertos empiezan a decir cosas de su cosecha, como que no se puede beber alcohol, comer picante, cosas de su cultura local, por ahí se va empezando, e vamos camino de nuevo al modelo de *vigilar y castigar*, es muy fácil ir a parar a este modelo, a juzgar y empezar con las *lecciones de moral* de las que ya se notaba las personas están cansados y que no se deben de permitir por el daño que causan a los pacientes y a todas las personas que aparecen buscando información sobre todas estas cuestiones.

3. LAS METÁFORAS DE LA GUERRA

El uso de metáforas para explicar la enfermedad ha sido muy común y ha sido ampliamente usado para explicar otras patologías en el pasado. Helman dijo: La metáfora militar es

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

extremadamente común en los discursos médicos y de salud pública que tratan con enfermedades infecciosas y otras enfermedades como el SIDA. *El sistema inmune*, por ejemplo, es comúnmente descrito como subir *la defensa* o cerco contra la *invasión de los alíen*, cuerpos o tumores que luchan, atacan o matan a las células blancas, con drogas o procedimientos quirúrgicos. Estas metáforas son comunes no sólo en la literatura, también se usan en medicina y en el tratamiento individual dirigido a las grandes poblaciones (Helman, 2000).

La *metáfora* más usada para explicar a las personas la historia natural de la enfermedad en Chamanculo es: la de una *guerra,* en que un *agente invasor el virus del SIDA* traducido en lengua local como *xipongwana* entra en el cuerpo a través del *semen, fluidos vaginales* o de la *sangre y destruye las defensas del cuerpo*. En esa batalla los agentes invasores xipongwana (virus de VIH) luchan contra los soldados defensores del cuerpo (CD4). Las defensas del cuerpo nos protegen de los agentes invasores que nos causan las enfermedades oportunistas. El tratamiento antirretroviral nos lo tomamos para atacar al xipongwana y ponerlo a dormir dentro de nuestro cuerpo. Los *soldados del cuerpo o células de defensa CD4* aumentan en las personas, y mejora su salud, se recuperan bien y se sienten mejor. En el HdD las personas que trabajan allí insisten en estas charlas IEC, se realiza especial énfasis sobre la importancia de la adherencia y de tomar la terapia antirretroviral correctamente. Esta era la explicación más común realizada a inicios del año 2006 que fue cuando empezaba mi trabajo en Chamanculo.

4. VIAJEM. EL PACIENTE EXPERTO

Viajem llevaba varios años sabiendo que tenia la enfermedad del VIH / SIDA. Estaba tomando TARV y tenía claro que cogió la patología en un período de su vida en que mantuvo diferentes relaciones sexuales sin protegerse. Viajem me concedió una larga entrevista en la que me fue explicando sus opiniones según su experiencia personal de cada día trabajando en el área de Chamanculo, yo veía que a pesar de que conocía bien la dolencia, tenía un modelo de explicación de la enfermedad entendible y bien adaptado a la realidad local, también comprendía que funcionaba con la mentalidad de las personas locales y cómo él evaluaba, desde su visión de hombre, las situaciones que se vivían cada día entre los pacientes expertos y los clientes en el área de Chamanculo. Esta entrevista fue realizada el día 17 de junio del año 2009 a las 12 horas en el jardín del Hospital de Chamanculo. En las entrevistas he intentado realizar la traducción de la manera más fiel a las expresiones y comentarios de mis informantes, para que se entienda mejor la información y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

las historias que todos ellos me han intentado transmitir amablemente y con tanta paciencia conmigo por la cantidad de preguntas que les realice durante todo el tiempo que estuve en Chamanculo.

Las mujeres que tienen un resultado de VIH positivo tienen mucho miedo de hablar con los maridos, un hombre cuando es positivo no tiene tantos problemas en hablar con la mujer, solo si tiene otras mujeres fuera de casa, es cuando no le dice nada a la mujer.

Entre las personas que vienen al centro para realizarse la asesoría y las pruebas de VIH voluntarias, un 70% de las mujeres aceptan hacer la asesoría y test de VIH y sólo un 30% de los hombres. Las señoras escuchan con más facilidad y aceptan mejor hacerse el test por los hijos, para evitar contagiarlos; el hombre no considera hacerse el test porque no quiere. Las mujeres tienen mucho miedo de hablar con los maridos y de explicarles su situación porque entonces son acusadas de traer la enfermedad para casa. Un hombre cuando es positivo no tiene tantos problemas en hablar con la esposa, sólo si tiene otras mujeres fuera de casa es cuando no le dice nada a la esposa. El hombre es el jefe de la familia y él no tiene que dar explicaciones a la mujer, a los hombres no les gusta autorizar a sus mujeres a que se hagan el test de VIH y además normalmente entre una pareja la comunicación es difícil, depende del nivel de confianza que tengan. Hay pocos hombres que vengan a realizarse el test de VIH con su esposa en pareja, y depende bastante de la formación académica y de la información que ellos han tenido previamente. Normalmente las parejas no conversan y no hablan entre ellos sobre estos temas, este es un problema que no es fácil de resolver por la cuestión cultural. Los hombres tienen menos miedo de hablar que las mujeres porque las señoras no abandonan al marido, pero los hombres sí que abandonan fácilmente a las mujeres. Existen numerosos casos, por eso las mujeres tienen mucho recelo porque todas las señoras de Maputo lo saben, ya que han escuchado antes historias de numerosos casos en que las mujeres han sido maltratadas, abandonadas y acusadas de prostitutas.

Viajem piensa que las charlas de educación que se realizan en todos los lugares del hospital, todos los días, van dirigidas a personas que no tienen formación, para que puedan entender que es la enfermedad, y él explica que según su opinión, el 70% de la población es analfabeta. La explicación que da en los centros de salud dirigida a la población es la siguiente: Xipongwana es la palabra en xixangana *que tiene un significado parecido al de* virus *como en el portugués y se trata de un* bichinho *muy pequeño que se alimenta de la* sangre, *es como un* parásito. *El* xipongwana *ataca a las* células del cuerpo y mata a los soldados de defensa *que se llaman*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

massotsa *(que significaba personas armadas en* xixangana*) que defienden nuestro cuerpo, éste se queda sin* defensas / soldados del cuerpo*) y es muy fácil coger las dolencias, cuando las enfermedades comienzan a acumularse en nuestro cuerpo es el SIDA. El* virus *entra en las* células de nuestro organismo *matándolas, entonces el* cuerpo *se queda* vulnerable *a las enfermedades, éstas se van acumulando en nuestro cuerpo. Tenemos que realizar la asesoría y el test de VIH para saber si tenemos el* xipongwana*, y así poder recibir tratamiento, porque estas pastillas que existen no son un medicamento que mata al* xipongwana*, pero este* bichinho *se queda dormido y cuando está dormido no ataca a nuestros* soldados massotsa*. Para que el* xipongwana *no despierte, tenemos que tomar el* medicamento *todos los días de 12 en 12 horas de tiempo, siempre a la misma hora porque pasadas las 12 horas el* xipongwana *se despierta y vuelve a atacar a nuestros* soldados *y aunque tomáramos el* medicamento el xipongwana *no duermen más y gana resistencia (no reconoce los medicamentos que lo ponen a dormir, pasa a esquivarlos y el* xipongwana *comienza a atacar de nuevo).*

El xipongwana *entra a través de la abertura de una herida donde ahí, ingresa en contacto con la* sangre *y ahí vive, también a través de las* relaciones sexuales*, o a través de* cortes, perforaciones, transfusiones*. También pasa de la* madre para el bebé*, porque va de* sangre para sangre *y durante el parto puede haber intercambio de* sangre entre la madre y el bebé*, también en la* leche *materna está el* xipongwana*. Las madres VIH positivas solo pueden dar durante 6 meses la leche de pecho exclusivamente y no pueden dar ningún otro tipo de alimentos, ni agua, porque esto puede provocar algunas heridas en la boca del bebé, y ahí entra el* xipongwana*. Las personas no entienden que es un* virus *porque es una cosa nueva, ellos van explicando las cosas poco a poco y repitiendo los conceptos de la forma más simple que pueden para que las personas vayan entendiendo; usamos el lenguaje más fácil que sabemos.*

Los hombres no aceptan usar el preservativo porque les quita el placer y así piensan que no merece la pena mantener relaciones sexuales, además piensan que el VIH / SIDA es el problema de otras personas. Los pacientes expertos también dicen a las personas que deben de usar el preservativo y que no deben de pensar que el SIDA es un castigo de Dios, ésta es una enfermedad que sólo se coge a través de las relaciones sexuales, que es la puerta de entrada. Muchas veces para que las personas entiendan mejor las cosas ponen ejemplos de enfermedades de transmisión sexual que se llaman vuva *(sífilis y gonorrea); estas enfermedades tienen cura y el SIDA no tiene cura. Los hombres piensan que teniendo muchas mujeres es sinónimo de ser muy viriles, entonces*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ellos tienen muchas señoras. Muchos hombres no tienen miedo y no usan preservativo porque piensan que esa enfermedad *es de los* otros *y no llevan las cosas en serio.* Viajem se indigna porque con tanta información como existe en todos los sitios tantas personas continuán infectándose. *Los africanos tienen vergüenza de negociar el uso del preservativo. Los hombres tienen muchas relaciones sexuales con varias mujeres, para ellos es normal dormir con muchas señoras, salir una noche y no volver a dormir en varios días, especialmente durante el fin de semana pues ellos no llevan en serio el matrimonio. En las señoras las cosas son muy distintas, cuando salen de casa tienen que decir donde van y si están mucho tiempo fuera de casa deben dar muchas explicaciones. Según su opinión los hombres pueden tener relaciones sexuales con una media de entre 5 ó 7 mujeres cada uno, en cambio las mujeres solo con 2 ó 3 hombres. En su opinión las mujeres pertenecen a una clase desfavorecida e van con los hombres para conseguir cualquier cosa para mejorar su vida. Pero también porque había mucha mujeres y pocos hombres.* En general los enfermos expertos hablan con muchos tipos diferentes de mujeres y de hombres es difícil la situación, pero él opina que es la cultura aquí.

Si comparamos el discurso de Viajem con las narraciones de Henry Junod a inicios del siglo XX sobre las enfermedades y de su transmisión en especial de las enfermedades de transmisión sexual, da la impresión que el discurso de Viajem es el discurso de los Tsongas (Rongas) sobre la impureza de las mujeres pero modernizado a la época actual. *Viajem explica que debe de ser obligatorio poner alguna señal tal como un tatuaje o alguna señal en la ropa visible para que los demás sepan que es una persona que tiene el VIH / SIDA. Porque tal como él ve las cosas, hay muchas personas que tienen el VIH e van con otras porque piensan si yo cogí la enfermedad porque no la van a coger otras personas, y se dedican a transmitirla. En el caso de las mujeres, él piensa que es por miedo, porque había muchos tipos diferentes de miedo. El piensa que la solución es que las parejas realicen el test de VIH juntos, mejor que separados, en su práctica cotidiana sólo aparecen un 20% de las parejas juntas, a hacer la asesoría y pruebas de VIH. Hasta finales del año pasado (2008), él opina que las personas que venían para hacerse el test eran aquellas que sospechaban que estaban enfermas o que en realidad lo estaban. A mitad del año 2009 existe mucha más gente que está llevando más en serio el problema del VIH, que quieren saber su estatus y ni estaban enfermos, ni tienen ningún síntoma.*

Viajem cree que en los centros de salud las personas reciben mal trato, este es un punto negativo, que causa estigma y discriminación. Si este problema mejorara las personas se harían

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

más el test de VIH y las cosas cambiarían para mejor. En su opinión se debe de promover cada poco tiempo una feria en que los dirigentes políticos participen y se realicen el test de VIH en público. Hay silencio porque las personas no llevan seriamente el problema como lo deben de llevar. Las mujeres son las víctimas porque son una clase desfavorecida, ya que dependen de los hombres y están debajo de ellos. Las señoras no dicen todo lo que piensan a los hombres tienen miedo, primero porque nunca se les dio esa libertad, por otro lado por razones económicas y también sociales. En casa quien manda es el hombre y una mujer que no tiene hombre es considerada una mujer de mala vida, lo que significa que es una mujer que va con muchos hombres diferentes.

Los hombres entran y salen cuando quieren, si una mujer hace lo mismo es expulsada de casa inmediatamente. En su opinión el 90% de las mujeres son maltratadas por los maridos, ellas esconden estos temas, no les gusta hablar de estas cosas y para él son problemas culturales. En su opinión sólo un 1% de las mujeres pegan a sus maridos, existe bastante violencia dentro de las familias. Viajem dice que el contagio es más del hombre hacia la mujer, cuando una mujer está embarazada, los dos padres deben de venir juntos hacer el test y no sólo la mujer, piensa que es muy injusto porque están viendo muchos bebés naciendo VIH positivos cuando se podría evitar que muchas mujeres embarazadas abandonaran el programa. Toda mujer embarazada que sea VIH positiva debería de ser obligada a traer el marido. Muchas personas piensan que el VIH / SIDA es un problema de los otros porque todos no somos iguales y él se pregunta porque las personas piensan así, cuando se les pregunta esta cuestión no la saben explicar. La filosofía de los hombres en este país es que una mujer fue hecha para un hombre y un hombre fue hecho para muchas mujeres. Él estaba muy preocupado porque aunque las cosas están cambiando, ve que todavía hay mucho camino para recorrer. Pero él quiere ser positivo y pensar que las cosas van a mejorar en el futuro.

Este es el modelo típico de masculinidad en el pensamiento de los hombres, por esta razón he escogido el testimonio de Viajem, porque refleja la opinión de muchos hombres que normalmente se comportan así pero que no lo dicen directamente. También he escogido este testimonio porque es un hombre que habla con todo tipo de personas en su trabajo, es muy respetado dentro de su área como uno de los enfermos expertos mejor preparado, y porque es humano. La visión de género sobre la posición de la mujer es muy triste por la discriminación, hasta él siendo hombre siente pena de lo mal que son tratadas las mujeres en general y en particular cuando tienen

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

la enfermedad. En Chamanculo conviven modelos de vida mezclados, existen personas que van a Internet, tienen teléfono móvil pero comparten la letrina con varias casas, no tienen agua, poseen varias mujeres, una primera mujer (casa 1) en Chamanculo, otra segunda mujer (casa 2) en otro barrio periférico distante y van al centro de salud a por el tratamiento antirretroviral, no se lo han dicho a ninguna de sus mujeres, y al PMT para recibir otro tratamiento complementario para que los espíritus los protejan de todos los problemas.

5. LAS METÁFORAS DE LOS ESTILOS DE VIDA INMORALES

Según Helman (2000): "… El SIDA como el invasor, esta imagen generalmente incluye temas como la xenofobia, e invasión extranjera, pues a menudo involucra prejuicios, contra los extranjeros, emigrantes, y turistas, especialmente africanos, haitianos y otros. El SIDA como guerra, esta imagen puede estar unida con la anterior, donde el SIDA se mira como una guerra que se libra en la sociedad convencional por estilos de vida inmorales, promiscuidad, influencias extranjeras y minorías estigmatizadas (como gais, prostitutas, emigrantes o drogadictos), aquí las victimas heterosexuales de la enfermedad son muchas veces interpretadas como daño colateral, inocentes civiles víctimas cogidos en fuego cruzado…" (Helman, 2000). El SIDA como imagen de guerra coloca al individuo en guerra consigo mismo en un *proceso de culpabilidad permanente* y en guerra con los *otros* pues el enfermo está del otro lado de la trinchera. La metáfora de la guerra es peligrosa porque no solo afecta al concepto de cuerpo y el comportamiento individual, sino también a la sociedad en general, las reacciones sociales y las relaciones familiares. Cualquier tipo de conflicto es transformado en guerra. Los conceptos que pueden ayudar al individuo y a la sociedad a vivir en armonía consigo mismo y con los otros como el concepto de paz, negociación de las diferencias, equilibrio son, poco usados.

Mozambique es un estado que nació de la colonización, las entidades políticas que existen anteriormente también se han instalado, se han reproducido en base a la guerra como el Reino de Gaza, el Reino de Monomatapa, así sucesivamente hasta hoy en día, quizás sea esta la razón porque los consejeros, los pacientes expertos y las enfermeras locales han escogido este modelo, para que se entienda bien esta semejanza. Un ejemplo bello de metáfora seria el cuerpo humano como un reloj que funciona porque todas sus partes están bien coordinadas. Se pueden enseñar las diferentes partes del reloj, ver como se montan y funcionan sincronizadas. Con las analogías se pueden explicar las cosas con sus nombres o los conceptos biomédicos como *virus, sistema inmunitario,* para que las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

personas comprendan la situación que causa la enfermedad en relación con su cuerpo sin entrar a mezclar conceptos de diferentes modelos explicativos y crear así asociaciones que pueden ser peligrosas especialmente para los pacientes que están muy enfermos. O se puede usar alguna enfermedad crónica bien conocida para realizar las analogías explicando bien las diferencias de conceptos, como estas enfermedades se diagnostican y se curan. Las metáforas y otros ejemplos son escogidos por su facilidad para explicar y entender las cosas, parten del principio de que el paciente es un ignorante y se confunde la educación con la inteligencia.

La búsqueda de ejemplos y de metáforas me llevó a reflexionar sobre la falta de saber, de conocimiento, de formación formal de los que transmitían el mensaje y de los que recibían el mensaje. Durante mi trabajo de campo en Chamanculo, los enfermos expertos siempre me decían que los pacientes habían entendido las explicaciones sobre el origen, transmisión y tratamiento del SIDA, pero comprobaba una y otra vez que los pacientes no entendían los conceptos básicos de la enfermedad. Continuaba pensando que los enfermos no entendían casi nada y tenían un lio tremendo en sus cabezas con la mezcla de los conceptos de los dos discursos, que estaba aumentando más el miedo que las personas ya tenían desde el inicio de las campañas para explicar la enfermedad. Creo que esta enfermedad estaba siendo continuamente mal explicada, cada vez más enredada con estas mezclas de conceptos añadidos de cosas y situaciones de la cultura local, en vez de simplificada y asimilada.

No tener educación formal no quiere decir no tener ninguna formación en la vida. No tener conocimientos científicos no significa que una persona sea ignorante y no pueda comprender las cosas si se las explican adecuadamente. En ocasiones algún enfermo experto trata a los otros como personas ignorantes y les explican cosas que no son correctas porque piensan que ellos son especialistas en la enfermedad. Los pacientes repiten lo que se les ha transmitido. Los enfermos expertos al bajar el nivel acaban por contar lo que realmente creen, reproducen las imágenes, las teorías y los valores suyos propios y de la población. En mi opinión es necesario explicar las cosas de una forma muy sencilla, como una enfermedad crónica igual a la hipertensión o diabetes. Desde la perspectiva de la antropología médica, estas metáforas son peligrosas por muchas razones, y especialmente porque ellas impiden alguna valoración racional del riesgo de la enfermedad y cómo el SIDA es reconocido, prevenido, tratado y controlado (Helman, 2000).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

6. LAS PERSONAS NAVEGAN ENTRE VARIAS TEORIAS

Cuando hablaba con los enfermos verificaba rápidamente que ellos no sabían casi nada sobre las explicaciones, se acordaban de las palabras como *xipongwana, virus* alguien que estaba mucho tiempo viniendo al programa, quizás de los *soldados del cuerpo*. Sabían que eran las defensas que defendían el cuartel, algunos no sabían si era una infección, o una enfermedad, cuando era VIH y cuando era SIDA. Muchas personas sabían que tomaban las pastillas antirretrovirales, después de todas las explicaciones recibidas sobre las reacciones secundarias y sobre la adherencia, no sabían cuales eran los efectos, ni si los iban a tomar durante toda la vida, solo sabían que el tratamiento servía para ponerse más fuerte. Otros me decían que el *xipongwana* era un *bicho* muy pequeño con forma de *larva,* que no se podía ver, iba royendo el árbol hasta que lo destruía. En nuestro cuerpo, el *xipongwana* también iba comiendo nuestro cuerpo por eso las personas se quedaban tan delgadas y se ponían enfermas. Muchos enfermos en el barrio no conocían el término *xipongwana* y era en el HdD o en Chamanculo donde lo escuchaban por primera vez. Pienso que las personas están en un estado de shock o bastante enfermos, como el tratamiento antirretroviral no es una cura definitiva pues van creyendo en todo, experimentando todo tipo de tratamientos, aceptando las explicaciones que les ayuden a que sea más fácil poder elaborar sus conclusiones, seguir viviendo sin tanto miedo y preocupación en personas que ya de por si tienen circunstancias de vida muy duras por la pobreza, falta de trabajo u otro tipo de circunstancias.

Una vez que se ha creado el mensaje y se ha organizado una historia de este tipo que además es un error, las personas que están dando esta explicación piensan que han organizado una explicación bien hecha y que explica correctamente los fundamentos de la enfermedad del SIDA, es como una bola que cuando más corría más grande se hace. El error cada vez va aumentando más, unos lo comentan con otros, van añadiendo sus ideas, se va convirtiendo en una explicación fácil, popular, cada vez es más difícil cambiar los conceptos y explicar las cosas correctamente como es necesario hacer para que la enfermedad sea claramente comprendida y se pueda facilitar la entrada al tratamiento y profilaxis a las personas que lo necesitan. Las evidencias de las entrevistas muestran que algunos de mis entrevistados continúan pensando que el SIDA es un castigo divino o algo sobrenatural. Ni los PMTS, ni los servicios de salud modernos, les ofrecen una cura definitiva. Sólo cuando la dolencia, sea curable, existan datos claros de un tratamiento que cure la enfermedad definitivamente, o del control de este padecimiento va a ser que la mayor parte de las personas van a cambiar su actitud hacia la enfermedad y el tratamiento. También estas explicaciones son aceptadas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

por las personas que vienen a Chamanculo porque son explicaciones de una enfermedad que tenemos la idea de que es terrorífica pero que al fundirse con las explicaciones de su cultura, de su cosmogonía, es más fácil de entender, se están re-significando los conceptos que permiten a las personas dar nuevo significado a esta enfermedad y repropiarse de ella a través de términos comprensibles en su cultura. El comportamiento de las personas es lógico, pues recogen sus datos a través de la observación, de los resultados concretos que después elaboran en base a sus propias teorías. Las explicaciones que les son dadas por el personal de salud que mezclan conceptos de la biomedicina con los conceptos de los PMTS aún confunden más toda esta situación que observe durante el tiempo que duro mi trabajo de campo.

7. *XIPONGWANA* UN CONCEPTO ÉMIC

En un trabajo de este tipo en el que la comunicación es una cuestión clave, resulta imprescindible que no existan problemas de interpretación en palabras o en conceptos sobre todo si tenemos en cuenta el ambiente multicultural del concepto *virus* confundido con *xipongwana* u otro *concepto.* Popularmente la significación tradicional del *bicho* más pequeño que ellos conocen es *xipongwana* porque en su cultura la palabra *virus* no existe. Revisando los textos de Junod no he encontrado referencias al concepto *virus* o algún concepto similar. *La nyoca o serpiente interna* que protege el cuerpo, ha sido definida como un organismo que defiende el cuerpo de las enfermedades, entonces se piensa que las analogías entre las dos imágenes, permiten hacer la comparación para elaborar los modelos explicativos.

Más importante todavía es que no exista la adopción de tratamientos y terapias en que se utilicen productos tóxicos, que los PMTS recomiendan ingerir a los enfermos para expulsar por el ano a través de la defecación el *xipongwana* o la *nyocane* como si se tratara un vulgar *áscari.* Para expulsar los áscaris cualquier planta sola o mezclada con un vermífugo puede provocar diarreas y expulsar los *áscaris,* los PMTS adoptan medicamentos que ellos piensan que son más efectivos para matar el *xipongwana o la nyoca* que provoca el SIDA pues es una variedad de *bichinho* con resistencias y necesitan en esta mentalidad los tratamientos más fuertes. Siguiendo esta línea de pensamiento los tratamientos para el VIH / SIDA pueden ser peligrosos para las personas con el sistema inmune ya comprometido, además de si tienen enfermedades oportunistas o mala alimentación también asociada o todas las circunstancias unidas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Xinhocana, xipongwana, nyoca son conceptos émic y funcionan en la *cosmogonía* local *Tsonga* desde el siglo XVIII y *virus y sistema inmune* son conceptos biomédicos. Las traducciones de un tipo de conceptos para otros tienen como efecto que el receptor del mensaje comprenda que tiene que tomar una actitud en su propio sistema de valores, las teorías, de sus propios datos empíricos y los objetivos de su propio registro cognitivo y cosmológico. Cuando en los mensajes del SIDA se habla de protegerse del SIDA, estamos hablando del uso del preservativo, de sexo seguro, hacerse el test de forma voluntaria, tratamiento antirretroviral para las personas con SIDA. Para una persona común aquí significa que tiene que ir a protegerse del *mal de ojo, del hechizo, de ir a tirar los malos espíritus, exorcismo*, y en este orden de ideas la población va rápidamente al *hechicero.*

Cuando se habla de proteger en la teoría de los *xipongwana*, es intentar que los *espíritus* estén felices y contentos. Se mata a la gallina, se leen sus tripas y se estudian las formas como la gallina muere, si ella no baila y muere rápido los *espíritus* aceptan el sacrificio y están contentos. Si la gallina tarda en morirse, hay que seguir el ritual hasta el final. Cuando se habla de vacunar en la *teoría de los gérmenes* se trata de colocar una dosis de *virus* atenuada en el cuerpo del paciente para que el cuerpo produzca los anticuerpos. Pasteur, que descubrió la vacuna de la rabia, no esperó a que las gallinas le dijeran lo que tenía que hacer. Si construimos dos esquemas gráficos de la situación podemos verificar la traición de estas traducciones que pasa a que sean dos versiones contradictorias. Para algunos analistas *xipongwana, nyoca, nyocana* no son vocablos, son una especie de imágenes, de analogías que ayudan a las personas que no dominan el lenguaje científico a comprender los procesos de acción de estos *bichinhos,* como idea de lo que va sucediendo en su cuerpo.

Los analistas que han hablado anteriormente sobre *nyoca* han sido (Earthy, 1968; Green, 1999, Mariano, 2003; 2008; Álvarez, 2009). El primero en hablar del *xipongwana* fue Junod, y él lo identificaba con la larva de la abeja, en Chamanculo cuando le pregunte a las personas, ellas identifican el xipongwana con la larva que come el mijo, o con la larva que va comiendo el árbol del limón hasta que lo deja seco (Junod, 1996). La analogía que realizan es del *virus* con el *xipongwana* que es el *bichinho* más pequeño que allí las personas conocen, porque va comiendo y secando los árboles por donde ataca, por eso las personas van adelgazando e van cada vez poniéndose peor, como si fueran comidas por dentro. En ese orden de ideas el tratamiento que pueden recibir de un PMT puede ser un tratamiento potente para matar al *bichinho.* Como hay muchas personas que no entendían el portugués y no comprenden los vocablos complejos, precisan de imágenes, de analogías

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que sean fáciles de entender. Los vocablos no son sólo palabras, ellos representan conceptos, los conceptos son abstractos, no existen concretamente, lo que existe es el *xipongwana, la nyoca.*

El termino *nyoca* referido a las defensas del cuerpo se está usando más en la zona centro del país, aunque este concepto también ha llegado y se va usando cada vez más en Maputo. La *nyoca* es el concepto equivalente a nuestro sistema inmune que según ellos limpian el organismo y reacciona a los ataques de los enemigos, de los venenos, sustancias extrañas. Como *nyoca* es un concepto de la Medicina Tradicional y también uno de sus símbolos, la voy a representar con la *capulana* (pañuelo) que se ponen las mujeres alrededor de la cintura como falda), de la PMT del 1º Congreso de SIDA de Maputo como ella la tenia expuesta. Esta imagen que representa a los curanderos también se asociaba a las *cobras,* a las que tienen el poder de matar, es un mensaje doble porque sirve para vigilar y castigar, es una buena imagen del curandero que perdió su fuerza y la quería de nuevo recuperar para tener más poder.

La siguiente serie de fotografías sirven como ejemplo de lo antes expresado:

1ª Autentico virus del VIH efectuada con un potente aparato electrónico

2ª ejemplo de xipongwana

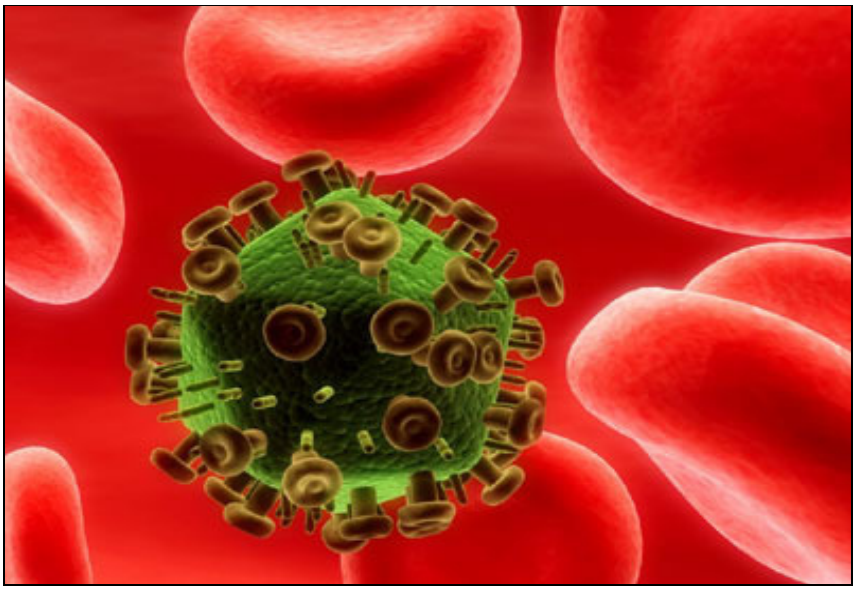
3ª Imagen de la nyoca o serpiente interna

4ª Imagen de un CD4 o soldado del cuerpo, como en realidad es, tomado con un microscopio electrónico,

En las fotografías siguientes, en la primera voy a poner una fotografía del *virus* autentico de VIH realizada con un aparato electrónico potente, en la siguiente un ejemplo de *xipongwana* para ilustrar toda la explicación. En las otras dos fotografías muestro una imagen de nyoca o serpiente interna como la entienden y usan en sus tratamientos los PMTS locales y en la última fotografía, la imagen de un *CD4 o soldado del cuerpo*, como es en realidad, imagen tomada con un microscopio electrónico.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XXXII: Imagen del *virus de VIH* en la sangre



Fuente: ADNblogs.com © 2009 Blog SIDA

Fotografía XXXIII: Larva como ejemplo de *xipongwana.*

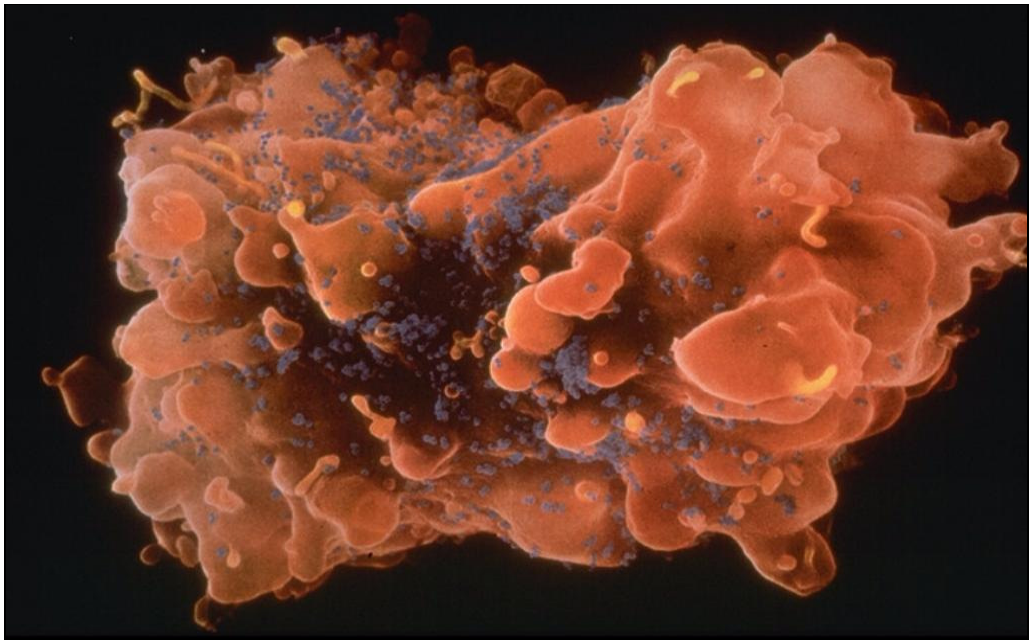
Fuente: xipongwana www.ahiva.info/.../Gusanos.php?crnt=1&type=1

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XXXIV: La *nyoca o serpiente invisible o sistema de defensa del cuerpo*

Fuente: fotografía realizada por la autora en el mes de octubre del año 2007

Fotografía XXXV: *CD4 o soldado del cuerpo*

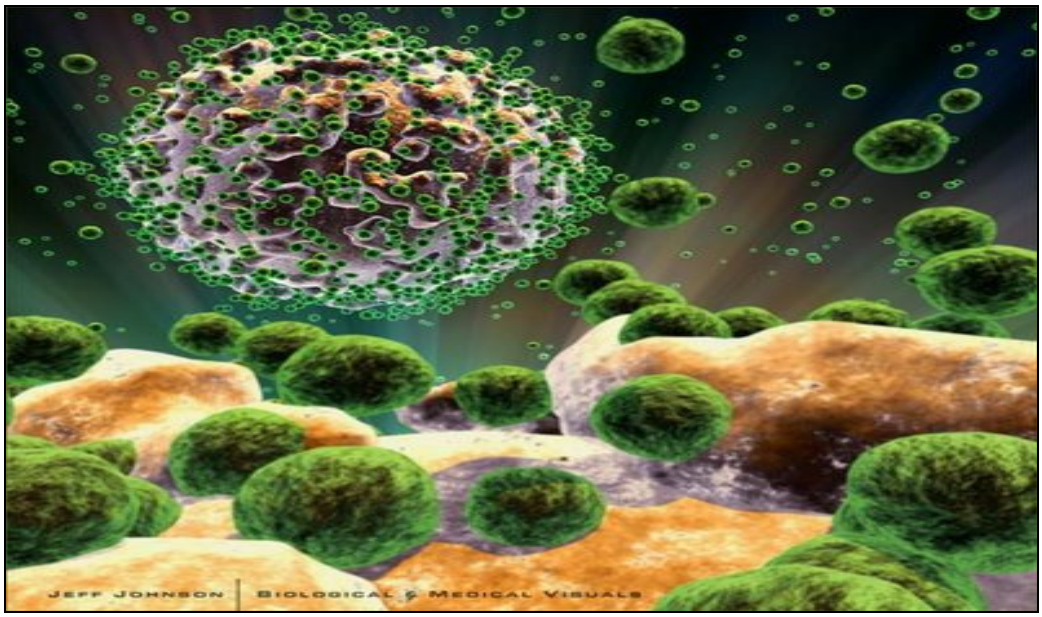


Fuente: biologiasegungolgix.blogspot.com/2008/02/el-s...

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

La *serpiente* es muy pequeña, pues ya Green (1999) hablaba de la *nyoca* como la *serpiente interna* del cuerpo, que lo protegía de las agresiones exteriores y de las impurezas. Los valores de los pacientes, de los infectados, son que si ellos no están en buenos términos con los *muertos,* con los *espíritus de los antepasados*, son atacados por los *hechiceros, malos espíritus*, serán víctima del *mal de ojo* y nunca vivirían felices porque quebraron un *tabú* y así serán castigados. El hechizo sólo entra en la casa del dueño si alguien de dentro abre la puerta, quien abre la puerta puede ser algún insatisfecho o alguien envidioso o algún muerto enfadado. Quien realiza el puente entre estos tratamientos negocia la buena voluntad de los *difuntos*, de los *espíritus* enfadados, el *hechicero o curandero*, lanza los huesos y descubre el mal. Después de saber quién es el que está enfadado, *el hechicero* quiere cobrar por su trabajo y reclama las *exigencias* del *muerto o del difunto*. En el caso de que el enfermo no se cure, la culpa es del enfermo que llegó tarde o porque tomó mal el tratamiento y merecía morir. En la fotografía siguiente muestra una invasión real del *virus VIH* a las *células de defensas del cuerpo o CD4* dentro del cuerpo como sucede en la realidad dentro de nuestro cuerpo. Cuando existe una infección alta de *virus,* o aumenta la *carga viral* en nuestro cuerpo y tenemos gran cantidad de *virus* de VIH atacando muestro *sistema inmunitario* o las *famosas células CD4*.

Fotografía XXXVI: El ataque de los *virus / xipongwana a un CD4*



Fuente: www. Tecmente

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

8. LAS MUJERES DE CHAMANCULO

Con el avance del trabajo de campo han ido surgiendo en las entrevistas los diversos modelos explicativos más comunes entre las mujeres que visité en Chamanculo. Estos modelos los van mezclando entre sí, cada mujer va incorporando sus creencias y sus ideas dependiendo del área de Mozambique que sea su lugar de procedencia y de su cultura, dando lugar a que he encontrado entrevistas interesantes para mí trabajo.

1. Sofía, y los problemas con un *espíritu*

Los hombres conmigo están poco tiempo, ella tiene un problema, cree que algún *espíritu* le está estropeando la vida y los hombres huyen del miedo a este *espíritu.*

Esta entrevista ha sido realizada en el día 7 de junio del año 2009 en casa de Sofía en el barrio de Chamanculo. Es una mujer de 23 años que parece mucho más vieja, está muy estropeada en su aspecto físico, la casa es muy pobre y tiene una letrina comunitaria que comparten entre 7 casas. Sofía tiene un hijo de 11 años que anda por allí jugando y en ese momento no iba a la escuela. Ella lleva varios años tomando tratamiento antirretroviral y no sabe si su hijo es VIH positivo o no. Ella está preparando la comida del día que es un poco de arroz con hierbas y sonríe contenta porque ese día tiene para comer, se ve que vive en una situación de pobreza. Toda la conversación es en xixangana porque no sabe hablar portugués; me traduce una enferma experta que me acompaña en mis visitas al barrio. Yo le pregunto cuántos compañeros sexuales ha tenido y me responde que *los hombres con ella están poco tiempo, se van porque ella tiene un problema, cree que algún espíritu le está estropeando la vida y los hombres huyen porque tienen miedo a ese espíritu. Trato de indagar si sabe, cómo cogió la enfermedad y me dijo que la dolencia se la contagió su hermana que ya había muerto, la hermana tuvo una enfermedad llamada Kutsamiwa y perdió al bebé que estaba esperando, murieron los dos, madre e hijo.* La tradición en el sur de Mozambique dice que una mujer joven no debe de preparar la comida a una mujer con *Kutsamiwa* o ella cogerá esta enfermedad.

Sofía estuvo cuidando de su hermana mientras estaba viva y así fue como comenzó con el SIDA y todos los problemas que acompañaron estas circunstancias. Fue visitada por un practicante de Medicina Tradicional, que le realizó el examen de la dolencia mirándola al sol y miró si tenía unas sombras en el cuerpo, confirmando el diagnóstico, ella comenzó a estar cada vez más enferma, realizó el tratamiento de la Kutsamiwa, pero aún así no se encontraba bien y fue al Hospital de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Chamanculo y voluntariamente pasó por el test de VIH, el resultado fue positivo, tenía esa enfermedad. Sofía toma primera línea de antirretrovirales, está con Triomune, le pregunto si sabe para qué sirve el tratamiento y me responde: que ella *no sabe qué estaba tomando, que sólo lo toma para mejorar, que le sienta bien y que a ella no le interesa nada más, ella sólo quiere sentirse bien*. Muy amable quiere acabar la entrevista conmigo *porque dice que yo no entiendo las cosas que ella me está explicando, realizo muchas preguntas y está cansada de la entrevista*. Este es un caso de sincretismo, en la explicación que me da, está mezclada la Medicina Tradicional, con los conceptos de polución y con las explicaciones que ha recibido en Chamanculo. Según ha sido estudiado por otros antropólogos (Junod, 1996, Green, 1999, Loforte, 2004, Bagnol & Mariano 2006) en Mozambique hay una opinión muy extendida en la sociedad, donde las personas creen y respetan las normas tradicionales, aunque muy pocas personas me lo dicen claramente. La creencia de que la mujer está tradicionalmente impura y los conceptos de polución, contaminación son muy comunes en toda el área de los países del cinturón del SIDA.

9. *LA KUTSAMÍWA*

Muchas de las mujeres que pasaban por la consulta del PTV de Chamanculo pero que no recogí de manera estadística durante este tiempo del estudio, aunque más tarde reflexionando me llamó la atención de que muchas mujeres habían recibido el tratamiento con curanderas de la *Kutsamiwa.* Todas las enfermeras sabían qué era la *Kutsamiwa,* la explicación en que la mayoría de las sanitarias y consejeras estaban de acuerdo y que alguna de ellas también habían pasado por el tratamiento en Maputo. La Kutsamiwa, *es una creencia de la cultura del sur de Mozambique que cuando una mujer está embarazada y pierde el bebé o el hijo recién nacido, va a la curandera para que le realicen el tratamiento para poder tener más hijos en el futuro. Este tratamiento consiste en que le cortan unas bolitas que salen en los anillos del periné de las mujeres contaminadas. Este tema es tabú, no es una ITS y no hay que confundirlo con una enfermedad de transmisión sexual como me dice seriamente la enfermera Soraya. Los blancos siempre confunden la* Kutsamiwa *con las ITS. Muchas veces es una cuestión psicológica pueden haber coincidencias como que algunas mujeres tengan también sífilis, cóndilomas u otras pero el tratamiento se mira en los anillos del periné y no es fácil distinguirlo, de hecho Soraya no consigue ver la* Kutsamiwa*: las personas continúan negando esta enfermedad porque cuesta mucho de aceptar (Entrevista con Soraya, 2009).*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Álvarez que también investigó este tema durante el año 2007 expone: *podría ser perfectamente un síndrome polivalente en el cual podríamos identificar algunas de las enfermedades de transmisión sexual que conocemos. Discutiendo esta cuestión entre ella y yo pensamos, que las ITS que podían parecer a la Kutsamiwa son: el cóndilomas acuminado, el herpes genital, la sífilis congénita y por supuesto el SIDA. Las personas en este área del sur de Mozambique tienen un cuadro amplio donde ahí meten muchas explicaciones que no saben donde encuadrarlas* (Entrevista con Álvarez, en 2008). Otra enfermera local me dijo cuando fui a preguntarle, *Kutsamiwa es una enfermedad tradicional en las mujeres de transmisión sexual que solo la padecen las mujeres y tienen que hacer un tratamiento tradicional si no el bebé nacerá con la enfermedad y se va poniendo enfermo, no gana peso y puede llegar hasta morir*. Otras ITS como el granúloma inguinal o venéreo entre otras enfermedades vegetativas que dan racimos en sus manifestaciones clínicas pueden ser confundidas con la *Kutsamiwa*.

Muchas mujeres han pasado por este tratamiento en el sur de Mozambique y la manera en que se realiza, si las láminas no están estériles al cortar esas bolitas en el periné pueden ser una fuente de contagio de SIDA. Las lesiones de la Kutsamiwa pueden ser descritas como ampollas, verrugas, carne que crece en la zona perineal. El tratamiento usado para esta enfermedad es cortar en la región peri anal cosas con estas descripciones que nos hicieron las mujeres pero cada una de ellas me lo contó de diferentes maneras y me causó mucha preocupación las explicaciones que me dieron (Conversaciones con las compañeras locales de Chamanculo 2007).

Por su lado Bagnol & Mariano (2006) también exponen en otro trabajo: otras intervenciones sobre los genitales femeninos que incluyen la extracción de una impureza a través de una pequeña incisión entre el orificio vaginal y el ano, en el caso de infertilidad o de abortos frecuentes. Esta intervención busca curar una enfermedad conocida en el sur de Mozambique como Kutsamiwa o xilo (Mariano 2001) y masale o masungo en la provincia de Tete. La importancia de la *Kutsamiwa,* considerada: creencia, enfermedad tradicional, síndrome polivalente y también una enfermera local decía que puede ser también una mutilación genital. El tema de la Kutsamiwa debe de ser un tema más investigado para buscar más luz y en especial por su relación con el SIDA. El tratamiento que realizan las PMTS cortando con una lamina en la zona del periné, si no es realizado con cuidado y con mucha asepsia, usando una lámina cortante para cada paciente, puede ser peligroso, contaminante y es importante por la vulnerabilidad biológica de las mujeres que ya pueden estar infectadas de VIH / SIDA.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

10. LOS *ESPIRITUS* Y LOS ANTEPASADOS TAMBIÉN *VIGILAN Y CASTIGAN*

En el discurso de los difuntos basado en la teoría de la venganza de los muertos vivos o vivos muertos, se exige el cumplimiento de la tradición, el seguimiento de los valores de los difuntos. El abandono del valor de los difuntos, la fe en un único dios, la modernidad, el cristianismo, el islamismo, la creencia en un dios monoteísta, la traición de la tradición, la violación de un tabú, la vigilancia y castigo de los muertos y de los vivos muertos que puede causar la muerte. Se trata de *vigilar y castigar* en el discurso de los espíritus, es decir tradicional que de tradicional no tiene nada pues muchos tratamientos tradicionales se realizan usando vino tinto, que no existe en Mozambique, ropas tradicionales, chivos blancos, gallinas y muchas más cosas etc. También se tiene que pagar en especias al controlador, domesticador y traductor de los espíritus de los muertos, o sea al PMT.

Este discurso causal relacionado con los antepasados y los muertos que influencian el día a día de los vivos, los PMTS ganan una legitimidad cultural sobre los biomédicos porque son miembros del mismo grupo social, cultural, racial y don intérpretes legitimados para comunicarse con los antepasados, son los mediadores, comprenden las explicaciones dadas por sus pacientes. Esta comprensión de las ideologías, los valores, los objetivos y de los datos empíricos que los pacientes expresan, son una puerta de entrada para introducir sin contradicciones los conocimientos científicos, los nuevos conceptos, las prácticas, los valores de la Biomedicina y los descubrimientos que la Biomedicina ha realizado sobre la enfermedad del SIDA. Estos dos modelos explicativos tienen lógicas incomparables y saberes diferentes porque parten de lógicas heterogéneas pero pueden intentar ser complementarias, convivir juntas mejorando los resultados y buscar nuevos enfoques para ayudar al tratamiento del VIH / SIDA. En la siguiente fotografía se muestra una ceremonia tradicional de mujeres en un rito de curación que fue realizada en Mozambique. Estas sesiones terapéuticas tienen una puesta en escena impresionante, además de los espíritus que se materializan en las mujeres participantes y de las circunstancias que rodean a estas ceremonias o de los hechos que pueden suceder o los motivos o peticiones que se realizan a los espíritus de los antepasados para que les concedan sus pedidos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XXXVII: Ceremonia de mujeres en trance de la Medicina Tradicional

Fuente: www.imagenesgoogle.tratamientos Medicina Tradicional en Mozambique s/d.

11. UNA EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN ENTRE LAS DOS MEDICINAS

Kotanyi es una antropóloga alemana que realizó la película *Espirito corpo*, intentó documentar en ella la actuación de diferentes PMTS a lo largo de Mozambique. Mostrando la interacción entre el PMT y la persona que buscaba cuidados de salud, en algunos casos demostró la interacción entre el paciente y su entorno, en la que el PMT intentaba crear un diálogo entre los diversos miembros de la familia, de forma que trató de establecer un entendimiento común entre el paciente y su familia. Las imágenes captadas mostraron diferentes tipos de PMTS que realizaron curaciones para varios tipos de patologías y las lógicas explicativas de los tratamientos realizados por los PMTS. Los resultados de estas intervenciones no quedaron claramente argumentados en el film. El mensaje que la película intentaba transmitir era que los PMTS no se preocupaban solamente de los enfermos y sus patologías, también lo hacían de su entorno social. Querían mostrar que existía una necesidad de crear un puente entre los PMTS y los médicos de bata blanca o biomédicos. La primera intervención de los médicos fue mostrar a los PMTS que sus prácticas curativas, usando láminas, agujas, cortes y otras prácticas podrían infectar de VIH a los enfermos, y les recomendaban que usasen una única lamina para un único enfermo, que comprendiesen que la sangre podía ser una

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

vía de contaminación, que estaban delante de una enfermedad infecto-contagiosa que exigía el máximo de asepsia para la cual había prevención pero no cura. Además intentaban demostrar a los PMTS que las afirmaciones en que decían *que ellos eran capaces de curar el SIDA* no eran creíbles. Las experiencias llevadas a cabo con las terapéuticas que los PMTS proponían no evitaban el contagio de la enfermedad, su transmisión, y acababan por matar al enfermo. Muchos de estos mensajes, si bien fueron aceptados por los PMTS, nunca fueron aplicados. En la actualidad continúan existiendo PMTS en Maputo que siguen diciendo que son capaces de curar el SIDA y muchos de ellos se anuncian en los periódicos principales de la ciudad.

12. EL PERSONAL SANITARIO COMPARTE LAS DOS MEDICINAS

En el caso de los médicos de bata blanca, ellos también castigan y disciplinan pero de acuerdo con los valores de la Biomedicina, o sea con la teoría de los gérmenes. El germen, la bacteria, existen, son seres vivos y fue demostrada su existencia, el virus es un agente especial que tiene la capacidad de cambiar, de adaptarse y también fue demostrado su presencia por (Montaner & Gallo, 1983), es posible que en el futuro se puedan descubrir vacunas para este virus después de estudios y experimentos. En el discurso biomédico basado en la teoría de los gérmenes es exigida la responsabilidad individual, las prácticas éticas y morales en el uso de medicamentos, las terapias, los estudios y experimentos científicos. Las limitaciones pueden ser que los medicamentos antirretrovirales sean muy caros, la falta de disciplina para tomarlos, de deseo y voluntad de vivir de los enfermos. El incumplimiento de las normas y de los tratamientos puede conducir a la muerte; seguir el tratamiento transforma la vida en aceptable y la prolonga. Se vuelve una enfermedad crónica como otra patología controlable y mejora la calidad de vida de vida de los pacientes.

Cuando hablamos de vacunar en la teoría a la que pertenece el término *xipongwana* significa ir al hechicero a vacunarse con cortes en la piel, tomar los baños de purificación, dar de beber a la Tierra y a los espíritus, apaciguar a los muertos y poner a todos los que pueden servir de portadores de los espíritus felices (Junod, 1996). Los entrevistados en este tipo de encuestas responden a las cuestiones pensando en las respuestas que los encuestadores quieren escuchar y se acuerdan de los mensajes que son transmitidas. El emisor quiere saber si el receptor captó el mensaje, pero la captación del mensaje y la reproducción del mismo no quiere decir que se entendió, comprendió e interiorizo bien su significado. Si una persona no cree o no sabe lo que es un germen y no acepta la teoría de los gérmenes, ¿cómo va a entender el mensaje? Evidentemente que traduce a su lengua,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

para sus propios conceptos y teorías. El *germen* pasa a ser un *xipongwana o nyocana* enviado por los antepasados insatisfechos. El hecho de que las personas han oído hablar del SIDA, no quiere decir qué han entendido como la enfermedad se coge, transmite, que signos y síntomas tiene.

En una conversación con una señora ya de edad madura que tenia 7 hijos en Chamanculo, ella entendió el SIDA así: *el virus es concebido como un gusano y piensa que se coge en las relaciones sexuales e van a expulsarlo por el ano con el tratamiento como cualquier otro verme más grande o más pequeño, que es lo que han aprendido*. Existe desconcierto en las personas y los enfermos que reciben el mensaje, también la confusión existe en parte de personal de salud, enfermeros y consejeros que transmiten estas informaciones mezclándolas con los conceptos que aprenden de su cultura y experiencia. Van combinando los conceptos nuevos biomédicos que aprenden con aquellos que conocían de su propia cultura y elaboran sus propios modelos y teorías. No parece que las personas con variaciones debido a la edad, el estatuto social, la educación, las lenguas que hablan, la profesión tengan un conocimiento alto del virus porque las personas interpretan los mensajes según su propia cosmogonía y sus valores culturales, que son los mismos en momentos de crisis para todo el mundo, se declaren cristianos, musulmanes o tengan estatus económicos, sociales, o políticos altos (Cockerham, 1995).

13. INTENTANDO ENTENDER EL TRABAJO DE LOS PMTS

Trabajando en una situación de gran incertidumbre, mucho estrés y falta de condiciones de todo tipo, el personal que presta servicios de salud local va también a los PMTS para protegerse y ser vacunados, porque ellos de la misma forma piensan que hay enfermedades de blancos y enfermedades de negros igual que hay medicinas para unos y para otros. El mismo tipo de comportamiento y opciones que hacen los enfermos cuando se les dice que deben protegerse. El paradigma de los espíritus y la explicación de las enfermedades están siempre presente y aún son más fuerte pues la biomedicina tampoco cura el SIDA. En mi caso hice algunas de estas prácticas locales como parte de mi propia investigación. Mi experiencia personal y estas visitas a los curanderos me ayudan a comprender la complejidad de la situación con la que viven las pacientes que venían al PTV. Estos tratamientos de los PMTS por un lado pueden ayudarlas a relajarse, a sentirse más seguras, pero al mismo tiempo encuentran el chivo expiatorio de alguien en la familia para seguir los tratamientos de los PMTS, así intentar conseguir alivio espiritual y emocional. En todas mis entrevistas a mujeres de Chamanculo les había preguntado si habían ido al PMT, la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

inmensa mayoría me habían dicho que sí que cuando comenzaban con la enfermedad, antes de estar diagnosticadas de VIH / SIDA, muchas de ellas después del diagnostico fueron a consultar a varios PMTS, sin resultado, cuando comenzaron el tratamiento antirretroviral, a sentirse mejor muchas dejaron de ir a los curanderos y sólo iban al hospital. Entiendo que no van a buscar terapia para la patología pero sí que van a tratar otros problemas de los que no se debe de hablar, porque si se mencionan estas situaciones que son secretas, al revelarlas, los espíritus se enfadan y ya no se solucionan los problemas como afirman algunos PMTS.

Las visitas a los PMTS revelan que los cuidados de salud que son prestados en el PTV son insuficientes, pues no cubren las depresiones de los pacientes, la historia personal de ellas y de sus familias, los traumas, las complicaciones que se sitúan a nivel del consciente y el subconsciente, los problemas familiares, los complicaciones con las mujeres rivales y para recuperar los maridos o buscar un matrimonio adecuado. Muchos de los enfermeros locales incluyéndome a mí que era enfermera expatriada, visitan también los PMTS de la región y aceptan algunos de sus tratamientos. Los enfermeros locales piensan que a través de este tratamiento están protegidos por los dioses, los espíritus y van a mejorar a otros niveles y está situación es muy evidente. La lucha de los PMTS es también una lucha de poder entre dos sistemas. Los PMTS están unidos a los jefes tradicionales que el gobierno desconsideró durante mucho tiempo.

14. LA HECHICERA DE CHAMANCULO: LA TÍA ZULAIDA

Realicé la entrevista con esta PMT, la tía Zulaida como la llamaban, porque tenía el curso de formación realizado por la AMETRAMO y el GEMT sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH / SIDA, le dieron un diploma, demostró claramente que prestaba cuidados de salud a cambio de dinero, vendía sus servicios. La entrevista fue realizada el día 15 de junio por la mañana del año 2009 en su casa en el barrio de Chamanculo, parte fue realizada en portugués, parte en xirhonga y me ayudó en la traducción una enferma experta. Se consideraba una PMT formada porque estaba inscrita en la AMETRAMO, y confundía el hecho de ser socia de una asociación con que tenía conocimientos biomédicos con el diploma que recibió. Su discurso sobre el virus del SIDA era la repetición del paradigma biomédico mal entendido, reducido y simplificado a que el SIDA era una ITS y que venía de dentro de las personas. La tía Zulaida decía que no sabía lo que era un *virus,* ni un *xipongwana,* ni la *nyoca y xinhocana,* solo sabía que era el *SIDA*. Me quedé convencida de que no me dio más información voluntariamente porque yo no pagué la gratificación monetaria que ella

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

pedía. Antes de comenzar la entrevista ella me pidió que pagase dinero para realizar el diagnóstico y seguir con el procedimiento de adivinación y diagnostico. El mínimo que cobraba por cada consulta era de 8 euros, yo solo tenía en mi cartera 75.000 meticas, el equivalente a dos euros. En la fotografía muestro la sesión con la Tía Zulaida que aceptó ser fotografiada durante su trabajo, este tipo de adivinación con conchas no es la más habitual de Maputo, que usan más huesos mezclados con semillas. También se notaba que no estaba vestida muy acorde para las circunstancias tal como se suelen vestir los PMTS para realizar su trabajo. Pienso que el hecho de no tener dinero no llegó para que me realizara la ceremonia completa.

Fotografía XXXVIII: La tía Zulaida adivinando mi futuro en Chamanculo

Fuente: realizada por la autora en junio 2009

Esta entrevista fue conducida al mismo tiempo en que me prestaba a mí sus servicios. Aceptó porque decía que me conocía porque yo ya había llevado a 2 amigas europeas a la adivinación, los tratamientos posteriores con ella y sus colegas practicantes de Medicina Tradicional del barrio de Chamanculo 10 años atrás. La tía Zulaida entró en un tipo de trance convocando a sus espíritus protectores, tocando una especie de instrumento que sacaba unos sonidos curiosos y lanzo sus *buzios*, *una composición formada en este caso por conchas, huesos y otras cosas.* Su diagnóstico en relación a mí y a mi compañero, fue que estábamos llenos de malos espíritus. Mi opinión del acto adivinatorio era de que ella hizo un diagnostico bastante correcto de mi situación: la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

enfermedad incurable de mi padre y de mi madre, dificultades en encontrar empleo, dificultades en acabar la Tesis. En mi opinión ella acertó correctamente el 80% de las cuestiones preguntadas. No llegué a recibir ningún tipo de tratamiento porque ya me imaginaba que me iba a bañar para tirarme los *malos espíritus* que me poseían, pues en ese momento yo estaba preocupada. Esta interacción entre la PMT y yo fue bastante representativa de este tipo de consultas que las PMTS realizan, mientras tanto como ella ya me conocía y sabia que yo era enfermera del PTV, no quiso discutir cuestiones relacionadas con el SIDA.

15. LOS ESPIRITUS DENTRO DE UN PTV CAUSANDO CONFUSIÓN

Desde el punto de vista de la Antropología Médica yo verifiqué que siendo un PTV, una unidad de prestación de cuidados de salud del sistema biomédico en que muchos de sus funcionarios y los pacientes se movían entre este sistema de salud, el tradicional o de los espíritus y los sistemas de salud basados en las religiones monoteísta cualesquiera que fuesen las congregaciones: iglesia presbiteriana, católica, del Reino Universal, o de otras iglesias sincréticas que mezclaban la religión cristiana o católica con las practicas de las religiones de la tierra, del culto de los espíritus y esto mezclado con los conceptos de estados de frío, caliente, contaminación y de impureza. La estrategia que seguíamos como prestadores de cuidados de salud era de crear una sinergia entre todas las creencias de forma que el saber de la biomedicina fuese mejor aplicado con el saber de la medicina de los *espíritus***,** que podría ayudar a resolver los problemas de autoestima de las enfermas, la depresión, las relaciones sociales, crear un ambiente de paz en el seno de la familia. Comprobé en muchos casos que efectivamente esto no ocurría pues los PMTS buscaban el agente causal de la enfermedad en una persona de la familia, el hechicero, aquel que enviaba el *mal de ojo* o alguien que quería quedarse con los bienes o con el marido de la enferma. Los PMTS utilizaban la *teoría de la conspiración* e intentaban encontrar al conspirador cobrando precios muy altos a los pacientes sus servicios de detectives de hechiceros y de personas malas que vivían en el entorno del enfermo. (Conversaciones con PMTS en el primer Congreso Nacional de SIDA de Mozambique)

Un caso muy curioso durante el periodo que pase en Chamanculo, fue el de la enfermera Xiluva que trabajó durante algunos años en el hospital de día de Alto- Mãe- Chamanculo. Esta enfermera tenía un carácter bastante especial, problemático y durante el tiempo que trabajó con nosotros, fue acusada por otra enfermera amiga suya, que también trabajaba con nosotros, de que ella fue a un hechicero famoso para hacerle un tratamiento de magia, en este caso magia negra, para

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

estropearle la vida pues le tenía envidia y rabia. La enfermera X fue al coordinador del equipo a quejarse de este problema que tenía con la enfermera Xiluva, pero antes lo comentó con todo el equipo local y se organizó una gran discusión entre todos los que estábamos trabajando ese día en el hospital. Afortunadamente el coordinador era de otro país de África, entendió el alcance de la situación y consiguió resolverla de buena manera. Este problema se vivió entre todos los compañeros, locales y algunos expatriados que estábamos trabajando en aquel momento en el proyecto. Un año más tarde aproximadamente la enfermera Xiluva dijo que estaba poseída por los espíritus de sus antepasados y que le exigían que fuera a hacer el curso de PMT. Al final dejó de trabajar en el programa de SIDA y estaba trabajando como PMT en un barrio de Maputo (Observación personal).

16. CONCLUSIONES

En las entrevistas y los datos presento una serie de mezclas que se juntan con las creencias de los dos grandes grupos MT y la MM. Y todo esto sucede en un estado de desconcierto y las personas viven en un estado de choque e intentando encontrar justificaciones y explicaciones para sus enfermedades y no saben cómo tratarse pues viven en una situación en que son culpabilizadas por una enfermedad que se cree es impura, causada por una contaminación sexual, las mujeres son consideradas culpables de transmitir la enfermedad. A la vez, cuando van a los PMTS, pueden encontrar tratamientos que logran mejorar pero vuelven a recaer de nuevo, y van de PMT a otro porque hay anuncios en los periódicos y se va diciendo que hay algunos de ellos que curan el SIDA. Pero son promesas incumplidas que han dejado mal a éstos PMTS delante de la población porque todavía ningún PMT ha encontrado un tratamiento definitivo, ni lo ha demostrado. Existen muchos enfermos que van al programa de SIDA y con el tratamiento antirretroviral, lo toman bien, les sienta bien y mejoran mucho, pero también existen otros pacientes a los que el tratamiento antirretroviral no les va bien, y ellos van cambiando, paran de tomarlo, vuelven de nuevo, tampoco funciona y acaban abandonando el programa.

Como explica Byron Good: "… *Los antropólogos médicos afrontan la tarea de investigar como las culturas, con sus especificas formas de prácticas sociales, comportamientos de la enfermedad, las actividades de los especialistas en diagnóstico, tratamiento y los ritos de curación, formulan la realidad de una manera distinta, como las afirmaciones del conocimiento y la significación del lenguaje están organizadas en relación a esas afirmaciones especificas o*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

diferenciadas formas de realidad. La Antropología Médica ha tenido su propia forma de autoanálisis crítico y ha surgido no sólo de esos hechos generales en la antropología y en las ciencias humanas sino de las características específicas de los estudios interculturales sobre la enfermedad, la terapia, la medicina y las instituciones sanitarias. Los antropólogos médicos difícilmente pueden dejar de reparar en los vínculos entre el colonialismo y los primeros escritos antropológicos sobre las creencias y las practica médicas, que han desembocado en el uso de los términos analíticos sumamente peyorativos aplicado a lo que Rivers llamaba la Medicina, Magia y Religión…" (Good, 2003).

Durante la guerra en Mozambique, los soldados de la guerrilla creían que había vacunas antibalas y los comandantes en el inicio prohibían a los soldados a ir a buscar este tipo de tratamientos a los PMTS. Después dejaron de hacerlo porque la evidencia en el campo de batalla era clara, aunque estuviesen vacunados, un soldado cuando era alcanzado por una bala en un sitio vital moría. Existía un sincretismo en las explicaciones y en los conceptos que llevaban a la práctica. La explicación que se ha dado para entender la enfermedad del VIH / SIDA en Maputo y lo que es el tratamiento antirretroviral se ha simplificado tanto, las analogías utilizadas conllevan a que las personas no comprendan lo que es un virus, como se reproduce, como muta constantemente y como actúa dentro del cuerpo del ser humano. Y los pacientes andan tomando todo tipo de tratamientos para intentar salir adelante en su vida mientras esperaban un milagro que acabase con esta pesadilla.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO XI

NAVEGANDO ENTRE EL MIEDO, GUARDAR EL SECRETO DE SER VIH POSITIVA, LAS HABLADURIAS Y SALVAR AL HIJO.

"…El VIH / SIDA en las mujeres afecta en un 30 % más aproximadamente que a los hombres. También es sorprendente que la infección no afecta a todas las mujeres de la misma manera. Existen investigaciones que demuestran que las mujeres casadas, que son monógamas y en relaciones largas corren más riesgo de contraer el VIH / SIDA, que muchas mujeres solteras que se cuidan en sus relaciones sexuales más que las casadas. La poca agencia (capacidad de actuar) que tienen muchas mujeres, que no poseen la capacidad de negarse a tener sexo con sus compañeros y a demandar el uso de la camisa de Venus. Por esta razón existe un aumento de comportamiento de riesgo en las prácticas sexuales en el que muchas mujeres tienen mayor frecuencia de coitos, poco uso del preservativo y exposición a tener parejas con altos niveles de infección. El daño de la vulnerabilidad no recae solo su impacto en las mujeres sino también en toda la población, porque ellas pasan la infección a los hijos. Por esta razón las políticas preventivas no han sido efectivas cuando se aplican a las mujeres casadas. Poca investigación se ha hecho enfocada especialmente en la familia y en las mujeres casadas" (Tolan, 2005).

1. INTRODUCCIÓN

Desde que llegué a Chamanculo a comienzos del año 2006, el problema peor de las mujeres embarazadas que vienen a consulta es saber que han adquirido la condición de VIH positivas, aceptar el resultado de su nueva situación que la mayoría de ellas no esperan. El siguiente problema es cuando se les dice que tienen que revelar su condición de VIH positiva y conseguir venir con el marido al hospital para pasar por la asesoría y test de VIH. Los cambios que estas mujeres deben de hacer en sus vidas para evitar contagiar la infección a sus hijos, el seguimiento médico del embarazo, tomar la profilaxis o entrar a tratamiento antirretroviral dependiendo de cómo está su sistema inmunológico, los cambios que deben de llevar a cabo en la alimentación del bebé, tomar tratamientos de profilaxis para enfermedades oportunistas y el TARV quizás también para el bebé si nace positivo. Las recomendaciones para que no den los tratamientos de la Medicina Tradicional hasta que dejen de mamar los niños son fuertes. Todas las embarazadas han escuchado y saben las consecuencias negativas de estos tratamientos, el estigma y discriminación que han sufrido muchas mujeres al hablar con los maridos, vienen muy nerviosas y muy desconfiadas al hospital.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Si las mujeres están enfermas les cuesta aceptar la situación, normalmente culpan al hombre de haberles transmitido la infección, o entran en shock y no saben qué hacer. La mayoría poseen un discurso muy corto y estereotipado, una gran mayoría dicen lo mismo, que no saben cómo cogieron el virus, que ellas no tienen otros compañeros sexuales, el miedo a hablar con el esposo y la familia. A través de las entrevistas que realicé a varias embarazadas que han pasado por el test de VIH hacía poco tiempo y de los testimonios de tres grupos de mujeres con las que hablé anteriormente, muestra la variedad de situaciones con las que nos encontramos cada día en Chamanculo. Las embarazadas de esta área de salud viven en estado de shock y gran stress cuando saben el resultado del test de VIH, un porcentaje alto de ellas no poseen apoyo familiar y viven en un estado permanente de miedo pero intentan salvar a sus futuros hijos. Otras embarazadas desaparecen, pero en estos tres años he comprobado que ha ido aumentando el número de mujeres que vienen a seguimiento médico hasta que el niño deja de mamar o es VIH negativo. Pero ese porcentaje es realmente insuficiente para la cantidad de bebés y madres que no vienen, no participan en los programas, se pierden o escapan y más tarde regresan ellas con los hijos ya enfermos de VIH /SIDA.

Las mujeres continúan siendo en Chamanculo las que llevan la peor carga de la infección del VIH / SIDA, porque en el año 2009, la mayoría de ellas descubren la infección cuando están embarazadas, otras cuando ya están enfermas o ya tienen algún hijo enfermo. También son las que entran antes en contacto con los cuidados médicos y actualmente están mejor informadas que los hombres porque son las mujeres las que van a los centros sanitarios. Los hombres inicialmente no quieren pasar por las pruebas de asesoría y test de VIH hasta que no están muy enfermos, tampoco aceptan que sus mujeres pasen por la asesoría ni con su consentimiento, ni sin él. La situación en tres años vi que poco a poco más hombres van apareciendo con las mujeres embarazadas, pero es insuficiente y en todo este tiempo, aunque también ha mejorado un poco la situación de revelar la condición de VIH entre mujeres y hombres continúa siendo un gran problema. Las entrevistas con las embarazadas, que acaban de saber el resultado, o que llevan varios meses conociendo su situación de infección, han sido muy complicadas de realizar y de obtener respuestas claras, tienen miedo, están deprimidas. No he conseguido realizar buenas entrevistas con estas embarazadas porque están bloqueadas, o no responden a mis cuestiones, o no las entienden, entonces el objetivo de que ellas expliquen cómo les gustaría ser tratadas y de cómo ellas diseñarían un PTV, no lo he conseguido.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Las mejores entrevistas han sido de las mujeres que ya han pasado por la situación, llevan bastante tiempo en tratamiento, y han comprendido, asimilado su situación, su familia lo sabía y viven con "normalidad" la enfermedad. Los hombres que llevan mucho tiempo en terapia antirretroviral, que sus familias también lo sabían y quizás tienen más miembros de la familia en tratamiento TARV, algunos quieren hablar, pero los hombres que no han pasado por el test de VIH o que acaban de realizarlo y sus mujeres, no han aceptado realizar la entrevista, ni en su casa, ni fuera del barrio. Algunas mujeres no tienen problemas para hablar, generalmente son aquellas que son mujeres principales o únicas mujeres legales de sus compañeros. Con pocas sesiones de asesoría, o si están ya enfermas y necesitan entrar en la terapia antirretroviral revelan el resultado a sus compañeros en un período corto de tiempo o consiguen que los hombres vengan a pasar por la asesoría en pareja con ellas en el hospital. Las mujeres que son las segundas mujeres, o terceras de un hombre, amigas o amantes son las mujeres que tienen más problemas, aunque les damos una invitación para que acudan acompañadas a una asesoría en pareja desde el inicio y se realiza una pantomima o teatro como si vinieran juntos por primera vez para proteger a esta mujer. A muchas embarazadas les lleva tiempo aceptar la situación, comprender las implicaciones de toda la situación, continúan el tratamiento para evitar el contagio al hijo y lo llevan en secreto, solas escondiendo la situación.

2. CELIA NO SABE COMO EXPLICAR SU SITUACIÓN

Me realizaron el test de VIH el año pasado pero no acepté el resultado de VIH positivo, he vuelto de nuevo a repetir el test en el embarazo, fui a consulta prenatal y ha vuelto a salir de nuevo con resultado positivo.

Entrevista realizada el día 15 de junio del año 2009 en el programa de SMI del centro de salud de Chamanculo. *Celia está embarazada de 6 meses, tiene 3 hijos, vive en el barrio de Chamanculo B, es modista y tiene 32 años. Su primera hija nació en el año 1994 con un padre, su segundo hijo lo tuvo con otro hombre diferente en el año 2001. Este tercer bebé va a ser con otro padre diferente en el año 2009, será un niño y después de tener el hijo se piensan casar. Celia nació en Inhambane, vivía en Maputo desde el año 1983, en su vida va todo bien, su familia la ayuda, vive con sus padres, ellos la comprenden y la tratan bien. Celia perdió una niña con 1 mes en el año 1997, comenzó a tener novios y relaciones sexuales con 19 años. Realizó la asesoría y test de VIH por primera vez en mayo del año 2008, el resultado del test fue positivo, pero ella no estaba de*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

acuerdo con la situación, repitió el test y obtuvo igual resultado positivo. En el momento de la entrevista está esperando que le den el resultado de los CD4 para saber en qué situación está su sistema inmunológico y el avance de la infección. *Celia no quiere preocuparse, dice que va a seguir viviendo tranquilamente, porque no quiere dar importancia a ser VIH positiva o negativa, piensa que está asintomática, aunque ya ha tenido* problemas en la piel *y no entiende por qué está a veces* un poco rara. Cuando le preguntaron si quería hacer el test ella aceptó por el bien del bebé, *aún no ha hablado con nadie, y no ha conversado con* su marido *porque está en Sudáfrica, dice que no tiene miedo de hablar con él por qué no es bueno esconder estas cosas. Ella no sabe cómo cogió esta enfermedad, no usan el preservativo y no sabe si* su marido *es VIH positivo o no, piensa que él está bien de salud. El marido le dice a Celia que él no tiene otras mujeres en Sudáfrica y tampoco fuera de casa en Maputo, pero ella opina que sí que tiene aventuras de una noche. Ella confiesa que no es fácil confiar en los hombres y que sólo está tranquila cuando él duerme en casa, el marido siempre la ha tratado bien.*

Pertenece a la iglesia de la Unión Bautista, una religión cristiana pero no entiende muy bien qué tipo de confesión es. Celia no disfruta mucho en las relaciones sexuales, sólo algunas veces, y nunca ha tenido enfermedades de transmisión sexual. No había ido nunca a hacer tratamientos con PMTS porque los tiene en casa; su padre, su madre y más gente de la familia son PMTS y ellos le realizan siempre los tratamientos que ella necesita. Curan todo tipo de enfermedades, Celia cree en su cultura y se siente orgullosa de pertenecer a ella. Le pregunto por qué no habla con su madre para que la ayude ya que según ella, es su mejor amiga y se pone a llorar*, responde que no sabe cómo va a conversar con su mamá sobre estas cosas.* Inicialmente dice que no tiene miedo, pero compruebo que tiene un miedo muy profundo, mucho stress y preocupación, que no habla con nadie y que lleva escondiendo la situación más de 1 año*. Ella no cree que tenga* esa enfermedad*, porque no sabe cómo puede haberla cogido. Prefiere esperar a casarse para empezar a conversar con el marido, está muy preocupada por la reacción de él, aunque intenta aparentar que nada está ocurriendo. Está preocupada con la salud del bebé y va a tomar la profilaxis o el tratamiento recomendado por las enfermeras*.

Celia, a pesar que hace más de un año que sabe que tiene una condición positiva de VIH, aún no ha aceptado sus circunstancias, y tampoco ha entendido los síntomas de la infección de VIH, no sabe cuándo va hablar con el marido o con alguien de la familia, a pesar de que ya tiene algunos síntomas. Sólo quiere tomar la medicación para salvar a su hijo, casarse con un novio del que no

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sabe si está bien o mal y del que desconfía que mantenga relaciones sexuales con otras mujeres, además está trabajando y viviendo sólo en Sudáfrica. A pesar de que está recibiendo asesoría por tercera vez, aún no consigue aceptar y entender su situación, está ausente. La solución adoptada por ella, es tomar el tratamiento a escondidas y aparentar que no sucede nada que consiga poder hablar con el marido después de casarse y tener el hijo. Está en shock, no entiende nada, está muy deprimida y muy asustada.

Delante de las demás mujeres en la misma situación que ella, aparenta tranquilidad pero conmigo llora y está desesperada, me pide seguir viéndonos y hablar más, para que le pueda explicar mejor las cosas y que le ayude. También me dice que le han realizado el test directamente sin consultarle antes de sacarle la muestra de sangre y que no ha sido bien tratada por la enfermera de SMI, en cambio, las enfermas expertas de MSFS la están ayudando a entender su situación, le dan apoyo y consuelo.

3. DELIA CREE QUE TODO EL MUNDO EL MUNDO VA A MORIR

Llevo 9 años casada con mi marido, que pagó el lobolo y nos casamos tradicionalmente, nunca he tenido otros hombres, sólo este marido. Ella no sabe cómo va a reaccionar el esposo cuando hable con él.

La entrevista fue realizada el día 18 de junio del año 2009, en la consulta de prenatal de SMI en Chamanculo a las 10 de la mañana. Delia tiene 30 años, es limpiadora, no tiene trabajo, está en su hogar ejerciendo de ama de casa, tiene dos hijos y había tenido un aborto en el año 2007. Casada por un matrimonio tradicional, por el cual el marido pagó el lobolo. Este caso es el típico de esposo en Sudáfrica trabajando y la mujer sola en Mozambique esperándolo. *Delia aún no tiene ni idea de cómo cogió la enfermedad, está embarazada de 8 meses y ya sabía su condición de VIH desde hacía 5 meses. Pasó el test de VIH por primera vez en febrero del año 2009, era positiva y estaba embarazada de 4 meses. Al principio estaba muy preocupada, pero ahora ya está más tranquila y toma la profilaxis de AZT + NVP. Su marido trabaja en Sudáfrica y no sabe cuándo va hablar con él porque ya hace tiempo que ella piensa hablar tranquilamente cuándo él regrese a casa, estando los dos solos, cuando ya tengan el bebé en casa y no esté ella tan gorda.*

No sabe si el marido tiene la enfermedad, pero cree que él está bien de salud. Lleva casada 9 años con este esposo que la lobolo y con el que se casó tradicionalmente. Delia nunca tuvo otros hombres, sólo este marido, nunca fue con otro hombre. Ella no sabe si él tiene otras mujeres pero

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

piensa que si que debe tener, nunca ha tenido enfermedades de transmisión sexual. Ella no sabe cómo va a reaccionar el marido cuando se siente a conversar con él de este problema, pero tiene fe en la religión de Sión y piensa que su fe la va a ayudar.

Delia es muy religiosa, no le va a administrar al bebé el tratamiento de la Medicina Tradicional, solamente va a darle de mamar durante 3 meses la lactancia materna exclusiva y después pensara que va hacer. Sólo ha hablado de su situación con otra mujer que también va allí en el hospital de Chamanculo y que tiene su mismo problema, sólo se ven en el hospital, no se pueden perjudicar la una a la otra, no consigue hablar con nadie más. Delia tiene miedo de ser discriminada por las vecinas y la gente del barrio, porque allí hablan mucho de estas cosas. No usa el preservativo, reza mucho a Dios para que su hijo no coja la enfermedad, ella al principio no se creía que tenía la enfermedad porque no presentaba síntomas y además ¿donde la iba a coger? Delia no consigue aceptar que tiene el virus de VIH, ni nada de lo que está sucediendo. El TARV, me explica ella, es un tratamiento que pone al bicho xipongwana a dormir, piensa que aquí todo el mundo va a coger la enfermedad y morirán todos, porque todo el mundo que viene al hospital, niños, viejos, todos son VIH positivos. Delia no quiere que miren para ella las demás personas con esas caras extrañas*, como de apestada y no va hablar con nadie de su familia todavía. Sabe que en su barrio muchas mujeres son VIH positivas y piensan unas de otras que ya han andado en la* mala vida*, en cuanto esto no es verdad, las personas te desprecian y no te consideran como la misma persona de antes, ni siquiera para tocarte, es un problema muy serio*.

En el mes de enero le dijo al marido que se tenía que hacer el test en la consulta de prenatal y él no puso ningún problema, pero se quedó callado. Cuando todo el ambiente esté más tranquilo, y este el bebé en casa, le va a pedir al marido que se haga el test y si es positivo van a venir toda la familia al hospital a buscar tratamiento. Ella todavía no ha hablado ni con sus padres ni con sus suegros y no piensa hacerlo, es una cosa privada entre su marido y ella. No consigue aceptar que tienen el VIH, debe de ser un engaño y no se lo quiere creer porque si se lo cree, esto le va a perjudicar seriamente la salud y si adopta una postura como que no pasa nada es muy bueno. Le preocupa cuando vaya a la maternidad a tener el hijo si le van a decir algo al esposo. Ella no quiere pensar en ese momento en nada, está tomando el tratamiento que le dan las enfermeras y va a cumplir con todo lo que le digan en el hospital incluido el negociar el uso del preservativo con el marido. En el caso de Delia, culpa al marido de su situación ya que es el único hombre con él que ha mantenido relaciones sexuales. Otro dato curioso es que no quiere aceptar la infección porque cree

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que si se comporta como si no tiene nada se va a sentir mejor. Delia habla del estigma que rodea a la enfermedad, que es una enfermedad de prostitutas que van con muchos hombres y de los cotilleos del barrio. Para Delia que es muy creyente en su religión, se refugia en ella y espera que Dios la ayude. La fatalidad de la enfermedad y de su situación, la victimización de la víctima y la lucha por no aceptar esta situación horrible e injusta.

4. JOANA, NO SABE COMO HA PODIDO COGER *ESTO*

No sé cómo he podido coger *esto*, porque el año pasado era VIH negativa y ahora mi hijo y yo tenemos la enfermedad. Mi marido se ha hecho el test y no quiere comunicarme el resultado.

Joanna era una mujer que su caso era un poco extraño, por la actitud y el comportamiento que tuvo durante toda la mañana en que la estuve entrevistando y observando. Tenía 33 años, estaba ya con SIDA, en tratamiento antirretroviral, tenía un hijo de 2 años con mal aspecto y también con SIDA. Esta entrevista fue realizada el día de 6 de junio del año 2009, por la mañana en el Hospital de día Pediátrico. *Joanna está embarazada de nuevo, va a que le controlen el embarazo en la consulta de prenatal de SMI, en la consulta de enfermedad crónica le llevan el seguimiento médico del tratamiento antirretroviral a ella y al primer hijo que fue positivo en el HdD pediátrico, todas las consultas son en el hospital de Chamanculo. Pese a ir al hospital con mucha frecuencia, es decir casi todos los días, no parece entender nada y hablar con ella es muy difícil, está muy deprimida y muy confundida. El marido le dijo que se hizo el test pero no le había querido comunicar el resultado del test de VIH y no quería hablar de ese tema con ella. La trayectoria de la infección no sabe cómo ha sido, dice que cuando estaba embarazada del primer hijo era negativa pero sólo se realizó el test una vez al inicio del embarazo, el hijo era VIH positivo y está en tratamiento de las enfermedades oportunistas que tiene y el marido le ayuda a tomar los comprimidos, ella nunca fue a tratamiento con PMTS.*

En mi opinión necesita otros tratamientos y otras especialidades como tratamiento psicológico, servicios sociales, que le expliquen la situación de ella y al marido hasta que entiendan las cosas, un tratamiento para la depresión o quizás de otras enfermedades psiquiátricas. Su comprensión de la situación es muy baja a pesar que las enfermeras y las enfermas expertas le han explicado ya muchas veces las cosas parece que no entiende bien su situación, está ausente. La enfermera me comentó que no sabían cómo explicarle las cosas porque era muy difícil que las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

entendiera y tenía mala adherencia al tratamiento antirretroviral. La explicación que me dio*: fue que ella se hizo el test en los primeros meses de embarazo y salió negativa, como no continuó siguiendo el calendario de visitas a la consulta prenatal, se contagió en ese periodo y pasó la infección al bebé, que fue como descubrieron la enfermedad. O la otra opción fue que se equivocaron cuando le realizaron el test por primera vez y era un falso negativo con lo cual ella ya no hizo ningún control prenatal más, ni en la maternidad tampoco; y cuando el hijo se puso enfermo fue cuando descubrieron el problema*. En este caso ante la enfermedad de la madre e hijo y tener que iniciar el tratamiento antirretroviral, el equipo de psico-social llamó al marido para informarlo de la situación con el consentimiento de ella. Qué tristeza que estas situaciones ocurran, cuando se podrían haber evitado solo con seguir con las visitas del programa de Salud Materno-Infantil.

5. ISMENIA Y EL *XIPONGWANA*

El SIDA está causado por el xipongwana que vive dentro del cuerpo, ella pensaba que fue infectada por un PMT que le administró vacunas para tratar al asma cuando era más pequeña.

Este caso rompe el estereotipo de la mayor parte de las teorías o el sentido común que existe, que atribuyen la responsabilidad de la infección de las mujeres a los hombres porque estos don polígamos y además tiene sexo ocasional en sus ratos libres. En los últimos tiempos este tipo de hechos se está comprobando, cada vez más mujeres VIH / SIDA positivas y los hombres negativos, especialmente en parejas jóvenes. También normalmente en esta cultura el estereotipo es que las suegras tratan muy mal a las nueras, pero en este caso no es así, esta situación demuestra que hay gran variedad de escenarios pues ella y su suegra se entienden muy bien. La suegra ayuda a Ismenia con su enfermedad y a su nieto a todos los niveles. También el caso de Ismenia refleja: la situación de las mujeres muy jóvenes enfermas en tratamiento antirretroviral y embarazadas de nuevo, y detrás de un hijo tienen otro. Ismenia que ya había escapado al control de VIH en su primer hijo en la consulta prenatal y en la maternidad cuando este hijo se puso enfermo descubrió toda la terrible situación. Esta entrevista fue realizada el día 6 de junio del año 2009 en el Hospital de Día Pediátrico.

Ismenia me explica: *Mi marido es muy joven, tiene 21 años, es VIH negativo y vivir en su mundo haciendo su vida en la calle. Ismenia es una mujer joven de 20 años, con un hijo de dos años también VIH positivo y está embarazada de 6 meses de otro bebé. La suegra es la persona que la*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ayudó desde el primer momento. Ismenia es usuaria de los servicios del Hospital de Chamanculo pues está en la descentralización haciendo el seguimiento del tratamiento TARV. Está en la consulta de prenatal llevando el seguimiento del embarazo y en el HdD Pediátrico donde se le realiza el seguimiento clínico a su hijo. La joven piensa que fue infectada cuando fue tratada por un PMT, que le puso una vacuna para controlar el asma, en el tratamiento tradicional que el PMT le administró, involucraba cortes en la piel a lo largo del pecho. Está tomando el tratamiento antirretroviral, no entiende su situación y tampoco la de su hijo. No entiende los efectos de la terapia antirretroviral y piensa que el SIDA está causado por el xipongwana que vive dentro del cuerpo de las personas. Sus creencias y valores están basados en el discurso de los espíritus.

Ismenia es una mujer analfabeta y tiene grandes dificultades en comprender lo que le dicen las enfermeras. Parece estar en estado de shock y presenta señales de depresión muy profunda. Es una mujer muy bonita, joven parece una niña, y su marido también es muy joven, no está nunca en casa, no la ayuda y ella se siente muy abandonada. Él tiene empleos ocasionales para salir adelante, trabajos de un día (biscatos) y anda por ahí con sus amigos todo el tiempo. El conocimiento que tiene hasta ese momento de las personas afectadas por el VIH, hombres con varias mujeres y practicando el sexo ocasional sin protección, trabajadoras de sexo o / y mujeres con varios hombres, las mujeres de mineros en las zonas rurales, la existencia de la violencia y de la discriminación de los agregados familiares sea por el marido o por parte de la suegra quedan en duda en esta historia. Lo que se confirma es que las mujeres muy jóvenes cogen infecciones de VIH muy agresivas y que desarrollan muy rápido la enfermedad del SIDA.

También para una persona tan joven, con un marido que es muy joven, que no la ayuda, con un hijo ya infectado, ella en tratamiento antirretroviral y embarazada de otro hijo, tiene que ir a consulta a 3 sitios diferentes dentro del mismo hospital, donde cada uno está en un programa diferente. Si se hubiese mantenido el PTV unido al HdD Pediátrico, este caso estarían todos los tratamientos y los enfermos en un mismo lugar y controlados todos los miembros de la familia. Este es el tipo de organización que existe en el año 2009. Las insuficiencias son claras y no consiguen llevar bien el control de los enfermos, facilitarles el tratamiento, seguir las pruebas y darles el apoyo necesario. Es muy difícil que una mujer tan joven en su situación lleve ella y su hijo el tratamiento adecuadamente con tanta dispersión de consultas dentro del mismo hospital.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

6. HELIA, LA NIÑA QUE NO ENTENDÍA SU SITUACIÓN

Este fue un caso extremo pero ilustrativo de una situación que cada día se estaba destapando más en Maputo. Esta era la situación de las niñas que eran abusadas, por hombres mayores, o bien para adquirir la riqueza de la sangre o bien para curarse del SIDA con una mujer virgen. Otra conclusión que saqué de esta historia era que el padre de la chica, no dio la cara, y enviaba a la madrastra, que tampoco sabía decir y era una mujer madura, con estudios superiores y un trabajo con buen salario en unas líneas áreas. Es necesaria una legislación para este tipo de casos, para abrir una investigación y pedir responsabilidades a quien fuese responsable. Si algún caso me había impresionado en todo el tiempo que pase en Chamanculo, este ha sido uno de los que más me afecto a nivel personal y uno en los cuales más involucrada estuve.

Helia era una chica de 16 años, embarazada de 7 meses que vino en febrero del año 2007 al PTV Plus. Nos enseñó un papel en el que estaba escrito solamente un numero y VIH positivo, ella casi no hablaba, solo nos miraba, como era menor de edad*. Y la vimos en muy mal estado, yo tomé la decisión de iniciar todo tipo de pruebas y análisis, llamar a los padres y su novio porque pensábamos que era el padre del hijo que iba a tener. Detectamos que era un caso muy especial la cogimos intensivamente; las enfermeras, primero en xixangana, le hicimos una asesoría completa explicándole la necesidad de hacer el test de VIH que salió positivo. Después le abrimos la historia clínica, luego de un examen completo médico y ginecológico donde le pedimos una batería de análisis, en especial con urgencia, los CD4 y llamamos al médico urgentemente que estaba en el hospital de día de Alto- Mãe y que pertenecía al equipo médico de MSFS.*

Helia estaba en un estadio IV de SIDA y con un sarcoma de Kaposi en estado muy avanzado, le intentamos preguntar cosas de su vida, pero la conversación era muy difícil, las enfermeras locales más experimentadas casi no conseguían comunicarse con ella. Así que le preguntamos por su padre nos dijo que estaba en Sudáfrica, y que tenía una madrastra, también le pedimos que viniera con ella. Al día siguiente vino la madrastra con un chico joven, era el padre del bebé y novio de la chica con 20 años de edad, parecía un niño asustado. Al chico le realizamos una asesoría y el test de VIH, dio resultado negativo, mientras explicábamos a su madrastra la situación de la gravedad de Helia y del feto. Con los resultados en la mano de los análisis y ya embarazada de 7 meses vimos desde el primer momento que iba a ser muy difícil que pudiera salir adelante, aún así pedimos la medicación para el sarcoma de Kaposi y que fuera tratada

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

inmediatamente con mucho cuidado a causa de lo avanzado del embarazo, todo el equipo médico y psicológico expatriado y local nos volcamos en cuidarla. Tiempo más tarde, Helia tuvo un bebé prematuro, varón que salió sano inicialmente y a los tres días del parto, ella murió. El novio estuvo viniendo con el hijo a consulta durante unos 3 meses, después desapareció y nunca volvimos a saber nada más de ellos, durante ese tiempo el niño estaba normal.

En la siguiente fotografía muestra una de las niñas que fue durante 18 meses cliente en el PTV de Chamanculo junto con su madre, después de este tiempo tuvo un resultado negativo y fue transferida para las consultas normales de SMI. Este es uno de los mejores resultados de nuestro trabajo conseguir que los niños fueran sanos y todas las madres del centro sepan que se consigue.

Fotografía XXXIX; Niña esperando entrar a control médico en el PTV

Fuente: Fotografía obtenida por la autora en el PTV en el año 2006

7. CONVERSACIONES CON GRUPOS DE MUJES CON VIH / SIDA

Aprovechando que se iba a iniciar el grupo de mujeres embarazadas y de las madres que eran VIH positivas o tenían ya la enfermedad y estaban en tratamiento antirretroviral, decidí participar para poder hablar con las mujeres en grupo y todas juntas, que también no era muy fácil de conseguir en aquellos tiempos en Chamanculo. Estas reuniones se realizaron todas durante el mes de Mayo del año 2007, los miércoles por la mañana en el PTV de Chamanculo. Del equipo de MSF comenzamos este trabajo Nyeleti como enferma experta, que llevaba mucho tiempo en la asociación

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de Kudumba, yo como responsable del programa, para ver cómo iba a salir el tema y hacer propuestas de actividades para el equipo de psico-social de este programa.

1º Grupo de mujeres de Chamanculo

Los hombres dicen que no tienen VIH pero son cadáveres ambulantes y lo que quieren es extender la enfermedad.

En este grupo eran aproximadamente 12 mujeres unas embarazadas y otras ya habían tenido el bebé. Los miércoles por la mañana venían a tomar un té, y hablar de sus cosas, o para aclarar dudas y conocer a más mujeres con el mismo problema. Como era la primera reunión para animarlas a hablar, decidí junto con Nyeleti hacer de facilitadora, romper el hielo de la conversación porque todas se miraban y nadie hablaba. Después de explicar las cosas algunas mujeres más desparpajadas que ya tenían el bebé, estaban varios meses con nosotros y nos conocían bien a las dos comenzaron a hablar abiertamente. Las que llevaban poco tiempo se limitaban a escuchar y a veces decían alguna cosa, otras sólo miraban y hasta se tapaban la cara en muchas ocasiones.

Una mujer joven con una hija empieza a comentar: *cuando llegas a la consulta de prenatal te sacan la sangre para los test, sin decir nada te realizan el test de VIH, te enseñan la raya roja para que veas el resultado, te dicen que venga tu marido contigo para abrir la ficha de embarazo, y continúan con el resto de la consulta, cuando acaba la consulta, sales, no entiendes nada y no sabes que hacer. Nyeleti aparece por allí, se sienta hablar con nosotras, nos invita a ir hablar a una habitación, así es como poco a poco vamos entendiendo un poco las cosas y venimos aquí al proyecto de MSF, aquí estamos muy contentas con el trato recibido y no queremos volver para la consulta de SMI cuando se vaya acabar aquí el tiempo del seguimiento de los bebés. Los hombres se niegan a usar preservativos con las mujeres porque dicen que están llenos de bichos y contaminados por dentro. Los hombres no aceptan hacerse el test de VIH / SIDA, cuando las esposas se ponen enfermas, se separan de ellas, dejan a las mujeres y van a buscar a otras señoras.*

Existen muchos hombres que beben mucho y que con el TARV se vuelven locos, después llegan a casa, todo son problemas, ellos quieren tener sexo, si no aceptas te pegan, después vienen para encima de ti y te fuerzan a mantener relaciones sexuales. Tú como eres la mujer tienes que aceptar porque si no se van con otra mujer, cómo vamos a comer nosotras y nuestros hijo entonces. *Los maridos generalmente hablan en el barrio de la enfermedad de la mujer y lo hacen para maltratar a sus mujeres,* existe mucha discriminación en los barrios hacia las mujeres. *Las mujeres*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

esconden *a sus maridos la situación por miedo de ellos***,** esconden las pastillas *del tratamiento TARV en la basura, donde pueden y cuando ellos no están en casa es cuando* toman los comprimidos escondidas.

A los hombres aquí les gustan mucho las mujeres y quieren disfrutar de los placeres de la vida, cuando la mujer se queda embarazada la dejan, muchos hombres trabajan en las barracas y toman bebidas, cuando las mujeres están embarazadas no las quieren llevar a las barracas. Los hombres hasta que no están muy enfermos no aceptan hacer el test y entrar en tratamiento antirretroviral. *Existen muchos hombres que dicen que no tienen VIH pero son* cadáveres ambulantes*, lo que quieren es contagiar la enfermedad a los otros y extenderla. Las mujeres se sienten muy discriminadas, nerviosas, pierden el apetito y no saben qué hacer porque su vida está en juego. Ellas hablan más con su familia directa, cada persona tiene una confidente para hablar de su situación, aunque no sea de su familia para apoyarse, a veces una amiga, un amigo, cuando es necesario empezar el tratamiento antirretroviral en el PTV,* algunas mujeres es cuando toman la decisión de hablar con el dueño del embarazo, es decir el padre del hijo que esperan o cuando han tenido el hijo.

Una de las mujeres expone a todas su historia, *ella ha estado durante 2 años discutiendo con el marido para que venga a hacerse el test. Tiene una parada en el mercado donde vende alimentos y desde que en el barrio han sabido que tiene la enfermedad ya no le compran comida, la miran mal e van a otros sitios a comprar, ella se siente muy discriminada.* Existe mucha discriminación porque creen que el VIH está en todos los lados y muchas de las mujeres no quieren ir a visitarlas, tienen mucho miedo y se aíslan. *Cuando se sabe que alguien está enfermo, los vecinos hablan de esas personas muy mal. Existen muchos enfermos que abandonan el tratamiento por causa de los vecinos porque cotillean mucho y los maltratan llamándoles nombres como* sidinha *(que tenía SIDA) y otros insultos molestos, este marido después de un tiempo* desapareció y abandonó a la mujer.

Otra de las mujeres del grupo nos dijo: *que ella tenía condición positiva desde el año 89 y que estaba en TARV, con CTX y anteriormente tuvo tuberculosis. El año pasado estuvo embarazada, cuando tuvo el hijo ella lo estaba alimentando con leche artificial,* todas las vecinas comenzaron a hablar y le querían causar problemas *porque decían que ella estaba estropeando al bebé, porque creían que si el niño no tomaba la leche de la madre no era bueno, creían que se iba a poner enfermo y* fueron hablar con su familia para que comprobaran si era una buena madre.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Las mujeres expresan la mala calidad de asesoría y test de VIH de la consulta prenatal que indica la poca disposición de las enfermeras, la poca formación que tienen y la sobrecarga de trabajo, la falta de privacidad y de confidencialidad. Las mujeres como es muy habitual culpan a los hombres de haberlas contagiado con su comportamiento promiscuo, no quieren usar el preservativo, van con muchas mujeres, cuando sus compañeras están enfermas buscan otras mujeres para continuar con su vida, el consumo de alcohol y el maltrato al que someten a sus compañeras, violándolas y la discriminación que sufren en los barrios cuando se sabe que tienen la enfermedad. Todas estas explicaciones las escuchamos todos los días, varias veces cada día. En la siguiente fotografía ha sido realizada al primer grupo, en la primera reunión de madres VIH positivas mantenida en el PTV de Chamanculo.

Fotografía XL: La primera reunión de mujeres del PTV.

Fuente: realizada por la autora en el mes de mayo de 2007.

Ninguna mujer reconoce que tuviera relaciones sexuales con otros hombres, y aquí están representados todos los estereotipos y las razones que las mujeres dan, para no dar la leche artificial al bebé; esconden el tratamiento, no quieren revelar el resultado a nadie y tienen desconfianza de todo y de todos. Es la victimización de la víctima, que es castigada por el marido, la familia, los vecinos, la comunidad, es vigilada y castigada si se comporta mal. Cuando se realiza el test de VIH, recibe los sermones morales de los consejeros, para cambiar de comportamiento, las mujeres para

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

poder tener algo de comida van con otros hombres . Además si toman el tratamiento antirretroviral y no tienen buena adherencia al tratamiento, son castigadas a venir al centro a tomar el tratamiento antirretroviral cada día, esto fue lo que yo encontré en Chamanculo en el año 2006, y luchamos para cambiar toda esta situación. El comportamiento que nos explican muchas mujeres un día detrás de otro, a mí me era difícil de entender y me parece injustificable a todos los niveles. ¿Cómo es posible que nadie de la administración, del Ministerio de Justicia, de las ONG´S, de las leyes sobre género y maltrato, de los programas de violencia domestica, de ayuda a la víctima, donde estaban?

Nosotros explicamos la situación cuando recibimos visitas, todavía continua siendo un grave problema en Chamanculo. Me preocupaba escuchar estos testimonios y ver la variedad de tipo de vulnerabilidades a los que estaban sometidas estas mujeres: económica, sexual, personal, pobreza, poca formación, de salud, de educación, de derechos, de apoyo de sus familias, barrios, comunidades. Si esto sucede en un barrio de Maputo. ¿Qué es lo que estará sucediendo en el medio del campo en el resto del país?, ¿Si esto sucede en un programa de Médicos Sin Frontera con medios y siendo sensibles a estos problemas? No me quiero ni imaginar que sucederá en las aldeas más remotas y apartadas de cualquier lugar de Mozambique.

2º Grupo de mujeres de Chamanculo

Llevo mucho tiempo discutiendo con mi marido para que se haga el test de VIH pero no quiere ir y no acepta que yo tenga la enfermedad.

En este grupo se ve que la situación es más heterogénea que en el grupo anterior. Las mujeres han hablado con los maridos y todos han venido para realizarse el test de VIH. Cuatro maridos son confidentes para que las mujeres pudieran empezar el tratamiento antirretroviral, esto muestra un cambio en la situación importante, porque lo habitual es que la mujer traiga como confidente alguien de su familia o una amiga, o el cura o el PMT de la zona. Otro dato positivo es que ninguna de las mujeres ha sido abandonada. Todas comentan el miedo que tienen a que se sepa su condición de VIH positiva por miedo a la discriminación de las personas en su barrio. Este es el segundo grupo realizado en la siguiente semana de Mayo en el año 2007, sólo han venido 7 embarazadas y sus hijos mientras esperan a ser atendidas. Todas se han realizado el test de VIH mientras estaban embarazadas y algunas ya tenían problemas de salud cuando se les realizó el test. El marido de una de ellas no quiere hacer el test de VIH y aún están discutiendo la situación porque no acepta que su mujer tenga condición de VIH positiva.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

3º. Tercer grupo de mujeres de Chamanculo

El problema es cuando el resultado de los test de VIH es discordante dentro de la pareja, ahí empiezan serios problemas en el matrimonio.

En este grupo vemos también la variedad de situaciones que se dan ya en el año 2007, el miedo de los hombres para realizarse el test de VIH, que no quieren que las mujeres se lo realicen porque no quieren saber la situación. El hecho de los hombres que están enfermos, en tratamiento antirretroviral y esconden su enfermedad por miedo a ser abandonados por sus mujeres. O el marido que cuando sabe que su mujer es positiva la abandona. La situación que en todo momento aparece es que los hombres se niegan a aceptar el uso del condón con sus mujeres oficiales. Otro problema muy interesante que empieza a surgir es el de las *parejas sero-discordantes y la variedad de situaciones* que se plantea en todo este contexto, dependiendo de la pareja, los hijos y del resultado del test de VIH. Este es el tercer grupo en el que están 12 mujeres también en el PTV Plus, ha sido realizada en la última semana del mes de Mayo del año 2007.

Casi todas las mujeres se han hecho el test durante el embarazo y casi todas de este grupo ya han tenido también pequeños problemas de salud. Algunas usan preservativo algunas veces, pero el hombre de una de ellas no quiere usar el preservativo de ninguna manera y cuando ella se ha quedado embarazada, el marido la ha abandonado. Otra mujer nos cuenta que ella ya lleva unos meses tomando TARV, que esconde los comprimidos en la basura y se los toma cuando no la ve nadie. Otra señora fue con el esposo a hacerse el test, en el GATV hicieron un teatro como si ella era la primera vez que se hacia el test y como él también le salió en los análisis que tenía SIDA, están tomando el tratamiento antirretroviral juntos. Las mujeres que están en tratamiento me preguntan si pueden beber alcohol. En el grupo hay 3 mujeres embarazadas que cuando hablaron con los maridos estos las abandonaron. Hay una chica muy joven embarazada que no quiere hablar, una chica muy asustada, aún no le ha dicho nada al esposo ni a nadie y tiene terror de todo.

Las mujeres dicen que necesitan que alguien las escuche, alguien a quien puedan explicar sus problemas, que necesitan entender mejor las cosas, porque existen muchas cosas que no las entienden bien. En este grupo hay 3 mujeres que dicen que los maridos empezaron antes que ellas a sentirse enfermos y que ellas no sabían nada de la situación de los esposos. Cuando ellas se quedaron embarazadas fue cuando se tuvieron que hacer el test y descubrieron que tenían la enfermedad, en ese momento vinieron a saber que sus maridos ya tenían antes que ellas la dolencia

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

y algunos ya tomaban el tratamiento desde hacia tiempo. Uno de los esposos es militar, otra mujer me explico que: *cuando se enteró de que su marido tenía SIDA se enfadó mucho pero que con el tiempo ha ido aceptando la situación porque* tienen 6 hijos *juntos.* Cuando él se ha puesto enfermo lo ha llevado al hospital, ella es negativa *y él le ha estado escondiendo la enfermedad durante años porque tenía mucho miedo que lo abandonara. Todas dicen que los maridos aún que saben que son VIH positivo, ninguno quiere usar los preservativos. Los esposos sólo se quieren hacer el test cuando están muy enfermos. Una de las mujeres embarazadas dice que su marido se ha enfadado mucho cuando ha hablado con él y le ha explicado que tiene la condición de VIH positiva, se ha ido a dormir a otro dormitorio y amenaza con abandonarla pero que le v a dejar la casa cuando se vaya. Él no quiere comer con ella y cada uno hacia su vida,* ella no tiene poder dentro de la casa, está muy triste y desesperada.

8. EL DIFICIL PAPEL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN CHAMANCULO

La cultura y el papel de la mujer en la sociedad son responsables de que las mujeres se sientan obligadas a llevar su situación en secreto y tengan que hacer cosas raras como tomar la profilaxis para no contagiar el SIDA a sus hijos, poner los comprimidos en la basura para que nadie los encuentre. Esto permite que las relaciones sociales en el seno de los matrimonios, las familias, los barrios, las comunidades y los estados estén basadas en la violencia, pone de manifiesto el bajo papel y la desigualdad de la mujer en relación al hombre en esta sociedad. Estos discursos y los análisis ponen fuera de esta situación a los hombres, a los padres de sus hijos, y responsabilizan a las madres por la enfermedad porque tienen que traer al hijo sano al mundo. Si el hijo no está sano, o nace muerto o enfermo, si la madre es infértil por cualquier razón también es culpa de la mujer. Las mujeres embarazadas defienden otro discurso, tratan de evitar más problemas para ellas, aunque muchas consideran, que es el hombre el responsable de su infección, quieren evitar ser castigadas y este es su dato empírico.

Su teoría es que si tienen problemas es porque han violado los tabúes, las reglas del comportamiento tradicional, su objetivo es la integración en la sociedad, en la familia y en la comunidad. Pero en realidad, su experiencia de la situación es de discriminación, el estigma, el aislamiento social y la culpabilidad. Con SIDA o sin la enfermedad, ellas ya están estigmatizadas, son las relaciones sociales las que determinan esta condición. Muchas mujeres embarazadas vienen a buscar las pastillas para la profilaxis, quieren tratarse y evitar que su futuro hijo se contagie,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

buscaban mejorar su salud, pero no quieren realizar todos los pasos que el programa de SIDA obliga y sobre todo ser identificadas. Estas mujeres que vienen espontáneamente, ya deben de saber o sospechar que tienen el VIH / SIDA antes, seguramente no quieren contagiar a sus hijos y lo que pretenden es hacer sólo la profilaxis porque han escuchado la historia por otras mujeres o han visto el resultado del tratamiento en niños, pero no quieren que nadie sepa que están en un programa de SIDA o están infectadas de la enfermedad.

En el año 2007, las mujeres estaban más abiertas a pasar por la asesoría y test de VIH, las que íbamos identificando que tenían más problemas eran aquellas que su situación social, económica y emocional era más frágil, eran segundas o terceras mujeres o quizás amigas de los hombres que ellas llamaban *sus maridos*. También era perceptible que las personas tenían más información, al saber que había tratamiento disponible, las actitudes iban cambiando y estaban más dispuestas a participar en el programa de VIH / SIDA. Estos cambios han sido evidentes para mí en el ambiente en Chamanculo donde realicé el estudio de caso del PTV de MSF- Suiza. A inicios del año 2006, de cada 10 mujeres embarazadas *tres eran VIH positivas, tres años más tarde* en el año 2009, en el mismo lugar de 10 mujeres embarazadas *6 tienen una condición de VIH positiva*. En Chamanculo en los tres últimos años, la tasa de mujeres embarazadas positivas se *ha duplicado*, de acuerdo con mis propias observaciones, y contrastando con las estadísticas del gabinete psico-social, del PTV Plus y de la consulta de prenatal. Es preciso señalar que deben de hacer algunas consideraciones y correcciones a estos números, pero el significado es que ha aumentado de manera considerable el número de mujeres embarazadas VIH positivas. Estos datos que recogí de mis entrevistas, observaciones y otras informaciones existentes son diferentes de las estadísticas oficiales que se están manejando, los datos que ellos publican son más bajos que los que yo he encontrado.

Las percepciones de la comunidad referente a esta situación son diferentes pues se trata de grupos humanos distintos por la clase social, la religión, los tipos de familia. Los dos grandes modelos explicativos de la enfermedad andan en conflicto, el modelo Biomédico que afirma que se trata de una enfermedad causada por un virus y el modelo de la Medicina Tradicional que afirma que se trata de un castigo divino, por la explicación de la religión de los antepasados y los espíritus o por las religiones monoteístas. Un número elevado de mujeres que vienen al PTV dan a entender sin decir claramente en la mayoría de los casos, algunas lo dicen directamente que son las segundas o terceras mujeres de un hombre (*la casa 2 o casa 3*). Pero esta relación poligámica no sabemos si es

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

oficial o se trata de varias amantes o las casas de un mismo hombre o tenemos todas las situaciones mezcladas, de todo un poco porque cuando son co-esposas se identifican sin problemas. Existen situaciones en que las mujeres son las segundas esposas, amantes, amigas de otros hombres, y otro tanto sucede con los hombres en los que estas situaciones son mucho más frecuentes y más admitidas que en el caso de las mujeres.

Tuvimos la historia de una chica de 20 años en el año 2006, María. Este caso fue muy curioso, llegó al PTV muy enferma, llena de enfermedades oportunistas, con un CD4 muy bajo y embarazada de 6 meses. Desde el primer momento fue difícil explicarle la enfermedad, como cuidarse y los tratamientos que debía de tomar pues ella era muy religiosa. Pertenecía a la religión Sión, a la vez decía que los espíritus de la parte de su padre eran los que la habían puesto enferma porque le exigían que hiciera el curso de Medicina Tradicional y que debía de trabajar de practicante de Medicina Tradicional, si no nunca mejoraría. Dio la casualidad que el padre estaba también como usuario del GATV y fue citado para hablar con el equipo médico ante la situación de María, su hija, para ver si entre todos la podíamos ayudar. Su marido, como decía ella, era un chico joven que cada poco la maltrataba y le daba unas palizas tremendas. Cuando estaba tranquila se lavaba, tomaba los tratamientos, las cosas iban funcionando, pero cuando entraba en estado de trance y estaba poseída por los espíritus dejaba de lavarse, de tomar los tratamientos, de comer, empeoraba su situación general, de salud de ella y de su hijo. Después de trabajar mucho tiempo con ella, conseguimos que el bebé fuera VIH negativo, lo enseñamos a cuidarlo y le dimos leche artificial para que el hijo continuara negativo. Poco tiempo después se volvió a quedar embarazada y ha tenido un segundo hijo que todavía es pequeño, ha tenido suerte porque los dos hijos han nacido sanos, ella seguía con el marido que la seguía tratando mal y cuando le preguntábamos porque continuaba con él, respondía *que gustaba mucho de él, y quería seguir viviendo con él*. En aquel momento (2008) ella se estaba preparándose para ser PMT en una escuela de PMTS.

Ninguna de las pacientes nos dice en su historia clínica que participó en ritos de muerte o fue heredada por el hermano del marido fallecido. Si que nos han revelado que han participado en *tratamientos de limpieza de enfermedades de contaminación como la Kutsamiwa* y bastantes mujeres lo han confirmado. También cada vez más mujeres me confirman que practican *sexo seco* y alguna que *tiene otro marido*. Han aparecido varios casos de hombres que han mantenido relaciones e hijos con dos hermanas, he contado en total 3 casos de este tipo, pero no tienen las características

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de que la primera hermana sea infértil o *levirato,* son casos de *relaciones de amantes, localmente llamado amantismo.*

Las personas que vienen al PTV, un número bajo de ellas, están casadas por lo civil, o por los ritos tradicionales o de diferentes tipos religiosos, estas parejas parecen más estables y se apoyan uno al otro. La mayoría de las parejas son del tipo de uniones de hecho, es decir que se ponen a vivir un tiempo juntos y si las cosas no van bien se separan. La situación del tipo de matrimonio es muy importante para las herencias pues las mujeres sin matrimonio oficial pierden sus bienes y la herencia. Las mujeres divorciadas que aparecen en la consulta, muchas acaban de divorciarse después de saberse su situación de VIH, la iniciativa es del marido pero a veces también de la mujer. Las intervenciones de asesoría para parejas se realizan a demanda pero pocas parejas vienen juntas. Normalmente es el hombre que abandona a la mujer, como si el embarazo sea sólo responsabilidad de ella. Muchas mujeres dicen que los maridos no pueden venir al PTV porque trabajaban, no pueden venir en ese horario y pueden perder el trabajo. Las mujeres se quejan de ser agredidas y forzadas a mantener relaciones sexuales con los marido cuando estos están borrachos o enfadados. En el programa de Chamanculo se han constatado muy pocos casos de mujeres que han abandonado al marido. A inicios del año 2006, que un marido exigiera mantener relaciones sexuales a su mujer sin protección cuando tenían VIH y estaban en tratamiento antirretroviral, era normal, no era considerado delito, había mujeres que nos decían que eran obligadas, forzadas por los maridos a mantener relaciones sexuales, y ellas aceptaban por el miedo a las consecuencias que pudieran suceder si el marido se enfadaba. A mí me parecía increíble pero ante tantos casos que veía cada día, me tuve que convencer, aceptar la situación para comenzar a estudiarla.

En la mitad del año 2009, la situación ha cambiado, las personas se están concienciando poco a poco y en la ciudad de Maputo, se está viendo que esta situación no es normal. Acaba de ser aceptada una ley de violencia de género. Muchas mujeres son agredidas físicamente y forzadas sexualmente en casa cuando comunicaban el resultado del test de VIH al marido y tiradas de casa o abandonadas con los hijos. Las mujeres se quejan de ser estigmatizadas y marginadas porque tienen una enfermedad peligrosa, que mata, es transmisible a los otros y son dolencias de mujeres de mala vida. La marginación y la discriminación se vuelven más fuertes cuando no tienen acceso a ayuda de la familia, o a dinero. Muchas de estas mujeres están ya marginadas pues son las segundas o tercera mujeres de un hombre, o son consideradas amantes, en la cultura local existe una diferencia entre *Nkossikaze* (*la mujer principal*) y las segundas o terceras mujeres casadas con el mismo hombre. En

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

la siguiente fotografía muestro una imagen de un día normal del PTV de Chamanculo durante el año 2006. En aquellos tiempos era muy difícil ver a hombres participar en el PTV, sólo aquellos que habían venido transferidos con sus mujeres embarazadas del hospital de día de Alto-Mãe. También teníamos bastantes mujeres que estando en tratamiento antirretroviral tenían un hijo detrás de otro y los teníamos a todos en el PTV hasta que eran dados de alta todos los niños.

Fotografía XLI: Madres y sus hijos en el PTV de Chamanculo

Fuente: Fotografía realizada por la autora en el PTV en el año 2006

9. LAS MUJERES CON SIDA DE CHAMANCULO

Las mujeres de Chamanculo que yo se que tienen la enfermedad, unas quieren hablar y muchas no acepta decir nada. La mayoría de las mujeres que no tienen problemas de hablar de la enfermedad y de sus problemas en profundidad, ya están con SIDA bastante tiempo, todas están tomando tratamiento antirretroviral, y conocen bien al equipo sanitario. Todas estas mujeres coinciden en decir que han aceptado su situación, pero según voy realizando preguntas sobre el estigma y la discriminación en el barrio, muchas lloran y empiezan a mostrarse sin la máscara que llevan puesta para defenderse y algunas coinciden en decir que las personas que más las han herido

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

son familiares o personas de su círculo familiar o de amistad. Entre estas mujeres existen todo tipo de casos, situaciones y las voy a clasificar en grupos:

- Las mujeres que han hablado de su condición de VIH, han sido abandonadas por el marido y han atravesado por muchos problemas.
- Las mujeres que no han hablado con el esposo, fingen que no pasa nada tomando el tratamiento a escondidas y hablan de su situación con alguien de la familia o de su círculo de amistades o en la iglesia
- Las mujeres que llevan ya un año o más tiempo pensando cómo van a decírselo al marido para no tener problemas.
- Algunas mujeres que no se lo van a decir a nadie, siguen teniendo hijos conscientes de su situación aunque ellas son en ocasiones las que mantienen la casa y no quieren perder al compañero.
- Las mujeres que han hablado con el marido, las cosas se han solucionando bien, el marido ayuda y coopera con su esposa.
- Las mujeres que fueron abandonadas por los maridos después han conseguido rehacer su vida con un nuevo hombre, en la mayoría de las ocasiones también en tratamiento, pero también he visto casos de mujeres que su compañero no tiene VIH y viven bien su relación.

Las mujeres son de diferentes confesiones religiosas, participan activamente en las oraciones y en las celebraciones de sus diferentes iglesias. Ellas repiten mucho que piden a Dios que las ayude, muchas han cambiado de confesión religiosa buscando el apoyo que en otras confesiones no les han prestado, las han estigmatizado y discriminado como mencionaban con frecuencia. Todas hablaban de la molestia de la discriminación de los vecinos, de los amigos y de la tristeza que es tener miedo, desconfianza y esconder toda la situación. Otra cosa común es el miedo a la enfermedad, a las consecuencias, al tratamiento para toda la vida, a que se supiera su situación, es la dolencia de la vergüenza y del secreto. Si nadie ve, habla o escucha, no se sabe, no pasa nada, es como si no existiera.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

10. *LA POLIGAMIA ESCONDIDA*

Las generalizaciones no son correctas y siempre se encuentran casos que demuestran que existe una variabilidad de situaciones y esto es normal porque la población tanto de hombres como de mujeres con las que trabajé presenta diferencias en relación a la edad, la clase social, al rendimiento económico, la educación, las culturas, los valores o las etnias. En mi estudio en Chamanculo cada paciente es un caso, es posible juntar a las embarazadas en grupos en relación a algunos asuntos, pero esto no impide que tenga que considerar que todas ellas son diferentes y tienen trayectorias personales desiguales. Normalmente yo dividí las situaciones de las embarazadas en proporción a la relación y el apoyo que tenían de sus maridos en 3 grandes grupos:

- **Las mujeres casadas** sea civilmente o por la iglesia o tradicionalmente o de estas tres formas en conjunto, venían a la consulta con el marido que también acababa por aceptar hacer el test de VIH y a colaborar con su familia.

- **Las mujeres que tenían relaciones de pareja no (legalizada):** las segundas o terceras mujeres, amantes y amigas que eran representantes de relaciones poliginicas no asumidas socialmente y no legalizadas, éstas venían a la consulta siempre con una amiga o confidente.

- **Las mujeres solteras, que estaban solas**, se habían embarazado en algún tipo de relación ocasional, tenían instrucción baja, se presentaban en la consulta en un estado extremadamente deprimido y sin saber qué hacer. Estas aparecían normalmente solas o referidas por alguna unidad de prestación de cuidados de salud. Tuvimos un caso muy especial en este grupo, una chica de 17 años con una condición de VIH positiva con dos gemelos, niño y niña de dos meses, que vino al PTV para dejarnos allí a los hijos porque no podía cuidarlos y darles de comer. Nadie la quería ayudar, ni el hombre que la dejó embarazada, ni su padre, ni su madre, ni la familia del novio y cargaba ella sola con toda la situación.

Los programas de SMI (Salud Materno-infantil) no clarifican y educan a los hombres sobre su obligación ante el hecho de que van a ser padres, los comportamientos relacionados con una paternidad responsable y para aprender a cuidar de sus hijos en Mozambique. Existen muchos países en el mundo donde hay programas de maternidad y paternidad en que el padre y la madre participan en cursos durante el embarazo de la mujer para aprender a cuidar de los hijos. SMI debe de ser un

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

servicio de maternidad y paternidad segura en el que sea obligatorio que participen tanto los hombres y las mujeres. La mujer embarazada va a empezar el programa, el marido va con ella, tienen que hacerse el test de VIH, se lo hacen a los dos juntos o separados, pero con una asesoría conjunta en que los ayuden a saber la situación general. Y grupos de apoyo psicológico y social para ambos, para el padre y para la madre. Es preciso educación para la salud a las familias tanto del padre como de la madre. Los hombres debían de colaborar con los centros de salud, recurriendo a ellos para cuidar de su propia salud, colaborar con sus mujeres y prestadores de cuidados de salud para prevenir la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo. Los padres normalmente consideran que el VIH / SIDA es una enfermedad de las mujeres y que ellas son el foco de infección, lo que es completamente falso. Las mujeres acusan a los hombres de traer el *xipongwana* para casa. Se supone que son las mujeres las que se deben de formar para ser madres pero a los padres no se les exige nada. Este sistema es diferente del sistema de educación para la salud y la maternidad y paternidad responsable en el primer mundo. Es necesario cambiar este contexto de acusación mutua, porque las acusaciones mutuas no crean las condiciones para un diálogo y una comunicación no violenta para que esta situación mejore buscando soluciones que ayuden a los hombres y las mujeres a enfrentarla.

Muchos de los análisis sobre el comportamiento de los hombres y de las mujeres han sido realizados en base a teoría y no corresponden a las evidencias empíricas existentes. Los hombres y las mujeres tienen comportamientos diversos que van desde la responsabilidad y apoyo mutuo hasta el total abandono de responsabilidad de una y del otro. Es necesario comprender cómo funcionan las estrategias de prevención de la transmisión de madre a hijo, dar sugestiones y contribuir para que la prevención sea más eficaz, que las parejas no se re-infecten entre sí, puedan enfrentarse a esta situación difícil con apoyo médico, psicológico y social. En Chamanculo coexistían diferentes modelos de servicios de Salud Materno Infantil, aunque la tendencia que se van a ir reintegrando en el futuro en un solo modelo. Esta situación en otros países ha ido evolucionando de otra forma y aquí coexisten diferentes modelos de trabajo, que han sido experiencias que sean ido implementando para ver cual funciona mejor, con cual nos quedamos, cómo se va a caminar hacia un modelo definitivo, y parece que estamos en una situación de improvisación constante. Como es posible que una mujer embarazada con SIDA y un hijo también con la enfermedad, sea atendida en 3 servicios diferentes del mismo hospital y esto sucedió desde el año 2006 al año 2009.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

11. CONCLUSIONES

La resistencia de las mujeres africanas es muy semejante a la de las mujeres americanas a las políticas obligatorias del test de VIH y asesoría. Pero las mujeres africanas viven una situación de discriminación peor que las mujeres americanas debido al poder teocrático de los jefes, al sistema andocrático, a la presión extremamente grande de los agregados familiares, las familias extensas, de la debilidad del sistema judicial y de la poca posibilidad que las mujeres africanas tienen de defenderse de los abusos, la débil auto-organización de las organizaciones de la sociedad civil y de la defensa de la ciudadanía. En EE.UU. y Europa por lo menos tienen una crítica continua, una discusión pública contra la discriminación, y las organizaciones de la sociedad civil que desarrollan campañas públicas a favor de estas mujeres embarazadas. El trabajo de los académicos, en especial de las feministas académicas, las investigaciones hechas y la divulgación de la evidencias científicas conjuntamente con las organizaciones de las personas que viven con VIH / SIDA han levantado el velo sobre las actividades de los servicios de salud pública.

En África la situación es extremadamente frágil y casi totalmente al contrario de lo que se verifica en Occidente, existiendo en algunos países Ministerios para la igualdad de género, y como en el caso concreto de España campañas públicas muy fuertes contra la violencia machista. La legislación fue modificada de forma que las personas dependientes de las mujeres víctimas de la violencia machista reciban apoyos financieros, legales, psicológicos y sociales. Mientras no se reduzca la dependencia económica, social, cultural, sexual, de las tradiciones con respecto del hombre y no exista una legislación enérgica que cambie la situación de la mujer de manera que tenga unas condiciones dignas de vida para ella y sus hijos, va a ser muy difícil que los programas de transmisión de VIH / SIDA de la madre a hijo funcionen como están funcionando en los países desarrollados donde se ha conseguido controlar la transmisión vertical. Las políticas nacionales en Mozambique están obligadas a elaborar una política clara y un modelo de intervención de salud pública que contemple los problemas graves que están sucediendo y elaborar estrategias adecuadas de salud pública para la situación social, cultural, económica, de salud, higiene, educación para la salud, la maternidad y paternidad responsables.

El problema es que en muchos países de África hay instituciones como las del primer mundo que han sido creadas por las agencias de donadores, pero no son efectivas. Poco a poco se va fortaleciendo una sociedad civil y ONG´S que luchan por los derechos de las mujeres por ejemplo

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

en Mozambique Muleide. Tener hijos es considerado una riqueza y la maternidad es un situación colectiva que se maneja a nivel familiar, y el estado tiene la responsabilidad de velar por la salud de sus ciudadanos, pero muy especialmente por el control de los aspectos de la salud de las madres y de los hijos. En las entrevistas formales e informales que lleve a cabo en el barrio de Chamanculo y en mis observaciones, las mujeres siempre me decían que no tenían relaciones sexuales con otros hombres. Había un alto porcentaje de mujeres que dijeron que cogieron el SIDA del compañero, pocas mujeres reconocían que tenían más que un compañero sexual.

El discurso de estas mujeres no refleja la realidad de sus prácticas pero están representados los juicios de valor sobre lo que es una buena mujer, monógama y fiel a su marido. Los hombres en contrapartida cuando hablaban estaban orgullosos de ser machos y de tener muchas mujeres. Este comportamiento que yo observaba y los datos que me daban en las entrevistas también mostraban que la mayor parte de ellos estaban transformando sus deseos en realidad. También se trata de casos en que los juicios de valor y los valores del comportamiento son presentados como una realidad. No sé cuantos compañeros sexuales tiene de media un hombre o una mujer en Mozambique, en la ciudad de Maputo, o en el barrio de Chamanculo. Si se calculara la probabilidad seguramente la media no es de sólo un hombre sino muy por encima de este número.

Los hombres piensan que están defendiendo su posición y no van a hacerse las pruebas de asesoría y test de VIH, pues existe la creencia de que al que primero que se le diagnostica la enfermedad dentro de la pareja es el culpable de tener la enfermedad, de extenderla y contagiar a los demás. Es muy difícil para aquellas mujeres, cuyos compañeros desconocen su estatus de VIH, participar y adherirse a los programas de PTV. Las mujeres en el ámbito del estudio raramente toman decisiones concernientes a su propia salud o de los bebés sin consultar antes con el marido y la familia, situación que se repite en muchos ambientes del África Subsahariana. El problema real no es solo que las mujeres tienen miedo de notificar su estatus, sino que los hombres también tienen miedo de notificar su estatus por las razones parecidas a las de las mujeres tales como: ser abandonado por la mujer, miedo a la enfermedad, a las consecuencias sociales, a la discriminación, al estigma, a ponerse muy enfermos y que nadie los cuide, miedo a morirse.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO XII

EL MIEDO A REVELAR AL COMPAÑERO / A LA CONDÍCIÓN DE VIH / SIDA POSITIVA

1. INTRODUCCIÓN

"… La notificación obligatoria es un instrumento de trabajo utilizado en Salud Pública desde décadas atrás, las enfermedades infecto-contagiosas son de declaración obligatoria dentro del sistema de salud de un nivel a otro y también a la OMS. Las personas revelan su condición de VIH buscando soporte médico, psicológico, emocional y social, a los compañeros sexuales y la prevención de la transmisión de VIH. Revelar la condición de VIH positiva debe de ser solamente realizado con el consentimiento de la persona que tiene la infección. El hecho de abrir el sero-estatus a otra persona es un hecho muy sensible, el grado de sensibilidad sobre cómo llevar a cabo la apertura de la enfermedad varía dependiendo de los lugares y no ha sido alcanzado un consenso, ni los estándares adecuados para realizarlo, o los procedimientos adecuados sobre cómo se debe de hacer, cuando, a quién. Además, no hay mecanismos apropiados de soporte para las personas que revelan su condición y tienen reacciones negativas y tampoco para los consejeros para que faciliten que los clientes notifiquen su estatus de VIH…" (Maman et Al., 2003).

Este es el modelo de estrategia que se había desarrollado internacionalmente siguiendo las recomendaciones de las grandes organizaciones mundiales, esta táctica de revelar el estatus de la enfermedad que causa tanto miedo y vergüenza no está funcionando en muchos países del mundo. En Mozambique en particular significa un grave problema porque gran numero parejas no sólo no comunican su condición, sino que además de esconderla, la transmiten por la barrera de miedo, secreto, que rodea a la enfermedad y el estigma tan impresionante que se ha montado alrededor del VIH / SIDA. Sin duda por los significados unidos a la enfermedad como plaga o contagio invisible como una nube venenosa o un mal aire o un castigo moral, del caos, del desorden, de ruptura de la vida personal, familiar y de un comportamiento sexual y de vida inmoral. En un contexto cultural y social como el sur de Mozambique, donde las mujeres todavía tienen un estatus muy bajo dentro de una sociedad patriarcal, donde el hombre es el señor de la casa y donde las mujeres son consideradas los recipientes de las enfermedades de transmisión sexual y las transmisoras de estas enfermedades a los hombres, *es muy difícil saber cuando las mujeres van a aceptar revelar su estatus de VIH*. Los hombres tampoco notifican el estatus de VIH o la enfermedad de SIDA a sus mujeres por miedo a

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

las consecuencias negativas, el secreto, el estigma y la discriminación; es más fuerte que el miedo a transmitirlo a su propia familia. *La moralidad, el secreto, el silencio y el tabú que rodea al VIH / SIDA es una barrera enorme.*

Muchos pacientes, tanto hombres como mujeres, llevan la enfermedad y el tratamiento en secreto, manteniendo una vida normal y las relaciones sexuales sin el uso del condón, teniendo un hijo detrás de otro y en muchas ocasiones se enteran de la enfermedad cuando el hijo nace enfermo. Esta situación se ve todos los días en el PTV y en el HdD, es un grave problema que nos muestra que el cambio de comportamiento y la información para las estrategias de prevención que no están funcionando y que son en las que se siguen impartiendo a pesar de ver los resultados desalentadores y negativos.

Estas estrategias han sido criticadas en muchas ocasiones pero siguen siendo la política dominante apoyada por las grandes agencias internacionales. Aunque la situación va mejorando poco a poco desde el inicio del programa de SIDA en Alto-Mãe – Chamanculo en el año 2001. El problema de la revelación del estatus continúa siendo un problema importante tanto para hombres como para mujeres, pero las mujeres en muchos casos son las primeras en enfrentarse a la situación en el embarazo o a través de la enfermedad del hijo. El aumento de personas que pasan por la asesoría y test de VIH, también está revelando un aumento de parejas con diferente condición de VIH o sero-discordantes. Existe un número más elevado de mujeres con VIH positivo que de hombres como dicen las estadísticas, este es otro gran problema para las mujeres de Chamanculo, ya no pueden culpar sólo al marido y significa que se han contagiase en relaciones anteriores o fuera del matrimonio.

2. REVELAR LA CONDICIÓN DE VIH POSITIVA Y BUSCAR UN CONFIDENTE

En el programa de VIH / SIDA a las personas que pasan por la asesoría y pruebas de VIH / SIDA y tienen un resultado positivo, se les realiza una asesoría post-test y se recomienda al paciente que debe de empezar a pensar en cómo revelar a su compañero / a su condición de VIH y a esta situación se le va tratando de buscar estrategias y de resolución en posteriores asesorías. Las personas van a la consulta médica donde se les pide el análisis de CD4, con el resultado de esta prueba y la valoración clínica se les clasifica en el estadio de la enfermedad que están según la clasificación de la OMS. Si las personas tienen que empezar la terapia antirretroviral rápidamente, se les recomienda que revelen su condición de VIH / SIDA y busquen a una persona de su confianza

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

para que sea su confidente. El paciente tiene que venir al programa con el confidente, que se considera que es responsable de ayudar al paciente, para que tome la medicación y estar pendiente de esa persona. En las mujeres embarazadas, precisamente porque están esperando un hijo, una vez tienen una condición VIH positiva, están con la enfermedad, se les recomienda y pregunta en todas las sesiones de asesoría si ya han hablado con el marido, de los beneficios de revelar su estatus, y de buscar un confidente para comenzar la terapia antirretroviral. Este proceso es delicado, se puede alargar en el tiempo o resolverse rápidamente y suceden gran variedad de situaciones de todo tipo. Encontré casos que son excepciones en ese contexto. Yo personalmente soy de la opinión de avanzar en el tratamiento de la mejoría de la salud de la madre y del hijo con confidente o sin confidente, u otros obstáculos y normas impuestos por el programa nacional de SIDA.

Fotografía XLII: Imagen habitual mujeres solas con sus hijos.

Fuente; Fotografía realizada por la autora en mayo del año 2006

*Los expertos en SIDA dicen que la ayuda de revelar al compañero la condición positiva de VIH tiene un número importante de beneficios en Salud Pública, porque aumenta el número de compañeros (pareja o sexuales) que se pueden realizar el test de VIH, aumenta la precaución del riesgo de no infectarse, la reducción de prácticas de riesgo y la ayuda al acceso de los programas de SIDA (*Maman et al., 2003). Las conclusiones positivas de los estudios que han sido realizados de comunicar el estatus de VIH al compañero sexual se asocian con una disminución importante de la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ansiedad y de los síntomas de depresión, aumento del soporte médico, social, psicológico (Keogh 1994, Gielen 1997, 2000; Galillard 2000, Grienstead, 2001). Las mujeres aceptan hacer el test, la asesoría de VIH, revelar su condición por el beneficio de sus hijos, pero generalmente no entienden bien cuál es el mecanismo para reducir la expansión del VIH y que la asesoría de VIH / SIDA sea el punto de entrada a programas de cuidado de VIH.

3. LA EVOLUCIÓN DEL MIEDO A NOTIFICAR EL VIH / SIDA AL COMPAÑERO /A

Desde los inicios del año 2001 en el programa de MSF en Alto- Mãe ha sido una estrategia muy recomendada y en todas las sesiones de asesoría psicosocial se pregunta a los pacientes si ya han revelado al compañero / a su condición positiva. Se recomienda que es conveniente revelar la condición de VIH al compañero / a para evitar contagiar al hijo en camino, para que no se contagien la infeccionen entre ambos (madre y padre) y a otros posibles compañeros sexuales, esta es considerada una estrategia de prevención y de control de la epidemia. Realizo en este capítulo una pequeña historia de cómo ha ido evolucionando la notificación del estatus al compañero, en el programa de Alto- Mãe- Chamanculo, desde que se abrió el programa de SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza en el año 2001 hasta la mitad del año 2009, a través de entrevistas a las personas que empezaron a trabajar en este proyecto desde el comienzo del programa.

En aquella época (2001), todas las personas que tenían resultado VIH positivo se ponían a llorar, entraban en shock, el personal sanitario, los consejeros no sabían casi como consolar a los usuarios, porque las personas pensaban que se iban a morir en cualquier momento y que no tenían ninguna esperanza de vivir. En esta época fue cuando se comenzó a realizar el test de VIH a muchas embarazadas. Y fue cuando se comenzó a comentar y saber de muchos casos de mujeres que sus maridos las habían tirado de su casa, habían sido acusadas de llevar la enfermedad al hogar, habían perdido la custodia de sus hijos, fueron consideradas prostitutas y hechiceras. Esta situación corrió como la pólvora entre todas las mujeres de Maputo, así comenzó el problema, nos dimos cuenta de la dificultad de las embarazadas y el miedo de hablar con su esposo o compañero. Esta situación se ha mantenido con una evolución muy lenta por ser temas muy sensibles durante todos estos años (Entrevista a Soraya, 2009).

En el año 2002, las mujeres que realizaban el test de VIH, las cosas no eran habladas ni dentro ni fuera de sus hogares, permanecían calladas y en silencio. Las mujeres tenían pavor del estigma, de ser abandonadas por sus compañeros, algunas por ser las segundas mujeres y se daban

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

muchos casos de abandono de embarazadas por los compañeros. Los hombres, cuando sabían que eran positivos, en 100 casos solo 1 o 2 hombres eran abandonados por sus esposas. Los hombres también tenían miedo de hablar con sus mujeres porque ellos imaginaban que iban a ser abandonados por sus mujeres, pero en la realidad las cosas no eran de esta manera y muy pocas esposas han abandonado a sus maridos. Muchos hombres y mujeres realizaban la asesoría, el test de VIH y abandonaban el centro antes de abrir la historia psicosocial y la clínica por miedo del estigma. Muchos pacientes volvían cuando estaban muy enfermos para empezar de nuevo con el proceso de entrar al programa, llegaban al hospital de día en estado muy crítico, en que era muy difícil ayudarlos y muchos venían a morir al hospital (Datos revisados en la entrevista con Soraya y Miriam, 2009).

En las consultas los enfermos tenían desconfianza de hablar al inicio a causa del estigma y del auto-estigma que las mismas personas sentían hacia todo el mundo que los rodeaba. Las consultas eran muy difíciles, los enfermos lloraban y hacían todo tipo de cosas para no ser vistos en el hospital de día, no se querían sentar en los bancos para entrar a la consulta de GATV y a la consulta médica, no podían ser llamados por su nombre y la enfermera tenía que tener mucho cuidado en la forma de hacer las cosas para que nadie los relacionara con la enfermedad. Las personas que trabajaban en el hospital de día y se encontraban a los pacientes de VIH en la calle tenían que tener mucho cuidado en pararse para hablar con ellos porque tenían recelo de ser descubiertos por el resto de las personas y pensaban que eran los demás los que tenían la enfermedad. Pocas mujeres revelaban su condición de VIH positiva al marido (abrían el juego con el marido), las mujeres que estaban casadas y era la mujer principal sí que comentaban su situación con su marido. Alguna mujer hablaba, pero la segunda mujer o en otras relaciones de poliginia raramente las mujeres hablaban, por pavor a la desconfianza de ser abandonadas por no ser la mujer principal y no tener sustento económico. Los hombres pocos hablaban con sus mujeres por la misma razón, tenían mucho miedo a ser abandonados.

En el año 2004, las cosas empezaron a mejorar muy lentamente y las personas parecía que estaban un poco más abiertas para empezar cambios, ya que al iniciarse el tratamiento antirretroviral en el hospital de día, este hecho tuvo mucho impacto para que las personas que estaban ya muy enfermas, comenzaron a mejorar, y en especial cuando cambió la imagen de sus cuerpos viéndose saludables de nuevo, recuperando su vida y el trabajo, más personas comenzaron a venir a realizar el test y la asesoría de VIH. Las mujeres continuaron teniendo mucha

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

desconfianza, la mayoría de ellas empezaban a tomar TARV, pero no revelaban a su compañero su condición de VIH, los hombres igual entraban en tratamiento y escondían la situación con la enfermedad. Se han visto casos de encontrase miembros de parejas o de la familia buscando tratamiento en el mismo hospital de día y no sabían nada de que ambos estaban enfermos.

En el año 2005, aún se realizaba la asesoría y pruebas de test de VIH de forma voluntaria, era en horario separado y las consultas discretas, las mujeres iban participando, pero la mayoría de estas mujeres estaban ya enfermas. Cuando se transfirió el gabinete de asesoría de las mujeres embarazadas al programa de Salud Materno Infantil y ser una prueba de rutina, el número de mujeres que pasaban por el test aumentó y muchas desaparecían, sólo se quedaban en la consulta el 50 % de las mujeres que eran positivas. Prácticamente casi ningún hombre venía a hacer el test con sus mujeres, en este tiempo aún eran realizadas las asesorías y test de VIH por los consejeros de MSF dentro de la consulta de SMI, pero ya no había tanta privacidad, la consulta no tenía unas condiciones tan buenas como las de MSF, así las cosas empeoraron y fue cuando se comenzó a investigar el problema, durante el año 2006 continuamos con la misma situación (Entrevista a Soraya, 2009).

En el mes de enero del año 2007 empezó a ser obligatorio el test de VIH para todas las mujeres embarazadas, en la primera consulta de prenatal, las enfermeras de SMI realizaban el test y sacaban sangre a estas mujeres para pedir el CD4 junto con otros análisis como la sífilis. Sólo a las mujeres con carácter y que se oponían, muy enfadadas contra las enfermeras no les realizaban el test de VIH. Casi todas las embarazadas pasaban por el test de VIH, pero las que hacían el tratamiento hasta el final no eran muchas porque tenían miedo de ser identificadas y vistas. También la calidad de la asesoría se había perdido a muchos niveles, como la calidad en explicar la pre-asesoría, realizar el test de VIH correctamente, la asesoría post-test en especial si el resultado era positivo, con privacidad, en un espacio y ambiente adecuado, en la demanda porque todo se hacía corriendo y bajo mucha presión, porque había muchas mujeres esperando y las enfermeras querían acabar pronto.

Las consecuencias eran que existían muchas mujeres que sabían su condición, pero había pocas que hacían el seguimiento clínico y entraban en tratamiento antirretroviral. Estaban llegando muchos casos de mujeres en estadio IV muy enfermas, y con los análisis de CD4 menor de 50 unidades. También estaban apareciendo en las consultas de las mujeres que habían abandonado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

antes el programa ya enfermas. Las mujeres que estaban asintomáticas y que se encontraban bien de salud, no entendían la situación y no creían, ni aceptaban el resultado del test de VIH, porque muy pocas mujeres creían que estaban en posición de riesgo. Se repetía la historia que se ha repetido desde el inicio de la pandemia en otros países.

En el año 2008 las cosas mejoraron en cuestión del estigma y del miedo, había ya más mujeres que comenzaban a hablar con sus maridos y los hombres también con sus mujeres. Desde el inicio siempre habíamos dado una invitación para que las personas trajeran a sus compañeros, y se hacía la sensibilización para intentar que las personas hablaran con sus parejas sexuales, siempre se preguntaba en la consulta que cuando iban a regresan de nuevo y se les preguntaba sobre si ya habían hablado con el marido o maridos / compañeros o con la familia, pero siempre había sido un gran desafío en todos los niveles del programa de SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza (Entrevista a Soraya, 2009).

Una situación que he comprobado es que las parejas desde el inicio han tenido muchos problemas para hablar entre ellos y explicar su situación. Muchos miembros de la pareja han comenzado el tratamiento en centros diferentes y se han escondido para tomar el tratamiento. Algunos se han encontrado en el hospital de día iniciando el proceso clínico. Han existido muchas parejas que han hablado, se han separado y unos habían culpado a los otros, en especial el hombre a la mujer; también han existido casos en que muchas mujeres culpan a los hombres. Después, con un largo periodo de conflictos y rupturas algunas parejas han vuelto cuando ya están con la enfermedad los dos miembros de la misma. En el PTV hemos visto casos de mujeres negativas que han aceptado a los hombres, los han cuidado. La situación contraria es mucho menos frecuente. Afortunadamente además he visto casos de personas que han pasado por procesos muy traumáticos y cuando han iniciado el tratamiento, las cosas se han calmado, encuentran nuevas parejas en el hospital de día.

Otra situación que he comprobado es que existen casos en que se cometen errores porque no se realizaba la asesoría y el test de forma correcta. Los dos test de VIH se han de realizar en paralelo (Determine y Unigold), se han dado algunos casos de resultado VIH positivo siendo en realidad negativo. Por ejemplo vimos un caso en que la mujer tomaba la profilaxis con antirretrovirales, pasaba por el mal trago de hablar con el marido, este hombre venir al centro de salud a protestar muy enfadado con los responsables del centro, realizarse los dos, marido y mujer, el test de nuevo y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tener los dos miembros de la pareja VIH negativo. Tiene que existir un proceso de control de calidad de los test de VIH, de estar seguros del resultado de los mismos, para evitar daños irreparables.

4. LAS CONSECUENCIAS DE NO ABRIR EL JUEGO CON LOS COMPAÑEROS

Las personas tienen desasosiego de saber si tienen el SIDA porque creen que van a morir, muchas personas se sienten sucias o avergonzadas por los significados unidos a esta enfermedad, acerca de los comportamientos sexuales, especialmente las mujeres que son consideradas prostitutas, sucias, sus cuerpos enfermos, tienen recelo de llegar a ser estigmatizadas y discriminadas. Tienen desconfianza de que los profesionales de salud no guarden confidencialidad, de no recibir buen trato, y ser juzgadas por los demás. Según he constatado en el terreno existen profesionales de la salud que no quieren trabajar con los pacientes de VIH; y el trato que dispensan a los usuarios no es bueno, la forma en que se habla a los enfermos y las palabras usadas puede ser un lenguaje que juzga y discrimina. Cuando las mujeres tienen que enfrentar las situaciones de este tipo de estigma y discriminación las consecuencias pueden ser:

1. La mujer se tienen que enfrentar sola a todas las decisiones, además escondiéndose para ir a la consulta, escondiendo el tratamiento en cualquier lugar con el riesgo de tomarlo mal, a una hora que no corresponde, o perder alguna toma del tratamiento y pueden tener problemas de adherencia.

2. Si la mujer no comunica la situación, no va a saber el estado de VIH del compañero /s sexuales y no van a usar protección en las relaciones sexuales con el riesgo de aumentar la posibilidad de contagio de la enfermedad en el caso de ser una pareja discordante.

3. La posibilidad de transmitir al feto la infección, y quizás cruzada, porque se puede contagiar de los hombres con los que mantiene relaciones sexuales.

4. Los problemas en que el bebé tome la profilaxis con antirretrovirales de forma irregular por que la madre tenga miedo a ser descubierta, administrándole la profilaxis al hijo.

5. Los problemas con el tipo de alimentación que la madre va a dar al hijo por la misma razón, ser descubiertas por el padre o la familia, ser acusada por la enfermedad de ella y del contagio al hijo.

6. Si no se notifican la condición uno al otro, existe la posibilidad de que tengan más hijos y la situación puede empeorar con mas miembros de la familia contagiados, he visto varios casos de mujeres que por no notificar, han contagiado a varios hijos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

7. Los dos compañeros sigan contaminando a otros compañeros sexuales que pueden tener fuera de la relación de ese hogar, casos que son frecuentes en aquella área de Maputo, según he comprobado.

8. Antes o después todos en la red de relaciones sexuales estarán enfermos y todo el mundo en la familia tendrá que buscar tratamiento, cuidado, soporte y ayuda. Muchos miembros de muchas familias estarán enfermos a la vez y el desastre dentro de las familias cada vez será mayor con todas las repercusiones sociales, económicas, políticas, sanitarias y a todos los niveles que esta circunstancia pueden tener

Existen mujeres que empiezan el tratamiento con antirretrovirales, pero se esconden para tomarlos y no le dicen nada al marido hasta que son descubiertas, otras mujeres acaban por decir al marido después de mucho tiempo que están en tratamiento, y muchas veces ellas descubren que el marido también es positivo desde hace tiempo. Otras veces el marido también toma el tratamiento antirretroviral escondido. Existen parejas en que el hombre no quiere venir al HdD y las mujeres comparten con el marido el tratamiento. Hasta he sabido de un caso de un padre que comparte su tratamiento antirretroviral a un hijo porque piensa que tiene la enfermedad y no son capaces de abrir la situación hasta que no sea una situación grave. Estos aspectos se han observado en el terreno con mucha frecuencia, y es el miedo a notificar el estatus de VIH de los hombres y de las mujeres.

5. LAS RAZONES DE LAS MUJERES PARA NO HABLAR CON EL MARIDO

Al inicio de poner en marcha los GATVS, se conocieron muchos casos de hombres que al saber que la mujer era VIH positiva tuvieron reacciones violentas con consecuencias negativas para muchas de las mujeres que habían pasado por el test de VIH con resultado positivo. Estas han sido las razones más comunes que me han dado las mujeres en Chamanculo:

- Ser acusada de traer la enfermedad al hogar, de ser infiel y prostituta, ser maltratada psicológicamente, verbalmente, físicamente y forzada sexualmente.

- Pérdida de la ayuda económica, ser arrojada de la casa, perdida de la custodia de los hijos, no tener comida para los hijos y para ella. Pérdida de la ayuda económica, el compañero deja de coparticipar en la alimentación que es obligatorio, ser arrojada de la casa, perdida de la custodia de los hijos, no tener comida para los hijos y para ella.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

- La familia también puede maltratarla y acusarla de ser culpable de esta situación, el marido habla con los vecinos para que la discriminen. Tuvimos un caso curioso en que el marido se enfadó tanto que le puso guindilla picante en la vagina a su mujer.

- Miedo del estigma, de la discriminación, auto-estigma, miedo del tratamiento antirretroviral, no creer que tienen la enfermedad y desaparecer de la consulta prenatal, miedo de contagiar al futuro hijo.

- Depresión, miedo a morirse, aislamiento social, miedo al cotilleo de los vecinos, pensar que la enfermedad es un castigo de Dios, o causada por la magia o por la ruptura de un tabú.

- Cuando la mujer llega a casa y habla con el marido, este le rompe el cartón médico, le prohíbe volver al centro, la amenaza o usa la violencia contra ella si se le ocurre volver a la consulta médica.

Las mujeres cuando van a hacer el análisis de VIH si no tienen síntomas físicos de la infección y la mayoría embarazadas están asintomáticas. Cuando descubren que es VIH positivas, entran en una fase de miedo, negación de la situación, de la enfermedad porque no se consideran en situación de riesgo. A partir de este momento que las mujeres llegan al programa de PTV, la cantidad de historias y circunstancias que podemos ver que suceden es variadísima. Las mujeres tienen todo tipo de estrategias para seguir adelante hasta que están preparadas para hablar con el marido, explicar la situación, y este proceso puede durar poco o mucho tiempo dependiendo de los casos y de las circunstancias o no se lo dicen nunca a los maridos. Tuvimos un caso extremo, una mujer, Flora, que tenía SIDA y llevaba 4 años en TARV, tenia 3 hijos y los 2 hijos menores VIH positivos, venían a realizar la consulta a Chamanculo desde 100 Km. de distancia, los hijos ya habían tenido muchos problemas de salud, estaban mal cuidados y alimentados. Hablamos con ella muchas veces, los niños seguían el tratamiento médico en el hospital de día, y siempre se le recomendaba que viniera la próxima vez con el marido. Flora se negaba, era imposible hablar de ese tema y que ella aceptara abrir la situación con su compañero. La última vez que la vi ingresamos a la niña más pequeña muy enferma en el Hospital Central de Maputo, tenía un año. Estuvo en el hospital con la niña, no supimos que hizo con los otros 2 hijos y nunca informó al compañero de la situación. Era la segunda mujer de ese hombre que tenía otra casa principal y ella complementaba sus ingresos manteniendo relaciones sexuales con otros hombres cuando aquel compañero no aparecía o no tenía dinero.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

La descripción que las mujeres infectadas hacen de su situación familiar, de opresión en las sociedades y países donde muchas mujeres tienen una red de apoyo familiar, étnico, son las que están sujetas al silencio en el que viven y del miedo casi parece patológico. En muchas ocasiones son ellas, las que llevan el dinero a su casa. Existen casos de todo tipo, con enfermedades terminales que luchan para mejorar y otras que no querían luchar. En Chamanculo, de acuerdo con mis observaciones, verifico que las personas (hombres y mujeres) dicen que tienen conocimiento sobre el VIH / SIDA, sus modos de transmisión, de las formas de prevención y tratamiento, pero continúan manteniendo un comportamiento de riesgo, mantienen relaciones sexuales sin uso del preservativo y no notifican a sus compañeros su situación de estar infectados. Es un tema muy complicado con el que nos encontramos todos los días en la consulta de prenatal y al que estamos muy acostumbrados a escuchar, ver y enfrentar.

En Mozambique sucedió un caso en el que una mujer se quejó de que su compañero le transmitió el SIDA y el tribunal condenó al transmisor como homicida. Esta decisión judicial, si bien que existió, no causó jurisprudencia y no hubo condenas, ni ha sido seguido de otros casos sorprendentemente. Siempre se pregunta en la historia psico-social sobre el comportamiento actual, que tipo de relaciones sexuales le gusta, cuantos amantes tienen, como la tratan en casa. Estas metodologías y los análisis acaban por representar el SIDA como causa de todos los males, discriminaciones y también de la cosmogonía de la persona. El medio ambiente social, natural, cultural, socio-económico en que las personas viven ni siquiera era comprendido. Mi experiencia en el hospital de Chamanculo es de que solamente uno o dos miembros del equipo que trabaja en el equipo del PTV van a casa de los pacientes, normalmente quien va a casa de los pacientes y hablan con ellos eran los pacientes expertos. El contacto entre el enfermo de SIDA y el sistema de salud se realiza en el hospital.

El hecho de que no haya información pública en Mozambique sobre cuántos ministros están infectados, no exista una discusión pública de este tipo de hechos como en otros países del África Subsahariana, se está viviendo una situación de silencio que se hace notar muy pesada. Se habla de las consecuencias, de los efectos negativos, del peligro del SIDA y se dan consejos sobre el comportamiento adecuado. El secreto y la confidencialidad conllevan a que aumente la discriminación sobre el ciudadano común y sobre las mujeres que se comportan de una manera independiente, eligen a sus compañeros sexuales ellas mismas y tratan de mantenerse dueñas de su propio cuerpo. Es necesaria una legislación para regular las situaciones, además esta reglamentación

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tenía que venir acompañada de muchas más medidas en las que se pueda entender y ayudar a solucionar la barrera que es vital superar*, y es el miedo a todo*. Todas las situaciones van unidas y correlacionadas unas con otras y sólo una acción global podrá prevenir muchos de estos problemas. No he conseguido hablar con ningún hombre que haya sido diagnosticado de tener VIH positivo hacia poco tiempo, para saber las opiniones de los hombres sobre estos temas. Todos los hombres con los que he conseguido hablar, todos llevan bastante tiempo con la enfermedad, están en tratamiento antirretroviral, han abierto su situación a sus mujeres y familias. En todos los intentos de hablar con hombres jóvenes con diagnósticos reciente que intente, se negaron a hablar conmigo, especialmente en el barrio de Chamanculo. *El comportamiento es exactamente igual que el de las mujeres recién diagnosticadas.*

6. EL AUMENTO DE LAS PAREJAS EN LA ASESORÍA DE VIH / SIDA

En la mitad del año 2009 en el GATV de Chamanculo están viniendo cada día entre 3 o 4 parejas a realizarse el test de VIH juntos. Las mujeres embarazadas que ya se les ha realizado el test en la consulta prenatal y han conseguido convencer a los maridos a venir al hospital, para hacer la asesoría y el test juntos, es un avance, pero sigue siendo insuficiente. Las pacientes expertas y consejeros están viendo todo tipo de modalidades de resultados dentro de estas parejas. En un universo de 20 casos de parejas que están apareciendo cada semana a realizarse la asesoría, pruebas voluntarias y test de VIH en pareja los datos son aproximadamente de media:

- En 6 parejas los dos miembros positivos = 30%
- En 10 parejas la mujer positiva y el hombre negativo = 50 %
- En 4 parejas mujer negativa y hombre positivo = 20 %

Estos datos han sido recogidos en el hospital de Chamanculo, conversando y observando la situación con el personal sanitario durante los meses de junio y julio del año 2009

En las circunstancias en que la mujer es positiva y el hombre negativo, aún existen muchos casos en que el hombre abandona a la mujer, los hijos y se va a hacer su vida. Las mujeres abandonan mucho menos a los hombres que en la situación contraria. Todos los profesionales sanitarios locales de Chamanculo opinan que es bueno notificar al compañero para evitar la reinfección entre la pareja, al bebé, durante la lactancia materna y la reinfección en cadena a

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

varios hijos. Hablar es bueno, no hablar es malo, debemos de evitar más infecciones y re-infecciones. No sabemos cómo las personas pueden reaccionar al hablar y abrir el estatus de VIH y la cantidad de situaciones negativas que pueden suceder (Entrevistas con personal sanitario local, 2009). En algunos casos es mucho mejor que las mujeres embarazadas no digan nada al marido. Entonces las ventajas y beneficios de esta estrategia no están tan claros para que en el GATV cada vez que las personas van, se insista y se pregunte a los pacientes si ya revelaron su estatus de VIH a sus compañeros, sin haber realizado una valoración sensible de lo que esto significara para toda la situación en realidad. A lo largo del tiempo la consciencia de los infectados de VIH se ha vuelto más clara, existe más información, las personas reflexionan más y aceptan que un número mayor de personas viven con la enfermedad.

Cada vez aumenta más el número de personas que admiten, cuando hacen el test y la asesoría, que se han contagiado por mantener prácticas sexuales desprotegidas con más de un compañero y no echan la culpa a los demás. Este ha sido el problema con las mujeres embarazadas que siempre dicen que son las víctimas de los hombres, cuando todos son en realidad víctimas de una enfermedad, que puede ser prevenida y tratada. No he sabido de ningún caso en que la mujer haya dado una paliza al marido o hay envenado al hombre por tener VIH / SIDA, es muy probable que haya sucedido, porque en esta cultura es bastante comentado que cuando las mujeres se enfadaban envenenan a los maridos, ellos tienen miedo o realizan un tratamiento de magia para curarse y que las mujeres no los traten con algún tratamiento de este tipo de prácticas de la Medicina Tradicional ya que tienen mucho miedo de las mujeres a estos niveles (Entrevista con Miriam, 2009).

No es la falta de asesoría, ni la falta de información, el fallo en la prevención, es la vivencia del individuo/a, las historias de las personas que vienen son muy sorprendentes. *Las campañas de prevención han sido muy agresivas y han tenido efectos contrarios a lo que pretendían. Las personas tienen miedo de aceptar la verdad, el miedo a enfrentarla y a vehicularla. Las personas no creen la existencia de la dolencia aún en este momento (mes de junio del año 2009),mucha gente continua pensando que es una infección y van a morir, es un tabú, es el fin y que si tiene que ocurrir pues es el destino,* o sea como yo denomino la teoría de la fatalidad y de la conspiración.

En esta cultura el uso de la camisa de Venus no es aceptado porque va en contra de los principios del placer en las relaciones sexuales, del disfrute y contra uno de los objetivos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

principales de las parejas como es el hecho de tener hijos. Como dice la psicólogo en la entrevista: No estamos educando a los pacientes, ellos no conocen las medicaciones por sus nombres Duovir, NVP. Es necesario mejorar el entendimiento de la enfermedad, del cuidado de la propia salud, hay que educar al enfermo de que se responsable de su propia salud, no hay que ser profesores, ni policías, ni madres, porque hasta cuando hablas con los pacientes intentando darles un tratamiento de choque a las personas para que reaccionen y tú les dices mama quieres morir, y ellas no lo entienden.

Las historias psicosociales no van más a ser utilizadas más como se ha hecho en los años anteriores para conocer los comportamientos y para adherencia al tratamiento antirretroviral, en el pasado querían saber qué pensaban las personas del mal. La preparación de los consejeros en los tiempos anteriores para rellenar la historia psicosocial fue un problema y quizás no fueron bien formados, y tampoco los coordinadores fueron muy precisos explicando que se debía de hacer. Un caso muy curioso que sucedió en aquellos días fue: una pareja que el marido era muy flaco y ella muy gorda, los dos pasaron por la asesoría y test de VIH juntos y tuvieron un resultado de VIH positivo. El marido no se creía que estaban enfermos de SIDA, en especial la mujer y el marido le puso Baygon (insecticida que sirve para matar cucarachas) en los comprimidos del tratamiento antirretroviral para que no los tomara, la mujer vino al hospital a pedir consejo para ver que comportamiento tenía que seguir. Él se negaba a usar el preservativo y a que ella tomara el tratamiento y se sintiera mejor (Entrevista a Miriam, 2009).

Hay que educar a las personas para que sean egoísta de su propia salud (responsables) de una forma positiva, necesitan mucha más información, de mejor calidad y mejor elaborada. *Las personas no están preocupadas por su propia salud y el cambio de comportamiento no funciona. Existen muchas mujeres sumisas, también son los maridos los que las contagian y estas mujeres no van fuera de casa con otros hombres. Las personas no consiguen analizar su vida y considerar las situaciones de riesgo, las mujeres no se sienten en situación de riesgo porque es una enfermedad de los otros y esto sucede con muchas mujeres embarazadas. Hay muchos pacientes que están tomando segunda línea de tratamiento antirretroviral porque según ella, tienen el CD4 bajo y la carga viral alta con poco futuro porque en Mozambique no hay 3ª línea de terapia antirretroviral y muchas mujeres ya tenían 2 hijos seropositivas y quieren continuar teniendo más hijos. La evolución de la revelación al compañero es muy poca desde el inicio en su opinión, las embarazadas siguen teniendo mucho miedo de informar al marido y de perder el hogar. Tanto en los hombres como en*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

las mujeres, ella piensa que el miedo tiene que ver con la naturaleza de las personas, y con la sumisión de la mujer. Los hombres son capaces de infectar a sus mujeres y sus hijos aunque tengan sentimientos de amor por ellos y todo lo que han construido durante años. Piensa que toda esta situación tiene que ver con la vida social, con el contexto, la evolución, la historia en Mozambique (Entrevista a Miriam, 2009).

Todo el equipo sanitario local de MSF-S opina que se *debe de ser obligatorio* el notificar la condición de VIH / SIDA al compañero. También piensan que hay que poner las reglas más duras y exigir al gobierno más medidas de control porque la sensación es que hay bastante descontrol por el aumento de números de casos de VIH, en estos puntos de vista, todo el mundo está de acuerdo. Este día fui a preguntar su opinión sobre el tema a una experta de una organización que trabaja en los talleres de la Task Force de PTV para elaborar los nuevos protocolos que se supone van a ser implementados pronto para todo el país, ya llevan tiempo discutiendo nuevas estrategias de organización y funcionamiento para el PTV (programa de prevención de la transmisión de VIH / SIDA de madre a hijo) en todo el país.

Carlota (que fue la experta que colabora en estas sesiones de la Task Force) me dijo que en su opinión el programa de PTV está funcionando mal, que están pensando poner como norma la obligación de notificar al compañero, de escribir en las fichas de las mujeres en el PTV que deben de notificar su condición de VIH positiva al compañero. El hombre tiene que hacerse el test de VIH, participar también en el programa las temidas suegras para ser educadas en el tema de PTV y de organizar a grupos de madres expertas en la enfermedad del SIDA para ayudar a las mujeres. Ya llevan mucho tiempo trabajando en estos temas, los considerados especialistas, pero que como participaban miembros del gobierno, de ONG´s internacionales y locales y personas de las agencias de las Naciones Unidas, esta situación lleva mucho tiempo para ponerse de acuerdo en las normas. También me dijo que es necesario formar mejor a las enfermeras de SMI especialmente en un trato más humano a las pacientes porque las mujeres se quejan mucho del mal trato recibido en las consultas de los centros de salud, en las maternidades y en los hospitales (Entrevista con Carlota, 2009).

Una de las enfermas expertas Nyeleti me dijo en una entrevista: *La mayor parte de las mujeres van a hacer el tratamiento de PTV lejos de sus hogares para no ser vistas ni reconocidas. Existe mucho auto-estigma y las mujeres permanecen escondidas, en ocasiones es una mezcla de*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

miedo, vergüenza e ignorancia. Mucha gente piensa que el VIH / SIDA es un bicho de otro mundo*, o* un bicho de siete cabezas*. Muchos enfermos allí en el PTV y GATV hablan entre ellos, con las enfermas expertas, piensan que mucha gente va a morir y que el* bicho *lo están poniendo en los preservativos, el agua de beber, la comida, en todos los sitios porque quieren acabar con nosotros ya que somos negros y pobres* (entrevista con Nyeleti, 2009.)

La teoría de la conspiración es muy adecuada para estas circunstancias cuando es difícil de entender una situación que se ha vuelto grave como la pandemia del SIDA y donde las personas, las informaciones que reciben y comprenden, son que la enfermedad te mata, que todo el mundo se esconde, que hay mucho estigma, que es de transmisión sexual, algo que es un tabú, no se habla abiertamente en público, solo en pequeños grupos y que todo el mundo practica. Existe una moralidad muy grande aunque da la impresión de que cada persona vive como quiere por la falta de normas, porque en tiempos de crisis y de supervivencia es una forma de decir *todo vale*, pero en la realidad todo el mundo mira lo que hacen todos los demás, parece increíble que esta situación continúe sucediendo en el siglo XXI, después de 30 años de campañas de información y de luchar contra los significados de la pandemia. Como dijo Helman (2000): *La educación para la salud es una forma de pedagogía, que al igual que otras formas sirve para legitimar ideologías y las prácticas sociales para hacer sentencias morales acerca de cómo las personas pueden conducir sus cuerpos, incluyendo qué tipo de comida va dentro de su cuerpo, y la expresión sexual de este cuerpo, es el autocontrol y la autodisciplina del cuerpo* (Helman, 2000).

7. LAS NOTICIAS EN MAPUTO SOBRE LA PANDEMÍA A MITAD DEL AÑO 2009

Los periódicos Noticias y el País del día 12 de junio traían en primera página que los niveles de infección de VIH / SIDA en la región sur del país eran alarmantes. En Maputo ponían una prevalencia del 30 % y decían que cada día unas 500 personas se infectaban en la ciudad, que esta tasa era antes en el año 2001 para todo el país y que era muy preocupante. La razón que citaban era que la población no se adhería a los cambios de comportamiento, ya que según la Primera Ministra Sra. Luisa Diogo en Maputo las personas, en especial los jóvenes, tenían todos los medios que necesitaban de comunicación sobre el peligro que esta enfermedad suponía. Las personas tenían relaciones sexuales con múltiples compañeros y consumo excesivo de alcohol. El gobierno iba a adoptar en una primera fase medidas de sensibilización y nuevos procedimientos, sin recurrir

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

todavía a medidas administrativas como ya estaba ocurriendo en algunos países de la región como Zimbabwe o Uganda.

Un artículo del periódico las Noticias aparecido el día 16 de junio del año 2009 en Maputo expone: *al mezclar en las consultas a los enfermos de SIDA, la discriminación ha aumentado de forma alarmante y la calidad de los servicios ha empeorado mucho. La solución que va a venir en camino es que el gobierno va a aplicar medidas que sean cada vez más coercitivas de verdad ante la irresponsabilidad del comportamiento de los ciudadanos, porque la epidemia está completamente desbocada, con prevalencias muy elevadas, con la población que parece que quiere enfermar en masa, con unos comportamientos de riesgo enormes y con las medidas de prevención que fallan.*

El cambio de comportamiento está en contra de las normas y los usos de la cultura popular como está ya demostrado y sabido. La única salida que encuentra el gobierno es de empezar a avisar que va a endurecer las normas de salud pública. Creo que es urgente que el gobierno se planteé otras estrategias de prevención más adaptadas a la cultura, sociedad y población a las que van a ir dirigidas, y que no continúen con las normas que se empeñan en aplicar otras organizaciones internacionales que están diseñadas para otros contextos, otras sociedades, y además estas sociedades tienen otras realidades y circunstancias de vida. En una población que ha pasado por los cambios sociales, culturales, políticos, por las situaciones de grandes cambios que ha pasado esta población, pienso que se debe de invertir urgentemente en educar a las personas, crear puestos de trabajo, infraestructuras, servicios de apoyo sociales, los cuidados médicos, higiénicos y de saneamiento que son necesarios.

Es imprescindible que se diseñe un programa de información, educación y comunicación de la enfermedad del VIH / SIDA, de educación para la salud, de entender la sexualidad y la diversidad de prácticas sexuales del país, de educación en género, en las normas de convivencia pacífica y en la no violencia intima entre las parejas, en la colaboración de los padres y madres en programas de maternidad y paternidad segura. Estos programas de educación deben de estar preparados para los diferentes segmentos de la población de manera que los puedan entender y asimilar. Y tienen que ser realizados en todos los niveles de la vida de los ciudadanos del país, en las escuelas, mercados y demás lugares donde las personas van a socializar, a estudiar o a trabajar. También dar a las personas una oportunidad para mejorar sus vidas porque la teoría de la conspiración es muy socorrida, a ella se le pueden echar las culpas, pero ¿hasta cuándo van a poder responsabilizar a los

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

extranjeros por los problemas de dentro del país? La realidad es que todo el mundo opina, pero en privado, porque existe mucho miedo a hablar públicamente y porque la situación política, social, económica, médica está cada vez peor en el país a determinados niveles aunque el gobierno haya realizado un esfuerzo importante que tiene un valor, es necesario que este esfuerzo sea mayor, a más niveles y escalas.

Muchas personas piensan que quizás la solución deben de ser medidas de salud pública potentes para ver si así la situación cambia, estas medidas pueden traer una medicalización importante de la sociedad mozambiqueña. Y yo no sé si es esto lo más adecuado para la población, pero si pensábamos lógicamente, debería de ser así. ¿Cómo diseñarlo, llevarlo a cabo, poner en práctica y evaluar los resultados? Cuestiones muy difíciles de responder pero que son muy necesarias que alguien las considere.

8. LOS DESAFIOS PENDIENTES EN LA REVELACÍÓN DE LA CONDICIÓN DE SIDA

"… La parte del programa de SIDA de apoyo psicológico y social a los pacientes tiene una serie de problemas y de deficiencias que deben de ser solucionadas. *Existe una falta de políticas claras, protocolos de actuación y guías que ayuden a los consejeros para asesorar con éxito la revelación del estatus de VIH a sus pacientes.* Los consejeros están poco formados, no tienen tiempo, además tienen que forzar situaciones de silencio y estigma creadas alrededor de la enfermedad, dentro de la profesión, en el lugar de trabajo, la red social y en la sociedad en general. Es muy difícil aconsejar a las personas para que abran su estatus de VIH diciendo que les va a traer resultados positivos esta acción, cuando la realidad evidente es la contraria, las situaciones de las que más se hablan y se expanden como la pólvora son las que tenían consecuencias negativas. Los consejeros deben de ser formados para saber asesorar efectivamente a las personas, dar soporte cuando vayan a los pacientes a abrir su situación de VIH y tienen que tener la capacidad para poder referir a los pacientes con problemas a seguimiento clínico, psicológico, social, legal, que ayudara a aquellas personas que han tenido consecuencias negativas. Muchos consejeros no saben cómo ayudar a sus pacientes en la resolución de conflictos cuando las consecuencias son negativas…" (Maman, et Al., 2003).

"… En los programas de VIH /SIDA sólo se debe alentar a las personas a revelar su estatus de la infección de VIH cuando las personas se sientan seguras de que es el momento para llevar a cabo esta decisión. En el contexto del programa de prevención de madre a hijo, abrir la condición de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

VIH positiva de las mujeres embarazadas, hay que ayudar a las mujeres en una asesoría en pareja al padre y a la madre del hijo en camino para que aumente la implicación del hombre en este proceso y que se aseguren de que la mujer embarazada va a recibir el soporte psico - social que necesita. La introducción de programas innovadores que puedan incluir intervenciones que refuerzan y empoderan a las mujeres económica y socialmente, intentando quizás reducir su dependencia económica en el hombre. Algunos programas pueden intentar explorar como las normas de género pueden ser modificadas para promover mayor equidad para las mujeres en sus sociedades. Otros programas pueden explorar como promover grupos de soporte de mujeres que aseguren que ellas vienen a soporte psicosocial y que refuerce los principios de la vida positiva, por ejemplo formando grupos de soporte de madres a madres…" (Maman, et al., 2003). Además sería necesario considerar e incluir, adaptar el *screening* de violencia de género, dentro de la familia y los servicios de referencia para identificar a las mujeres que están en riesgo de tener resultados negativos, asegurarse que ellas tienen acceso a cuidados apropiados de ayuda y de soporte. Muchas comunidades, sin embargo, no tienen sistemas de soporte adecuados para las mujeres que han sido víctimas de violencia emocional, física o sexual (Granja, 2002; Maman et al., 2003).

"… Se deben de establecer mecanismos que mantengan la confianza a los pacientes de que sus informaciones son confidenciales. Aumentar la confidencialidad en el servicio de asesoría que debe de ayudar a los clientes a sentirse seguros y abrir la condición de VIH positiva a los proveedores de salud. Los consejeros debían ser entrenados para entender las intersecciones entre la confidencialidad, revelación del estatus y los resultados negativos. Los consejeros deben orientar identificar y priorizar a los clientes para que se beneficien de ser dañados por la abertura de su condición de VIH. Los consejeros necesitan de formación, herramientas, protocolos adecuados, y hay que instruirlos más en la sexualidad y la salud reproductiva, la igualdad de género, mucho mejor en la enfermedad del SIDA, en violencia de género y la mediación de conflictos…" (Maman et Al., 2003) y en mi opinión en la defensa de los derechos humanos, cuales son los derechos humanos que son respetados en Maputo y en qué lugares y organizaciones estas personas podían buscar ayuda.

Las autoridades de Salud Publica deben considerar una legislación que establezca una política clara sobre el tema de la confidencialidad, establecer cuando debe ser obligatorio la notificación del estatus de VIH / SIDA, a quién y en qué circunstancias. Cuando se debe de informar un caso por razones de salud pública, cuando se debe perseguir a las personas por el fallo o la impotencia de las consecuencias de no abrir su estatus y contaminar a otros o la posibilidad de que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

esto suceda. En vez de la política de vigilar y castigar, de moralidad aplicada a los más débiles, una política donde estén regulados todos los tipos de casos y que las personas estén bien informadas para saber qué es lo que puede sucederle a cada uno. En un país donde las tasas de prevalencia son muy altas en la mitad del año 2009 y continúan aumentando, sería necesario crear una situación que fuera para todos igual, hombres y mujeres, de obligaciones y de derechos. En algunos países de la zona de mayor prevalencia de VIH / SIDA están en discusión y se están elaborando legislaciones más duras y que tipifiquen todos estos problemas por ejemplo en Uganda.

"… *Son necesarias guías y protocolos adecuados social y culturalmente que se basen en los derechos humanos,* para que las personas que vayan a revelar no tengan problemas y en las que se promueva esta intervención como una norma social. Los mecanismos culturales específicos de la notificación a la pareja necesitan ser desarrollados y las políticas de consentimiento informado y las normas necesitan ser revisadas para incluir las opciones de la pareja notificada. Se deben establecer unos estándares profesionales en la asesoría y los juristas considerar la protección legal de las personas viviendo con VIH y SIDA. A nivel de la comunidad, las intervenciones deben proteger a la comunidad y advertir de los problemas del VIH / SIDA. Las iniciativas tienen que estar basadas en programas comunitarios más amplios de fomentar y organizar la situación en las desigualdades de género, en las diferencias de poder y en la violencia basada en el género. Los programas deben trabajar con hombres jóvenes que promuevan las relaciones de género, los cambios en las normas sexuales y la resolución de conflictos. Las lecciones aprendidas a través de la investigación deben ser trasladas en acción y plantear futuras investigaciones, si es necesario, para estudiar los problemas y vacíos que aún no han sido comprendidos. Deben ser establecidos cursos o campañas que hablen de las consecuencias de la revelación de la condición positiva de VIH, se debe poner énfasis en el cambio de normas de género y en las actitudes de la sociedad, incluyendo los hombres jóvenes y a los niños, reducir violencia, aprender sobre sexo, la violencia y la desigualdad que son inaceptables para reducir el estigma y la discriminación…" (Maman et al., 2003) yo estoy completamente de acuerdo y llegue a las mismas conclusiones en las experiencias que tuve en el área de Chamanculo trabajando allí durante más de tres años.

9. LOS HOMBRES O COMO PONER EL CASCABEL AL GATO

El problema más frecuente en el GATV Y PTV entre los hombres y las mujeres es hablar de su condición de VIH o de SIDA y en las sesiones de asesoría se habla de los beneficios de revelar la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

condición de VIH para los pacientes, sus compañeros y familias. Una enfermedad que es considerada un castigo, una maldición, la enfermedad de la vergüenza y altamente contaminante a nivel social y sexual, con las consecuencias que conlleva, *¿cómo va a ser abiertamente revelada por las personas para decir que están enfermos?,* cuando el concepto de enfermedad en la población es otro totalmente diferente al concepto occidental. ¿Y cómo le vas a decir al marido que te contagiaste y has traído la enfermedad para casa?, cuando allí las relaciones sexuales se ven y entienden de otra manera muy diferente a Occidente y donde no existen los programas de apoyo psicológico, legal y social que existen en los países desarrollados. El miedo de las mujeres no puede ser miedo solamente, la decisión que ellas toman y que llaman miedo es una estrategia para enfrentarse con los problemas cotidianos. ¿Cuál es el problema que están intentando resolver?, es el de la agresión, de ser culpadas, de la expulsión de casa, de evitar las consecuencias negativas que puede tener esta situación y que todas las mujeres saben muy bien. Más que tener desconfianza, desasosiego y cuidado de no hacer nada, las mujeres están reaccionando de una forma activa contra la discriminación y la violencia, pues no tienen otra opción.

Las mujeres negras y chicanas en USA también decidieron que no querían revelar su estatus porque esta revelación las volvía más vulnerables y perdían los apoyos familiares, de la comunidad, del barrio. Pasaban a ser aun más vulnerables ellas y sus propios hijos. Las mujeres tomaban la posición que les permite evitar ser castigadas socialmente y poder vivir su situación de la mejor manera posible para poder hacer el tratamiento antirretroviral a escondidas e intentar salvar a sus hijos de la enfermedad. ¿Cuáles son las estrategias de los hombres? Ellos intentan colocarse por encima de los problemas y no quieren sentirse afectados por la situación que significa esta enfermedad, *prefieren no asumir la responsabilidad*. Ignorando la enfermedad, no sabiendo cual es su condición de VIH y prohibiendo a sus mujeres que se realicen la prueba, *la situación no existe*. Quizás encontremos algo en los mitos de la cultura, esquemas de explicación o que podamos tener conocimiento del saber de las personas con las que estamos trabajando y sirvan para entender este contexto.

Junod explicó en sus libros que en las teorías de los *Tsonga (rhonga*) sobre el origen de las enfermedades de transmisión sexual existía la creencia de que los hombres cuando se ponían enfermos era porque mantuvieron relaciones sexuales con mujeres en *estado de impureza*. El estado de impureza de una mujer estaba provocado por varias situaciones como: *abortos, mujeres con la menstruación, mujeres cuyo marido murió y otros tabúes.* La mujer impura era también responsable

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de transmitir la tuberculosis y la sífilis a *sus víctimas, los hombres*. Estas creencias fueron recogidas a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX en Maputo y alrededores (Junod, 1996). Estas creencias ya habían sido registradas anteriormente, en el siglo XVII, por Fray João de los Santos en 1896. Fray Joao escribió en su obra que cuando Portugal era una colonia de España ya se consideraba que las mujeres negras, sobre todo las esclavas, pasaban su peconha o veneno a los hombres a través del sexo. Estos estados de peconha o impureza sexual eran también *eliminados a través del sexo.* La mujer Tsonga descrita por Junod, cuando estaba impura, tenía que mantener relaciones sexuales con un forastero o con un extranjero para quitarse este estado de impureza o peconha. Antes y después de estas sesiones de sexo curativas, las mujeres debían de ser tratadas, medicadas, pasar por los rituales, y orientadas por los prestadores de cuidados de salud de aquella época (PMTS locales).

Los hombres, si sabían que sufrían enfermedades de contaminación social o no, sólo se podían salvar si eran inmediatamente tratados por los PMTS. El comportamiento actual de los hombres de huir de sus responsabilidades porque ellos nunca han sido responsabilizados por las enfermedades de contaminación sexual, y hoy en día cuando les preguntas en el programa de VIH / SIDA muchos te responden que son las mujeres las que los han contaminado sexualmente por que ellas son las que tienen estas enfermedades impuras y los estados de contaminación y estas cosas yo las he escuchado en Chamanculo a hombres muy jóvenes y también adultos. Además estas situaciones han sido registrado en otras investigaciones realizadas en Maputo (Loforte, 2004). Todavía estas situaciones tienen un respaldo en los mitos y en las explicaciones que son muy comunes entre las personas de su cultura. No puedo por tanto homogeneizar estos escenarios y decir que todas las mujeres son culpabilizadas y que todos los hombres castigan a sus mujeres y no asumen sus responsabilidades. Como comprobé en Chamanculo, los hombres que venían con sus mujeres al PTV eran los casados por la iglesia, o habían pagado *el lobolo* aunque fueran esposas de un hombre polígamo. Los hombres que no se obligaban eran aquellos que consideraban que su mujer no era una mujer soltera, con la que no estaban casados, por tanto no tenían ningún compromiso. También las mujeres que eran solteras y que no tenían marido, por tanto no tenían ningún vínculo.

El comportamiento de los hombres y de las mujeres son comportamientos de elecciones *individuales*, y también *sociales y culturales*. Esta cultura que parece de sensatez o de falta de compromiso es necesario que sea modificada y solo puede ser cambiada en el caso de que haya una

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

penalización para quien no cumpla sus obligaciones sociales, como contagiar el VIH / SIDA. Esa obligación pasa por la educación de las mujeres para sus derechos y de un servicio jurídico eficiente e inmediato ligado al SNS cuando alguien mata a alguien o provoca un accidente llega al hospital es detenido por la policía. Es necesaria una legislación que regule las situaciones y proteja los derechos humanos de las personas. Además de una discusión profunda en la sociedad mozambiqueña sobre el problema de la enfermedad y adoptar medidas claras que responsabilicen al hombre, a la mujer, a la comunidad, al estado, a las diferentes iglesias y a los PMTS.

10. CONCLUSIONES

La estrategia de revelar la condición de VIH / SIDA continua siendo un problema importante por el miedo y estigma que rodea a la enfermedad. La asesoría y test de VIH / SIDA no tienen herramientas adecuadas, ni guías de apoyo, protocolos adecuados, ni muchos consejeros con formación adecuada para ayudar y apoyar a las personas para revelar su estatus, también compruebo que hay una falta de servicios de soporte psicológico, social y legal para los enfermos que sufren consecuencias negativas por hablar de su situación. Otro problema es la falta de legislación que aclare en qué circunstancias se debe de revelar el estatus obligatoriamente y en cuales no y que proteja a las personas que están con la infección, y también a las que están sanas.

Las cuestiones que necesitan más investigación incluyen identificar aquellas mujeres que más necesitan de asistencia para revelar y que sean la diana de la poca asesoría, para que así puedan ayudar ser apoyadas. Establecer un aumento de programas efectivos de PTV y asesoría y test de manera que protejan a las mujeres, reduzcan la estigmatización de las mismas a través de estos servicios. Crear un medio ambiente en la comunidad en el que haya mínimos efectos negativos para abrir el estatus de las mujeres que son VIH positivas. Concienciar, educar a los hombres, programas de salud sexual, reproductiva y de VIH / SIDA para ellos, educar a los hombres en la paternidad, en la igualdad de género, en las relaciones no violentas. Es necesario saber cómo en la sociedad y en la cultura local se solucionan estos problemas en la cultura local, para buscar modelos que sean adecuados para ponerlos en práctica y que de verdad impliquen a las personas que pueden ayudar a solucionar los problemas.

En una situación donde las recomendaciones realizadas por los servicios psico-sociales de los programas de SIDA se ve claramente, cada día, que las personas no revelan a sus parejas su situación de VIH / SIDA, donde el número de personas infectadas está aumentando alarmantemente

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

y existen pruebas fehacientes de estas situaciones. Es necesario que las personas responsables por los programas de VIH / SIDA comuniquen estos problemas y junto con las estadísticas se deben valorar todos los graves problemas existentes y buscar soluciones urgentes para que todos estos asuntos y las consecuencias tan graves derivadas de ellos no sean una formidable barrera de problemas para los hombres, las mujeres y para las comunidades y sociedad en general (Maman et Al., 2003).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO XIII

HISTORIA DE NYELETI, UNA VIDA MUY INTENSA Y COMO UNA ENFERMEDAD SE VOLVIÓ UNA FORMA DE SUPERVIVENCIA

1. INTRODUCCIÓN

La trayectoria de vida de Nyeleti ha mostrado el proceso de vida de una mujer que ha sufrido diferentes formas de violencia contra esta mujer desde que era niña, muy probablemente fue vendida a un hombre mayor para practicar relaciones sexuales con las que buscaba aumentar su potencia sexual, la trataba como a una esclava con todo tipo de maltratos y vejaciones: el hambre, los castigos, el maltrato psicológico y el abuso sexual. La violencia y las dominaciones de índole sexual y personal estuvieron presentes en su vida continuamente y el sexo fue la forma de ir solucionando su vida. Los pasajes de su vida que me contó Nyeleti revelaron una situación en que los hombres maltrataban y abusaban de las mujeres y las niñas buscando el aumento de su potencia sexual, el tratar de curarse de la enfermedad del SIDA. *La poligamia y la poliandria* es una constante en esta sociedad, se combinan amigas/os, amantes y una vida de alcohol, unido a la fe en la religión islámica y que Nyeleti decidió cambiar ante la discriminación que sufrió en la mezquita. Una historia de vida llena de sufrimiento, hijos, abortos, los tratamientos con diferentes tipos de PMTS, con sheiks, las enfermedades de transmisión sexual, las creencias en la contaminación, hasta que Nyeleti descubrió que se estaba muriendo de SIDA sin saber que tenía *esa enfermedad* y pensando que estaba con el *cuerpo podrido* por la vida que había llevado.

Nyeleti fue primero paciente en el Hospital de Día de Alto- Mãe, allí inició tratamiento antirretroviral con buena adhesión al tratamiento y el resultado fue que su salud mejoró mucho, más tarde se quedó embarazada de nuevo y fue traslada desde Alto-Mãe al PTV de Chamanculo para continuar la terapia y comenzar el protocolo médico para mujeres embarazadas. En el PTV estableció una relación amistosa con el personal sanitario local de MSF y así fue seleccionada para trabajar en Chamanculo dando testimonio de la enfermedad, más tarde fue seleccionada como paciente experta. En los primeros meses fue difícil su trabajo porque aunque contactaba bien con las mujeres, los mensajes que transmitía en mi opinión creaban más desconcierto que ayuda y las charlas que daba no conseguía explicar bien los conceptos de la educación para la salud que debía de realizar con las embarazadas y madres con recién nacidos y tuvo que seguir formándose en el trabajo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Cuando estaba acabando mi trabajo de campo Nyeleti estaba realizando buen trabajo, con charlas muy interactivas donde las personas que venían al Hospital participaban mucho y les gustaba hablar con ella, muchas personas eran ayudadas por Nyeleti. Esta historia de pasajes de vida fue realizada en el jardín del hospital de Chamanculo desde junio del año 2007 y finalizada en junio del año 2009. Antes de tomar la decisión de realizar la historia de su vida tuvimos una relación de compañeras de trabajo cada día en Chamanculo, ella comenzó a hablarme de su vida y me sorprendió mucho la claridad con la que me hablaba, su historia, era el resumen en una sola historia de los procesos de vida de muchas mujeres con las que habitualmente tratábamos en el PTV. Después le comenté la posibilidad de realizar una pequeña historia de su vida para la Tesis y Nyeleti aceptó.

Estoy muy agradecida a Nyeleti por haberme contado gran parte de su vida y de sus experiencias, porque por los temas tratados en las entrevistas fue un proceso personal duro que la obligó a revivir y evaluar su vida desde pequeña. En estos encuentros informales me iba explicando cuestiones de su vida desde su infancia. Esta serie de entrevistas, las voy a transcribir de la manera más parecida a como ella me las contó porque dan una idea muy interesante de sus opiniones, vivencias y de las expresiones lingüísticas que ella usó. Ella, con su historia, es un testimonio impresionante sobre la vida de una mujer africana con mucha fuerza y ganas de sobrevivir a todos los obstáculos, buen ejemplo para que muchas mujeres se miren en su espejo por su valentía, ganas de vivir y de volver a disfrutar de la vida después de pasar por un infierno en su vida personal.

2. HISTORIA DE VIDA DE NYELETI

Mi vida es muy triste, pienso que hay muchas mujeres con la vida así como la mía o peor y que ya sufrieron mucho más que yo

Nyeleti tiene 39 años, sospecha que ha nacido en la zona norte del país en Angoche, en la costa de Nampula. Esta zona es de fuerte influencia musulmana pero en esa área viven los Macuá entre otras tribus del Norte de Mozambique. Las mujeres Macuá son muy conocidas por ser una sociedad de tipo matrilineal, por la influencia de la cultura swahili, unas costumbres, prácticas culturales, sociales y sexuales diferentes a la zona sur del país donde lleve a cabo este estudio. *Su tío la adoptó cuando fue traída muy pequeña de niña a Maputo, toda su familia era de religión musulmana. Nyeleti nació según estaba escrito en sus documentos en el año 1970 en el barrio de Mafalala en Maputo, vivió con su tío durante la niñez y parte de su vida adulta. Cuando era niña*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

iba de una casa a otra porque su tío tenía 2 casas, una casa en el barrio de Mafalala que era de él y otra casa en el barrio de Alto- Mãe en la cual vivía con su mujer, a la que Nyeleti llama madrastra. En las dos casas sufrió mucho, fue maltratada por su tío y su tía, ella realizaba el trabajo de casa, cocinaba, traía agua, limpiaba, iba al mercado y para su tío todas las cosas que hacia estaban mal hechas, la trataba como a una esclava según su percepción.

El barrio de Mafalala tiene un núcleo de habitantes que vinieron de las provincias del norte del país y muchos de ellos son musulmanes. *Nyeleti estudió en la escuela Eduardo Mondlane hasta la 4ª clase y de allí fue trasladada a la escuela Estrella Vermelha en la 5ª clase, corresponde a un nivel de educación primaria. Durante este curso tuvo que dejar la escuela porque tenía problemas con el carnet de identidad, su tío la expulsó de casa, la obligó a solucionarse la vida y a resolver sus propios problemas. Tenía 18 años aproximadamente cuando salió de la escuela, pues ella misma cuando contaba su historia se confundía un poco con los años y las fechas.* En la siguiente fotografía muestra a una chica joven de la misma cultura y lugar de nacimiento de Nyeleti donde las mujeres son famosas por sus ritos de belleza, las prácticas sexuales y su cultura. En esta fotografía la chica lleva puesta la máscara del Muziro en la cara que se ha convertido en una marca de la cultura de la zona y seña de identidad de estas mujeres, que son interesantes por la mezcla de culturas y el sincretismo entre todas las influencias que han operado en esa zona de Mozambique.

Fotografía XLIIII: Chica joven con la máscara de Muziro

Realizada por la autora en Diciembre del año 2008 en Pemba

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Las relaciones con su tío han sido siempre complicadas, Nyeleti me contaba: *él era un mal hombre y que sentía mucha rabia hacia él. Su tío un día la hizo mujer, manteniendo relaciones con ella por la puerta 2, ella tenía solo 16 años, solo se dio cuenta de la situación cuando él estaba encima de ella aprovechando la oscuridad de la noche. Solo mantuvo relaciones sexuales con él una vez, la violó sexualmente por el ano, como consecuencia tuvo rupturas, hemorroides y mucho dolor. Nyeleti se quedó callada y quieta, no se lo dijo a nadie, no entendía aquella situación en aquel momento y así fue cómo comenzó a acompañar la vida de su tío. En aquella época ella me dijo que era muy inocente, no sabía nada de sexualidad, de los hombres y de las consecuencias que traían el mantener relaciones sexuales con ellos. En aquel tiempo era adolescente, se consideraba una mujer curiosa y como iba a escuela, comenzó a leer libros, novelas y a informarse. De esta manera fue abriendo su consciencia hasta que se dio cuenta que un hombre de sesenta y pico de años no podía ir con una chica de 16 y que aquello que había sucedido no podía ser bueno.*

El tío después de este suceso, habló con ella, le dijo que quería que fuera su mujer y mantener relaciones sexuales con regularidad. Nyeleti no aceptó, porque tenía miedo de coger las enfermedades que él padecía, porque varias veces vio como le salía sangre por el ano, y tenía mucho miedo de que él le contagiara alguna enfermedad sucia. Su tío mantenía relaciones con muchas mujeres y trataba muy mal a todas porque era muy malo, según relataba Nyeleti. La violación de su tío la hizo sentirse muy frustrada y hasta hoy en día este sentimiento la está comiendo por dentro e intenta comprender por qué sucedió algo así en su vida. Ella siempre está nerviosa con él y aunque está agradecida porque la crió bien, decía que Dios la tiene que perdonar pero que no puede hacer nada y no consigue controlar la rabia que siente hacia él.

Ella comenzó a descubrir su historia en los curanderos *y con algunas insinuaciones que le iban haciendo los familiares y vecinos. Alguien de su familia le dio a entender que no tenía ningún valor y que* había sido comprada cuándo era bebé. *Hasta ese momento no sabía la verdad, sólo conocía que su padre y su madre murieron uno detrás del otro en poco tiempo. Su tío durante todos estos años había escondido la historia de su vida cuando ella era pequeña y se niega hablar del pasado. Esta historia de no saber nada de su familia, y de que fue comprada, aún la tiene traumatizada. Anda indagando a ver quien le puede decir la verdad sobre el origen de su vida y qué sucedió con sus padres. Su infancia fue mala, no llegó a ser una niña mendiga o de la calle porque Dios la protegió durante toda su vida. Su tío muchas noches la tiraba de casa a dormir en las escaleras y tenía que cubrirse con papeles para no tener frío. Muchos días tenía hambre, llamaba a*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

la puerta de los vecinos para pedir algo de comida y se tenía que esconder de su tío porque si descubría que alguien le había dado algo de comer o interpelaban al tío porque trataba así a la sobrina, le pegaba unas palizas tremendas. Su tío era mala persona, por eso Dios lo ha castigado y ha perdido la vista como castigo, Nyeleti pensaba que la trataba como un animal, que trataba mejor a sus patos que a ella, que era una persona.

3. EL PRIMER TRABAJO EN LA EMBAJADA DE TANZANIA

Cuando dejó la escuela encontró trabajo en la embajada de Tanzania como baba para cuidar de los niños. Cuando tenía 18 años el mayordomo que trabajaba en la misma embajada según contaba Nyeleti*: le puso algo para dormir dentro de un refresco de sabor a uva y la violó por la noche mientras dormía, sólo sintió por la mañana que estaba mojada y un tiempo después le empezó a crecer la barriga. El mayordomo, cuando descubrió que ella estaba embarazada, tenía mucho miedo porque era menor de edad y le comenzó a dar medicamentos tradicionales para que abortara. Ella no se tomó los medicamentos aunque le dijo a este tipo que sí que los había tomado, y mientras tanto la barriga iba creciendo poco a poco. Un día una amiga de la patrona descubrió que Nyeleti estaba embarazada y se lo dijo a la señora. Ellas le preguntaron qué estaba sucediendo porque la veían diferente, pero ella no sabía qué estaba pasando, no sabía cómo explicar las cosas y tenía miedo.*

*Los embajadores llamaron a su tío y a la madrastra para que fueran hablar con ellos a su casa. Cuando estaban todos reunidos y habían comentado la situación, la llamaron. Nyeleti estaba muy asustada y su madrastra le preguntó qué había sucedido y ella respondió que no sabía que había ocurrido. Entonces la madrastra le explicó que estaba embarazada e iba a tener un bebé como aquellos que estaba cuidando en aquella casa. Después de esta conversación sus patrones, que la iban a llevar con ellos al siguiente país de destino, le dijeron que debía de abortar y la intentaron convencer de que perdiera el bebé. Ella no conseguía abortar porque pensaba que si Dios le había enviado aquel embarazo se tenía que quedar con el hijo, además tenía miedo de no poder tener otros hijos más tarde. Todo el mundo le decía "*niña, vas a sufrir mucho con este embarazo hasta tu muerte*". Quisieron llevar al mayordomo a la cárcel por abuso sexual a una menor, pero ella no quiso porque iba a ser el padre de su hija.*

Salió de la casa de los embajadores y se fue a vivir a casa de su prima que era hija de su tío, que la acogió como empleada de casa y la ayudó durante el embarazo hasta que llegó el momento

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

del parto. Cuando empezó con los dolores del parto fue al hospital de Chamanculo y su prima la ayudó poniendo un chico para que la cuidara en el hospital. Como Nyeleti era menor de edad, tenía aproximadamente 18 años, e iba a tener un parto complicado, fue transferida para el Hospital Central, tuvo una niña, este parto fue en el año 1987. En esta época la vida en Maputo era muy dura pues fue durante la guerra, no había casi comida y los hospitales estaban ya en malas condiciones y faltaba de todo tipo de materiales para trabajar y cuidar a los enfermos. *Cuando salió del hospital, cogió la niña como pudo, se volvió a casa de la madrastra, ella la trató muy mal insultándola y la expulsó a la calle con la bebé recién nacida. Su prima se enfadó con la madre, vino a recogerla y vivió con ella en el barrio de Malanga durante 4 años. Nyeleti comentaba que empezó a enamorar con hombres cuando tenía 20 años, iba con ellos porque le compraban ropa, le daban dinero y podía comprar cosas que necesitaba para ella y su hija. Fue durante este período cuando comenzó a abrir la vista, después de este tiempo decidió que era difícil vivir en la misma casa que su prima porque se iba a volver a casar, tenía nuevo marido y no era prudente quedarse las dos en aquella casa.*

4. LA VIDA DEL DESENRASCA O BUSCARSE LA VÍDA CON EL SEXO

En el año 1998 volvió para casa de su tío en Mafalala pero ya con los ojos abiertos, ahora era experta *y sabia bien lo que hacía. Comenzó a buscar trabajo y lo encontró de cocinera en un restaurante llamado Vilankulo, sus dueños eran unos italianos, durante un tiempo el restaurante fue bien y estaba contenta, pero los dueños traspasaron el restaurante a un negro que la trataba mal y sólo consiguió trabajar allí durante 9 meses. A partir de este momento comenzó la* vida de desenrasca, *es decir a buscarse la vida con los hombres manteniendo relaciones sexuales a cambio de dinero,* es decir ella justificaba su trabajo sexual como *vida de desenrasca* donde todo estaba permitido porque era para sobrevivir. *Las cosas funcionaban así: "ella era conquistada por un amigo, él le daba dinero para comprar jabón, comida, e iba con otro hombre porque esto la ayudaba a vivir, de esta manera la vida fue mejorando. Muchos años vivió así manteniendo relaciones sexuales y con el dinero que los hombres le daban por su trabajo ella iba viviendo.*

Durante estos años tuvo relacione sexuales con muchos hombres de diferentes países vecinos a Maputo, cualquier hombre que le pudiera ayudar con algo iba con él. Ella no pedía una cantidad de dinero, simplemente después de mantener la relación sexual, ellos le daban la cantidad de dinero que querían. Nyeleti mantenía todo tipo de relaciones que le solicitaban, pero el sexo oral

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

era la práctica sexual que menos le gustaba y trataba de evitar siempre que podía. Los hombres no la trataron mal durante estas relaciones, ella hacia lo que ellos querían, le daban el dinero y no tuvo problemas de otro tipo tal como malos tratos o violencia. Las consecuencias de esta vida fueron las enfermedades de transmisión sexual, abortos y embarazos sin parar, pues ella tenía mucha facilidad para quedarse embarazada. En esa época la vida era fácil, porque tenía dinero, conseguía todo lo que necesitaba y no tenía ninguna idea de qué hacer con su vida. Sólo pensaba en vivir la vida como ésta venía. En esta época bebía y fumaba mucho, no podía ir a dormir si no había bebido. Llegó a un punto en que esta vida comenzó a cansarla y empezó a rezar para poder dejar de vivir así pues cada día se sentía peor. Empezó a pensar como seria la vida en su casa, con una familia, pues las personas siempre desconfiaban de una mujer soltera, con una hija, los vecinos comenzaron a vigilar y hablar de ella en el barrio.

En aquella época conoció a un hombre que era militar de la policía de seguridad y se quedó embarazada por 2ª vez y tuvo otra niña. Este hombre se fue a viajar, pronto volvió a quedarse sola de nuevo con las dos niñas y volvió de nuevo para Mafalala a casa de su tío, regresó otra vez a la vida del desenrasca*. Tiempo más tarde conoció a otro hombre, se casó en la mezquita y vivió aproximadamente cuatro años con él en el barrio de Malangalene. Durante este tiempo ella y sus hijas estaban bien, este señor le daba de todo lo que ella necesitaba para vivir y la trataba bien. Este hombre le gustaba salir a divertirse y tenía otras mujeres fuera de casa. Un día fue a su casa una amiga, cuando se dio cuenta le había quitado el marido, huyó con él a vivir a Matola y lo perdió. Los amigos le aconsejaron que fuera a los hechiceros para hacer tratamientos de magia e intentar reconquistarlo, pero ella no hizo nada, permitió que continuaran su vida.*

Después del fin de la guerra y con la firma de la paz, la vida en Maputo pasó por una fase que yo llamo *años locos*, porque con la entrada de las tropas de las Naciones Unidas y varios años después, la vida era de fiesta, de pasarlo bien, muchas mujeres y hombres vivían la vida del desenrasca para buscar dinero y mejorar su situación después de tantos años de guerras, hambres, calamidades y tragedias. Durante los años 91- 92 el país tenía una prevalencia muy baja de SIDA en Maputo y a partir de aquí aumentó en flecha hasta los niveles actuales. *Nyeleti volvió de nuevo al barrio de Mafalala a casa de su tío con las dos niñas y siguió trabajando en la* misma vida del desenrasca*. Ella tenía mucha suerte con los hombres, tenía una fila siempre de hombres esperando porque era una mulata bonita. Cuando los hombres necesitaban de ella, la enviaban a llamar a su casa, ella iba a encontrar al hombre y se iban a un sitio discreto a trabajar, nunca estuvo en la*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

calle expuesta y trabajando como prostituta, pues aunque mucha gente, incluido su tío, le llamaban prostituta, ella no se sentía así. Su tío además era proxeneta porque muchas veces le pedía dinero por su trabajo y ella conseguía en esta época hacer su vida y escapar de él. Cuando consiguió tener un poco de dinero puso una parada en el mercado y allí vendía tomates, patatas, cebollas, tenía tabaco y bebidas. *En este tiempo los hombres pasaban por allí, bebían alguna cosa, le compraban cigarros y le proponían mantener relaciones sexuales a cambio de ayudarla a aumentar su negocio, así las cosas fueron caminando mejor, podía alimentarse dos niñas y ella. Durante este periodo consiguió tener una barraca (bar local) de su propiedad donde vendía comida, bebida, además de que llevaba su* vida de aventura y de desenrasca *con hombres, bebía mucho y tenía una vida muy desordenada. En todo este período tuvo muchos problemas de embarazos, abortos, se sentía muy sola y llegó un momento en que se quería suicidar.*

5. SALOMÃO, EL HOMBRE DE SU VIDA

En esta época conoció a su marido actual, Salomão en 1998, se conocieron en la vida nocturna en las barracas y se hicieron amigos. Él le propuso que dejara esta vida pues desconfiaba de verla en los bares y de buscarse la vida con otros hombres, pero en aquel tiempo él no le daba dinero para vivir. En el año 2000, salió de casa de su tío otra vez y se fue a vivir al barrio de Competo, aunque aún andaba en las barracas, vendía comida y hacia pequeños negocios para mejorar su vida, poco a poco fue haciendo una vida más tranquila y volvió al buen camino, dejó de ser una aventurera. Salomão se puso contento porque ya había vivido mucho y pensó que se quedaría tranquila en casa sin hacer porquerías *y sería una buena esposa. Con este señor se casó en la mezquita en el año 2000 tuvo una boda bonita con mucha comida e invitados, Nyeleti se sentía muy feliz. En los primeros tiempos de casada fue cuando se enteró de cómo era la vida de su segundo marido*, que también llevaba una vida bastante aventurera y con muchas mujeres en su vida:

1. Tenía una mujer que era la mujer principal en Maputo y por la cual pagó lobolo a su familia, con esta señora tuvo 2 hijos.

2. En la provincia de Cabo Delgado tenía otra mujer y con esta señora no se casó pero estuvo bastantes años de relaciones con ella.

3. Con Nyeleti se caso por el rito musulmán, pero en aquel tiempo la otra señora era la primera casa o mujer principal y ella la casa 2.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

4. El marido durante los fines de semana seguía con su vida divirtiéndose e iba con otras mujeres a las barracas, y decía que tenía amigas por fuera de las tres mujeres.

Ella nunca conoció a estas mujeres oficiales porque el marido se lo ha prohibido y le ha dicho que ese era un problema de él y que no se metiera en sus cosas, que no le importaban. En los primeros dos años de matrimonio las cosas iban caminado bien, eran amigos y su marido le contaba todo. Desde el inicio el marido se organizaba siguiendo un calendario, una semana en una casa y otra semana en la otra casa, cuando viajaba estaba con la otra señora, y durante los fines de semana fiesta con las amigas en las barracas. Después empezaron a cambiar las cosas y comenzó a entrar la intriga en sus vidas. Como el marido llevaba su vida y no le daba dinero, éste era un grave problema, ella estaba bastante desesperada, siguió con la vida del desenrasca*, bebiendo y andando en las barracas. En este tiempo bebía y fumaba mucho, en una ocasión cogió una borrachera muy grande y un chico que era mudo la llevó cargando en hombros hasta su casa sin conocimiento. Cuando bebía, ella hacia todo tipo de cosas e iba con cualquier hombre porque la bebida no le sentaba bien, en ese momento estaba embarazada de otra hija. Ella vendía cosas en la carretera, bebida, comida y así su vida iba caminando.*

En este tiempo su marido la quería abandonar porque ella bebía mucho, él le dijo que le iba a dar el dinero del alquiler de la casa de 4 meses, que se quedara con las dos hijas que tenía, la barriga que venía en camino y que no lo buscara más si no cambiaba de vida. Pasó una época en que entró de nuevo en crisis y sufría mucho, pensaba que esta no era una vida sana y pensó en dejar a las hijas e huir para Sudáfrica en busca de una nueva vida mejor. En los momentos en que se sentía peor incluso llegó a pensar y tuvo un intento de suicidio, ya nada le importaba en la vida. Fueron sus hijas las que le hicieron recapacitar y por las que decidió cambiar de vida, para que no tuvieran la vida triste y desgraciada que ella sufría. Otros problemas que surgieron entre ellos fueron: los hijos de ambos*, ella le pidió a su marido que aceptara sus hijas y entonces ella aceptaría a sus hijos. Los niños era mejor que estuvieran fuera de los problemas, fue un período largo durante unos años donde la relación fue muy difícil ente ambos.*

En esta fase de la boda musulmana con Salomão, ya era su segunda boda, yo no entendía como ella no sabía que existían más mujeres en la vida de su marido porque él ya tenía una mujer principal y para poder casarse por segunda vez tenía que ser con el consentimiento de la primera mujer teóricamente y si ellos eran amigos, esta situación debía de estar clara. No conseguí aclarar

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

con ella bien esta situación. La razón principal que me daba era que Salomão no quería para nada que se relacionaran una casa con la otra y que ella no hablara con la otra mujer, se lo prohibió.

6. LAS MEZCLAS DE SANGRES Y SEMEN CONTAMINADOS

Nyeleti tiene 3 chicas vivas en aquel momento de las entrevistas, tuvo 4 abortos y murieron 7 bebés que nacieron vivos durante el periodo de la vida del desenrasca*. Ella se quedaba embarazada muy fácilmente y aunque su tío le aconsejaba que fuera a planificación familiar, no conseguía tomar las pastillas anticonceptivas porque ella en aquella época bebía mucho y estaba muy descontrolada. Tuvo primero las dos hijas, la primera en el año 1987 y la segunda en el año 1989. Después de tener a sus hijas siempre entre las dos hijas, tuvo muchas enfermedades de transmisión sexual e iba con otros hombres, tenia este marido en casa y otros hombres fuera para compensar la economía familiar. Todos sus hijos salían iguales a sus padres, así descubría quién era el padre de sus hijos. La primera chica que tuvo era igual a la familia del padre y nació con problemas en los pies. Ella llevó la niña a los curanderos para ver si solucionaban su problema en los pies y estos le dijeron que una hermana de su padre, había muerto trabajando en un huerto y para que la niña mejorara la salud, tenían que realizar ceremonias tradicionales para contentar al* espíritu de esta mujer*, también debían de llamar a la niña con el nombre de la tía muerta.*

*La familia del padre de su primera hija era de Quelimane en el norte del país, y la familia acusó a Nyeleti de haber causado este problema en las rodillas para que no pudieran llevársela y huir con la niña. El padre de su segunda hija era de Inhambane, quería llevar a su hija allí para que le realizaran los ritos tradicionales, este hombre era militar y la hija se parecía a su padre. Nyeleti me contó que "*las enfermedades de transmisión sexual gustaban mucho de ella *porque siempre tenía alguna con ella. Siempre le dolía la zona del ombligo y cuando hacia pipi le dolía mucho, ella siempre tenía pus y el líquido vaginal con malos olores". Nunca sabía cuál de todos los hombres era quien le había contagiado las enfermedades que había tenido, porque los hombres no querían ir al hospital a tratarse las ITS* y en las diferentes conversaciones va hablando de diferentes enfermedades y maridos, porque a muchos hombres con los que mantuvo relaciones sexuales los llamaba maridos, entonces la conclusión a la que llegué es que tenía varios hombres fijos y el resto casuales.

Ella primeramente me dijo *que su tío le había contagiado el VIH / SIDA porque él había estado muy enfermo y como tenía mucho dinero lo cuidaban los médicos en su casa con*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tratamientos especiales, esto fue al inicio de las conversaciones porque para ella él también tenía VIH / SIDA, yo le hice reflexionar porque en la época que ella hablaba en que la violó había muy pocos casos de la infección de VIH en Maputo y llegamos a la conclusión de que solo le causó hemorroides. *Entre los 22 y los 30 años siempre tenía problemas de enfermedades de transmisión sexual, siempre estaba en tratamiento de alguna dolencia y combinaba las terapias entre el centro de salud junto y los PMTS. Tuvo sífilis, cóndilomas, herpes genital, gonorrea y hongos, que ella se acuerde. Iba siempre a realizar el tratamiento al centro de salud de Infulene cuando iba al tratamiento biomédico, y a estas terapias los mezclaba con tratamientos de Medicina Tradicional usando varias especialidades de estos practicantes. Llegó un momento que la situación de las enfermedades de transmisión sexual fue crónica, los tratamientos no le producían efecto ni unos ni los otros y estaba cada vez peor.*

7. LOS TRATAMIENTOS EN LOS DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD

Cuando estaba en Mafalala viviendo con su tío en la *vida del desenrasca*, hizo muchos tratamientos con practicantes de la medicina tradicional, algunos eran a la vez *sheiks musulmanes*. Mezclaba todos las terapias, la de la Biomedicina y los diferentes tratamientos de la Medicina Tradicional, con la Medicina Musulmana en un acto desesperado por curarse. Ella me explicó algunos de estos tratamientos:

1. Un PMT llamado *Mukavele le dio un tratamiento para las hemorroides que le transmitió según ella el tío, y que le molestaban mucho. Tiempo más tarde cuando ya se sentía bastante débil le dio una terapia con aloe-vera, con batata africana con los que mejoró un poco y volvió de nuevo a sentirse mal.*

2. *Sama-Sama fue un PMT que le administró vacunas, de forma que le iba realizando cortes en el cuerpo con láminas e introducía unas sustancias preparadas por él que la iban a curar y a la vez le daba muchos baños con hierbas pero con este tratamiento no mejoró nada.*

3. *Alfredo que le dio un remedio llamado* mexe, *que tenía unas hojas verdes y otros tipos de medicamentos. Con ellos tenía que tomar baños y hacer inspiraciones. Él le diagnosticó una enfermedad, que se reconocía cuando la persona estaba en el sol, si le veían unas sombras negras en el cuerpo en el área genital, ella fue diagnosticada de* Kutsamiwa**,** *según Nyeleti era una enfermedad que salían unas bolinhas (una especie de verrugas o cóndilomas) en el sexo, fue a una curandera, que era la mujer de Alfredo, y le dijo que le tenía que cortar las bolinhas ahí en el sexo,*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

*para poder tener de nuevo hijos. Fue un tratamiento doloroso, después de esa terapia, tuvo un sexto embarazo y de nuevo un aborto a los 6 meses. En este tiempo ya no iba con otros hombres sólo mantenía relaciones sexuales con su marido, se volvió a quedar embarazada del 7º hijo y en este momento se dio cuenta que de tanto mezclar sangres y semen de otros hombres, fue la causa de la muerte de sus bebés. Estuvo embaraza de 7 bebés, mezclas de semen y de sangres de diferentes hombres. Nyeleti me explicó que esa mezcla de sangres y de semen con su sangre y sus líquidos vaginales fueron la causa de que sus hijos murieran, Nyeleti era considerada por los demás a su alrededor que estaba "*contaminada"*, por esa razón hizo varios tratamientos de Medicina Tradicional.* La conclusión que veía aquí era que ella se sentía contaminada sexualmente por la vida que llevaba e iba realizando diferentes tipos de tratamiento para las infecciones sexuales y para sentirse mejor porque ya tenía los primeros síntomas del VIH, además unía otros tratamientos para limpiar *la contaminación por su trabajo de economía sexual.*

Con este marido siempre tuvo enfermedades de transmisión sexual y cuando estaba embarazada tuvo "Fuego de la noche*" ó sea Herpes Zoster. En África cuando una persona tiene Herpes Zoster es el primer signo de que tiene VIH / SIDA por la frecuencia con la que aparece en los enfermos de SIDA. Entre la ITS sufrió cóndilomas vaginales y diferentes heridas en* "esa zona de guerra". *El marido le decía que ella estaba* podrida*, que tenía que ir al hospital a buscar ayuda, y en el hospital de Infulene, le trataban de las ITS. Durante los años 2001 y 2002 siempre estuvo enferma, se quedó embarazada de su marido, tuvo el bebé en el hospital José Macamo y nada más nacer separo al bebé para que no se mezclara con su sangre. Nyeleti intentaba que el recién nacido sobreviviera, que no tuviera contacto con su sangre y sus líquidos para que no se contaminara, esto fue en el año 2002, y fue otra niña que también murió.*

8. EL DESCUBRIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE LA VERGÜENZA

El virus la vino a atacar en el año 2003, estaba muy enferma con diarrea, vómitos y muy débil. En ese momento fue a un curandero, y le dio un tratamiento tradicional un líquido rojo y una hierba llamada cacana porque según le explico el PMT tenía espíritus malos, poco a poco se mejoró. Otra vez se puso enferma y su marido vino a visitarla a casa de su tío. Sus tías le dijeron a Salomão que para entrar a verla, él no podía estar en estado caliente, esto significaba que no podía haber tenido relaciones sexuales con nadie en ese día. Salomão les contestó que llevaba casi una semana sin mantener relaciones sexuales con ninguna mujer y le permitieron entrar a visitarla. El

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

hecho de que su tías que eran musulmanas le preguntaran a Salomão por si estaba frío o caliente era porque en las creencias musulmanas, al estar ella enferma, tenía que entrar a verla frío, o en estado de limpieza, para no *contaminar* más a la enferma. *Estaba otra vez muy mal, tenía anemia, tiña, problemas en la vista; su marido fue a hablar con un PMT y volvió a casa con otro medicamento tradicional porque ella no se podía mover en ese momento de la cama. Mejoró, comenzó a comer y a recuperarse poco a poco. Las enfermedades llegaron a cronificarse y empezó a tener tos durante más de 7 meses, le administraron un tratamiento para la tuberculosis. Cuando iba al Hospital para recibir el tratamiento, conoció a una señora que le dijo que debía de hacerse el test de VIH y así fue como llegó al Hospital de Día de Alto-Mãe de Médicos Sin Frontera Suiza. Fue al GATV recibió la asesoría, se realizo el test de VIH con resultado positivo, le pidieron más pruebas y descubrieron que tenia los* CD4 o soldados del cuerpo *con menos de 70 unidades. Se encontraba muy mal y no conseguía mantenerse en pie, ella pensaba que se iba a morir, ya estaba muy deteriorada y en estadio IV de la enfermedad.* En Maputo en nuestra experiencia muchísimos enfermos de SIDA llegaban al proyecto de VIH / SIDA cuando estaban prácticamente muriéndose, además de SIDA ya tenían otras enfermedades oportunistas como Tuberculosis, debían de ser tratados con una fase de procedimientos muy intensivos para poder mejorar al enfermo y muchos llegaban a morir porque habían tardado demasiado tiempo en venir a realizar el diagnóstico adecuado y comenzar los tratamientos necesarios.

Nyeleti pasó por el test de VIH en enero del 2003 y comenzó el tratamiento antirretroviral en septiembre tomando Triomune y CTX para tratar las enfermedades oportunistas. *Poco a poco comenzó a mejorar su salud, las enfermedades oportunistas fueron curándose, mejoró la alimentación, ganó peso y fuerza, las enfermedades de transmisión sexual fueron desapareciendo y las enfermedades de la piel también. El tratamiento le estaba sentando bien y no tenía todavía los efectos secundarios del Triomune. Cuando supo que tenía SIDA, pensó que al inicio había cogido la enfermedad por haber mantenido relaciones sexuales con su marido y trató de conversar con él sobre la situación. Nyeleti pensó en aquel momento que fue su marido quien le contagió la enfermedad porque creía que Salomão sabía que también estaba enfermo de VIH porque él ya había tenido varias enfermedades oportunistas como Tuberculosis, herpes, dolores en las piernas y le había escondido las enfermedades. En la última entrevista me dijo que ella piensa que cogió el virus cuando tenía aproximadamente 22 años cuando vivía cambiando de hombres mezclando sangre y semen para conseguir comer. Nyeleti volvió a quedarse de nuevo embarazada del 8º hijo*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

en el año 2004, fue trasladada del HdD para el PTV de Chamanculo para llevar el seguimiento del tratamiento de ella y del bebé con nosotros. Ella tuvo el bebé en Chamanculo, durante todo el tiempo del embarazo estuvo con ITS, el bebé nació sano y es una niña que en el año 2009 tiene 5 años y es VIH negativa.

9. LA RÍQUEZA DE LA SANGRE

Salomão había intentado tener relaciones sexuales con una de sus hijas y cuando fue a preguntarle que estaba sucediendo a su hija, ésta se marchó de casa. Ella no estaba segura si llegaron a mantener relaciones, y creía que el marido le paso su enfermedad a su primera hija que tenía 20 años. Su segunda hija de 18 años no tenía enfermedades y vivía con su compañero. Hace ya bastante tiempo que sucedió que su marido intentó mantener relaciones sexuales con su hija y a la chica le está cambiando el aspecto de la piel y del cuerpo. Fueron los vecinos que alertaron a Nyeleti de las intenciones de Salomão. Durante este periodo las relaciones entre ellos eran bastante malas, él no la trataba bien, no la ayudaba con los gastos de la casa. Nyeleti enfrentó al marido. Le preguntó por qué razón estaba haciendo estas cosas, pelearon y le prohibió acercarse a sus hijas. El marido le respondió que su tío sabía cuál era el juego. *Ella fue a hablar con su tío para preguntarle qué era lo que estaba sucediendo y para saber por qué la estaban tratando así con tanta humillación, pero su tío no quiso hablar de nada.* Salomão tiene un nivel de estudios hasta la 8ª clase, que es equivalente a la educación secundaria. Su profesión es técnico de sonido en la televisión en el área de comunicación y tiene 48 años de edad. Su salario es de 8 millones de meticais al mes aproximadamente (250 euros) y es considerado un hombre con dinero.

Él asegura que ahora no va con otras mujeres fuera de sus dos casas y que está más tranquilo en aquel momento. En el enfrentamiento que tuvo con Salomão porque intentaba mantener relaciones sexuales con su hija, él le dio a entender que sabía de su pasado porque conocía al tío de antes. Volvió a salir la idea de su pasado, de que ella fue vendida al tío como esclava, práctica que era habitual en la zona de donde decía que ella procedía. Nyeleti cuida de su marido, le prepara buena alimentación, habla bien con él, lo trata bien, lo baña con agua caliente para que él comprenda que ella es su mujer de verdad. Cuando habla de los temas delicados *con el marido que a él no le gustan y le reprocha las cosas, él se queda callado y se enfada. Antes Salomão no quería conversar con ella, le demostraba que él era quien daba las órdenes en casa y que Nyeleti tenía que hacer como él decía, porque él era el dueño de la casa. Nyeleti creía que él*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

quería mantener relaciones sexuales con chicas jóvenes porque decía que las chicas aceptaban porque no sabían nada de estas cosas. Aquí en Mozambique muchos hombres hacían estas cosas*, las mujeres sabían que los maridos tenían relaciones sexuales con sus hijas y llamaban a esta actividad* la riqueza de la sangre*. Nyeleti me dijo que a su hermana también le sucedió la misma situación con una de sus hijas y que los hombres eran malos porque querían propagar la enfermedad y si ellos morían por el SIDA las demás personas debían de morir también. Nyeleti había hablado de este tema con más mujeres que confirmaban esta situación*.

El tema de la riqueza de la sangre tiene 2 vertientes, una es que los hombres buscan chicas muy jóvenes para mantener relaciones sexuales con ellas porque creen que de esa manera mezclando su semen con ellas van a conseguir mayor potencia sexual, es decir se renueva su potencia y disfrute sexual. Otra vertiente es que muchos hombres maduros buscan niños o niñas, a ser posible vírgenes, porque de esta manera si tienen el VIH / SIDA, así se les cura. Este tema desgraciadamente es un tema poco hablado, pero habíamos tenido varios casos en el proyecto con estas situaciones. *Los negros de Mozambique son diferentes porque quieren transmitir la enfermedad a otros, y las mujeres negras también tienen el mismo comportamiento. En su opinión la mayoría de las mujeres que van a Chamanculo son* las segundas mujeres o la casa dos o las amantes de los hombres o las otras amigas. *Los hombres aquí en Maputo dicen que en cada sitio donde van a pisar tienen que dejar su huella, es decir dejar una nueva mujer como amiga o amante, dependiendo de la economía que ese hombre tenga. Yo le pregunté si estas cosas son normales aquí en Maputo, Nyeleti me respondió que no es normal pero que son cosas que suceden con mucha frecuencia, que las chicas jóvenes y las mujeres aceptan por dinero.*

Me dijo que su marido va con mujeres muy jóvenes con la sangre nueva porque piensa que su salud iba a mejorar y es posible que él hubiera contagiado a su hija. Por eso había estado hablando con su hija para que venga a realizarse el test de VIH pero no quiere venir y Nyeleti piensa que su marido le dio el dinero para que mantuviera relaciones sexuales con él. Ella piensa que si su hija hacia estas cosas es porque vio antes hacerlo a ella. Nyeleti lleva regularmente preservativos a casa para toda la familia, trata de dar educación sexual a sus hijas y de tener buena relación con ellas, se siente un poco culpable por la vida aventurera que habían llevado con ella. En este período Salomão hablaba con los vecinos, con la gente del barrio y les decía que su mujer tenía esa enfermedad*. Nyeleti estaba muy enfadada y dolida con la postura que tomó su marido, también dentro de casa sufría malos tratos psicológicos, verbales y Salomão la insultaba. En este*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

periodo estaba muy deprimida, sus CD4 estaban bajos, no conseguía que subieran, se encontraba regularmente con dolores y molestias. Nyeleti se sintió muy discriminada y mal con su marido por el comportamiento y el maltrato que sufría dentro de su casa. Un día que conversó conmigo durante bastante tiempo, en esa conversación yo le aconseje a que enfrentara a Salomão, pusiera las cosas claras ya que era ella la que mantenía la casa y le daba de comer a él. Unos días más tarde Nyeleti me explicó muy contenta que la conversación con Salomão había tenido buen resultado. Desde ese momento la convivencia ha mejorado mucho dentro de casa, esto sucedió a mitad del año 2007 y desde aquel momento las dos nos hicimos amigas.

10. SALOMAÕ ENTRÓ EN EL MISMO CLUB QUE SU ESPOSA

Salomão durante varios años no quería ir a pasar por el test de VIH, ni tomar tratamiento de profilaxis para las enfermedades oportunistas. En junio del año 2007, vino al GATV de Chamanculo para hacerse la asesoría y test de VIH, y salió con estatus positivo. Poco tiempo después él realizó el test de CD4 y tuvo un resultado de aproximadamente 400 unidades de CD4, este resultado significaba que sus defensas iban bajando, pero que aún no tenia criterios clínicos para comenzar el tratamiento antirretroviral según los criterios médicos de los protocolos de la OMS de ese año. Su marido continuaba con los tratamientos en los curanderos de la Medicina Tradicional, y los combinaba con los biomédicos. Nyeleti creía que su marido le escondió el juego*, esto significaba que él sabía desde mucho tiempo atrás que tenía condición de VIH positivo y escondió esta situación. En esta historia fue Nyeleti la primera que supo que estaba con la enfermedad, la que le dijo a Salomão que era VIH positiva y tenía SIDA. El marido no le ha dicho nada a la otra co-esposa y tampoco a su familia.*

La única que habla públicamente de la enfermedad es ella, en la familia de Nyeleti ya han muerto varias personas con SIDA y existen algunos enfermos, no sabe cuántos. El marido le ha prohibido que diga que es VIH positivo en sus charlas y menos desde que es enferma experta. Salomão es de Beira que está en el centro del país y es el área de mayor prevalencia e incidencia de casos de SIDA. Desde que supo su estatus de infectado, estaba desesperado, quería vender su casa y volver para su tierra. *Nyeleti cree que la otra mujer de la casa dos también está infectada con VIH (Nyeleti piensa que ella es ahora la mujer principal). Ella lleva 4 años tomando tratamiento antirretroviral y ha llevado mucha lucha con el marido para que fuera al HdD, está intentando que su marido reaccione ante la enfermedad y entiende que cuidándose va a mejorar su salud con el*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tratamiento antirretroviral, como ella que ha estudiado, se ha esforzado para trabajar como enferma experta, superarse y luchar por su vida. Su marido llora, está desesperado, ella le intenta dar fuerzas y le habla diciéndole despierta mi hermano que hay que luchar.

Nyeleti decía que en el pasado, durante su vida del desenrasca*, ella no disfrutaba con las relaciones sexuales, que simplemente las mantenía para ganar dinero para su vida y tener el apoyo de los hombres. También durante un buen período de su matrimonio con Salomão no disfrutaba mucho de las relaciones sexuales con su marido, pero que era en ese momento, después de 10 años de convivencia, posteriormente a todas las cosas que habían vivido juntos y que ella se atrevió a enfrentarlo, que las cosas iban aclarándose, estaba consiguiendo tener placer con su marido después de muchos años juntos. Estaban pasando una buena temporada en su relación matrimonial, ella le había perdonado las cosas con las que le hizo daño en el pasado y le pidió para que él terminara la relación con la otra mujer pues ella consideraba en este tiempo que* la casa dos era la otra mujer. *Nyeleti era ya la casa uno o principal, el marido le respondió que no podía dejar la segunda casa por los hijos.*

Salomaõ no dormía con la otra mujer desde hacia tiempo, ya no debía de preocuparse con su otra mujer y que si ella enfermaba de VIH / SIDA era cuando ella lo iba a descubrir. Nyeleti le dijo al marido que le tenía que dar dinero de su salario para ayudarla en los gastos de la casa y de la alimentación, pues aunque ella trabajaba con Médicos Sin Frontera no era dinero suficiente para llegar a todos los gastos de la casa. Normalmente no le daba dinero pero en algunas ocasiones excepcionalmente la ayudaba y le da un poco de dinero para ir caminando en tiempos apurados.

11. NUEVO TRABAJO COMO ENFERMA EXPERTA

Nyeleti comenzó a ser activista en el HdD porque era curiosa, habló con un activista, se hizo amiga de él para conocer más cosas de la enfermedad, de las personas que tenían el mismo proceso y los mismos problemas. Se sentía desesperada, entonces este activista la invitó a conocer la asociación de enfermos de VIH / SIDA Kudumba que tenía su centro en el HdD de Alto- Mãe y era apoyada por Médicos Sin Frontera Suiza. En aquel momento ella estaba vendiendo pescado seco y los viernes venía a las reuniones de Kudumba. Aquí habló con María, que era la responsable del departamento de Comunicación de MSF Suiza en aquel tiempo. Comenzaron a formarla para trabajar como activista y le dieron un salario, comenzó a trabajar en el PTV de Chamanculo en

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

julio del año 2006. Su trabajo consistió desde el inicio en sensibilizar especialmente a las mujeres embarazadas que venían al PTV.

A ella le gusta su trabajo porque las mujeres se lo agradecen, porque consigue que muchas señoras puedan hablar abiertamente con ella de sus problemas y las puede ayudar. Está muy contenta, se siente bien tratada y considerada en el PTV de Chamanculo. El inicio de trabajo como activista fue un poco problemático porque ella en sus charlas a otros pacientes daba testimonio de su enfermedad y después añadía de su cosecha las cosas que a ella le parecían importantes, yo que era su jefa en ese tiempo no estaba de acuerdo con las cosas que decía, me parecían perjudiciales para que las escucharan las otras pacientes, pedí a las enfermeras que la formaran mejor en los temas que a mí me parecían importantes, también a la psicóloga, y así fue aprendiendo a trabajar poco a poco con mi supervisión directa, yo fui exigente con ella y después la seleccionamos para que participara en los cursos de enferma experta.

Nyeleti opina que las embarazadas con VIH y con SIDA positivas son muy bien tratadas y les gusta venir al PTV de Chamanculo. Ella también va al centro de salud a la parte de Salud Materno Infantil (SMI) a hablar con las embarazadas y dice que las mujeres están un poco desesperadas cuando les comunican que son VIH positivo y vienen a hablar con las enfermas expertas. En SMI está lleno de embarazadas VIH positivas, cuando les dicen a estas mujeres embarazadas VIH positivas que deben de abrir el juego*, hablar abiertamente de su enfermedad se sienten desesperadas y preocupadas, lleva tiempo que las mujeres poder conversar con los maridos. Muchas mujeres temen explicar la situación al marido porque tienen miedo de perder la casa, quedarse solas y que al tener el virus sea el fin de su vida. En sus conversaciones con las mujeres embarazadas intenta conversar principalmente de sus problemas y algunas le han contado que cuando notificaron su estatus de VIH a los marido, estos les han pegado, pero que son pocas mujeres las que son abiertas para decirlo, a una mujer el marido la abandonó hace poco.*

A las mujeres no les gusta hablar de su vida sexual pero algunas de ellas hablan en secreto. Ella piensa que las mujeres embarazadas que vienen a Chamanculo saben poco de sexualidad y que ella misma aprendió muchas cosas cuando comenzó a trabajar en MSF y a hablar con las compañeras y conmigo. Durante el tiempo de coordinación de Chamanculo, yo estimule las conversaciones y discusiones entre todo el equipo de mujeres para aprender más cosas sobre sexualidad, salud sexual, salud reproductiva, como disfrutar del cuerpo, de las relaciones sexuales y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

aprender a conocer nuestro cuerpo de mujeres. Ese periodo fue muy importante para mí donde tuvimos charlas y sesiones muy interesantes e interactivas.

*Nyeleti opina que a las mujeres con las que habla les gustaba mantener relaciones sexuales, pero tienen poca educación sobre sexualidad y saben muy poco sobre su cuerpo. Con las mujeres que ha conversado hacia poco tiempo existen tres o cuatro que le han dicho que se ponían hojas de té o unas piedras para que "*eso*" (la vagina) se volviera pequeña y poder practicar con su ma*rido sexo seco. *Todas estas mujeres están en tratamiento antirretroviral, no usan preservativos, y ella cree que las mujeres hacen estas cosas porque a los maridos les gusta principalmente, pero que algunas de ellas también disfrutan con estas prácticas sexuales, donde es fácil que se provoquen heridas en la vagina y el pene por el frotamiento durante el* acto sexual en seco. *En el tema del llamado* ***sexo seco*** *se pregunta a las mujeres, porque está considerado una práctica de riesgo para coger el VIH, porque las mujeres cuando usan* estos productos*, se les queda la vagina tirante y seca, es muy fácil que al mantener relaciones sexuales, éstas les causen heridas, por ahí pueden entrar los virus y contagiarse fácilmente, ésta es una práctica más popular de lo que se dice porque pocas mujeres admiten que la practican.*

Existen muchas embarazadas que están tomando TARV, que no pueden hablar con el marido, para que él no descubra la verdad, esconden las pastillas en la basura, y cuando están solas las toman. El mejor sitio para esconder las pastillas es la basura así el marido no descubre que están en tratamiento antirretroviral, no me extrañaba que cuando se tomen el tratamiento puedan coger además otras infecciones añadidas a las que ya tienen normalmente. *También las mujeres hablan de vez en cuando de los curanderos y los tratamientos a los que ellas van. Las embarazadas también dicen que tienen mucho miedo de la suegra porque cuando van a tener el parto, van a ver al bebé y pueden llegar a descubrir la realidad. Además tienen que pasar a los bebés por las normas tradicionales de su cultura y empezar a dar les de mamar. Las mujeres tienen mucho miedo de la madre del marido, porque existe la tradición en el sur de Mozambique que cuando van a tener al hijo, la madre del marido debe de estar en el parto. Las embarazadas tienen mucho miedo que los bebés no nazcan sanos porque en ese momento la suegra va a descubrir que ellas están enfermas con el VIH / SIDA y van a tener problemas serios.*

Si la mujer no da de mamar la leche de su pecho al recién nacido y no le da el tratamiento tradicional la panelinha*. Ellas no están cumpliendo con la tradición, las normas de su cultura, y*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

estas mujeres no se pueden negar a pasar por esas normas porque no han dicho que tienen la infección de VIH. Por otro lado en el centro de salud reciben otras normas de educación para la salud, como de no mezclar otros líquidos, dar solo leche materna a los bebés y si las mujeres hacen todo lo que tiene que hacer según las normas familiares, se sienten muy mal porque piensan que van a contagiar a su hijo la enfermedad del SIDA. Y efectivamente hay muchos recién nacidos que se contagian de VIH durante la lactancia materna como hablábamos anteriormente, es un problema serio el que tienen estas mujeres y estos niños.

12. CAMBIOS DE RELIGIÓN

Nyeleti era de religión musulmana desde su nacimiento, y se casó dos veces por el rito musulmán. Dejo de ir a la mezquita porque se sintió discriminada. Cuando comenzó a estar enferma de SIDA, reveló su estado a otras mujeres musulmanas en la mezquita y cuando se sentaba a rezar las otras mujeres se iban apartando de ella. Comenzó a pensar que quizás era auto-estigma, volvió a intentarlo y volvieron a repetir varias veces el alejamiento. Nyeleti se sintió muy discriminada. Entonces se vio obligada a cambiar de religión porque no iba a la mezquita a transmitir el SIDA a nadie, se sintió despreciada y dañada. Desde hacía 2 años empezó a ir a la Iglesia del "Viejo Apóstol*" y ahí su vida comenzó a cambiar. También reveló en la iglesia que tenía SIDA, estaba tomando TARV y nunca fue discriminada, todo lo contario era bien tratada. Las personas le pedían para que ella ayudara a otros feligreses de la Iglesia que tenían el mismo problema. En cambio de la religión musulmana, no quería saber nada con ellos porque decía que eran* Alkaedas*, hablaban en público de que un hombre debía de casarse con 4 mujeres y ese no era un buen consejo cuando había otras mujeres viviendo en la casa, el hombre que tenía dinero se casaba con las mujeres que quería, así es como se propagaba la enfermedad.*

Se fue a vivir al barrio de Khongolote con el marido a temporadas en la casa, durante un tiempo el marido no conseguía estipular el dinero que debía de entregar para cada casa y esto trajo serios problemas entre los dos. Ella vendía sal, juntaba dinero, compraba pescado, lo vendía, además vendía pan, y así fue saliendo adelante. Él venía a casa, ella le preparaba la comida, le daba el baño con agua caliente, Salomão vio que era una mujer batalladora, que había cambiado, ya no le pedía dinero y verificó que ella había cambiado de vida. Las cosas comenzaron a ir mal de nuevo, llegó un momento en que ella se tuvo que ir de la habitación porque él no la quería y la maltrataba. Se fue a dormir con sus hijas. Durante 2 años habían estado durmiendo así separados,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

y ahora volvían a estar bien, ella pensaba que este es el hombre de su vida con quien quiere vivir y construir una nueva casa. En esos momentos él está más tranquilo, ya no va con otras mujeres, sólo va a la casa 1 a dar dinero y vuelve para la casa de Nyeleti. Ella en estos últimos dos años había mantenido abstinencia sexual. Actualmente Salomão sólo vivía con Nyeleti. En marzo del año 2008, estaba muy deprimida y yo le pedí al médico que la pusiera en tratamiento antidepresivo y empezó la terapia con la psicóloga, con la que ya llevaba hablando bastante tiempo porque estaba en mal estado psicológico por los malos tratos de Salomão. *El marido le decía que no le importaba la vida de ella y que se marchara de su casa. Nyeleti estaba muy dolida porque la insultaba, la tiraba de casa y también le decía que si ella se moría él no se iba a preocupar. Intentó hablar con él y le pregunto si la maltrataba porque tenía otras mujeres. Él puso una empleada en casa, para que limpiara y cuidar de su hija, de momento él no había intentado hacer nada sexual con la empleada. Ella intentaba continuar con él porqué las compañeras del trabajo le decían que* una mujer que no tiene hombre no tiene nombre. *Ella creía que sus hijas eran las dos VIH positivas, estaba perdiendo el amor que sentía por Salomão y solo lo veía como el padre de su última hija.*

Nyeleti no tiene amigas, cuando necesita hablar con alguien busca a las compañeras de trabajo, especialmente cuando se siente frustrada. Suele hablar con la enfermera, con la psicólogo y conmigo cuando estaba allí. Nyeleti está más feliz en su vida desde que trabaja aquí, se divierte, conoce a muchas mujeres y personas, y esto le sienta bien a su salud. En su barrio también habla con sus vecinas de estos temas, pero lo hace de una manera muy discreta, sólo en las casas de las mujeres y cuando están solas. Actualmente está mejor, después de mucho tiempo, en que ha tenido los CD4 en 200 unidades y ya le han subido a 480 unidades. Tiene mejor aspecto, ha engordado, está más tranquila y se la ve más contenta. Está construyendo una casa nueva junto a su marido en el barrio de Khongolote, ha conseguido tener su propio terreno, en cuanto pueda quiere empezar a construir una casa para sus hijas y así ella podrá morir tranquila.

Con este marido llevaba 10 años, ahora está feliz, ha vuelto a dormir con él desde el mes de marzo del año 2009. Intenta tener mucha paciencia y lo ha perdonado. La enfermedad ha cambiado su vida y le ha traído este trabajo. Se siente muy contenta de ayudar a sus hermanos (personas contaminadas de VIH) día a día y de tener el coraje de dar testimonio de su vida públicamente. Nyeleti piensa que hay que luchar mucho, no perder la esperanza, porque llega un día en que se abre una puerta de suerte y la vida cambia. Pasó por un tiempo en que primero pensó en huir a Sudáfrica, dejar a sus hijas, y no tuvo valor de hacerlo. Después pensó alguna vez en suicidarse, y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

han sido sus hijas las que la han ayudado a vivir. Sentía profundamente mucho este tema porque ella no ha conocido a su padre y a su madre. Su vida está cambiando, su tío le decía que ella no iba a vivir más de 20 años, se iba a morir por la vida que llevaba. Nyeleti piensa que Dios la protege, está orgullosa porque está en casa con sus hijas, que con paciencia y luchando se gana la victoria. En este momento bebe un poco durante los fines de semana para alegrarse, se divierte, y no quiere poner amargura en su corazón. Ha mejorado su alimentación y le han subido los CD4 por primera vez, se encuentra bien y con la esperanza de que su vida va a caminar bien.

13. CONCLUSIONES

Las prácticas de los hombres mayores de mantener relaciones sexuales con chicas jóvenes o con las mujeres de la familia llamada popularmente *la riqueza de la sangre* es una forma de curar el SIDA. Estos conceptos y valores tradicionales son los que explican en cierta forma el comportamiento de los hombres. Compruebo en la historia de vida de Nyeleti, los abusos sexuales que son cometidos por los patrones a sus empleadas y también todo tipo de transacciones sexuales que son hechos entre adultos sin que consiga entender la lógica de su posición, que es ambigua dependiendo, porque algunas veces ellas se siente víctima por lo que sucedió, pero en otros momentos acepta su *"vida de desenrasca*". Ella es consciente de las consecuencias que esta situación ha traído a su vida. Nyeleti era musulmana pero describía una gran relación con el alcohol, fumar, ir a las barracas y llevar una vida desordenada a todos los niveles. Es curiosa, siempre tuvo fe religiosa y por otro lado, como ella define su vida, es aventurera.

En este caso describo una mujer que no sabe quién fueron sus padres, que dice que no sabe donde nació, que fue violada varias veces, maltratada, pasó por muchas enfermedades y pensó en suicidarse, lo que la sitúa en una categoría de personas que tiene algún tipo de depresión durante ciertos periodos de su vida. El hecho de mencionar que fue comprada por su tío o por alguien de la familia es una evidencia de una práctica muy común en Mozambique, sobre todo en las zonas macuás en Angoche, Nampula. Los padres venden a los hijos para ganar algún dinero o para pagar algún tipo de deuda. El comprador adquiere una mujer nueva, niña, que él piensa que le va a purificar la sangre y mantener su potencia sexual. Se trata de un caso de pedofilia, si pudiera organizar cronológicamente o por una orden las prácticas sexuales de Nyeleti, el tipo de pareja que ella ha formado compruebo que se trata de una trayectoria de alguien que ha ido construyendo una casa, estableciendo un negocio, y montando otras actividades de los beneficios que recibe, de los

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que llama sus maridos, parejas de hecho, amantes que le proporcionan bienes, dinero a cambio de sus servicios sexuales.

Se trata de una persona que ha conseguido salir adelante ejerciendo trabajo de sexo por supervivencia, en la opinión local es considerada una *trabajadora de sexo*. Todas las prácticas que ella cuenta de acuerdo con sus valores son negativas, Nyeleti las atribuye a los hechizos, envidias, persecuciones o de cualquier tipo de hecho sobrenatural o causado por los espíritus y a los problemas de supervivencia. Las interpretaciones que hace están basadas en los discursos de los espíritus, en algunos momentos de su vida en que ella relaciona sus opciones y su comportamiento con los resultados que ha tenido en su vida. La historia de las enfermedades sexuales, de los tratamientos regulares en los hospitales, entre los hechiceros y los PMTS muestra que tiene una concepción sincrética de la causa de los males: por un lado las enfermedades son causadas por los espíritus, y por otro lado por los conceptos biomédicos que ha aprendido en MSF, los mezclaba con los conceptos locales de *contaminación sexual*, también con los conceptos propios de la *Medicina Musulmana,* como frío o caliente o los *conceptos de polución* y contaminación, de hecho se trató de una impureza sexual, la Kutsamiwa.

El matrimonio entre los conceptos émic, la teoría de los espíritus que subyace en sus conversaciones y la teoría de los gérmenes en el encuentro de los cuidados biomédicos indica una desesperación bastante grande en la búsqueda de curas. Nyeleti se había re-infectado continuamente y mantuvo relaciones con hombres VIH positivos no utilizando métodos de prevención y de protección como la camisa de Venus. En el tiempo después de la muerte de su último hijo y de entrar en tratamiento antirretroviral usaba el preservativo y su salud había mejorado mucho. Esta entrevista muestra también la importancia de una asesoría realizada por un profesional como Alberto, que según ella consiguió convencer a su marido de cuidarse, a tener prácticas sexuales más seguras, y la ayuda de sus compañeras de trabajo. Esta historia de pasajes de vida muestra la gran dificultad que existe en construir una historia de vida, de recoger datos precisos sobre las fechas, los lugares, los acontecimientos. La entrevistada habla normalmente en código, de forma telegráfica, pensando que yo la entiendo, también consigo detectar que me contaba su versión según un momento y después cambia el sentido y me cuenta los hechos de forma distinta.

Nyeleti da detalles sobre las prácticas sexuales no muy comunes, sobre las violaciones, agresiones, pero veo que hay información que ella no revela y que tiene mucho que ver con las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

explicaciones dentro de su propia cultura, pues hablar de esto es *quebrar el tabú* o hablar de la quiebra del tabú. Nyeleti se culpa a sí misma muchas veces de su propia situación, también a sus tíos y familiares, esta entrevista muestra que desde el punto de vista del tratamiento, ella necesita de cuidados de salud mental que la ayuden a comprender su historia personal, descubrir las razones de sus frustraciones, de sus miedos. También dice de sí misma que para tener una vida normal debe de (*dejar de hacer porquerías y portarse bien*), es decir sabe que su vida no es correcta moralmente según su religión y la de la gente que la rodea, especialmente su tío y su marido Salomão, que debe de volver al buen camino. También se siente culpable porque con el tipo de vida que ha llevado han muerto muchos de sus hijos.

El trabajo en una ONG internacional le garantiza por un lado un salario, aunque sea pequeño, y también la coloca en una situación privilegiada, pues recibe todos los tratamientos y cuidados que MSF puede garantizar, incluidos los cuidados tales como poder hablar con los psicólogos y recibir tratamiento para la depresión o hablar con un antropólogo medico. Buscó también dentro de la organización una red de amistades y apoyos que le facilitan la vida. Me preguntó si será este tipo de trayectoria de vida personal, de relaciones sexuales, de enfermedades, de trabajo, una trayectoria típica de muchas mujeres que vivieron las circunstancias específicas que ha tenido el país. Ella asegura que hay muchas mujeres con la vida así y todavía con circunstancias peores. También ha sido muy interesante que cuente su vida con sus parejas y describa a los hombres con los que ha convivido, coincidiendo con los relatos que muchas mujeres hacen de sus maridos o parejas. Las desigualdades de género que tolera para tener un hombre cuando es la que mantiene principalmente a sus hijos y la familia, me parece una situación interesante y pienso que tiene que ver con la cultura tradicional del país y la subordinación de la mujer al hombre.

La cuestión de hablar sobre la práctica que ella llama *la riqueza de la sangre* en Mozambique y yo la conocí como *el mito de la virgen violada* en estudios realizados en Sudáfrica, parece ser que es mucho más común de lo que pensaba, de hecho explica que haya un numero alto chicas jóvenes contagiadas porque han sido forzadas por hombres más mayores. En Mozambique fue descrita esta práctica por (Bagnol, 1998) y en Sudáfrica por (Jekwes et al., 1999; Leclerc-Madlala, 2001; Smith, 2003). En el PTV de Chamanculo hemos visto casos de este tipo, la familia los silenciaba, y la víctima también, se llevaba en secreto. Las leyes contra este tipo de abusos deberían ser aplicadas con contundencia. En una situación de penuria, miseria y hambre, esta historia no es muy diferente de muchas otras. Es una vieja tradición que las familias vendan a sus

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

miembros para obtener dinero. Estas prácticas existían en el tiempo de la esclavitud y estamos enfrente de una continuidad de los mismos procesos en la vida cotidiana.

La historia de Nyeleti es una situación clara del abuso que sufren las mujeres y de la dominación a la que tienen que someterse en relación a los hombres con los que viven. Las normas de género están en Maputo escritas en el papel pero no se aplican en la vida real. Me causa pena y horror escuchar estas historias, pensar en la soledad y en la desesperación de todas estas mujeres embarazadas, a las que los maridos las culpan de traer la enfermedad a casa, las maltratan, tienen que esconderse y sufrir solas porque tienen miedo a ser castigadas porque son responsabilizadas de la situación. ¿Qué circunstancias deben de suceder en el país para que todo este panorama cambie?, las mujeres y sus hijos sean tratados como seres humanos, con todos los deberes pero con todos sus derechos garantizados por las Naciones Unidas y todos los organismos nacionales e internacionales. En este campo el gobierno y sus instituciones que se llaman democráticas y todas las instituciones Internacionales y Mundiales deben de trabajar de una forma seria y efectiva para que todo este panorama mejore. Todas las personas tienen derechos humanos, derechos sexuales y no esté maltrato continuo a las madres y sus hijos que cada vez están más enfermos. Así de esta manera no se van a conseguir los objetivos del Milenio. En la próxima fotografía, muestro un grupo de mujeres jóvenes cogiendo agua y lavándose en un pozo tradicional en el norte del país, ello da una idea de cómo es la vida rural de las comunidades locales actualmente de la zona norte del país área de procedencia de Nyeleti y también parecida a los barrios periféricos de Maputo. Las mujeres van a coger el agua y llevarla a casa, siempre solas cuidando de los niños llevando la carga más pesada de trabajo y de problemas de la familia. Mientras todo esto sucede poco sabemos de los hombres excepto que tienen una vida sexual muy activa, que las leyes patriarcales son estrictamente aplicadas a las mujeres porque son infieles y putas. Van a mantener relaciones sexuales con otros hombres aunque sea para traer la comida con que todos se van alimentar incluido el marido. Yo lo llamó la *ley del embudo***,** la parte buena para mí, los problemas, la carga de trabajo, las enfermedades y las necesidades para ti que para eso naciste mujer.

En toda esta situación existe una cosa que me moviliza desde las raíces como persona y de mujer que es la siguiente. Los hombres mantienen el poder, cometen los actos más atroces e innombrables, castigados en todo el mundo, son los que maltratan a los niños, niñas, a sus hijos, sus mujeres, y además todo se debe mantener en secreto que no se sepa y encima van a la mezquita como grandes señores y a dar lecciones de moral. En mi opinión el mundo está al revés y patas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

arriba. Muchas cosas importantes y básicas están fallando en el mundo para que seamos testigos de que todas estas situaciones que están sucediendo y en mucha ocasiones sólo podemos ver y no hacer nada, porque si no peligra la misión, el proyecto, el trabajo y toda la cadena montada detrás del proyecto de VIH / SIDA. Tantas visitas de organismos de las Naciones Unidas, Cooperaciones Internacionales y de todo en el Hospital de Chamanculo, que cuando vienen ¿hacia dónde van mirando? ¿Qué van pensando? ¿Qué escriben en sus informes? ¿Tienen algún interés en saber lo que está sucediendo? Llegó un tiempo en el que tuve que dejar el trabajo de campo, retirarme a meditar me encontraba mal, necesitaba tomar distancia y objetivar la problemática. Necesitaba soledad, armonía, para intentar comprender, poder analizar todas estas historias que tanto me habían emocionado. Para que desde el sosiego planificar actuaciones que ayuden a estas mujeres, la primera ha sido escribiendo esta Tesis y las que vendrán que aún bullen en mi cabeza. Lo que sí que sé es que no las abandonaré al silencio.

Fotografía XLIV: Mujeres y niñas en un pozo de agua tradicional

Fuente; realizada por la autora durante mayo del año 2008 en la provincia de Cabo Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO XIV

LOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SALUD ENTRE EL *XIPONGWANA* O EL ATAQUE DE LOS VIRUS DE VIH

1. INTRODUCCIÓN

Los discursos de los diferentes prestadores de cuidados de salud son muy interesantes de conocer porque muestran la variedad de las situaciones y las patologías con las que me encontraba continuamente, la importancia de los diferentes servicios de un proyecto de salud como tiene que ser el programa de VIH / SIDA donde es necesario trabajar al unísono todos los servicios, coordinados, para poder ofrecer un tratamiento y un soporte integral a las personas que aparecen buscando ayuda. Los cuidados médicos, el soporte psicológico, social, muchas veces la ayuda legal y la educación para la salud, al comienzo durante un tiempo se distribuía una cesta básica de comida a los pacientes, de leche para los bebés y los cuidados paliativos a los enfermos en sus domicilios en los barrios de Maputo e incluso en la periferia de la ciudad. En el programa de VIH / SIDA de Alto-Mãe, se construyó un hospital de día con todo tipo de servicios para adultos, el PTV Plus para las mujeres y niños, después para las familias completas, el programa de la descentralización de la consulta de enfermos crónicos y al final un hospital de día Pediátrico. En estos 8 años se han ido organizando el gabinete de asesoría y pruebas voluntarias, con consejeros, psicólogos, trabajadora social y los enfermeros expertos, junto a las diferentes consultas médicas.

Por el equipo médico también han pasado diferentes especialidades de profesionales como: técnicos de laboratorio, epidemiólogos, pediatras, infectiologos, internistas, médicos de familia, ginecólogos, expertos en salud pública, enfermeros y otros campos. Existe un equipo de logística que apoya a los proyectos, en el suministro de materiales: las farmacias, los laboratorios, las ambulancias y los coches de transporte, organizar y llevar a cabo todo el programa de ajustes y construcciones en los diferentes centros de salud y hospitales de día, la limpieza, las reparaciones. Todo esto realizado por una ONG internacional con un equipo multidisciplinar local, y extranjero. La política de la organización MSF Suiza es la discriminación positiva, algunos de los trabajadores de la organización sufren la enfermedad de VIH / SIDA y convivimos, trabajamos todos en el proyecto, intentando siempre ayudar a los compañeros con más problemas de salud. Los enfermos de VIH / SIDA con buen tratamiento y una vida organizada consiguen buenos resultados, pudiendo trabajar, tener hijos, buen funcionamiento en el trabajo, en su vida social y personal.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En este capítulo voy a poner voz a las personas que trabajaban en el programa para escuchar sus percepciones, sus valores y sus teorías. Primero a los compañeros locales y después a compañeros expatriados que aportaron otra visión del contexto del proyecto. En las historias que vivimos en la consulta, tratamos con personas con una larga historia de violencia, de traumas, que no sorprende que sus relatos estén llenas de silencios y de medias verdades. Después de las consultas de cada día cuando nos quedábamos los trabajadores solos, comentábamos los casos que iban apareciendo, que mostraban la heterogeneidad de las situaciones con las que nos enfrentábamos cada día y donde es importante una comprensión del contexto social, cultural, sexual, económico en el que la epidemia se desarrolla, porque si no sólo se veía una faceta de la situación y esta es poliédrica.

Es importante valorar todo el contexto en conjunto y como todas las situaciones están relacionadas entre ellas. Estas experiencias vitales muestran que debe de realizarse un proceso terapéutico global, que revela los límites que tenemos dentro del programa aunque se trate de solucionarlos a fuerza de voluntad, y a pesar de aumentar cada vez más los medios y los diferentes especialistas con que MSF-S intenta enriquecer el proyecto de VIH / SIDA. Algunas de las personas que trabajan en el proyecto tenían la enfermedad y estaban en tratamiento antirretroviral, siendo profesionales de la salud hablaban y vivían con naturalidad la enfermedad, pero también existían casos de personas de la organización que lo llevaban en secreto o no conseguían aceptar su realidad por miedo a ser estigmatizadas.

2. SORAYA, TRABAJAR EN UNA SITUACION COMPLEJA Y CON FALTA DE RECURSOS

Soraya es una enfermera del servicio nacional de salud de Mozambique, tiene 43 años. Es una mujer casada con dos hijos, uno de ellos estudia Medicina, es de religión musulmana, en su familia existen varios casos con SIDA. Vive en una casa de construcción propia en el barrio de Malangalene, se formó como enfermera en Maputo en el centro de formación de personal de salud y lleva 20 años trabajando como enfermera. Tiene mucha experiencia con enfermos de SIDA, ya que fue de las primeras enfermeras del país que empezó a trabajar en un programa de VIH / SIDA desde su comienzo en el centro de salud de Alto-Mãe. Desde niña su ilusión era trabajar para ayudar a otras personas, ella es una mujer llena de energía, con gran sentido del humor, muy necesario para trabajar en este contexto, una mujer práctica para solucionar las situaciones más complicados

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

gracias al conocimiento profundo del sistema médico y de la cultura de los pacientes. Con Soraya realicé muchas entrevistas en varios períodos entre mayo del año 2007, y junio del 2009 siempre en el Hospital de Chamanculo.

Las mujeres no hablan de sus prácticas sexuales, hay mucha timidez y piensa que es por la cultura, sólo cuando se consigue tener cercanía con ellas, cuentan alguna cosa como que son la *casa dos* o la segunda mujer, que el marido no duerme en casa, o que tiene un amigo, pero es muy raro profundizar y en especial sobre sus prácticas sexuales.

El testimonio de Soraya es para mí muy valioso por su amplia experiencia profesional en el área de Chamanculo. En su opinión, el contexto en los últimos 20 años ha ido evolucionando tanto desde el punto de vista del comportamiento de las pacientes, como de sus conocimientos. Las mujeres eran un *grupo heterogéneo* según valoremos sus características: tipo de matrimonio o de la relación afectiva, el origen social, las prácticas culturales, el nivel de estudios, la profesión, la religión. Todas ellas de una forma o de otra recurren a los diferentes sistemas de prestación de cuidados de salud existentes en Maputo. Es interesante la mezcla que se da entre los conocimientos biomédicos y los conocimientos recibidos a través de la cultura, las creencias religiosas y las prácticas culturales. Los tipos de familias de las mujeres que vienen al programa son diversos, existiendo mujeres que tienen solo un marido y ella es la única mujer de ese hombre, las mujeres en un sistema de poligamia formal como las familias islámicas o de los curanderos tradicionales. Todavía existen muchos hombres que practican lo que ellos llaman: *poligamia escondida o amantismo* y en este sistema podíamos ver variedad de situaciones. Cada caso es diferente y confirma la gran variedad de situaciones de este fenómeno, existe en hombres y en mujeres, estamos hablando de *poliginia* en el caso de los hombres, en ocasiones mezclada con *poligamia legal,* en el caso de las mujeres *poliandria* porque tienen varios hombres que se comportan como maridos, aunque estos casos son menos frecuentes y pocas mujeres lo admiten públicamente.

Existen muchas mujeres que son las segundas, terceras o cuartas mujeres, amantes o simplemente amigas. También el caso donde el hombre convive en la misma casa con varias mujeres que son sus esposas. Ella me contaba el caso de un señor que vivía en la misma habitación con sus dos mujeres y sus hijos, en camas separadas, con calendario establecido para dormir con cada una de ellas, sólo cambiaba de cama el día que tocaba con la otra co-esposa, y cuando una esposa estaba enferma venia la otra mujer a recoger el tratamiento médico al PTV. La seguridad y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

la estabilidad de este tipo de familias con problemas sociales y psicológicos serios, en muchos casos eran familias disfuncionales. Soraya también me describió el caso de un individuo que casado con una señora, mantenía relaciones con su hermana en secreto, a la que transmitió el SIDA, y se descubrió la situación cuando la hermana estaba embarazada de 3 meses. Las mujeres usaban todo tipo de tratamientos utilizando hierbas y otras sustancias para proporcionar a su compañero sexo seco *práctica sexual que a los hombres les gustaba y causaba más placer, era frecuente aunque muchas mujeres lo escondían. Ella trata siempre de explicar los riesgos y peligros que este tipo de prácticas pueden causar, heridas tanto al hombre como a la mujer en los órganos genitales.*

A las mujeres normalmente, no les gusta discutir asuntos relacionados con el sexo, el placer en el sexo *o con cualquier tipo de prácticas que tengan que ver con* el erotismo. Esta característica del secreto y de la vergüenza también está presente en algunas enfermeras, muchas no tienen formación ni capacidad para hablar sobre erotismo, disfrutar del cuerpo, placer sexual, porque no tienen educación específica. Estos temas son siempre considerados secreto, probablemente tiene mucho que ver con la educación católica, islámica o protestante. La asesoría que dan en los GATVS reduce el sexo a algo mecánico y no consiguen discutir abiertamente con los pacientes las razones porque les gusta tener sexo seco, o simplemente son informados de que es una práctica de riesgo que no deben de practicar. Así no son capaces de decir a sus pacientes que existen muchas maneras de darse placer en una pareja sin correr riesgo de coger infecciones de transmisión sexual o VIH / SIDA.

Las explicaciones simplistas que muchas enfermeras dan sobre estas *prácticas culturales*, las legitiman. Tenemos el ejemplo de una compañera que va voluntariamente a formar parejas que se van a casar, sobre sexualidad en la pareja durante el matrimonio. Esta compañera es una gran asesora, siempre tiene las palabras adecuadas para explicar fácilmente las cosas, es una mujer muy preocupada en formarse, ayudar a otras mujeres, es una excepción dentro del programa de lucidez, de buen trato hacia las enfermas y compañeras. Soraya realiza una descripción de los casos curiosos y de las historias que nos habían sorprendido en los últimos tiempos. Ella tiene habilidad para conversar con las pacientes y ayudarles a buscar soluciones a sus problemas, siempre está disponible. La caracterización que realiza de las pacientes, de su nivel de educación, de sus miedos y de la búsqueda que realizan de otros prestadores de cuidados de salud corresponde a la realidad que encontré en mi experiencia. Hay que señalar la referencia que hace a los niños con SIDA que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

aparecían en el programa, en su opinión fueron violados por hombres que tenían SIDA, y las circunstancias de estos casos, son siempre sobrecogedoras.

El hecho de solo aparecer en tratamiento varios niños indica que el fenómeno es sólo la punta del iceberg, normalmente la madre se comporta con indiferencia. Existe una cierta vergüenza por parte de la enfermera de hablar de estos casos pues se trata de *prácticas criminales e injustificables en cualquier cultura*. Este tipo de casos despiertan la necesidad de buscar soluciones, y cualquier intervención social, de educación sexual, defensa de los derechos de la ciudadanía y de los derechos humanos de los pacientes. Su posición es de una enfermera con una sensibilidad especial hacia los problemas de las pacientes, un trato cariñoso de los enfermos, sus prácticas, sus costumbres y de sus creencias. Los datos que me da indican una actividad en la que intentamos intervenir ante esta realidad oculta y sórdida; en la práctica esta enfermera me informa, sobre estos problemas para encaminar estos casos a las instancias que encontráramos adecuadas. Siempre que hay casos sociales de bebés huérfanos o mujeres con problemas trata de buscar una ayuda y solución. A través de las conversaciones profundas y abiertas con estas compañeras he conseguido ver las estrategias personales que algunos profesionales tienen para evitar tener problemas, con los otros, las familias de los enfermos, los pacientes, las denuncias que ella puede hacer sobre violaciones o malos tratos de los placeres efímeros que llegan a extremos infrahumanos.

En un programa de SIDA o en cualquier otro de salud, el prestador de cuidados no es sólo un mecánico del cuerpo, es una persona que trata una patología o una herida y es también un funcionario del SNS que tiene por obligación moral contribuir al bienestar social, psicológico, y económico de sus usuarios. En el PTV teníamos un protocolo de cómo actuar en caso de violaciones, además de dar tratamiento médico y ayuda psicológica, dábamos parte a la policía para que se hiciera cargo de este asunto. A raíz de estos hechos se contrató una trabajadora social y una psicóloga para dar seguimiento a este tipo de casos. Intentamos contactar con ONG´s especializadas en la defensa de los derechos humanos y con la liga de mujeres de carrera jurídica para que procedieran judicialmente. La evaluación que esta enfermera realiza del PTV y de los cuidados a personas que tienen SIDA es que ha ido mejorando gradualmente a lo largo del tiempo, la propia consciencia de las personas sobre el SIDA ha aumentado, igual que el número de casos de la enfermedad.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Las mayores contradicciones según Soraya residen en el hecho de que las personas mantienen muchas relaciones sexuales con diferentes compañeros. Los hombres tienen varias casas, ella llama amantismo, *es decir relaciones ocasionales entre hombres y mujeres, en las que ellos se comportan como unos depredadores sexuales porque tienen mucha capacidad sexual, dinero para pagar por las relaciones y además de muchas ganas de disfrutar de los placeres efímeros de la vida sin aceptar usar el preservativo con sus mujeres, contaminando las enfermedades por donde pasan sin ninguna responsabilidad. En el caso de las mujeres es más variado el tema, muchas sabemos que son simples amas de casa contagiadas por los maridos pero también en la práctica diaria del día a día, vemos en la consulta muchas mujeres que tienen como estrategia* el sexo como supervivencia o para mejorar su vida. Aunque a simple vista no se vea en el ambiente, siempre está el discurso explicativo de las razones porque existen enfermedades sexuales y el SIDA, es el discurso de los *espíritu**s*** mezclado con el discurso de las *religiones*.

El sexo es algo que sólo puede ser practicado entre personas casadas y ser monogámos, en el caso de la iglesia católica o protestante y de las denominaciones cristianas. Los islámicos que aceptan la poligamia consideraban que el sexo solo puede ser practicado como actividad legal cuando el hombre y sus cuatro esposas están casados según los ritos religiosos. En las religiones animistas y en aquellas que se practican entre los usuarios del PTV el sexo es legal cuando el *lobolo* sea pagado, las ceremonias de matrimonio realizadas y la mujer sea entregada por la familia de su padre o por la familia de su tío al marido y a su familia. Los divorcios implican siempre la devolución del *lobolo* a la familia del hombre. Existe una dualidad, todo el mundo mantiene relaciones sexuales pero no se puede hablar de esto porque es pecado.

Las sectas sincréticas o las diferentes religiones que existen en Mozambique, que juntan los valores del cristianismo, del monoteísmo con los valores del politeísmo, de la creencia en los espíritus y en su influencia en la vida de los ciudadanos, aceptan también *la poligamia* siempre que se cumplan las normas y leyes religiosas. El sexo, las relaciones amorosas cuando no siguen las reglas son castigados a través del pago de multas por el infractor, normalmente es el hombre, que tiene que abonar una cantidad en dinero u otros bienes al dueño legal de la mujer. Aunque parece que se vive en un ambiente con gran libertad en las prácticas sexuales, donde la sexualidad es muy valorada y practicada, existe una gran moralidad a la hora de mirar estas prácticas y esto se aplica constantemente sobre la enfermedad del VIH/SIDA, que es la enfermedad de la vergüenza, el miedo y el secreto. El discurso de Soraya tiene subyacente la idea de que el SIDA está causado por las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

relaciones sexuales, según ella ninguna o pocas trabajadoras del sexo buscaban los cuidados del PTV, de hecho eso no debe de ser la realidad pues hay aquí un problema de conceptos, considerando a las trabajadoras del sexo a todas aquellas mujeres que practican actividades sexuales por dinero, muchas veces como su única actividad laboral y como única fuente de ingresos, normalmente las trabajadoras de sexo profesionales se identifican rápidamente dentro de la consulta. El resto de las mujeres que tienen también relaciones sexuales a cambio de *dinero, favores, regalos*, incluso siendo casadas, prefieren designar esas prácticas como *sexo por supervivencia*, aunque no sea el caso pero es más fácil de justificar socialmente. Era necesario realizar la distinción entre los diferentes tipos *de trabajadoras del sexo*, diferenciar entre el sexo comercial y el sexo no comercial por cambio de favores, beneficios o dinero. Estaba surgiendo un *nuevo moralismo* que intenta transformar las actividades de trabajo de sexo como actividades de sobrevivencia, se tratan de esquemas para que de una forma ó de otra las personas se desculpabilicen a sí mismas, el sexo para sobrevivir o el sexo por favores cuando en la realidad es *trabajo sexual.*

Esta confusión de conceptos y de nombres diferentes para el mismo tipo de actividades es una táctica para castigar, y discriminar a las trabajadoras del sexo y proteger a las trabajadoras del sexo a tiempo parcial. Esta situación sólo podrá ser resuelta a partir del momento que exista una legalización del trabajo del sexo o se considere que las relaciones sexuales entre personas adultas son un asunto personal. De acuerdo con la ley en Mozambique, el adulterio no es un crimen, pero de acuerdo con las normas y prácticas tradicionales, incluso aceptadas por las personas que tienen responsabilidades dentro del estado, consideran el adulterio como un crimen. Lo que implica que la mujer adultera y el hombre adultero sean castigados. Soraya siempre dice que no hay dinero suficiente para comprar la vida y la salud de una persona, aconseja siempre las prácticas sexuales seguras. Ella ha sido de gran ayuda con su memoria, sus análisis y los conocimiento de las situaciones desde el inicio para entender los problemas, que si no se conoce bien el sistema y la cultura no son fáciles de detectar, porque sólo se hablan con personas que comparten tu misma cultura y creencias, de las que el personal médico expatriado ignorábamos y podíamos equivocarnos si no las entendíamos y respetábamos.

El sexo o el trabajo del sexo es una actividad económica, y es considerado un trabajo como otro cualquiera. En la modernidad, el sexo es una actividad que genera ingresos para sobrevivir y adquirir bienes de consumo. Hoy en día, debido a los problemas morales, a los miedos de las personas, de la sociedad, de los valores de la doble moral dominante, las personas muestran estas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

actividades como matrimonio, amor, como actividades económicas. Normalmente las personas que muestran su trabajo de sexo, en una forma de moral, de amistad, de supervivencia son las que están más preparadas, que tienen más estudios y salarios altos para proteger a las personas que dan pena. La cuestión y el problema principal, en mi opinión no es mantener relaciones sexuales o realizar trabajo de sexo, sino que las personas se cuiden, no cojan enfermedades y transmitan las infecciones a otros individuos. A pesar de sus valores religiosos presentes en sus opiniones, Soraya siempre trató a las mujeres que venían con humanidad y simpatía. Ella es una de las enfermeras que sería bueno tomar como ejemplo, para que otras enfermeras no realicen juicios morales de las enfermas y apliquen el vigilar y castigar sobre las pacientes.

En la siguiente fotografía muestra la consulta dentro del PTV y a dos de las excelentes enfermeras que trabajaban en el programa de VIH / SIDA de Médicos Sin Frontera Alto- Mãe-Chamanculo-Descentralización en el hospital de Chamanculo.

Fotografía XLV: El gabinete de consulta en el PTV de Chamanculo

Fuente: foto realizada por la autora en el año 2006 en Chamanculo

3. AMALIA, LOS PROBLEMAS DE LAS MUJERES, *EL XIPONGWANA O LOS ESPIRITUS*

Las mujeres tienen miedo de ser discriminadas porque son consideradas prostitutas, ya sea porque tienen un amante o han tenido muchos hombres. Al fin de cuentas los hombres

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

piensan que tú no te portaste bien, así comienzan los hombres a maltratarte, pegarte y la separación.

Amalia es una enfermera de 45 años con más de 23 años de servicio en el SNS, formación muy buena, recogida durante sus años de experiencia y estudios. Con ella mantuve 3 entrevistas en profundidad y numerosas conversaciones, pues trabajamos juntas mucho tiempo. En la entrevista ella describió los problemas de la vida cotidiana del PTV considerando que en la relación entre la enfermera y las pacientes se creaban las condiciones para que las mujeres lentamente comenzaran a contar su historia de vida, sus problemas y sus dificultades. En parte de la entrevista describe los problemas que las pacientes y sus compañeros normalmente tienen, que ya fueron descritas anteriormente. La falta de conocimientos que las mujeres tienen sobre el SIDA es explicada por la falta de educación formal y también por sus creencias. Amalia muestra claramente que la mayor parte de las pacientes usan varios tipos de servicios de salud al mismo tiempo, no se refiere a las contradicciones que surgen por usar los dos sistemas médicos: *de los espíritus y la biomedicina*. La mayor parte de las mujeres que han tenido un bebé, someten a sus hijos a los *ritos tradicionales* ligados con el embarazo, el parto y con la entrega del niño a los espíritus protectores de la familia (Ver descripciones detalladas para el Sur de Mozambique en Junod, 1996. Para el Norte ver Jorge y Margot Díaz, 1970).

Las prácticas denominadas *tradicionales* como corte de la *Kutsamiwa* fueron descritos. La enfermera ilustra el funcionamiento del PTV contando una serie de episodios que sucedieron con algunas pacientes. Unas acusadas de hechiceras, otras de robo, el hombre que mantenía relaciones sexuales con la hermana de su mujer y a la que sustituyó por esta. El caso del hombre que pensaba que su mujer lo tenía hechizado y organizó un juicio con la participación de la AMETRAMO y los líderes comunitarios del barrio. La pareja de chicos muy jóvenes, ella positiva y el negativo que se embarazaron magistralmente, los dos tenían estudios universitarios. Hechos que ella me contó y también yo conocí en la consulta nos colocaban delante una situación extremamente compleja en que existía un contexto donde un concepto o circunstancia estaba bien aceptado en un momento y después rápidamente podían cambiar de opinión los pacientes, o las situaciones, de una heterogeneidad de valores, objetivos, modos de vida, de modelos, estrategias explicativas y estrategias vitales para hacer frente a los problemas cotidianos que era muy variada.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En el PTV de Chamanculo comprobé que muchas madres intentaban hacer lo que podían para garantizar que los bebés nacieran sanos. En una segunda entrevista en 2009 Amalia se refiere al hecho de que están apareciendo casos en el Hospital de día Pediátrico mujeres y bebés que tomaron la profilaxis con NVP + AZT (antirretrovirales) y después los niños han salido con la infección. Piensa que la lactancia exclusiva se está realizando mal y es la causa principalmente del VIH en los bebés. El relato de Amalia muestra el tipo de problemas y los casos que se tratan en el PTV de Chamanculo. Cada día aparecen mujeres con historias que si no las estuviéramos viviendo y tratando no podían ser creídas. Los datos que recogí como observadora participante y después en esta entrevista mostraron que mi método de investigación en los primeros dos años me permitió recoger información pertinente y válida.

Durante el periodo en que trabajé en el PTV escuchaba y registraba las explicaciones dadas por Amalia y por las pacientes. Analizando los datos otra vez confirmó que las pacientes escuchan las explicaciones que les enseñamos desde el punto de vista médico, y que muchas de estas cuando son traducidas para las lenguas locales y usando los conceptos émic como *Kutsamiwa*, *xipongwana, soldados defensores del cuerpo, o nyoca* acaban mezclando los dos discursos, dos tipos de conceptos y que causan mal al paciente y a su bebé pues los tratamientos de los PMTS, las ceremonias tradicionales y las practicas de dar leche materna re-infectan a la mujer e infectan al niño que ha recibido el tratamiento preventivo antirretroviral. El testimonio de Amalia muestra que existe una dualidad en los conceptos e interpretaciones, cuando habla conmigo en portugués usa los conceptos como *virus, transmisión vertical, infección, enfermedad oportunista* y todos los conceptos médicos porque es una gran profesional, pero cuando habla en xixangana con los pacientes ella traduce esos conceptos médicos para los *conceptos tradicionales*. Esta traducción de conceptos que las personas usan en su vida cotidiana y entienden crea confusión a nivel de la comprensión y de la explicación a las enfermas.

Muchas de esas pacientes, cuando fui a entrevistarlas, no sabían nada sobre el virus aparte de que era un *bicho,* el modo de combatirlo, las formas de evitar las enfermedades oportunistas, para qué servía el tratamiento antirretroviral y ya llevaban varios meses tomando los comprimidos y habían pasado por una formación larga en donde se les había explicado todo lo referente a la educación del VIH / SIDA varias veces. Incluso algunas tomaban antirretrovirales, tenían los comprimidos en la mano y decían que no tenían SIDA. No comprendían muy bien cómo era que a pesar de recibir tratamiento, el virus continuaba en su cuerpo, situación que ellas consideraban

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

problema de hechiceros, recurriendo a un gran número de tratamientos para expulsar el *xipongwana o la nyoca* de su cuerpo. Amalia conoce claramente las hierbas que se dan a los niños en los ritos tradicionales, ella me las enseñó cuando se las daba a su hijo y también los medicamentos del hospital, los vermífugos que ayudan a expulsar los áscaris por el ano. Este áscari, una pequeña cobra, es el ejemplo a partir del cual las mujeres construyen el concepto de *xipongwana*. Estos conceptos *émic,* pues, funcionan dentro de una única cultura y se basan en los valores de esa cultura en lo que se refiere a la enfermedad, que es considerada como resultado de la indisposición o el enfado de los difuntos o de sus espíritus.

De mi propia observación hablando con algunas pacientes de *cobras, áscaris, larvas* y del tratamiento que era expulsar estos *bichos* del cuerpo, cuanto menos observable son estos *vermes* más fuerte tiene que ser el medicamento que los destruya en el interior del cuerpo donde están escondidos y fueron depositadas por algún *hechicero o curandero*. El único *brujo* que colocó el *virus* en el cuerpo de la mujer o del hombre fue su propio semen, esperma o los fluidos *vaginales.* Probablemente el *hechicero* debe de ser el *orgasmo o la eyaculación*, pero para la mayor parte de las personas, *la cobra* es la imagen que tienen del transmisor de la enfermedad, ellas consideran al *xipongwana* como la causa de la enfermedad. La analogía tiene una base no en la realidad del proceso de infección pero si en las observaciones que estas personas hacen en la naturaleza y lo trasladan a su propio cuerpo. Las características de un *virus* son totalmente diferentes de las de una *cobra, de un áscari o de una larva*. Una de las grandes diferencias es que el virus es invisible al ojo humano.

Los prestadores de cuidados de salud al traducir *virus* por *xipongwana* están, a partir de la analogía, modificando la definición del *virus* como metáfora mal construida y equivocada. La analogía es una representación, es una imagen que representa una realidad y nos ayuda muchas veces a definirla y comprenderla con más facilidad y profundidad. En el caso concreto del virus del SIDA o del virus de Newcastle en las gallinas, la traducción para las lenguas locales como *xipongwana* desencadena automáticamente correlaciones de tratamiento ligadas al *discurso* de los *espíritus* y de los *hechiceros.* En el caso de la enfermedad de Newcastle, los campesinos consideran la enfermedad de la floración del árbol de los mangos antes de fructificar, formar las mangas y este virus era también llamado *xipongwana.* El *virus del VIH / SIDA* es considerado como una larva o algún bicho que se parece a las cobras, lombrices que penetran en el cuerpo de la mujer según los hombres ese *xipongwana* como cualquier otra enfermedad sexual es de la responsabilidad de la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

mujer, pues residen en su sangre menstrual o en sus líquidos vaginales. El semen por definición de estas culturas y en la visión de los hombres no transmite ninguna enfermedad porque trae la vida alimentando al feto en el cuerpo de la mujer que era el recipiente natural y después al bebé a través de la leche de la madre. En este tipo de conceptualización no es el espermatozoide el que se une al ovulo y da origen a un nuevo ser, sino es el esperma y los líquidos vaginales, los que forman y alimentan en este caso al hijo. El cuerpo de la mujer es la olla donde se gesta el hijo, alimentada por el semen del padre (Junod, 1996).

Las personas que se protegen de un hechizo o de un ser creado por un hechicero a través de las vacunas y de los amuletos dados por los *hechiceros,* esas protecciones protegen a estas personas por la evocación de los espíritus por los *hechiceros y de su apaciguamiento*. Cualquiera que sea el tratamiento de los *hechiceros* o la terapia como baños de sangre de animales, con agua caliente y plantas, ciertos colorantes, hierbas, minerales. El centro de este discurso es el *espíritu,* que es tan *invisible* como el *xipongwana*. Si los prestadores de cuidados de salud de los programas de lucha contra el SIDA no considerasen a sus enfermos como niños, ignorantes o incapaces de comprender conceptos científicos por falta de educación formal, seguramente conseguirían que los pacientes comprendieran qué es un *virus,* que va cambiando a lo largo del tiempo y modifica sus propias estructuras para sobrevivir en el medio ambiente donde se encuentra. La única forma de combatir el *virus* es utilizando las medicaciones antirretrovirales, que deben ser cambiadas varias veces cuando el propio *virus* muta y existen varias familias de estos mismos organismos, lo que permite que el *virus* se vuelva fácilmente resistente a un determinado tratamiento.

La epidemia del SIDA es también la epidemia del desconcierto creado por la mezcla de conceptos mal adaptados, por la incapacidad de encontrar formas de educar a las personas y de transmitir información verdadera sobre el agente causal. Todos los atajos usados por los funcionarios de los sistemas de salud tienen como resultado que los pacientes continúan utilizando estrategias duales (PMTS y biomedicina) y se cree una gran confusión en sus cabezas, agravando todavía más alguno de los síntomas como ansiedad y depresión que sufren las pacientes causadas por la inestabilidad de sus modos de vida, las dificultades de generar dinero para comprar las cosas necesarias de comer, vestir, la escuela de los hijos, los tratamientos en el hospital y en los diferentes curanderos. Las reflexiones e investigaciones, en vez de centrarse sobre el agente causal de la infección, el virus del VIH, se concentran sobre las *prácticas culturales de esa población*: la poligamia, comportamiento sexual muy activo, la violencia, el oscurantismo, las creencias, la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

pobreza. Ninguno de estos factores es algo nuevo en estas sociedades, son factores endémicos bien conocidos: la violencia, la guerra, el hambre, la pobreza, la falta de infraestructuras, la falta de empleo, el analfabetismo, los bajos niveles de educación formal, sus causas y consecuencias.

Conocemos también cómo podemos cambiar esa situación en relación al VIH / SIDA y conseguir que sea una enfermedad crónica más. Compruebo también una concentración extremamente moralista en las prácticas sexuales de las personas de culturas diferentes de las de los europeos o de las recomendadas por ciertas religiones. Esas mismas personas moralistas predicando con la Biblia o con el Corán siguen el principio de: *haz lo que yo digo y no hagas lo que yo hago*. Cuando leí a Amalia la transcripción de la entrevista y de la Tesis ella estaba de acuerdo conmigo en la teoría de la mezcla de los conceptos, de los tratamientos de las diferentes medicinas y sus consecuencias en las pacientes. Fue la única enfermera que aceptó y estuvo de acuerdo conmigo en mis teorías, en que usar estos conceptos eran la forma más adecuada para explicar la enfermedad, (todas las demás con quien discutí este tema eran de opinión contraria).

Después de unas cuantas entrevistas y conversaciones con las compañeras locales que eran muy interesantes y con las que se aprendía a ver las cosas, los acontecimientos con otros ojos. Yo siempre me quede con la sensación de que ellas no consiguieron discutir conmigo muchas cosas más en profundidad porque yo no pertenecía a la misma cultura, y hay cosas que ellas sólo podían hablarlas entre ellas aunque conmigo fueran abiertas porque pensaban que iba a ser difícil que yo las pudiera entender o simplemente como el caso de hablar de sexualidad es como un tabú y es difícil discutir de este tema en profundidad o de las prácticas culturales.

4. MUKAVEL, LA ASESORIA Y LA DESIGUALDAD DE GÉNERO

En el año 2003 sabíamos de muchos casos de mujeres embarazadas que eran víctimas de violencia causada por sus maridos, en el mes de junio del año 2007 han disminuido bastante. El tipo de violencia más frecuente que reciben las mujeres son: agresiones verbales, agresiones físicas, violaciones y el marido abandona la casa.

Esta entrevista fue realizada en el mes de mayo del año 2007, y mostró cómo un hombre mozambiqueño joven que trabajaba de responsable del área de psico-social y era el consejero favorito de las mujeres en Chamanculo. Mukavel analizó: el comportamiento de las mujeres que venían al GATV, cómo eran las relaciones con los hombres, de aceptar sus imposiciones y su protección. Sin la ayuda de los hombres, las mujeres no tendrían dinero, no podrían sobrevivir y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tendrían varios problemas sociales. Había una discriminación de género en el análisis de estas mujeres, en las que muchas veces ellas eran las que traían el dinero para casa, cocinaban, lavaban la ropa del hombre, cuidaban de los hijos, de los ancianos y prestaban servicios sexuales para complementar los ingresos familiares. Cuando había conflictos el hombre la castigaba porque tenía el poder y lo podían hacer, porque no eran castigados los hombres por agredir a las mujeres, *no había una ley contra la violencia de género.*

El testimonio de este consejero muestra como la mujer es demonizada y cuanto más independiente sea de la familia, del marido, mayor riesgo corre de ser infectada por el VIH / SIDA. Las estrategias de las mujeres de vivir independientes, como quieren, con quien quieren, son consideradas como situaciones de riesgo y son usadas para explicar su miedo o las estrategias de hacer frente a la situación para no ser castigadas por sus elecciones. Las mujeres que no están en matrimonios socialmente reconocidos por la religión, por el estado o por su cultura étnica son consideradas promiscuas y prostitutas. Se verifica en las relaciones que hay una gran solidaridad entre las mujeres consideradas que están *solas* que aparecen en el PTV o en El GATV, acompañadas casi siempre por una amiga, lo que las libera y las vuelve independientes de la familia extendida, del padre, del agregado familiar o del hombre con quien viven. La mujer es siempre considerada impura, si muere el marido y tiene que pasar por el ritual de purificación. Todas las mujeres que pierden los hijos por abortos o el marido o porque el niño muere están impuras, es un sistema de creencias y prácticas muy antiguo. La mujer por definición es *impura* y parece que estos conceptos tan antiguos tenían todavía mucha influencia en la vida de las personas (Junod, 1996). Las mujeres de Chamanculo también tienen una conciencia clara de las contradicciones del sistema del test de VIH, pues como hay casos de falsos positivos ellas van a hacer el test en diferentes lugares, esto es descrita negativamente por el consejero, es una estrategia para maximizar su tratamiento, su seguridad y su posibilidad de cura. Con esta estrategia intentan minimizar los efectos negativos que pueden venir de la organización social existente, del poder patriarcal del hombre y del sistema andocrático.

Es interesante notar que este consejero cuando se refiere al comportamiento de las mujeres y a su fragilidad que atribuye a su situación de matrimonio (no reconocido legalmente) de ser segundas mujeres o amantes como si fuesen las culpables de transmitir la infección. Su referencia a la débil participación de los hombres en los test o la frecuencia con que vienen al PTV es justificada de una forma positiva para ellos: trabajan y no tienen tiempo para venir al PTV. En una ciudad en

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que el nivel de paro es muy alto, los hombres pasan el día ociosos y a la espera que llueva o aparezca un empleo o dinero, o viven del trabajo de sus mujeres, pueden ir al PTV, no van porque piensan que simplemente si el bebé está enfermo y la mujer infectada, la culpa es de ella.

El entrevistado describe los cambios ocurridos a lo largo del tiempo, el nivel de información de las personas sobre el SIDA, comprueba los variantes de comportamiento por las campañas de publicidad y de educación para la salud. En su opinión, el hecho de existir tratamiento antirretroviral disponible ha sido el factor de mayor influencia en el comportamiento de las personas para que fueran evolucionando sus actitudes y al ver que había personas enfermas a su alrededor, muchas veces familiares o personas con quien han mantenido relaciones sexuales. Esto conlleva que tomen una actitud menos pasiva, más reflexiva y menos discriminadora porque entonces les toca enfrentarse al problema.

Muchos de los enfermos que yo atendí me explicaban que tomaron la decisión de venir a la consulta por el hecho de haber visto que tenían amigas y vecinas infectadas o como las personas de su propia familia habían muerto con la enfermedad. Su apreciación sobre el nivel de sero-prevalencia en mujeres embarazadas era, en aquella época, inicios del año 2006 del 30% de las gestantes que venían al hospital y se ha duplicado tres años más tarde como hemos comprobado. Esta realidad de los números entra en contradicción con la interpretación del ex-consejero el panorama de lucha contra el SIDA está mejorando continuamente.

Los hechos revelan el empeoramiento de la población, el recurso a los consejeros locales que prestan cuidados de salud, sin tener una formación adecuada formal y que piensan ser expertos porque los otros consejeros estaban peor formados que ellos, es un problema serio que va aumentando cada día en el programa. El número de enfermos es mayor cada día, no hay otras alternativas de tratamiento, las necesidades de formación del personal sanitario van aumentando y son problemas tan serios como la humanización en el trato a los enfermos. Los enfermos con SIDA son siempre caracterizados como mujeres marginales y los hombres trabajadores aunque no tengan empleo fijo.

Las pacientes con las que yo trabajaba buscaban todo tipo de empleos o de actividades económicas como vender en la calle, trabajar para otras personas, limpiar en las casas para ganar algún dinero. Este consejero era considerado como el consejero mejor formado de MSF Suiza; realizaba las estadísticas, hacia la búsqueda de las mujeres que abandonaban el tratamiento y se

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

encargaba de los problemas de la adherencia al tratamiento TARV en el año 2006. En mi opinión este consejero era una persona paciente, respetuosa y dedicada al trabajo allí en Chamanculo. Este funcionario era una persona con buena relación con las pacientes que lo apreciaban, en el desempeño de su trabajo, en la relación con sus compañeras del PTV a quien enseñaba nuevas técnicas y el dominio de equipos como el ordenador. Dejó su función de consejero cuando acabó su curso universitario en administración pública y fue promovido a trabajar en la administración central. Llegué a enviarle pacientes simulados que después me contaron la experiencia de test de VIH y asesoramiento, no tenían ninguna crítica para hacer, les gustaba el trato recibido y las explicaciones dadas por este consejero. El análisis de la conversación que transcribí arriba muestra un problema sobre su análisis y el comportamiento de problemas en las consideraciones de género en referencia a las mujeres infectadas.

Mukavel, a pesar de ser un hombre joven, acabando estudios en la universidad, y que siempre intentaba ayudar a todo el mundo, después en sus análisis de la relación, situación de las mujeres y de los hombres, entendí que tenía una posición de género sesgada y machista. Él sabía que era el mejor consejero pero a la hora de realizar análisis de su trabajo, no tenía suficiente preparación para asesorar en relaciones de igualdad, desigualdad de género, violencia, relaciones de poder y no era el objetivo o de mediador de conflictos entre las parejas cuando pasaban por el test de VIH juntas. Esta posición respondía exactamente a su educación, al contexto donde se había criado y educado. Su pensamiento estaba construido de forma que el hombre era el dueño, el señor de la familia y las mujeres estaban en posición de servicio de los hombres para todas las cosas que ellos deseaban.

Cuando tenía que dar asesoría sobre la mala adhesión a enfermas al tratamiento antirretroviral a enfermas se ponía en el papel de juez, que analizaba sus vidas y las castigaba a venir cada día durante un mes a tomar el comprimido enfrente de él. Este hecho que presencié, tuvo como consecuencia que le prohibiera esas prácticas y convoqué una reunión con los consejeros del PTV en Chamanculo. Les dije que no iba a tolerar más ese tipo de prácticas con las mujeres enfermas o en tratamiento que eran víctimas de su situación. Intente averiguar quién había sido él que promovió esa política de castigo a los enfermos que tuvieran esa respuesta al tratamiento, pero no conseguí llegar al fondo, lo que descubrí qué consejeros realizaban estas prácticas en Chamanculo, presenté el problema para instancias superiores a que fuera solucionado, y empecé a supervisar más de cerca el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

gabinete de psico-social, que en aquel tiempo no tenía ningún responsable expatriado, y el personal local, claramente no poseía suficiente formación para llevar a cabo aquel trabajo.

5. LUISA O LAS COMPLICACIONES DE LOS MARIDOS

Los hombres son más complicados que un bicho de siete cabezas.

Las descripciones de Luis corresponden a la situación descrita por otros entrevistados y también observada por mí. Muchas mujeres tienen miedo a los maridos porque ellos no quieren que sus mujeres pasen por el test de VIH; ellas se quejan de mal trato por parte de sus compañeros sexuales y toman el tratamiento en secreto. Muchas mujeres nunca describen su comportamiento sexual o el número de compañeros que tienen, limitándose a acusar al marido o al compañero de la infección. La posibilidad de haber cogido la enfermedad en relaciones ocasionales pocas veces es descrita o admitida. La situación en la maternidad sobre el número de recién nacido infectados de VIH muestra un aumento en comparación con los años anteriores, también porque en este momento se les realiza el test de VIH a todas las mujeres que van a la maternidad para tener a sus hijos. En un universo de 500 mujeres a las que se les realiza el test de VIH, en la maternidad, en el mes de junio del año 2009, aparecen 110 embarazadas positivas, porque desde hacía dos años era casi obligatorio que se les practicará el test de VIH. De las mujeres que escapan al control prenatal de 500 mujeres que van a tener el parto en la maternidad y les realizan el test de VIH a todas otra vez, sé encuentran 110 que son positivas. Estas cifras demuestran que se han infectado por el camino, no han realizado bien ningún control médico, sólo asistieron a la maternidad y están fuera del sistema oficial de salud. Como consecuencia todavía deben de escapar muchas gestantes de aquellas que realizan el parto, con las parteras tradicionales en casa que continúan siendo muchas. (Datos recogidos en el Hospital de Chamanculo).

Luisa describe un hecho nuevo en el hospital, varios hombres, padres de bebés han venido al hospital con la botella de jarabe de NVP (antirretroviral dado como profilaxis a los bebés) para pedir explicaciones a las enfermeras. Esto sucede o por qué las mujeres hacen el papel de que no saben porque toman el tratamiento de profilaxis TARV, o tienen miedo de explicarle al marido toda la historia y los maridos desconfiados optan por volver a la maternidad para averiguar qué es lo que están tomando los bebés. Las enfermeras les reciben y les explican que es un medicamento para prevenir una infección en el recién nacido, sin hablar del VIH / SIDA. Las enfermeras tienen desconfianza y miedo de los maridos de sus pacientes, a sus posibles reacciones si les explican, que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sus mujeres son VIH positivas. Para ella este comportamiento amenazador es una indicación del machismo de los hombres que saben que son seropositivos.

Luisa me contó el caso de un matrimonio que decía que no estaba infectado por el SIDA porque habían hecho el test en el hospital militar y cuando se les realizó de nuevo en el GATV resultaron los dos positivos y la mujer recibió tratamiento para evitar la transmisión de madre a hijo. Otra mujer que vino a la consulta, no aceptó realizarse el test, volvió con el marido, se les realizó el test de VIH a los dos y ella salió positiva pero ya era tarde para dar el tratamiento de profilaxis y evitar la transmisión. Esta entrevista muestra algunos de los problemas diarios que un servicio de hospital tiene que hacer frente, este servicio presenta problemas diferentes de los que tenemos en el PTV, las amenazas de los maridos al personal de salud.

Normalmente estas trabajadores tienen miedo de los maridos que son directores, militares o personas con poder político. No existe una penalización administrativa o judicial contra estos hombres por abuso de poder, por amenaza o una actitud violenta. Esta entrevista fue realizada el día 7 de julio del año 2009 en el Hospital de Chamanculo, debo silenciar el servicio por expreso pedido de Luisa, ella tenía recelo de hablar, ser identificada y poder ser castigada, a pesar de haberle enseñado el permiso para investigar en el hospital y realizar preguntas. También muchos compañeros del personal sanitario del SNS tenían desconfianza de hablar, ser reconocidos aunque les aseguré que iba a cambiar sus nombres para preservar su identidad, también previamente les expliqué las preguntas de la entrevista y la autorización de sus jefes para llevar a cabo la investigación.

Las relaciones de las parejas donde existe violencia en el medio es constante, porque ambos miembros tienen otros compañeros, porque falta dinero, por las enfermedades, con los hijos, estas no son relaciones saludables y muestran las graves situaciones que las personas se enfrentan en sus vidas cuando analizan los problemas y las estrategias que se encuentran en las mujeres que vienen a buscar ayuda al PTV, SMI, Maternidad o cualquier servicio médico. Es difícil de entender como un número tan elevado de mujeres dice tener miedo de la enfermedad, del marido, de la familia y de todo. En esta entrevista también me impresiona que Luisa, que sabe mucho más de lo que dice y me puede explicar cosas e historias muy interesantes para la investigación, porque es una mujer con formación y experiencia que sigue estudiando en la universidad y conoce muy bien todo el hospital. Ella me dice que no puede hablar más porque tiene miedo a ser reconocida o a ser castigada si se

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sabe que ha estado contándome cosas. Es impresionante y parece increíble que las personas tengan miedo de hablar y de ser reconocidas por explicar problemas que es necesario que se entiendan y se busquen estrategias para que se puedan resolver.

6. MIRIAM, LA EXPERIENCÍA DE LA INTEGRACION

De vigilar y castigar a defender un trato humano y de calidad a los pacientes

Miriam trabaja desde hace 6 años como psicóloga en el programa de VIH / SIDA, cuando comenzó no tenía la experiencia y los conocimientos necesarios porque acababa de salir de la Universidad. Su testimonio muestra como una joven profesional, ha ido aprendiendo con la experiencia y se nota por su testimonio. Su análisis del discurso de los *espíritus* y del *xipongwana* muestra con bastante precisión la confusión que existe entre el concepto *émic del xipongwana* y el concepto *biomédico del virus*. Esta diferencia puede estar en la compresión vaga y en el comportamiento lleno de miedo, la falta de seguridad psicológica de las enfermas según su opinión. El proceso de evolución del combate al SIDA no es tan positivo como presentan las pacientes expertas, que son un hibrido entre una paciente y un prestador de cuidados de salud, son auxiliares del personal biomédico para transmitir a los pacientes explicaciones sobre la enfermedad en su opinión, para ayudar a las pacientes a ir al PTV, explicar alguna duda y ponerlas en contacto con las enfermeras. Para ella son auxiliares con poca formación, el punto de vista de estas pacientes es que los programas funcionan bien y que están evolucionando de una manera positiva, pero ella cree que no están capacitadas para hacer valoraciones profundas.

Las relación de las pacientes expertas con las enfermas no está muy estudiada, pues es una experiencia que sólo llevaba en marcha 2 años. Encontramos dos visiones de la evolución del programa del SIDA y del comportamiento de las pacientes expertas. Según la psicóloga que es la persona que supervisa a las pacientes expertas, la evolución del programa desde el punto de vista del comportamiento de las pacientes y la tasa de infección continúa creciendo. La lección a extraer de la experiencia de esta profesional es que las personas bien formadas y entrenadas a lo largo del tiempo, técnicamente capaces y con experiencia, son una pieza clave para obtener eficiencia y eficacia en la prestación de cuidados. Los datos de esta entrevista revelan la necesidad de sustituir algunos consejeros y enfermos expertos por personas mejor entrenadas y formadas que algunas enfermas expertas, una figura intermedia entre una psicóloga y una persona con un curso rápido de formación

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de pocos meses, aunque tengan la enfermedad y tomen los tratamientos antirretrovirales, existen muchos temas que no están preparadas para resolver y explicar adecuadamente.

Esta mujer, en su supervisión a los servicios psicosociales de prenatal, de los enfermos crónicos, me explica cómo ha bajado la calidad de la consulta y lo mal que hacen las cosas las enfermeras a nivel del test, asesoría, de la educación para la salud ya que las embarazadas no entienden nada y salen más frustradas que antes cuando el programa de PTV estaba en el programa de MSF Suiza. Ella lo atribuye a que hay una sobrecarga de trabajo sobre estas enfermeras que tienen entre 80 a 120 pacientes cada día. El papel de las pacientes expertas es de ayudar a hablar, de aconsejar y con las charlas informar mejor a las enfermas para mejorar esta parte de información, comunicación y educación. Su evaluación es diferente de los otros prestadores de cuidados de salud, las psicólogas, médicos y el personal sanitario deben de ir a ver a los enfermos a sus casas, ver la realidad de cuando en cuando, y salir del trabajo burocrático es muy buena opción. A comienzos del programa de MSF-S iban a visitar a algunos enfermos a su domicilio. También piensa que sería bueno que el personal sanitario expatriado diera alguna vuelta por el barrio donde vive la gente con la que trabajan, para que se hagan una idea clara de las personas con las que están tratando, como viven, las estrategias de supervivencia, los problemas que enfrentan y las soluciones que buscan.

Este caso también ha sido interesante porque ella cuando entró en el programa de SIDA, el modelo de trato a los pacientes en la asesoría, pruebas voluntarias era de vigilar y castigar, y los castigos a los pacientes que tenían mala adherencia, si querían seguir recibiendo el tratamiento, debían de venir todos los días durante un mes al programa a tomar el tratamiento antirretroviral delante de los consejeros. Estas profesionales también tenían el mismo tipo de estrategias para enfrentar la vida, buscar extras y rendimientos, dinero para solucionar la vida diaria como forma de poder caminar hacia adelante, usando las estrategias que tenían a su alcance. Existía una realidad sexual compleja y una representación realizada en base a la moralidad religiosa, que se entremezcla con las prácticas sociales. Realicé con ella tres entrevistas en profundidad además de varias conversaciones durante los tres años que pase en el hospital de Chamanculo.

7. MAIMUNA, LAS MUJERES, LAS SUEGRAS Y EL HECHIZO

Las chicas se quedan embarazadas muy jóvenes y rápidamente para poder ganar la vida, si los maridos niegan el embarazo o si lo aceptan, las mujeres van a trabajar a la cocina.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Maimuna es una mujer de 34 años, que lleva trabajando como consejera en el proyecto cinco años, ella había adquirido la enfermedad y estaba en tratamiento antirretroviral en segunda línea, tiene buen aspecto y habla abiertamente de su enfermedad y de sus opiniones. Me gusta como trataba y explica las cosas a las pacientes, porque es humana, tranquila y paciente. Tiene una experiencia personal que le permite poseer un conocimiento profundo de las situaciones de las mujeres que venían cada día a los gabinetes del programa de PTV, también tenía muchos años de experiencia como consejera. Sólo conseguí una entrevista formal con ella, pero tuve diferentes conversaciones informales y fuimos compañeras de trabajo. Sus comentarios, las historias y los problemas que sucedieron en los 2 primeros años en que yo trabaje con ella fueron muy interesantes para ponerme a reflexionar sobre mi tema de investigación, le estoy agradecida por su paciencia para que yo entendiera la realidad de las mujeres que venían al gabinete psico-social. La entrevista fue realizada en el gabinete de psico-social de hospital de día de Alto-Mãe el día 2 de julio del año 2007.

La mayoría de las mujeres embarazadas que venían durante los años 2006-2007 al gabinete psico-social del PTV y a la consulta prenatal, eran la mayoría de un nivel de estudios bajo causado por las bajas condiciones económicas y culturales de estas mujeres, también por que las chicas jóvenes recurrían más al sexo para ganarse la vida. Las chicas se quedaban embarazadas muy jóvenes y rápidamente para poder ganar la vida, tanto si los maridos negaban el embarazo o si lo aceptaban, las mujeres iban a trabajar a la cocina. Un 75% de las embarazadas que venían a Chamanculo tenían solo estudios primarios. La mayoría de estas mujeres eran amas de casa o trabajaban limpiando otras casas, otras iban a vender en el mercado o en la calle, estas 2 categorías eran un porcentaje del 95%, unas pocas un 5% trabajaban como secretarias o administrativas. De las mujeres que venían entonces, el 5% estaban casadas civilmente, otro 5% casadas en matrimonios tradicionales con lobolo, *el 5% de las embarazadas estaban casadas en matrimonios prematuros. La mayoría de las mujeres que venían en aquella época eran muy jóvenes y la mayoría eran las segundas mujeres o popularmente llamado en Maputo* la casa 2, *estas mujeres siempre decían que el marido no era realmente marido de ellas legal y en este grupo estaban entre el 70 al 60% de las mujeres que venían a las consultas cada día.*

Las prostitutas (trabajo de sexo) no venían muchas, ella recuerda unas 10 mujeres y estas señoras se identificaban desde el inicio de la consulta. Las embarazadas venían solas desde el inicio de llegar a empezar el programa de Salud Materno-Infantil, decían que no usaban medidas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de prevención con sus compañeros porque era un problema de confianza, como los hombres tenían otra mujer tenían más responsabilidades y también por la confianza de ser las segundas mujeres durante mucho tiempo y entonces no se podían prevenir con ellos porque eran maridos. En la consulta de psico-social Maimuna daba dos formaciones de Información, Comunicación y Educación y estaban dirigidas a dos grupos diferentes de mujeres. La primera iba dirigida a todas las mujeres para que se animaran a participar voluntariamente en la asesoría y pruebas voluntarias del test de VIH, la segunda charla iba ya dirigida a aquellas mujeres que habían decidido pasar por las pruebas. *Las mujeres tenían muchas dudas por que tenían miedo cuando pensaban que iban a descubrir a otras personas que tenían una condición de VIH positiva, como se lo iban a decir al marido porque las podían dejar. El grupo de mujeres que tenían este tipo de pensamientos se quedaban sin fuerza, no hacían la sesión de asesoría y de test de VIH. Las embarazadas se quejaban de los maridos y compañeros porque no era nada fácil traerlos al programa de SMI para que se realizaran ellos también el test de VIH. Cuando llegaban a casa y le comentaban la situación al marido, tenían mucho miedo a su reacción. Muchas mujeres no le decían nada, sólo le comentaban que eran llamados del hospital porque en la consulta de prenatal necesitaban hablar con ellos, pero el marido nunca cedía y no iba, sólo aquellos maridos que tenían más información sobre el VIH / SIDA o les daban charlas sobre este tema en sus empresas, eran los que aceptaban venir más fácilmente.*

En el año 2007 venían el 50% de los maridos a nuestro programa de MSF-S. En el año 2005 cada día atendían a 20 mujeres embarazadas y durante la semana venían solo 3 o 4 maridos, después con el tiempo fue aumentando el número y ya venían más. Las mujeres cuando venían con los maridos estaban muy asustadas y ella iba hablando con ellos y haciendo como si llegaran los dos de nuevo, marido y mujer por primera vez a la consulta psico-social así intentaban ayudar a las mujeres a evitar las posibles consecuencias negativas. Después de la preparación en la asesoría antes del test y de la conversación, hablaban con ellos, les hacían ver el problema que suponía para la familia la enfermedad del VIH / SIDA y después los maridos ya se comportaban bien. Las mujeres decían que tenían mucho miedo de tener el hijo VIH positivo, además de tener que informar al marido, tenían mucho miedo de perder al marido, de explicar su situación a la familia de ambos, de los vecinos y amigos porque si las personas no veían dar de mamar al bebe o le daban leche artificial al bebe podían descubrir su enfermedad porque decían que el SIDA mataba, que era una enfermedad de sufrir para después morir y para ellas era el fin de su vida. Las mujeres que venían

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

la primera vez era muy difícil hablar con ellas y saber si venían para hacer el tratamiento de profilaxis de PTV, de estas mujeres volvían la mitad y de estas solo el 10% de ellas confesaban que estaban haciendo tratamientos de Medicina Tradicional.

En la primera entrevista en el gabinete psico-social las mujeres embarazadas no conseguían abrirse y contar su vida, los problemas, las dudas, pero como se les iban marcando más consultas poco a poco comenzaban a hablar de su situación personal. Si las embarazadas eran negativas, cada tres meses volvían a pasar por el test para confirmar que no se habían contagiado durante el embarazo. Si las mujeres tenían una condición VIH positiva pasaban a la consulta del PTV para hacer el análisis de CD4 y hablar con la enfermera, que les explicaba de nuevo su situación, para resolver sus dudas sobre las cosas que no habían entendido bien. Se les decía que volvieran de nuevo a los 15 días para saber el resultado del CD4, se les volvía a explicar toda la situación de nuevo desde el inicio, la historia del virus y del SIDA, la prevención, y los tratamientos antirretrovirales. Las mujeres que tenían un CD4 alto solo iban a tomar profilaxis con NVP más AZT, muchas no entendían bien todo este procesos y volvían más veces en los días siguientes a buscar buenas explicaciones.

Muchas mujeres decían; me hicieron el test de VIH, soy positiva y ahora no me quieren dar el tratamiento porque el CD4 era alto. ¿Cómo me voy a controlar? Y muchas hasta querían tomar el tratamiento antirretroviral completo para mejorar, había mucha tendencia a querer tomar los medicamentos. Cuando durante la consulta se les preguntaba como ellas pensaban que habían cogido esta enfermedad*, ponían siempre al* marido *en el punto de mira y ellas pensaban que había sido el marido, el que había traído la enfermedad para el hogar, nunca las mujeres se situaban en la hipótesis de que podían haber cogido la enfermedad de otras maneras, con objetos cortantes, o con transfusiones,* siempre habían sido los maridos*. Pocas mujeres decían que habían sido los* espíritus*, las mujeres que decían estas cosas eran las que venían ya* muy enfermas *y entonces les echaban la culpa a las* suegras*, que había sido un* hechizo *que les había enviado una* rival o una traición que habían sufrido*.*

Las mujeres embarazadas no venían muy convencidas a hacerse el test de VIH porque tenían una apariencia saludable, no era fácil convencerlas para saber si tenían la enfermedad o no. Las que venían ya enfermas decían que era la maldición del espíritu de la suegra, de *la madre,* de la tía, de la abuela o les echaban la culpa a otras mujeres. *Muchas mujeres embarazadas venían de una*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

familia poligamica, porque en Mozambique el matrimonio civil y tradicional ahora muy pocas parejas lo celebraban. La mayoría eran uniones de hecho, la pareja se juntaba y cuando las cosas ya no iban bien se separaban. Las mujeres podían tener entre 3, 4, 5 hijos y cada uno de esos hijos era de un padre diferente y los hombres igual, la misma situación. Los matrimonios ahora no duraban mucho en estos tiempo, si los matrimonios llevaban casados 20 o 30 años casados era porque se casaron en aquellos tiempos de la colonia o de los inicios del gobierno comunista, ahora en el año 2007 las parejas no duraban casi nada. La inmensa mayoría de las familias venían de familias que eran de las antiguas, de las que el matrimonio duraba hasta que la muerte los separaba, esto de la poligamia escondida *empezó ahora con las generaciones de este tiempo.*

En la consulta aparecían algunos casos curiosos de mujeres que vivían en relaciones de poligamia oficial *y ella había tenido unas 15 o 20 mujeres que estaban casadas con* curanderos *y eran matrimonios muy antiguos. De estas mujeres la mayoría de ellas tenían 2, 3, 4 hijos. Eran muy pocas las mujeres que confesaban que tenían amantes u otros compañeros porque tenían vergüenza y miedo a que se supiera su vida. Muy pocas mujeres hablaban abiertamente de su vida sexual, un 20% confesaban que mantenían relaciones sexuales de* sexo seco *porque el marido se lo pedía, otras decían que habían hecho el tratamiento de* la Kutsamiwa *porque habían cogido una* enfermedad de contaminación sexual *y algunas mujeres contaban que sus* maridos las maltrataban*, las obligaban a mantener relaciones sexuales forzadas y abusaban de ellas.*

8. SAUL, EL FARMACEUTICO Y LOS MAPAS DE PASTILLAS

Todos dicen que no saben dónde fueron a encontrar la enfermedad

La percepción del farmacéutico es la de una persona formada en la Universidad, que trabaja en la farmacia de un HdD como supervisor y dispensa todos los tratamientos con antirretrovirales de un programa de VIH /SIDA, con muchos enfermos en tratamiento, los mapas de control de comprimidos porque se intenta llevar mucho control sobre la medicación antirretroviral desde el MISAU. Los hombres vienen a buscar las pastillas antirretrovirales después de la consulta médica y siempre dicen que no saben dónde fueron a encontrar la enfermedad. Su opinión es que *todos* se contagiaron con relaciones heterosexuales pues no usan la camisa de Venus. Saúl piensa que buena parte de los enfermos jóvenes no toman bien el TARV, en el fin de semana los jóvenes cuando van a la vida a divertirse no toman los comprimidos antirretrovirales para no ser descubiertos por sus

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

parejas. *Todos intentan esconder su estatus de VIH / SIDA a sus compañeros y a las personas con las que mantienen relaciones sexuales y/o afectivas.*

Saúl tiene un segundo trabajo en una farmacia privada, va a ser padre, ese día se había hecho el test de VIH junto a su mujer embarazada y han tenido los dos resultados negativos, él tenía miedo porque anteriormente tuvo una relación con una mujer que lo traicionaba e iba con otros hombres. Según él ha observado en dos ocasiones, vio como vendían medicación antirretroviral en el Dumba Nenge (mercado informal) de Xiquelene, cada frasco de comprimidos costaba sobre 200.000 meticais. Su explicación es que los medicamentos han sido desviados de los almacenes del estado. Existe un comercio clandestino tanto en las farmacias como en el mercado informal (Dumba Nengue), o en las calles de medicamentos y parece confirmarse que también de estas medicaciones. Una de las fuentes que facilitan los medicamentos son los funcionarios de los servicios de salud que los desvían o de los trabajadores en ONG´S. Esta entrevista fue realizada en el mes de junio del año 2009 en el HdD.

Los pacientes pese a recibir todas las explicaciones medicas, y el tratamiento, existe un numero alto que deciden tomar el tratamiento o dejarlo cuando les interesa y que mantienen su situación en secreto para no ser descubiertos, pese a que esta decisión empeore su salud. Trabajar todo el día escuchando las mismas quejas y los mismos problemas tiene como resultado que te vuelvas indiferente y que expliques las cosas a los pacientes pero al final la decisión última de hacer bien las cosas es problema de ellos. Existe un ambiente de cansancio y de desaliento en general entre todos los trabajadores a los que he realizado la entrevista en que denota que va a llevar mucho tiempo que cambien las cosas y que las personas infectadas tengan un comportamiento más responsable. Para ellos el programa de SIDA es complicado y un autentico desafío.

9. JOSH, EL ENFERMERO QUE CREE EN LA MAGIA

En el hospital de día se usó el término xipongwana para poder explicar la infección y compararlo como igual al del VIH / SIDA.

Josh es un enfermero joven de 30 años, bien formado y que ha participado en cursos internacionales, que cree en la magia. Lleva 6 años trabajando en una unidad de prestación de cuidados de salud. La entrevista fue realizada en el mes de junio del año 2009, en el hospital de Chamanculo. Su testimonio explica *por qué se utilizó el concepto de* xipongwana *para explicar a los enfermos, que es un bicho pequeño, larva que está en la sangre y es invisible. En el HdD se usó*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

este término par poder explicar y comparar el término xipongwana *es igual al termino SIDA, cuando se comenzaba a hablar del VIH, teníamos que dar un nombre adecuado en la* terminología local. *Esta elección del término fue hecha sin tomar en consideración que se trataba de dos seres totalmente diferentes y que la designación* xipongwana *pertenecía al discurso de los* espíritus *y a las concepciones de los* PMTS. *Este cambio de términos en su opinión, desencadena un proceso de tratamiento médico que es el único que hasta ese momento consigue contener los síntomas, la progresión de la enfermedad, y la utilización de los conceptos y prácticas de la cultura local.* El testimonio de Josh muestra claramente que para él era correcto y simple usar los términos para que los enfermos comprendan la situación de la enfermedad. *Entre sus pacientes están varios PMTS. Tiene miedo y respeto de los poderes mágicos de ellos cuando van al HdD a recoger el TARV e intenta reducir el contacto con ellos.*

Josh dice en sus observaciones: *las personas más infectadas son las personas jóvenes hasta los 40 años, que tienen compañeros sexuales múltiples y relaciones desprotegidas escondiéndo los unos a los otros su condición de VIH, él llama a este tipo de relaciones sexuales entre hombre y mujeres* la cultura del amantismo *como otros compañeros también entrevistados*. El concepto que fue traído por la FRELIMO en el año 1974 para referirse al *amor libre***,** a las relaciones sexuales entre personas que no son casadas. Diferencian el amantismo de la prostitución porque la mujer trabajadora de sexo es estigmatizada y perseguida, es considerada *carne podrida que se vendía*. *El* amantismo *se da en la opinión del enfermero como una forma de transacción sexual que implica una transacción comercial,* tú mantienes relaciones sexuales conmigo y yo te doy dinero, casa y te mantengo. El amantismo *puede ser practicado por hombres o mujeres para obtener beneficios materiales del compañero que tenga mejores condiciones económicas.*

La evaluación de la situación del SIDA y del futuro de los programas de combate a esta enfermedad, en su opinión, son cómo poco productivos y no van a dar resultados positivos, la enfermedad va a seguir avanzando. Se parte siempre del principio de que la enfermedad llega al hogar por aquel que se hizo el test primeramente, con un resultado positivo y que reveló su condición de VIH a su compañero, probablemente fue esta la razón que lleva a que las mujeres mantengan en secreto su condición de VIH positiva para no ser acusadas de haber sido las que llevaron el virus para casa, esperan hasta que el marido se ponga enfermo y después intentan ir con él al HdD. El *secreto* sirve para crear una *igualdad de oportunidades* de equidad entre el hombre y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

la mujer pues la revelación del sero-estatus revela la desigualdad de género, el poder entre el hombre y la mujer y facilita la violencia de género.

Todos los compañeros sanitarios locales están desanimados y no ven con claridad el futuro del programa y los cambios que están produciéndose en el programa a nivel general. Pienso que también influye el hecho de que existen rumores de que MSF- Suiza pueda traspasar el proyecto al gobierno y están preocupados con el trabajo. También todos indican que el programa debe de recorrer aún mucho camino para que funcione bien y son necesarios muchos esfuerzos desde todos los niveles de actuación.

10. ALBERTO, EL ACTIVISTA INTERNACIONAL

Hablar de sexo abiertamente y dejar de dar lecciones de moral

Alberto tiene cerca de 40 años, cogió el VIH / SIDA en una relación ocasional, vive más de 10 años con su infección y bastantes años en tratamiento con antirretrovirales. Trabaja para varias organizaciones internacionales como consejero y activista para los programas de VIH / SIDA. Visitó por primera vez Mozambique en el año 2007, realicé la entrevista en mayo de ese año. Durante su visita trabajó en los programas de MSF Suiza en Mozambique, su experiencia y visión crítica fueron importantes para mostrar las contradicciones e insuficiencias de los abordajes que existían en aquellos momentos dentro de los proyectos que MSF Suiza estaba realizando en Maputo y Lichinga. Alberto pasó varias semanas haciendo observaciones en el terreno, en conversaciones que mantuvo con personas infectadas, personas que estaban en los centros para realizarse el test de VIH y sobre todo con personas que vivían con el SIDA tomando TARV. Él discutió la situación en el país también con otros profesionales del área, personas comunes de la calle y apareció en un programa de televisión de gran audiencia. En ese programa, además de responder a las preguntas de la entrevistadora, respondió a las preguntas hechas por los telespectadores. Esta entrevista informal con Alberto me permite tener una visión del problema del SIDA en Mozambique visto por alguien de fuera del equipo y con otra visión diferente a las personas que había conocido anteriormente.

En la entrevista muestra una visión comparativa de la situación en otros países, con otros continentes, ya que él va trabajando por el mundo en muchos países, en diferentes programas de VIH / SIDA y de distintas organizaciones con estrategias de trabajo que difieren entre ellas. Esta entrevista que aquí resumo muestra claramente la importancia de la información dada a los enfermos, del papel jugado por los pacientes de su propia enfermedad, adherencia al tratamiento y la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

importancia de discutir públicamente el SIDA, consiguiendo que la persona que está infectado dé la cara y sé enfrente a la situación. El sistema de la asesoría utilizado en aquel tiempo, inicios del año 2007, por MSF, de acuerdo con las observaciones de Alberto, tenía un número de insuficiencias pues se trataba de una forma de educación ideológica para el sexo seguro y para la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Alberto comprobó como las personas que eran asesoradas y los consejeros que realizaban este trabajo a los usuarios, sabían muy poco sobre el virus, el tratamiento, la enfermedad. Los consejeros, muchos de ellos, tenían una información básica porque fueron escogidos después de un curso de preparación corto y muchos de ellos porque tenían VIH / SIDA. Entre los consejeros que estaban en MSF había de todo tipo, y tenían formaciones complementarias de trabajo con cierta frecuencia. La formación de ellos sobre la sexualidad tampoco era en muchos casos completa y no estaban preparados para formar a los pacientes en profundidad. Las discusiones sobre la relación entre el sexo y el virus tenían como consecuencia que las sesiones de asesoría fueran una especie de charlas donde algunos pacientes expertos y algunos consejeros se ponían como profesores dando un aula magistral. Los pacientes que estaban siendo aconsejados escuchaban probablemente sus explicaciones y no entendían nada o muy poco de lo que les estaban diciendo y no hacían preguntas porque parecía una sesión de iglesia o una reunión política en que el *jefe* habla o una sesión con un *PMT q*ue transmite los mensajes que recibe de *Dios* y de los *espíritus.*

Al comienzo yo tenía, muchas veces esta sensación antes de que viniera Alberto. Afortunadamente se han realizado esfuerzos por parte de la organización y las cosas han ido mejorando con el tiempo en el área psico-social. La experiencia de Alberto y las propuestas que hizo para modificar el sistema de trabajo en el programa de VIH como activista a nivel de prevención y de asesoría a los pacientes tenía como objetivo principal que los pacientes entendieran que eran los principales actores del programa, de su propia salud y que tenían que tomar las riendas de la situación. Esto sólo podría ser realidad cuando el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral fuera alto y cada uno de los enfermos entendiera que la mejoría de salud dependía de ellos mismos y de la forma en que tomaban el tratamiento. La relación médico / prestador de cuidados y las personas que buscaban cuidados de salud fue caracterizada por Alberto como una relación de tipo en que el paciente prácticamente no existía, recibía órdenes y orientaciones muchas veces incompletas, y hasta que no tenían nada que ver porque los consejeros en las sesiones añadían cosas de su cosecha, como que no se podía beber cerveza o comer picante en las comidas tomando el

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tratamiento antirretroviral. Algunos médicos y prestadores de cuidados terapéuticos en general pensaban que lo sabían todo, los pacientes no sabían nada y que los enfermos no tenían capacidad de entender, lo que era totalmente falso.

Las consultas médicas para el programa del VIH / SIDA, la interacción enfermo / prestador de cuidados de salud, la receta de las medicaciones, las explicaciones sobre como tomar el tratamiento, los efectos secundarios, otros aspectos, el tiempo de duración de la consulta, el tiempo de espera para ser atendido, eran iguales o peores a cómo eran en los centros de salud del gobierno. Este diagnóstico que fue hecho por Alberto junto con el análisis de más profesionales fue utilizado por MSF Suiza para modificar su programa introduciendo cambios para intentar mejorar la calidad de trabajo de los programas de VIH / SIDA. Los pacientes pasaban mucho tiempo esperando para ser vistos por el médico o la enfermera y se podían hacer actividades más interesantes durante este tiempo que ver la tele, controlar a los otros enfermos o dormir. Alberto opinaba que se podrían hacer actividades de formación interesantes.

Yo no estaba de acuerdo en que la asistencia médica recibida y las explicaciones dadas por el personal sanitario de MSF sean iguales a las de los centros de salud del gobierno; hay bastantes diferencias, pero en lo que sí que estaba de acuerdo era que con pequeños cambios en algunas estrategias se podían mejorar bastante problemas como la espera para ser atendidos o la información, comunicación y educación del programa. Anteriormente tuvimos el sistema de marcar horarios a los enfermos, pero fue complicado porque los pacientes estaban acostumbrados al sistema de los centros de salud, venían como ellos entendían y volvimos otra vez al mismo sistema. En el proyecto tuvimos varios programas de formación IEC para los pacientes, pero con el tiempo se aburrían de oír lo mismo y los que estábamos allí, trabajando, también estábamos al final aburridos de oír las mismas cosas. Las opciones de tratamiento, los medicamentos que eran usados, fueron considerados por Alberto algunos como el 4DT, que ya no se usaban a causa de los efectos secundarios que tenían en los países desarrollados, cuando en realidad existían medicaciones antirretrovirales más avanzados y tenían resultados mejores. La responsabilidad de exigir que el estado que pusiera a disposición de los pacientes medicamentos de nueva generación era responsabilidad de los pacientes, de las personas infectadas, si los enfermos no participaban en los tratamientos y no se adherían a los protocolos, no se preocupaban con la alimentación, salud y su comportamiento.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Los responsables de los servicios de salud, los gobiernos y las organizaciones internacionales de salud incluyendo a las ONG ponen en marcha sus propios programas. Los medicamentos que ya se no se usan en otro lugar del mundo son utilizadas en África pues las organizaciones que los fabrican y otras instituciones están ocupadas de realizar estudios o en gastar poco dinero. África es usada como un laboratorio social en demasiadas ocasiones; es la conclusión a la que llegas cuando te explican este tipo de conductas. El centro de cualquier programa de tratamiento del SIDA son los pacientes, desde que decidan participar en los programas, tomar la medicación, conocer la enfermedad y saber las vías de transmisión. Para el paciente tratándose de una enfermedad de transmisión sexual, es importante que pueda discutir abiertamente los problemas relacionados con su sexualidad: las practicas que le gustan, la forma y las dificultades que tiene de mantener sexo a su voluntad en una situación en que se recomienda seguir las reglas dictadas por las personas que trabajan en los servicios de asesoría y psicosociales. Estas reglas dictadas por los servicios de salud no permiten al paciente discutir la manera de obtener placer él mismo o de dar placer a su compañero /a. El tabú del sexo seguro impide que disfruten de su cuerpo, que sientan placer evitando la re-infección y manteniendo los niveles de CD4 en tasas aceptables. El análisis llevado a cabo por Alberto y sus propuestas de actuación son bastante parecidos a aquellas que fueron aplicadas en la ciudad de San Francisco en California por las personas que fueron originariamente infectadas por el virus, se trataba mayoritariamente de grupos de homosexuales y otras personas con comportamientos de riesgo. Ellos mismos se organizaron para movilizar a todos los que conocían y pasar por el test, conocer su sero-estatus, seguir los tratamientos y protegerse usando las tecnologías científicas conocidas.

En la opinión de Alberto: en África quienes comenzaron y siguen liderando el combate contra el VIH / SIDA son las mujeres porque dan la cara y porque quieren salvar la vida de sus hijos, pero a causa de los problemas de discriminación de género no son capaces de organizarse y de asumir públicamente su condición de VIH ya que cuando lo revelan son castigadas, pierden la casa y son expulsadas de la familia. Los hombres simplemente ignoran la enfermedad y pasan la responsabilidad a las mujeres. Como dice Alberto en Mozambique: *Las personas adoran al virus del SIDA, mantienen relaciones sexuales sin ningún tipo de protección*. La discusión pública y la aceptación sin tabúes de personas infectadas, cualquiera que sea su posición social, política y económica, contribuirán para que todos sepan que no hay nadie exento de ser alcanzado por el virus.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Una campaña masiva de organización de las personas que viven con SIDA, una exigencia continúa para que sean facilitados los tratamientos nuevos y eficaces, la aceptación y la correcta información de su propia enfermedad, ayudara a evitar que un grupo numeroso de organizaciones aplique las políticas y las estrategias que son muchas veces contradictorias. Si esta situación no cambia los enfermos mozambiqueños del SIDA, como de otras partes del mundo seguirán de cobayas en experiencias que en otros países del mundo no han dado resultados anteriormente. Cualquier intervención biomédica al nivel del VIH / SIDA aislada no conseguirá los efectos positivos y debe venir acompañada por grandes cambios sociales, políticos y la prestación de servicios sanitarios básicos a la población. Los programas de apoyo para combatir al VIH / SIDA tendrían que estar acompañados de programas de apoyo para mejorar el nivel de vida de los enfermos, crear empleo, mejorar su nivel de educación y sobre todo ayudar a que las personas comprendan que morir o vivir es una decisión que depende de ellos.

11. CARLOTA, UNA VISION HUMANITARIA

La necesidad de dar un trato humano a los pacientes

Carlota es una médica extranjera que lleva 3 años trabajando en Mozambique con diferentes organizaciones en una provincia del norte y en aquel momento trabaja para una organización internacional que implica que viaje por el país, visite las consultas de SMI. La entrevista fue realizada en el mes de julio del año 2009. Carlota también forma parte de la Task Force (talleres) para discutir la reforma del programa de PTV en el país y de preparar el currículo de formación de las enfermeras de SMI. Ella piensa que se discute mucho y que se toman las decisiones muy lentamente en el programa de PTV, cuestiona las opciones de los tratamientos que son tomadas por las diversas organizaciones. Su opinión sobre el SNS es de un sistema débil, deshumanizado y que necesita de la formación de los cuadros sanitarios, o sea de la humanización de sus prácticas y de la manera de involucrarse en las comunidades.

Carlota está de acuerdo con el protocolo de tratamiento usado en el PTV de la ONG Santo Egidio, le parece un protocolo adecuado a la realidad de Mozambique. La importancia de este protocolo es que las madres toman el cóctel de tratamiento antirretroviral hasta que el hijo tenga 6 meses, así el riesgo de contagio durante la lactancia materna se evita y los resultados que se consiguen son iguales a los programas del primer mundo. Hay muchos bebés que nacen VIH positivos y el programa de PTV es un desastre en Mozambique. Para ella resulta incomprensible que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sólo en aquel momento las unidades sanitarias del país están dotadas de aparatos para poder hacer una hemoglobina, un equipamiento que es barato, lo caro son las tiras reactivas. Carlota tiene una mirada crítica y muchas conclusiones parecidas a las que yo observé en el área de Chamanculo. Para ella es muy importante el respeto en el trato a los usuarios, la humanización de la práctica médica, sanitaria, la educación para la salud y la educación en general.

Carlota me explica que se va a crear un nuevo sistema de trabajo para PTV con todos los puntos que hay para mejorar en las consultas prenatales del país tales como: la planificación familiar, el seguimiento de los bebés, realizar la prueba de PCR recién nacidos, tratamiento de prevención de las enfermedades oportunistas universal, creación de grupos de madre seropositivas educadoras de otras madres, y trabajar, especialmente, dentro de estos grupos en cómo revelar al marido la condición de VIH positiva. Se van a elaborar nuevas fichas de trabajo para las consultas de SMI donde se hará constar si se realiza el test al compañero y si la pareja ya se ha revelado su condición de VIH entre los dos. También están pensando en la Task Force si estos nuevos cambios se deben de imponer como normas para todo el país.

Carlota piensa que sólo se hacen el test a un 50% de las mujeres positivas, son las que van a recibir la profilaxis, pero el seguimiento de los bebés se pierde, por eso con las nuevas normas será muy positivo para que cambie esta situación. Según su opinión muchas mujeres se infectan en el embarazo y tienen una carga viral altísima, por esta razón es necesario de que los protocolos de actuación sean muy claros y se apliquen adecuadamente. Las madres traen al bebé para vacunar, para pesarlo y no lo llevan a la consulta de niños de riesgo VIH / SIDA. Los bebés de esta consulta pueden tener problemas tales como: ser prematuros, desnutridos, o tener alguna otra enfermedad, tener el VIH, existe auto-estigma por parte de las madres positivas y en la consulta del bebé sano no hay privacidad. Con las madres de apoyo cree que las madres llevaran más a los hijos a la consulta. El fluxograma de las consultas es caótico, no resulta amistoso y sí muy complicado.

El problema técnico es la punta del iceberg, las enfermeras van al terreno y no hacen nada, el equipo necesita el curso completo de VIH / SIDA y de medicina preventiva. Las enfermeras niegan este proceso alegan que las cosas están funcionando bien, en la consulta de niños a riesgo es la misma situación, sólo cuando la situación es muy evidente y se ven los errores empiezan a aceptar que tienen problemas serios. La implementación de un programa de SIDA en un país con las características de Mozambique, es un proceso complicado.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

12. MALENA, LA ASESORÍA ES UNA RECETA DE COCINA

Los consejeros y algunos enfermeros son muy rígidos en las consultas, ellos te dicen: no debes fumar, beber alcohol, no salir de noche. Deben de ser más flexibles a la hora de hablar con los pacientes, explicarles realmente los cosas que deben y que pueden hacer sin utilizar sus juicios de valor sobre la cosas. Los enfermos tienen que tomar su responsabilidad en la enfermedad, y recibir consejos positivos de vida saludables pero no normativos.

Malena es médica con varios años de experiencia, muy formada, especializada en enfermedades infecciosas, y que trabajó en varios programas de SIDA en diferentes países de África: Malawi, Kenia y Mozambique, esta entrevista fue realizada en el mes de mayo del año 2007. Malena explica sus opiniones: *Los enfermos reciben órdenes sobre lo que deben de hacer, estas charlas son tan anecdóticas que llegan al punto que les dicen a los enfermos que no deben de comer picante. Los médicos están sobrecargados con tareas administrativas, de formación, clínicas, tienen poco tiempo para atender a los enfermos y para hacer educación para la salud. Los enfermeros necesitan más formación y supervisión, por eso durante el año 2007 cambiamos toda la estrategia de trabajo en MSF, en que el trabajo clínico es realizado por los enfermeros locales y los médicos expatriados se dedican a ver los casos complicados, a enseñar a los enfermeros y supervisarlos para que puedan trabajar cada vez mejor y más autonomía. Los programas de SIDA deben de estar al servicio de los enfermos y movilizarlos para que se cuiden de sí mismos. La mayor parte de las actividades médicas son realizadas de forma bastante rápida y mecánicamente pues el volumen de trabajo es muy grande. En los centros de salud, la calidad de la atención baja mucho, la mayoría de los enfermos expertos y expatriados que son colocados a trabajar en los programas pasan excesivo tiempo aprendiendo porque necesitan tener experiencia. A los médicos que trabajan en los centros de salud, debido a sus múltiples tareas, es muy difícil verlos en los centros.*

Los programas de SIDA son diseñados de forma que puedan resolver todos los problemas de salud que apoyaban y refuerzan el SNS. El sistema de salud de Mozambique necesita cambios e inversiones y esto no puede ser confundido con las necesidades que plantea el VIH / SIDA. Los programas de SIDA deben de ser orientados para tratar a las personas que ya están infectadas y ayudar a prevenir a los que no se han infectado todavía. Los programas de SIDA, es interesante que sean simplificados, porque son complicados, para manejar clínicamente a los enfermos. La cantidad de enfermos y las personas infectadas aumenta de una manera alarmantemente, no hay

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

suficiente personal sanitario para atender esta avalancha de enfermos y es necesario buscar estrategias que ayuden a mejorar la situación. En el año 2007, la TV está dando mensajes y educación para la salud, pero estos son deficientes: aunque se habla mucho de la enfermedad, no se dan mensajes claros a la población. La educación para la salud es un tema que debe ser incluido en el sistema de educación del país a todos los niveles. Los niños es importante que tengan temas relacionados con su salud en su formación escolar.

En la fotografía siguiente el primer equipo expatriado del proyecto de la Descentralización en un día en que íbamos a trabajar a los centros de salud del área de Chamanculo.

Fotografía XLVI: Primer equipo médico expatriado de la Descentralización

Fuente: realizada por la autora en junio del año 2007

El SIDA cuando lo sufre alguien que es parte de una familia o de un agregado familiar, todas las contradicciones que existen en las familias, sus problemas socio-económicos y culturales, sus creencias mágicas religiosas aún tratándose de familias católicas, protestantes o musulmanas saltan sobre la mesas y andaban todos a la búsqueda de un chivo expiatorio que es normalmente la mujer. Cuando la mujer está embarazada, peor es tratada, en la mayor parte de los casos porque la explicación más común que dan para cualquier patología es que la mujer o el bebé en gestación o el recién nacido es considerado culpa de la madre sobre todo porque ella haya sido adultera, en una

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

situación en que existe la poligamia y la poliandria, en que cada hombre se relaciona con más de una mujer y una mujer con más de un hombre. No es la *monogamia pura o serial o la poliandria o la poligamia* las que traen la infección pero si la existencia de un virus que debe ser como decía Alberto en la entrevista anterior apañado antes de que él te apañe a ti.

13. JULIA. EL ESFUERZO DE TRATAR A LOS NIÑOS VIH POSITIVOS

Están llegando muchos niños con VIH / SIDA positivos al hospital de día pediátrico pero esta situación, ya existía antes no eran diagnosticados y seguidos clínicamente como se está haciendo en la mitad del año 2009.

Julia es pediatra española y está trabajando en el hospital de día pediátrico que antes era el PTV del hospital de Chamanculo. Tiene 40 años y experiencia en Mozambique ya había estado trabajando con otras organizaciones en el país. Le pregunto cuál es su opinión de cómo está caminando en la mitad del año 2009, el programa de PTV en la consulta de prenatal y como van evolucionando los bebés que nacieron de madres VIH positivas. Fui a dar una vuelta por la consulta prenatal, vi como hacían el test de PCR a los bebés de madres VIH positivas, como rellenaban las fichas y las hojas y pregunté cómo estaban saliendo los resultados de estos test en los hijos. Las enfermeras me contestaron amablemente pero no querían que yo me quedara allí porque pensaban que yo las quería supervisar y no me querían responder a las preguntas. Fue una lástima porque ellas tenían miedo de hablar conmigo.

Las enfermeras de prenatal me dijeron que las pruebas de PCR están saliendo bien, que de cada grupo de sobres de PCR que envían con unas 20 muestras aproximadamente de sangre para hacer el test de VIH a recién nacidos que ellos y sus madres han tomado la profilaxis antirretroviral o TARV, salen entre 1 y 5 de estos recién nacidos VIH positivos. A mí estos resultado me preocupan por qué me parecen altos y fui a preguntarle la opinión a la pediatra sobre estas informaciones, ella ha intentado mirar varias veces las estadísticas, pero piensa que no están siendo bien recogidas porque las enfermeras tienen gran sobrecarga de trabajo y no recogen bien los datos. *Julia no tiene datos previos, entonces es difícil hacer una evaluación realista de la situación. También me comenta que no sabe muy bien como las madres están haciendo el tratamiento y la profilaxis, si es que toman correctamente las pastillas, y cómo es el seguimiento clínico en el PTV.*

Julia dice *que es difícil que traigan a los niños al centro de salud los dos padres juntos, o viene la madre o la abuela o algún viudo con los niños. Ella ya ha visto varios casos de niños que*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sus padres son negativos y se han contaminado los hijos por transfusión. Opina que el SIDA es una enfermedad crónica más como la diabetes u otra cualquiera, y que el concepto de enfermedad que las personas tiene en Mozambique y de cómo se transmite, para ellos estar enfermos es estar muriéndose. Si tienen la enfermedad, están asintomáticos no lo entienden y no lo aceptan. Por esta razón cuando toman el tratamiento, se encuentran bien, muchos enfermos dejan el tratamiento y ya no cumplen con la adherencia al mismo. Todo estaba basado en cómo se transmite la enfermedad, tener ITS como la sífilis es muy normal porque muchísima gente tiene una de estas enfermedades cada dos meses, las ITS se curan pero el SIDA mata. En la opinión de esta pediatra, ve que revelar el estatus de la enfermedad aquí es un gran problema tanto para los hombres, mujeres o para los niños. Para los niños tienen que hacer 5 sesiones de asesoría, es una cosa muy complicada, que se prolongaba mucho en el tiempo y con el poco personal que hay para trabajar es una carga.

Julia opina *que no hay comunicación entre el área médica y el área psico-social, no trabajan en coordinación, también los padres de los niños están muy preocupados en que los niños sepan que es la enfermedad, y los propios padres la esconden, después los niños en el barrio o en la escuela aprenden de qué se trata. Ella piensa que los niños no son tontos y que entienden lo que les está sucediendo, aunque dependa de la edad. En el programa de PTV faltan recursos humanos, motivación a las enfermeras y que pocas tienen la formación suficiente para hacer la tarea con eficacia, el personal sanitario no está bien formado desde el inicio. Otro problema que ve es que las embarazadas vienen cuando quieren, deben de venir una media de 5 consultas durante el embarazo hasta el parto y normalmente vienen a 2 ó 3 consultas. Las mujeres embarazadas tienen que repetir el test de VIH cada 3 meses y muchas se contaminan durante el embarazo, a las madres les cuesta entender la situación por el concepto de enfermedad, porque si el bebé tiene el PCR positivo, no tiene síntomas por qué tiene que tomar tratamiento. Las madres entienden poco y necesitan que se les explique las cosas muchas veces para empezar a comprender un poco la situación.* La entrevista fue realizada en el Hospital de día pediátrico en el día 7 de julio del Hospital de Chamanculo.

13. MARIA, UNA VISION DEL PANORAMA INTERNACIONAL

Muchas mujeres van a la consulta de PTV cuando están embarazadas pero sólo un 15% hacen el protocolo completo según su experiencia. Comienzan por hacerles la asesoría y test de VIH, sí tienen un resultado positivo, empiezan a tomar el tratamiento ellas y el bebé, la profilaxis, decírselo al marido, dar al recién nacido leche artificial, ir a tener el parto en la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

maternidad. En una sola sesión te inundan de cosas nuevas, es demasiado, y después intentar que te respeten es muy difícil.

La entrevista fue más una conversación a dos manos, en la que yo disfrute mucho y donde fue muy interesante escuchar las siguientes opiniones de María: *El buddy sistema para cuidar a los enfermos de SIDA lo inventó Paul Farmer en Haití, tenía pocos pacientes y cada paciente tenía su acompañante, allí tuvo mucho éxito pero en África no funciona a pesar de que los americanos continúan usando este sistema. Los problemas no son de la familia, sino que son los trabajadores del buddy, funcionan bien pero es un sistema un poco perverso. En Ruanda, los comunity workers les llevan la comida a los enfermos y los enfermos les piden dinero a los acompañadores (buddy=acompañante). En un contexto de mucha pobreza las mujeres quieren ser VIH positivas por la pobreza, como en el caso de Nepal, esta situación es perversa y no se deben de llevar los medicamentos antirretrovirales a la casa de los enfermos, los enfermos deben de venir a la clínica y si no tienen dinero para transporte, este problema se debe de resolver. El buddy fue un sistema para mejorar la adherencia de los enfermos al tratamiento antirretroviral.*

Los blancos somos señalados como los culpables de traer la enfermedad porque al principio faltaba mucha información a la comunidad. El SIDA debe de ser una enfermedad tratada como una dolencia crónica más. En Europa los servicios sociales funcionan bien, dan casa a los enfermos, medicinas mientras estas embarazada y después del embarazo las mujeres pierden el subsidio y vuelven a embarazarse, es una fuente de subsistencia, esta situación no es muy sana y está muy mal que tener una condición VIH positivo se convierta en una profesión. Faltan muchas informaciones a las comunidades sobre lo que se va a hacer en los programas de SIDA para que tengan éxito. Además es positivo que deben de saber hacer cosas y hay que formar a los enfermos. No es políticamente correcto sobre todo en cooperación porque existe mucha presión con los modelos obligatorios. Hay pocos grupos que realicen cosas nuevas y pocas cosas interesantes en los programas de SIDA en su opinión en el momento de la entrevista. El modelo del scaling up fue para simplificar el tratamiento y las consecuencias no son todavía bien conocidas. En los contextos donde hay mucha escasez de recursos el SIDA se vuelve una profesión y una fuente de supervivencia.

Las mujeres no van al PTV, sólo un 15% de todas las mujeres reciben el tratamiento, muchas no van, otras cuando hay que decirle al marido lo del SIDA, la alimentación con leche

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

artificial, son muchas cosas de una vez que te inundan, ir a tener el parto en la maternidad. Las mujeres no quieren ir, las personas van a pensar que eres positiva, decir al marido el problema de la enfermedad, dar biberón al hijo, ir muchas veces a los centros de salud, y después tienes que darte mucho a respetar. La confusión de la leche materna para las madres en África es un gran problema. Hay un pediatra, que es partidario de dar la leche artificial a todas las madres VIH positivas porque en su opinión es una vía de transmisión muy importante, Las mujeres que ya han pasado como pacientes por el PTV se vuelven consejeras y la Clinton Fundación está extendiendo este modelo en Kenia, se llama Mother to be, *realizado por mujeres con mucha experiencia.*

En el PTV no es obligatorio *revelar la condición de VIH al compañero pero ponemos mucha presión en las mujeres para que lo hagan en Mozambique. Con la opción opt-out las mujeres son más seguidas clínicamente se desmitifica esto de la revelación al compañero y hay más mujeres en seguimiento. Si explicas tu situación a la familia te da soporte, pero la crisis de las mujeres es decirlo en el hogar. En Europa no hay que revelar al compañero el estatus de VIH, ella no entiende porque aquí en África sí, con el tratamiento* opt-out *más mujeres son testadas y están en seguimiento, María piensa que no se respetan los derechos de las mujeres. Si dices en casa y la familia te ayuda es más fácil la vida, pero en África las mujeres enfermas de VIH / SIDA son en su mayoría* la casa 2.

La prevalencia de mujeres con VIH / SIDA en el área musulmana es inferior a otras áreas pero yo no pensaba que sea así porque Solidarmed tiene una prevalencia alta en un área de mayoría musulmana en el norte de Mozambique, pero María me explicó *que tengo que tener cuidado y estudiar mejor la situación porque a nosotros nos vienen muchos musulmanes en nuestro centro de Chamanculo, hay que hacer medias y calcular bien el porcentaje de las mujeres musulmanas embarazadas para saberlo realmente. También por las infraestructuras del programa del Hospital de Chamanculo que es un hospital muy concurrido es difícil de saber. En Angola la prevalencia de mujeres embarazadas con VIH / SIDA positiva es muy baja, con el movimiento y desarrollo como en Sudáfrica aumenta mucho el número de mujeres infectadas. El problema es que la prevención no funciona, aquí pretendemos hablar de sexo cuando es tabú, no hacemos un análisis de las cosas, son 20 años de trabajar en prevención y aún no funciona el sistema de la educación para la prevención.*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Todas las organizaciones repiten lo mismo, nadie ha hecho nada diferente, no funciona, ni las charlas IEC, se ametralla al enfermo con informaciones que ni entiende ni escucha. La prevención la deben de hacer los que sean capaces de realizarla bien, las organizaciones pequeñas. En Asia, las sex workers (trabajadoras de sexo) ya son una categoría. En Nepal las prostitutas tienen un planteamiento contra el tráfico de mujeres, de las personas y se defienden muy bien. Aquí en África no funciona este sistema en ningún lugar, porque en esta zona del África Austral está la prevalencia del VIH en la mitad de la población, son los resultados aparecidos en las últimas estadísticas más bajos, en el año 2008 porque antes se estaban midiendo los datos en los puestos centinela y era sobre mujeres embarazadas sexualmente activas. Ahora el muestreo se hace sobre la población general, el resultado es que la supervivencia es un poco más alta y la prevalencia un poco más bajo, pero estos datos son muy variables dentro de un país.

Se ha probado que la prevalencia del herpes genital es muy importante en la transmisión del VIH, se ha llevado a cabo un proyecto, en el que se da el tratamiento del herpes a todas las mujeres, ha sido un fracaso. La transmisión del SIDA en las mujeres embarazadas en los 6 primeros meses es muy infectante, después baja la tasa de infección, se transmite menos y si una población tiene poligamia aumenta la transmisión. En Europa somos la mayoría de las personas monogamicos seriales y en África las personas en su opinión son mucho más sexuales. Las mujeres dicen que ellas no son muy sexuales que pueden ser los hombres pero hay zonas donde la poligamia de la mujer es socialmente aceptada. La poligamia está más relacionada con el sexo comercial. Con los microbicidas vaginales tenemos demasiadas expectativas *y es porque trabajamos con el* concepto de la bala mágica y deberíamos de cambiar de idea.

En Angola la prevalencia del SIDA es muy baja, aumenta y viene con el desarrollo, en muchas comunidades del Congo están muy aisladas y tiene una prevalencia de VIH / SIDA muy baja. En África Austral casi la mitad de la población está contagiada, las mujeres embarazadas son necesariamente sexualmente activas, en la población general hay personas que no son sexualmente activas y la supervivencia es más larga de lo que se piensa, entonces ahora las prevalencias están más bajas y dentro de un mismo país hay gran variedad de situaciones y un ejemplo es Suazilandia. Cuanto la población es más activa sexualmente, aquí en África Austral son polígamos en el mismo momento. No existen tantas resistencias *en África subsahariana a los antirretrovirales como pensamos en la comunidad internacional. Esta fantasma viene de Europa cuando los pacientes estaban 8 años en monoterapia o biterapia con la misma medicación.*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

La Estavudina o D4T debe de ser eliminada*, ahora hay tratamientos con antirretrovirales que tienen menos efectos secundarios en los pacientes que estos de primera línea en Mozambique. En Europa los pacientes comenzaban el tratamiento antirretroviral, paraban y volvían de nuevo a los tratamientos antirretrovirales. Con todo lo que machacamos en los programas a los enfermos de Mozambique con el tratamiento antirretroviral como creemos que los pacientes entienden que son* los soldados del cuerpo. *Para ella los enfermos toman el tratamiento porque mejoran y se acabo, hacemos muy complicadas las explicaciones de la enfermedad, del tratamiento antirretroviral y tenemos que simplificar seguro que en la cultura local existen enfermedades crónicas y quizás debemos empezar a explicar las cosas en este sentido. En el ejemplo de las enfermedades tradicionales la mujer es siempre culpable de transmitir las ITS. Las mujeres están atadas al linaje, a la maternidad, hay que controlar y aclarar estos temas por esta razón existe tanto lio alrededor del embarazo.*

Es impresionante en la sociedad africana la pobreza, los problemas que está causando la feminización de la epidemia y del tratamiento antirretroviral. Las mujeres vienen más a los servicios de salud y los hombres no van a pasar por el test de VIH y a buscar tratamiento antirretroviral. Ella no sabe las razones del comportamiento de los hombres. María opina que cuando tienes miedo de una enfermedad que da miedo intentas todos los tratamientos y las personas deben de ser libres para que busquen el tratamiento que quieran. Aquí la gente en Mozambique quiere vivir a tope porque ve el SIDA con fatalismo, pero esto también sucedía en Europa, y lo compara con la persona que come mal, nosotros escogemos el modelo de vida que queremos seguir según otros principios de aquellos que son los recomendados, según nos acomoda a nosotros, damos prioridad a otras cosas.

Ella piensa que se habla demasiado del estigma y se le da demasiada importancia a este problema. Hay países en que no se le da tanta importancia y nosotros se lo estamos dando hablando tanto de este tema. Por la imagen que han dado de la enfermedad del VIH / SIDA como la peste negra. En Nepal las personas hablan tranquilamente sobre su enfermedad sin hacerlo tan grande y en no confundirlo con otras cuestiones, el estigma en los proyectos no se está llevando bien este tema. La discriminación positiva funciona bien en los proyectos de MSF porque aunque tengas SIDA, tienes trabajo, una vida completa, tratamiento y puedes hacer una vida normal. En un contexto en que la vida es muy dura con VIH o sin SIDA, es vivir la enfermedad como una enfermedad crónica como otra cualquiera. En Camerún existe un grupo de mujeres VIH / SIDA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

positivas que funcionan desde hace unos años en una asociación, al principio las reuniones eran muy tristes y lloraban cuando entraba una nueva mujer o se moría alguna de las componentes. En el año 2008, las mujeres tenían una percepción diferente de la situación, se reían y disfrutaban, El VIH / SIDA es un problema de tener recursos para ellas y un cierto poder, estas mujeres luchan y trabajan en la organización se han empoderado, *y ahora su problema es vivir la cotidianidad, este es un ejemplo estupendo y positivo de mujeres luchadoras y que están saliendo adelante y disfrutando de la vida.*

En Australia se realizan a las personas test de VIH con 4 líneas, son más completos que los que se efectúan en Mozambique y esto lo cumplen para evitar los casos de los falsos positivos. En Uganda se descubrió que había muchos falsos positivos y ahora se hacen 3 test y es porque hay mucha variabilidad viral en Congo Brazzaville, Uganda y en esta área. Para leer los informes de otros miembros de MSF hay que pedirlos porque son muy poco difundidos, existe una gran falta de leer más en la organización. No circula mucho la información como debe de circular. En el proyecto de VIH / SIDA de Malawi tienen 3 aproximamientos diferentes, porque el programa es realizado por tres secciones de MSF de diferentes países y es muy interesante este proyecto en su opinión. En Médicos Sin Frontera en el año 2008, ya no había más programas de PTV *y es muy triste, las dos pensamos que se debe de* reforzar mucho más atención prenatal*, hay que implicar a la comunidad, a las parteras tradicionales y hay que resaltar la necesidad del PTV. Es mucho más fácil dar la triterapia o cóctel antirretroviral a todo el mundo como en Europa en los programas de PTV. Ahora se habla mucho de violencia, recibimos a muchas personas en los programas que son víctimas de la violencia pero sabemos muy poco lo que está pasando dentro de la familia. Además existen muchos tipos de violencia que sufren las mujeres además de la habitual tales como no poder hablar con nadie o no poder tomar decisiones sobre tu propio cuerpo. Es necesario un cambio en la sociedad, es un cambio que es muy* difícil y profundo.

El proyecto de MSF Suiza de Maputo tiene que ayudar a la descentralización y deben de hacer cosas nuevas, no se debe de dar la primera línea de tratamiento, tienen que ir a hacer cosas nuevas, poseen las mismas debilidades de su sistema, hay que testar e intentar nuevos abordajes y desarrollar cosas más especializadas. La Tuberculosis es un gran problema, existen más enfermos en tratamiento de VIH / SIDA y de tuberculosis, hay que intentar soportar un sistema que se está ahogando. MSF Suiza tampoco tiene súper resultados en su programa, el 50% de los enfermos que tenemos registrados desaparecen, nosotros debemos cuestionarnos seriamente este problema. Es

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

necesario que estudiemos si se está recogiendo bien la información de los enfermos que han muerto en tratamiento antirretroviral son aproximadamente el 15%. Mi equipo de la descentralización funciono muy bien, es una pena no invertir en las personas locales que luchan y saben trabajar bien.

María es una médica especializada en salud pública y en antropología médica, tiene mucha experiencia en VIH / SIDA, ella ha estado trabajando en MSF Suiza como coordinadora técnica de los programas de VIH / SIDA, esta entrevista fue realizada en el mes de octubre del año 2008. El testimonio revela claramente una crisis en los modelos actualmente utilizados, tanto para identificar el virus del SIDA, y prevenir su transmisión como para suministrar tratamientos a las personas infectadas. Paralelamente al desarrollo de la pandemia y de su tratamiento se están desarrollando otros programas de investigación, de producción de ensayo y test de medicamentos, de organización de servicios de salud que se van experimentando para ver el resultado que tienen. Existen abordajes diferentes y contradictorios, así como un intento de ciertas organizaciones de imponer su modelo de trabajo. Las Organizaciones Internacionales que intervienen en diferentes países del mundo presentan las mismas contradicciones que presentan los servicios nacionales de salud tanto en la cualidad de sus cuadros de formación, y empeño en su trabajo. La información existente está poco diseminada y utilizada, surgiendo regularmente algún grupo que presenta su metodología y sus prácticas como una panacea. La historia de la salud pública y la historia de la Medicina en el mundo nos muestra que cualquiera que sea la responsabilidad del estado y de los SNS que son responsables por la creación de infraestructuras, el entrenamiento del personal sanitario y conocer el cuadro epidemiológico de su población, son los responsables en última instancia por provocar comportamientos positivos o negativos en su población.

Este análisis comparativo que María realiza tanto de los abordajes de algunos médicos y especialistas que son presentados como superestrellas en organizaciones como MSF nos indica la debilidad en la comprensión de la creación de instituciones tanto como organizaciones estructuradas o como reglas y normas. A pesar de todas las inversiones y programas que han sido creados, veo que la mayor parte de las organizaciones sobre valoriza sus propios valores, sus teorías y sus objetivos. Los valores que estas organizaciones tiene muchas veces son presentados como un esfuerzo humanitario para salvar vidas y tratar enfermedades, forman parte de las estrategias de políticas externas, de relaciones políticas entre los estados y de los sistemas políticos existentes. Sus teorías están basadas en las experiencias de sus países y son extremadamente simplificadoras de la situación

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que se vive en los países en que intervienen. Los SNS de los países donde estas ONG´S vienen, tienen personal médico cualificado, medios para trabajar suficientes y mantienen un control bastante riguroso de la salud de sus ciudadanos. Los hospitales, puestos de salud y otras unidades sanitarias de estos países informan constantemente de cualquier tipo de enfermedades transmisibles y mantienen una vigilancia epidemiológica permanente. En estos países desarrollados existe un componente importante de educación para la salud, al mismo tiempo que los sistemas de salud se esfuerzan de responsabilizar al ciudadano por su propio estado de salud. En el caso concreto de los países del tercer mundo y de las poblaciones que allí viven normalmente, los especialistas que son enviados poco o nada saben sobre el medio ambiente, la cultura, la historia, la economía, la política limitándose a realizar intervenciones técnicas que probablemente no tienen los resultados esperados debido a la naturaleza del virus del SIDA y a las circunstancias que acompañan a esta infección. Me gusta la crítica que llevaba a cabo María; *repetimos constantemente las mismas estrategias que no funcionan, no somos creativos en buscar nuevas estrategias y abordajes novedosos.*

Fotografía XLVII: Una madre consolando a su hijo enfermo en el PTV

Fuente: Fotografía realizada por la autora en el mes de mayo del 2007

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

15. LECCIONES APRENDIDAS EN LA HISTORIA DE LA EPIDEMIA

La primera lección importante que he extraído del análisis de esta pandemia es que el estado de salud de una población está determinado por un gran número de factores que van desde la genética, la vivienda, el agua, el saneamiento, la educación, los rendimientos socio-económicos, el trabajo, un sistema político que proteja a sus ciudadanos y cree las infraestructuras, las leyes y unas condiciones de vida dignas para su población, democracia, respeto por las libertades individuales y colectivas de sus ciudadanos, unas leyes de género que protejan a las mujeres, a los niños y a las personas más vulnerables de la sociedad tales como ancianos, enfermos y minorías oprimidas, así como el respeto por el medio ambiente y los recursos naturales.

La segunda lección que he obtenido fue que todos los abordajes actualmente existentes tanto para identificar, tratar y prevenir la infección del VIH y la enfermedad del SIDA tienen sus limitaciones, existe poco diálogo entre las diferentes escuelas científicas y los investigadores, predomina la actitud dominante de las agencias internacionales que más recursos ponen en los proyectos e imponen su ideología y los planteamientos sobre los proyectos de VIH / SIDA aunque este ya demostrado que estos planteamientos en otros países con diferentes culturas, sociedades y con normas culturales, políticas, de género, económicas y con sistema políticos diferentes no funcionan. La gran cantidad de informes, estudios y libros publicados acaban por quedarse en las estanterías y no son suficientemente divulgados a todos los niveles de conocimiento al público.

La tercera lección es que existen muchos intereses creados alrededor de los programas de tratamiento de VIH / SIDA tanto por parte de los gobiernos, como por parte del complejo farmacéutico e industrial mundial. El SIDA es un mercado en potencia, en ese momento se ofrece a estos países la posibilidad de entrenar sus cuadros sanitarios, llevar a cabo experiencias y mantener relaciones de tipos diferentes. Los estados que reciben ayuda y sus cuadros, sobre todo los del Sistema Nacional de Salud, también tienen ventajas pues reciben los medios para trabajar, becas para ir a estudiar a Occidente y otras posibilidades como participar en las investigaciones. A cambio permiten que en sus poblaciones se realicen experimentos y sean grandes laboratorios sociales para organizaciones internacionales u organismos que en los países europeos no se podrían realizar porque los comités y leyes de Bioética no lo aceptarían y permitirían.

La cuarta lección es la cuestión central de este problema, es que para que cualquier combate contra cualquier enfermedad desde una epidemia a una pandemia tiene que pasar por una situación

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

donde la discusión de los problemas sea libre y abierta. El debate sobre el SIDA en países como Mozambique ha estado condicionado por las presiones internacionales, la cuestión del secreto, de la confidencialidad y por las presiones internas de ciertos grupos que no quieren que la extensión de la pandemia sea conocida, que los responsables por sus tratamientos no sean juzgados por la eficacia y eficiencia de los proyectos de SIDA nacionales.

La **quinta lección** es que cualquier programa de combate sólo tendrá éxito cuando todos los afectados por la enfermedad directa o indirectamente hablen del asunto, tomen las medidas que están a su disposición, exijan de sus gobiernos y estados los cuidados de salud necesarios.

La **sexta lección** es que el SIDA no es la primera pandemia que aflige al mundo, hubo un gran número de ellas anteriormente, había lecciones para extraer del combate que fue hecho contra la gripe española en los años 20, sobre la amenaza del Ébola o sobre la epidemia de la peste negra.

El análisis de la pandemia que María presenta muestra claramente que las experiencias del pasado poco o nada fueron consideradas en cuanto a los servicios de salud de Mozambique. La debilidad del SNS obliga al estado mozambiqueño a convivir con organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y con sus exigencias. Estas organizaciones surgen y actúan desde que haya algún tipo de presupuesto que venga de fuera o un donativo o una limosna. Probablemente existan sistemas de auto-ayuda, de apoyo entre sí de los enfermos que yo desconozco. El SIDA surge en cada país en un determinado contexto social, político, cultural y económico. El Sistema Mundial interviene también en la formulación y en la implementación de las políticas de salud. He visto pocos esfuerzos en Mozambique para mejorar la situación general de manera que el programa de SIDA sea un éxito y mejore tal como sucedió en Sudáfrica en que MSF y otras organizaciones obligaron al presidente Mbeki ahora depuesto a reconocer la existencia del SIDA. Millares de vidas fueron perdidas por una política de negación de la enfermedad del SIDA. María piensa que en el combate al SIDA no han sido capaces de conjugar esfuerzos las organizaciones mundiales, internacionales, nacionales, o las locales.

15. CONCLUSIONES

En este capítulo presento las diferentes entrevistas realizadas con distintos tipos de prestadores de cuidados de salud: biomédicos, enfermeros, psicólogos, consejeros, médicos. En el PTV de Chamanculo no hay ni un solo médico mozambiqueño trabajando permanentemente, sólo en cortos períodos de tiempo hubo algún médico. La mayor parte de los cuadros del Sistema Nacional

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de Salud de Mozambique tienen varias estrategias para abordar su trabajo cotidiano y son sobre todo económicos. Los médicos, enfermeros y otros profesionales que trabajan en el estado y en las clínicas privadas propias o en otras clínicas. El personal menos formado como los auxiliares y ayudante además de cobrar dinero extra a los pacientes por cualquier servicio que realizan, algunos también presentan cuidados de salud en sus barrios. Un estudio de la OMS revela que los individuos más odiados y más insultados por los pacientes en los hospitales y los centros de salud de Maputo son los celadores (o personal auxiliar) por su abuso sobre los pacientes pobres, enfermos que llegan a consulta y ellos realizan cobros indebidos a estas personas (Adam, 1998).

La eficiencia y eficacia de este sistema de salud en relación al SIDA, implica una simplificación de los protocolos, mayor concentración en los tratamientos antirretrovirales y en las nuevas moléculas que están disponibles en el mercado farmacéutico internacional y que sus precios sean reducidos a los países pobres para que gran cantidad de enfermos se puedan favorecer de sus beneficios, una modificación de la actuación médica del personal de salud tanto nacional o extranjero, que se queda acantonado en las instalaciones del hospital y tiene poco contacto directo con los residentes de su área de salud. Es necesario una humanización en el trato a los enfermos y en la consideración de que a pesar de no tener niveles de educación altos son capaces de comprender su situación si se les explica adecuadamente. Los mensajes que son transmitidas sobre el origen del SIDA, sobre la historia natural del SIDA huyen de una discusión directa sobre la sexualidad y el comportamiento sexual. Como dice un activista los funcionarios del PTV y del SNS tienen miedo casi de discutir sobre la sexualidad, los órganos sexuales, las diferentes prácticas sexuales para dar placer en las situaciones en que uno de los compañeros está enfermo o a los dos miembros de la pareja.

Existe la necesidad de que haya programas de educación para la ciudadanía y sobre los derechos humanos. Los mensajes que se vayan a transmitir sean del tipo que cualquier persona que tenga relaciones sexuales libres con quien quiera y no aquellos que si la persona no está casado es una prostituta o un prostituto. Confundir a los trabajadores de sexo y el trabajo de sexo con las relaciones sexuales entre compañeros libres crea grandes problemas y conflictos en la cabeza de las personas infectadas por la enfermedad del VIH / SIDA. Las entrevistas realizadas al personal sanitario local muestran cómo es la situación real en el hospital de Chamanculo en los diferentes sectores: las consultas de SMI, el PTV, el HdD pediátrico, los GATVS, la Maternidad, las consultas de la enfermedad crónica y en el proyecto de la descentralización.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Este análisis puede servir para mejorar algunos de los aspectos que pueden ser fácilmente solucionables. Las entrevistas con el personal médico internacional expatriado dan otra visión muy diferente, global y comparativa con otros países y otras experiencias, junto a un análisis internacional interesante que puede servir para cambiar las estrategias y sacar recomendaciones para mejorar el Programa Nacional de SIDA. He tratado en todo momento de hacer un análisis crítico de la situación general analizando todo tipo de variables sobre las que he tenido información, no se trataba de una crítica destructiva a lo que ha sido realizado anteriormente con mucho esfuerzo y crear más polémica. Todas esas situaciones pertenecen al pasado hay que evaluarlas y aprender de ellas como capital de experiencia e intentar afrontar y solucionar los problemas que han surgido al poner en marcha los diferentes componentes del Programa Nacional de una forma crítica y constructiva para buscar nuevas estrategias que sirvan para que este programa mejore todo lo que sea posible, con él la situación de todas las personas afectadas por esta terrible enfermedad y en definitiva toda la sociedad intentando buscar estrategias que ayuden a mejorar los problemas que están creando grandes complicaciones para que las personas del país se protejan tales como: la prevención de la enfermedad, la educación, la información y la comunicación de los mensajes y educación para la salud, la revelación de la condición de VIH / SIDA positiva al compañero, el entendimiento de la historia natural del virus, de la enfermedad, de los tratamientos existentes y de las profilaxis, mejora de los programas de prevención de la salud materno infantil y de la prevención de la transmisión del VIH / SIDA materno-infantil, el potenciar y mejorar la salud sexual y reproductiva con programas eficaces de maternidad y paternidad segura.

Organizar y trabajar con los hombres buscando estrategias para que participen en los diferentes componentes del Programa Nacional de SIDA de manera que cambie su actitud y participen en ellos para que mejore su vida, la vida de sus familias, de las personas de la sociedad que puedan recibir ayuda y educación para la salud, las relaciones sexuales con placer pero sin poner en riesgo la vida de otras personas, evitar el SIDA, las relaciones no violentas, asumir la paternidad y educar a los hombres en la paternidad responsable. En el próximo capítulo presento a los hombres y mujeres que son usuarios del PTV o enfermos de SIDA que entrevisté. Sus testimonios nos permitirán comprender en el discurso directo, sus trayectorias de vida, el entorno socio económico en que viven, sus estrategias para ganar dinero y sus propias prácticas sexuales que los llevaron a coger la infección. La interpretación de estos testimonios en primera persona muestra como cada uno de ellos intenta contar su historia y la de su enfermedad, como siendo algo ajeno a ellos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

mismos. Estas historias orales nos muestran a informantes que de una forma o de otra han modificado voluntariamente los hechos, revelan informaciones que los vuelven víctimas y sobre las cuales no tiene la responsabilidad.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CAPITULO XV

LOS PACIENTES DEL BARRIO DE CHAMANCULO Y SUS HISTORIAS

1. INTRODUCCIÓN

Cada enfermo presenta una trayectoria de coger la infección y de recursos para llegar a conseguir diferentes tratamientos y cada uno contó una historia diferente. Es posible encontrar puntos comunes en todas estas trayectorias personales, sobre todo en relación a las mujeres que viven en relaciones de *poligamia,* situación que ellas revelan sin problemas y en relaciones de *poliandria* casi escondidas que ellas casi nunca revelan. El sexo frecuente u ocasional por diferentes razones, en especial ligado a sus actividades económicas, es también una característica común entre muchas mujeres. Aunque ellas declaran que no tienen apoyos de las familias y de los compañeros, estas trayectorias muestran una situación en la que se dan un número de situaciones heterogéneas. Las trayectorias para entrar en los tratamientos antirretrovirales son también bastante parecidas, comenzando por el hospital de día, el PTV y acabando en los cuidados de los PMTS, sanadores por la fe y en la búsqueda de apoyo en los diferentes tipos de iglesias, es común. Es difícil realizar una clasificación de estas mujeres en términos de clase social, pero varía entre la comerciante independiente, a la trabajadora con salario, muchas mujeres no tenían trabajo y están trabajando como amas de casa, muchas de ellas vendiendo en la calle o haciendo pequeños negocios (*biscatos*).

La inserción en los lugares donde viven parecía bastante normal aunque casi todas ellas se quejan de la gran discriminación que existe en sus barrios contra las personas infectadas por el VIH / SIDA. Las mujeres entienden la discriminación como diferentes conceptos y acciones, esto me obliga a colocar ciertos cuidados en la interpretación de las situaciones porque los conflictos entre los vecinos, el hablar mal, o realizar comentarios son considerados por ellas discriminación, cuando en la realidad también veo en el barrio de Chamanculo casos donde las vecinas dan apoyo moral, material y entre mujeres con la infección existe una red de solidaridad. El conocimiento de la existencia del SIDA como enfermedad está poco interiorizado. Muchas mujeres cuando se les pregunta por la enfermedad, aceptan decir que están tomando tratamiento antirretroviral pero no parece que estén muy preocupadas con el origen o la explicación de la enfermedad. Muchas mujeres creen que al tomar el tratamiento antirretroviral no tienen SIDA y algunas llevan varios meses tomando el tratamiento, incluso mucho más tiempo y no entienden para que sirve. Se les ha explicado la historia natural de la enfermedad, del tratamiento varias veces y no relacionan la causa

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de la enfermedad y el efecto del tratamiento, eso significa que no han entendido bien las cosas, o todavía no han aceptado la situación completamente. Ellas toman el TARV porque su objetivo principal era mantenerse vivas y encontrar la bala mágica que las curen, tanto sea una medicación o un tratamiento en la iglesia o en el PMT. Se trata de comportamientos de *personas desesperadas* que piensan que viven con una enfermedad terminal.

Sus estrategias de adaptación no parecen ser diferentes de las personas no infectadas a nivel económico, intentan encontrar formas de ganar dinero tanto a través del comercio, del trabajo asalariado o recibiendo el apoyo de la familia. Las ayudas proporcionadas por el estado o las ONG´S como la cesta básica de comida, que son un conjunto de alimentos que garantizan que cada una de estas mujeres u hombres enfermos puedan ingerir 3000 calorías por día. Estas cestas son distribuidas en el barrio a través de las estructuras políticas y administrativas, aunque los alimentos y los bienes sean financiados por una ONG o por otro donante de tipo internacional. La forma como esta distribución es realizada a través de listas con los nombres de los beneficiarios, que son fijadas en una pared y de una llamada en el día de la distribución persona por persona delante de todo el mundo. Los pacientes consideran que es una situación que vuelve público el estado de salud de los que vienen a recibir la cesta y consideran una forma de poder ser estigmatizados y discriminados dentro del barrio.

La característica principal de las estrategias de adaptación de estas mujeres son no entrar o salir con rapidez de cualquier sistema o de realizar actividades que puedan *volver pública su condición de VIH / SIDA* y poder ser discriminadas y estigmatizadas. Las estrategias de adaptación positivas que algunas de estas mujeres desarrollan son la aceptación pública de que están enfermas y de contraatacar a los que hablan mal de ellas, porque saben que están enfermas y se están tratando en el hospital, cuando las personas que hablan mal ni siquiera saben si están ellos mismos enfermos. Las mujeres que llevan muchos años con la enfermedad, en tratamiento son un ejemplo de valentía, de supervivencia y hay muchas mujeres que intentan ayudar a las amigas o vecinas que están empezando el proceso de la enfermedad.

2. SARA, LA ENFERMERA CON LA AUTOESTIMA ALTA

Yo nunca me sentí discriminada porque siempre me amé a mi misma independientemente de cualquier situación. Muchas mujeres tienen un gran problema de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

auto-estima y necesitan saber que tienen derechos como enfermas. Las mujeres con SIDA necesitan de amparo, cariño, cuidados y que alguien se preocupe de ellas.

El testimonio de esta enfermera que trabaja casi 23 años en el SNS fue directo: *Sara me dijo que no le hiciera preguntas que ella me iba a decir lo que ella quería que yo escribiera,* la entrevista fue realizada en el mes de junio del año 2009. Al inicio ella me dijo que no tenia VIH ni SIDA, más tarde me reconoció que tenía VIH, y que ya llevaba tiempo tomando tratamiento antirretroviral por lo tanto ya llevaba tiempo con SIDA. Su trayectoria de matrimonio o de relaciones sexuales nunca la reveló, sólo dijo que se casó hace 1 año y tenía 4 hijos cuyas edades no me indico, del marido no quería hablar. Esta actitud indica que tuvo otras relaciones de pareja más o menos estables. En relación a su situación socio-económica reveló que recibía de salario cerca de 10.000.000 de meticais aproximadamente 300 euros al mes. Su descripción del comportamiento de las mujeres y la descripción de los hombres es muy precisa pues ella trabaja todos los días enfrentándose con estas situaciones. Las personas no vienen al test de VIH porque son consideradas putas, el uso del preservativo es muy bajo. Su descripción del comportamiento de las enfermas cuando llegan al PTV, muestra la realidad que se veía y escuchaba cada día en el PTV.

Cuando las enfermas llegan al HdD o PTV están extremamente nerviosas, con miedo a la asesoría y test de VIH, después del resultado están más tranquilas, muchas de las personas que están enfermas de VIH, no saben cuál es la enfermedad de la que ya tienen síntomas y no se encuentran bien, aceptan el resultado, las explicaciones del post-test y entran al tratamiento. Sara dijo que es necesario que los enfermos sean mejor tratados, cuidados y sobre todo se les ofrezca cariño. Ella explica que se contagió trabajando como enfermera porque después de la independencia de la colonia de Portugal, en el país no había material médico para trabajar. Los enfermeros usaban las mismas jeringas y agujas para 5 o 6 personas, no tenían guantes y sobrevenían muchas infecciones cruzadas. Una vez más, es el testimonio de una prestadora de cuidados de salud bien formada que tiene SIDA, su evaluación del programa del SIDA es que a pesar de las transformaciones y de cómo ha ido evolucionando la situación de la enfermedad, pues hay muchas más personas en la ciudad que saben de la enfermedad, aún es considerada una enfermedad de putas y las personas huyen.

Sara me explica que a ella la ha ayudado mucho la autoestima y su confianza en ella misma. En esta entrevista me llamó mucho la atención como me explicó las cosas, una persona tan formada,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

batallada con la enfermedad y trabajando varios años en un programa de SIDA. *Ella pensaba que yo sabía que ella está enferma y tomaba el tratamiento antirretroviral, pero en realidad yo no lo sabía y me impresionó la forma autoritaria en que me contesto a la entrevista, siempre dando la impresión que tenía mucho para esconder y eso que me conocía bastante bien porque habíamos trabajado juntas.* Creo que ella por su experiencia, porque es de cultura del norte del país, por sus circunstancias, podría haberme dado una explicación estupenda de la situación del programa, de la enfermedad, de otro tipo de modelo explicativo, ya que su cultura es de tipo matriarcal y diferente de la zona sur del país. Supongo que nos falto tiempo para poder conversar mejor. En los informes que he leído sobre el personal sanitario que está infectado de VIH / SIDA, la causa principal del contagio de la enfermedad en estos países es también la vía sexual, seguida de la vía profesional. Esta cuestión se me olvido comentarla con ella, pero no sé como hubiera reaccionado.

Creo que las enfermeros personas que están trabajando con enfermos y programas de SIDA deben de perder el miedo, deben de ser los primeros en dar testimonio de la enfermedad y de luchar por los derechos de los pacientes en su doble vertiente como pacientes y como profesionales. Está muy claro que en el programa de SIDA el miedo y el silencio está instalado a todos los niveles, nadie quiere hablar, sólo las personas que perdieron el miedo y que han decidido vivir con normalidad la enfermedad son las que dan la cara. Es muy difícil de entender que estamos hablando de esta patología muchos años y también hablamos de muchas personas infectadas, todavía estamos en este nivel de miedo y de secreto para comentar las cosas abiertamente.

3. RAQUEL, NO CREIA EN LA EXISTENCÍA DEL VIRUS

Una mujer tiene un grupo de *maridos* a quien presta servicios sexuales a cambio de dinero o de bienes que utiliza para sustentar a sus hijos y un *marido oficial*. El sexo es de hecho una forma de trabajo y de comercio para obtener rendimientos para salir adelante en la vida que está muy dura.

Este testimonio es de una mujer que fue diagnosticada de su condición de VIH positiva en 1998, 10 años después del primer caso oficialmente notificado en Mozambique. Este caso es un ejemplo de cómo la situación general del SIDA, del comportamiento de las personas infectadas, de los vecinos y de los familiares, ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Su interpretación es que este cambio ella lo relaciona con el aumento de la información disponible, esta opinión no es muy común pues existen evidencias de lo contrario, porque a pesar de existir mucha información, muchas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

personas continúan comportándose como ella se comportaba hacía muchos años atrás, en que había poca información y educación sobre la enfermedad. Ha sido una de las pocas entrevistadas que se *responsabilizó a si misma* de haber cogido la infección del VIH / SIDA porque tomó la decisión de no usar la camisa de Venus. Su compañero la informó de que él era seropositivo pero ella no creía que esa enfermedad existiera. Ella pensaba que el VIH / SIDA era un rumor y una mentira. El comportamiento de sus vecinos en el comienzo de su enfermedad no sólo la discriminaba a ella sola sino también a sus propios hijos que no podían jugar con sus amigos, incluso fue discriminada por su propio hermano y uno de sus hijos. Raquel está trabajando de enferma experta, es extremadamente difícil de clasificar una paciente experta, ¿es una prestadora de cuidados de salud? ¿O es una paciente? Parece que pertenece a los dos grupos al mismo tiempo.

Su análisis de la evolución de la prestación de los cuidados en los HdD, del comportamiento de las mujeres embarazadas, de los maridos y de cualquier persona subraya una modificación siempre para mejor. Esta interpretación entra en contradicción con el aumento constante del número de personas infectadas, de lo que han dicho en entrevistas anteriores la psicólogo jefa de su programa, otros compañeros con más formación y experiencia. Su comportamiento inicial, de no creer en la existencia del SIDA, como me han explicado muchas veces, es muy común. Probablemente esta postura de no aceptar la existencia de la enfermedad puede ser correlacionada con la clase social, nivel de educación formal, residencia en zonas rurales o urbanas, independencia económica o social. También hay que subrayar que es de las pocas entrevistadas que se refiere a *la poliandria formal o informal* de las mujeres con las que ella trata, probablemente más informal que formal, que existe en Maputo, y al ser zona urbana es más fácil de practicar.

Una mujer tiene un grupo de *maridos* a quienes presta servicios sexuales a cambio de dinero o de bienes que utiliza para sustentar a sus hijos y a un *marido oficial*. El sexo es de hecho una *forma de trabajo y de comercio* para obtener rendimientos. Este testimonio muestra la poca consistencia de las clasificaciones que se hacen entre la prostitución o el trabajo de sexo, el sexo comercial o el sexo por cambio de favores. El testimonio de Raquel transmite el modelo de explicación de la infección por VIH / SIDA dada por los biomédicos y también el modelo de la explicación dada por los PMTS. Se ve claramente que el concepto de *xipongwana* trae asociado a la teoría, el discurso en el sentido de Foucault del *bicho* invisible traído por fuerzas sobre naturales. Existen tantos *virus* como existen *espíritus* y estos virus se vuelven peligrosos para el ser humano y ponen en peligro la vida en ciertas condiciones. A pesar del número de clases que ella frecuentó

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sobre la historia natural de la infección, de la enfermedad, ella entiende bien la enfermedad, pero al explicar los conceptos, va usando los términos locales, ella entiende bien la evolución del virus del VIH, pero cuando está hablando con sus pacientes en un intento de comunicar, simplifica las explicaciones utilizando analogías y conceptos que ella piensa que sus pacientes por su ignorancia y falta de información formal precisan para comprender la situación. Lo que he observado es que las enfermeras y las pacientes expertas cuentan la historia de acuerdo con la persona con quien están hablando. El mensaje es adaptado al receptor y cada emisor va añadiendo cosas de su propia cosecha y experiencia pensando que así ayudan a entender mejor la explicación y a las personas.

Puedo decir que el emisor del mensaje altera el mensaje de acuerdo con lo que él considera que va a entender el receptor y el propio receptor entiende el mensaje como el propio quiere. Un mensaje para ser efectivo tiene que ser transmitido de una forma consistente, bien explicado, claro, sencillo y hasta que se comprenda. La adaptación cultural de los mensajes cambia el contenido y conlleva a que exista una cierta confusión en los receptores del mensaje que continúan mezclando los conceptos biomédicos y émic, y recurriendo a todos los sistemas de prestación de cuidados de salud que tienen a su disposición, aunque la interacción entre estos dos sistemas sea negativa. En vez de aumentar el nivel de formación de los PMTS y de utilizar su saber para las patologías que son realmente efectivas, lo que acaba por suceder es que los conceptos y los comportamientos recomendados por los PMTS acaban por infiltrarse en el conocimiento científico. *El virus es xipongwana, los CD4 son los soldados de defensa del cuerpo y el cuerpo un cuartel* que hay que defender y el *virus o xipongwana* es el *bicho invasor*. El aspecto positivo de esta historia de vida es que tenemos una persona que analiza críticamente su propio comportamiento en la trayectoria que la llevó a infectarse. Creo que es mucho más productivo para crear una consciencia entre las pacientes que cuente su propia historia de no creer en el SIDA y de que tomó una elección equivocada. Contar estos hechos y todo lo que está relacionado con el comportamiento para no re-infectarse con varias parejas, alimentarse debidamente, es mucho más útil que estar discutiendo la historia natural del virus del SIDA.

En una entrevista que realicé a Adam comentando todas estas historias, me decía que: *esta forma de actuar nos hace recordar lo que sucedió en Mozambique en la altura de la independencia de Portugal. La FRELIMO, se consideraba a sí misma como un partido marxista leninista, quería explicar a todos los ciudadanos la teoría marxista sobre el origen del hombre y como había evolucionado a lo largo del tiempo pasando por los hombres antiguos como el hombre de las*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

cavernas que utilizaba utensilios hasta el hombre actual moderno. El objetivo de este ejercicio de historia visaba combatir las teorías religiosas sobre el origen del ser humano. Los cuadros del gobierno que realizaban la divulgación de la teoría científica sobre la evolución del hombre, le decían a la población, que el antepasado del hombre era el mono. En algunas asambleas, las personas preguntaban al comisario político lo siguiente: yo conocí a mi padre, mi abuelo y bisabuelo, ningún de ellos era el mono, el comisario preguntaba ¿conociste al abuelo o bisabuelo de tu abuelo? El agricultor respondía que no y le comisario le decía pues ese era el mono (Entrevista con Yussuf Adam, 2009). Cualquiera que sea la veracidad de estas historias sirven de ejemplo para ilustrar que no es con un simple discurso o con clases sobre la teoría de la evolución de las especies de Darwin o del origen del hombre de Engles y Marx, que se transforman o se cambian los valores, la forma de pensar y la ideología de una persona. Probablemente lo mismo está sucediendo con el xipongwana y el virus.

Contaba una médica española que trabajaba en los primeros años de la independencia en Nyassa que un agricultor le preguntó al administrador del distrito en una reunión: ¿por qué si todos nosotros los seres humanos éramos descendientes de los monos, todavía existían monos en el campo y le robaban el maíz de sus huertos? La respuesta del administrador fue que en todos los procesos de transformación están los renitentes, los que no aceptaban la transformación. Los monos que continuaban ahí por el monte eran los renitentes, los procesos de educación y de transmisión de información son procesos complejos tienen que ser hechos con mucho cuidado y son procesos muy largos y prolongados en el tiempo. (Entrevistas con Yussuf Adam 2009).

No es en una conversación para pacientes mezclando conceptos y simplificando los procesos científicos demasiado cómo se va a conseguir que las personas comprendan lo que es el *virus* del SIDA o cualquier *otro virus* que provoque enfermedades virales, o incluso de la misma forma, cuáles son los agentes causales de una simple gripe. Cuanto más cualificado sea el transmisor del mensaje más efectiva será la transmisión de este mensaje, la comprensión del receptor que pueda conseguir hablar de las cosas que comprenda y que no entienda. Se pueden también comparar los diferentes tratamientos realizados por los diferentes prestadores de cuidados de salud pertenecientes a la pluralidad de los sistemas de salud que existen en el país. A partir de estos mensajes, el recipiente del mensaje tomara su decisión y hará su elección. Cualquiera que sea el discurso público que Raquel realiza, su contacto con las pacientes embarazadas y con sus maridos, muestra eficacia y probablemente las causas de estos resultados son que ella pueda contar su propia experiencia, que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

sabe hablar con las mujeres embarazadas que tienen miedo, están muy preocupadas, por resolver su situación, hablar con sus maridos y conseguir que venir los dos juntos hacer el test de VIH. El secreto de su eficacia es el testimonio de su historia personal y no la explicación de la historia natural del *virus* del SIDA *o del xipongwana* en la versión en que lo están haciendo. Realicé varias entrevistas con ella, me ayudó mucho a conocer el barrio de Chamanculo y a las personas con VIH / SIDA que viven allí. En la siguiente fotografía se muestra una imagen del barrio de Xipamanine donde fui en varias ocasiones a conocerlo, a entrevistar a diferentes hombres, mujeres, a visitar la parte del mercado donde trabajan, venden hierbas, minerales, partes de animales y sus amuletos muchos PMTS de Maputo.

Fotografía XLVIII: Entrevistas en el mercado de Xipamanine

Fuente: fotografía realizada por la autora en el mes de junio del año 2009 en Xipamanine

4. XILUVA, O CONTANDO MUCHAS HISTORIAS

Xiluva es una enfermera que trabaja en un hospital de día, se considera a sí misma VIH negativa en cambio radio fofoca (el cotilleo) decía que ella es positiva y que tiene miedo de revelar a su marido que está infectada, yo no sabía su situación real. Tanto si es cierto como si no es, la dejo en esta clasificación porque entre el personal de salud que tenia la enfermedad es muy difícil hablar de estas cosas, y porque ya he visto varios casos así, de personal sanitario que están enfermos, toman la medicación, tienen buen aspecto y niegan que tengan la enfermedad por miedo al estigma

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

asociado a la enfermedad. Esta actitud de negación de decir que no tenían SIDA cuando se sabe que tienen la dolencia y la justificación común de que no le van a decir al marido porque él la va a abandonar es una actitud común en más del 90% de las pacientes. En esta situación es interesante hacer notar la semejanza del comportamiento de una enfermera con formación y experiencia trabajando en un servicio de salud en VIH / SIDA, es igual al de una paciente analfabeta o con poca formación. Durante la entrevista me contó varios casos de enfermos, de sus comportamientos, y ella desmintió que tuviera la infección, le pedí que me hablara de su experiencia profesional, me contó varios casos de pacientes: El caso de un hombre que vivía en Italia y tenía una mujer allí con SIDA, volvió a Maputo y le transmitió la enfermedad a su mujer. Su compañera en Italia murió y él estaba en tratamiento TARV en Maputo. Esta situación tuvo como consecuencia que perdiera a su familia, su carrera profesional, su trabajo en el exterior, volver muy enfermo a su país y estar en una situación de pobreza y desamparo social.

Una paciente amiga de esta enfermera, se hizo el test y tuvo un resultado positivo, durante dos años no le dijo nada al marido, con el que mantenía relaciones sin camisa de Venus. El marido tuvo una tuberculosis y descubrió que tenía VIH, los dos estaban tomando el tratamiento antirretroviral juntos en la misma consulta del HdD de Alto-Mãe. El marido tenía una amante a la que ella llama alfa y está también estaba en TARV. Era muy difícil saber quien fue la primera persona infectada en esta cadena, las mujeres piensan que era el hombre, pero todos tenían otros compañeros sexuales y no se informaban unos a los otros. Todos han cogido el virus a través de las relaciones sexuales ocasionales y con múltiples compañeros. Todos han acabado enfermos y en tratamiento en el mismo hospital de día.

5. ALINA, LA COMERCÍANTE DEL *MUKHERO*

Yo sé que estoy enferma y ¿tú? Hablas de los otros pero quizás tú también estás infectada, vete a saber si tú también lo tienes y a tratarte lo más deprisa posible.

Esta entrevista muestra la trayectoria de una mujer de 40 años con una historia de trabajo asalariado en una fábrica de medicamentos para después dedicarse al comercio transfronterizo ***mukhero***. A pesar de los peligros y de las grandes burocracias creadas por las aduanas es una actividad muy lucrativa. Normalmente las mujeres compran los productos en Sudáfrica a 1 y los revenden en Mozambique a 5. Los costos adicionales para muchas mujeres, además de pagar las tasas oficiales, son que tienen que corromper a los oficiales del estado en las aduanas y muchas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

veces tener relaciones afectivas y sexuales con estos individuos. El sexo es una forma de pagar el soborno y conseguir protección de estos hombres. El problema es que desde la frontera hasta Maputo estas mujeres son controladas en varios puestos, yo conté por lo menos 5 lugares de control entre la frontera de Resano García y Maputo que son aproximadamente 70 km. En cada uno de estos puestos hay que pagar el impuesto a no ser que esa comerciante tenga un salvoconducto, que pueda ser un amigo o un enamorado en un lugar de responsabilidad de la administración, es decir un jefe.

Este caso era diferente de la mayor parte de las mujeres porque ella tiene una hija con un curso universitario completo y tenía otra niña de 6 años. Recibía apoyo de la Iglesia, de su familia extendida y a pesar de vivir con un rendimiento bajo, pagaba 500.000 meticais de diezmo para su iglesia y ella vive en condiciones miserables. Está claro en esta historia, la determinación de la enferma de utilizar todos los tratamientos que el hospital ofrece para mejorar su salud. El hecho de estar infectada con tuberculosis, una enfermedad oportunista, conlleva a que tenga que tomar medicación y proteger a las personas que están a su alrededor. Aún sabiendo que se trata de una enfermedad infecto-contagiosa y de haber recibido explicaciones de proteger a su hija pequeña, ella piensa que pueden dormir juntas en la misma cama y que la barrera que ha hecho con almohadas protege a la niña de la tuberculosis.

Una vez más verifico que hay una diferencia entre el conocimiento formal de las enfermedades infecciosas pero la actuación en relación a ellas deja mucho que desear y me permite llegar a la conclusión de que está enferma no comprendió la gravedad de la situación. Su casa tiene más de un cuarto donde ella puede poner a la hija a dormir separada de ella. La trayectoria de la infección surgió de la relación que mantuvo con múltiples compañeros sexuales. En su caso ella describió su historia de relaciones sexuales, dice ser una mujer monógama en serie, que no tenía historias sexuales colaterales, esto significa que ella tiene un compañero, es fiel a este hombre y cuando acaba esta relación, comienza otra y así sucesivamente.

Alina acusó a su último compañero, padre de su hija pequeña que tenía 6 años en ese momento, de ser la persona que la infectó. Ella supo que él estaba enfermo con SIDA cuando fue informada de que la esposa oficial de él estaba enferma, porque estaba siempre en el hospital de día, él continuaba considerándose no infectado por el SIDA. En ningún momento, a pesar de estar enfadada con este hombre que según ella le pasó la infección, menciona que el comportamiento del compañero podría ser criminal, más a pesar de no haber recurrido a los órganos de justicia del

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

estado, la familia de Alina ordenó llamar a este *marido* y exigirle responsabilidades, normalmente en este tipo de casos *la responsabilidad* es el pago de una multa en dinero. Hechos de este tipo nunca son revelados porque es reconocer que el matrimonio y las relaciones sexuales son una actividad económica, una forma de recoger rendimientos monetarios. Esta entrevista fue realizada en el mes de mayo del año 2009 en el barrio de Chamanculo en la casa de Alina, meses más tarde mejoró mucho y estaba bien.

6. FARIDA, LA IMPOTENCÍA DE UNA MUJER MUSULMANA

Estoy muy triste porque no consigo comunicarme con mi marido, hablar de la enfermedad y del tratamiento que los dos tomamos, ni enfrentar la situación juntos a pesar de que somos tres miembros de la familia infectados con el VIH / SIDA.

Farida es una mujer de aproximadamente 35 años, muy educada a la que realice la entrevista en el Hospital de día Pediátrico en el mes de junio del año 2009, de todas las mujeres que estaban allí aquel día fue la única que acepto conversar conmigo. Estaba esperando para entrar a la consulta con su hijo pequeño, y ella estaba en tratamiento en otro servicio diferente del mismo hospital. Esta historia reveló a una informante extremadamente bien informada de la enfermedad y con un nivel de educación y social alto. Ella tiene 4 hijos negativos y el último hijo en aquel momento tenía 9 años es VIH positivo. Se realizó el test en el año 2000, en el hospital de Chamanculo, sin que le dijeran que estaba infectada. Cuando descubrió que estaba enferma confrontó al marido y él no quiso admitir que él había cogido el SIDA en una relación ocasional. Ella sabía que el marido la traicionaba y tenía otras mujeres con quien tenía más hijos.

Una niña de 3 años de edad fue llevada por una mujer que llamó a su casa y abandonó allí a la chica. Ella me preguntó si debía de traer a la niña para hacer el test y yo le respondí que sí, Farida pensaba que era una hija de su marido, él marido guardaba silencio. Farida habla con otras mujeres musulmanas en la mezquita sobre la enfermedad y ellas han llegado a la conclusión de que lo que verdaderamente mataba en esta enfermedad era *el miedo y el secreto*. No tiene razones para quejarse del personal del SNS y de MSF, ella considera que normalmente es muy bien tratada y su hijo también. Todos sus hijos saben que sus padres tenían SIDA, están en tratamiento antirretroviral y que su hermano pequeño también está enfermo. Lo que más le duele es la traición del marido, porque no ha sido capaz de decirle que estaba enfermo y que hoy en día aún continua con esta actitud de no aceptar la situación, de enfrentarla juntos, y además ha vuelto al mismo

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

comportamiento de riesgo de antes con otras mujeres como se ha confirmado con esta niña que han abandonado a su casa.

La situación descrita en esta entrevista me parece que es representativa de la situación de muchas familias con matrimonio civil, religioso o tradicional, viven como una familia y la mujer no tiene otros compañeros sexuales. Los maridos las traicionan continuamente y tienen otras compañeras, otras familias incluyendo los hijos, que mantienen en secreto. Parece ser un comportamiento típico de hombres ricos, es más común detectar este tipo de comportamientos en los hombres musulmanes porque piensan probablemente que la poligamia es legal. Mientras tanto, de acuerdo con los preceptos de la religión islámica, un hombre que se casa con otras mujeres debe de tener el permiso de su primera mujer y tiene que informar a la familia. Normalmente esto no sucede debido a la cobardía de los hombres, que esconden su adulterio como prácticas religiosas permitida para una musulmana, lo que es falso. Tenemos también una informante que no juega el *papel de víctima del enfermo*, reaccionando de una forma racional y lógica a su situación.

Su crítica a MSF es que se perdía mucho tiempo en las consultas, que las personas están allí muchas horas esperando a pasar a la consulta médica, y que la organización podía dar algún tipo de lunch o alimentación a los niños que están allí muchas horas de espera sin nada de comida en el estómago. La mezquita es un centro importante donde las mujeres discuten unas con las otras sobre su condición de VIH, sobre la enfermedad y sus estrategias de lidar con ella (coping estrategias). De todas las entrevistadas, Farida es la que realmente manifestó su tristeza por ser traicionada por el marido y por la incapacidad que el marido tiene de hablar con ella a pesar del esfuerzo realizado por un médico para que los dos conversaran uno con el otro. También me explicó que el número de mujeres musulmanas contagiadas de esta manera es cada vez mayor, el hecho interesante es que habían conseguido empezar a hablar entre ellas.

7. JENNY, ABANDONADA POR ESTAR ENFERMA

Mi marido cuando descubrió que estaba enferma me abandono junto con mis hijos.

Este caso representa el ejemplo de un tipo de mujer seropositiva diferente de las mujeres que son consideradas normalmente portadoras de VIH, (trabajadoras de sexo, mujeres que mantienen relaciones con varios hombres). La idea de que las mujeres del campo que están viviendo en zonas rurales reciben el virus de su marido, o que tiene relaciones ocasionales con prostitutas en los países donde viven, y ellas no tienen relaciones sexuales con otros hombres, entra en contradicción con

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

este caso. Las mujeres de los emigrantes a Sudáfrica, en cuanto ellos están en las minas en Johannesburgo mantienen relaciones sexuales con otros hombres, resultando en estas zonas la práctica de abortos provocados para que los maridos no descubran que las esposas tienen otros hombres. Jenny admitió que tuvo otros compañeros sexuales con los cuales no usaba la camisa de Venus, ella pensaba que resultó infectada por el marido que en una de las visitas la contagió con una ITS crónica de la que no conseguía curarse. Cuando notificó su condición de VIH positiva al marido fue abandonada con sus hijos; uno tiene ahora 25 y el otro de 20 años que habían conseguido entender la enfermedad de su madre y apoyarla. Su marido, emigrante, tenía otra familia en Sudáfrica, una mujer con 3 hijos más.

Sus hermanas fueron las que animaron a Jenny para que pasara por el test de VIH ya que ella estaba con malaria, siempre muy enferma y ya sufría varias enfermedades oportunistas. Se trata de un caso atípico que pone en causa también la percepción vulgar de que la familia no apoya ni anima a las mujeres a hacer el test ni tampoco las apoya cuando están con dificultades. Jenny, con el tratamiento TARV, mejoró de su estado de salud a pesar de que los efectos secundarios del TARV son evidentes. En este momento usa la camisa de Venus y tiene un compañero permanente a pesar de estar *resentida* y tener *saudades del marido*. Esta entrevista fue realizada en el mes de junio del año 2009, en el hospital de Chamanculo. Jenny tiene 37 años aunque parece más mayor y trabaja en la limpieza del hospital, participa en la asociación de enfermos de SIDA Kudumba, es una mujer tranquila, tiene poca formación y dice que se ha acostumbrado a su situación.

8. XIXACHA, EL ZAPATERO POSEIDO POR UN *ESPIRITU*

Yo creo que estoy poseído por un espíritu malo que no me deja rezar a pesar de creer en Dios, los tratamientos que realicé con los PMTS nunca resolvieron los problemas de salud que yo tenía.

Xixacha es un zapatero de 31 años que trabaja en su propia casa, cuando lo entreviste estaba con el aspecto físico deteriorado y muy envejecido, la entrevista fue realizada en el mes de junio del año 2009 en su propia casa en el barrio de Chamanculo. Xixacha tiene hasta clase 9º, que es la educación secundaria, sabe leer y escribir, sus amigos son en mayoría VIH positivos con quienes discute la situación con normalidad de la enfermedad y del tratamiento. Su trayectoria matrimonial, porque él considera a todas las mujeres con quien vivió como esposas, es la siguiente: él tenía una

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

mujer y después buscó a otras dos mujeres, se separó y buscó otra nueva mujer a la que se refería como amante y que se dedicaba al comercio del Mukhero.

La trayectoria de infección según él fue en una relación heterosexual con esta comerciante que tenía SIDA y estaba tomando tratamiento antirretroviral. Después de un tiempo esta mujer le confesó que su marido murió de SIDA, su hijo murió también con una semana de vida. Con su pareja actual lleva 3 años, y están los dos en tratamiento antirretroviral. Se conocieron en el HdD y así comenzaron su convivencia. Están tranquilos juntos, les gustaría mucho ser padres y les preocupa que el bebé sea sano, están esperando los niveles de CD4 de la mujer suban para intentarlo. La trayectoria de la enfermedad empezó cuando se separó de la mujer comerciante comenzó a tener herpes o "*fuego de la noche*", lleva dos años tomando TARV y ahora usa preservativo. Esta entrevista revela una trayectoria de infección, de tratamiento, de relación con mujeres típica. Muchas de las entrevistas que realicé con hombres y mujeres se refieren a la infección por vía sexual y casi siempre las mujeres acusan al hombre, primer marido, amante o compañero aunque hayan tenido otros compañeros, como de ser los responsables por la infección.

9. MATILDE, INTENTANDO SOBREVIVIR COMO SEA

La vida está muy difícil, no hay trabajo y casi nada para comer y así es muy difícil tomar el tratamiento antirretroviral para encontrarte bien.

Matilde trabajaba en una tienda en Sudáfrica y no usaba preservativo a pesar de oír hablar del tema del SIDA. El marido huyó cuando supo que está embarazada y ella volvió para Maputo. Su hijo de 13 años era seropositivo, estaba en tratamiento con Cotrimoxazol profilaxis para las enfermedades oportunistas y en seguimiento en el HdD pediátrico. Ella toma tratamiento antirretroviral y sabe que se llamaba Duovir. En ese momento tiene un compañero que es VIH negativo conoce la situación de ella y su hijo. En sus relaciones íntimas usan preservativo y este hombre la trata bien. Pertenece a la iglesia de Sión, forma parte de una familia extendida de 15 personas y casi nadie tiene trabajo, viven en una situación de pobreza y de necesidad. Matilde antes recibía la cesta de comida básica a través de la Federación Luterana, pero en aquel momento sólo se la dan la cesta a los nuevos casos de SIDA. Ella vive haciendo biscatos (trabajos de un día) en el mercado de Xipamanine y por el barrio de Chamanculo.

Concluyendo, se trata de un tipo más de enferma que refuerza la evidencia y la conclusión de que no todas las mujeres han contraído el virus de la misma forma y de que son capaces de encontrar

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

estrategias para sobrevivir, buscar empleo, obtener tratamiento, tratar de los hijos más de que una reacción de que como tienen SIDA van a morir. Tenemos aquí un caso de una persona que ha decidido luchar y mantener su salud. No tiene idea de sus derechos humanos y de ciudadanía, pero sobresale en su discurso algo que es muy común de que todas aquellas mujeres que tiene SIDA: son prostitutas, tiene sexo o tienen un comportamiento sexual dudoso. Llama la atención la necesidad de que un individuo infectado debe de luchar, mantener los tratamientos, tener un estado mental positivo, su dignidad como persona y mujer. Nunca se menciona la necesidad de que las mujeres y hombres enfermos de SIDA se deben *organizar para defenderse*, obtener el máximo de apoyo y ayuda de los servicios del estado, pero más notorio es el caso de que sólo podrán salir adelante con ayuda de los otros, cuando en la realidad ella misma dice que la lucha contra el SIDA es *su responsabilidad individual*. La iglesia le da algún apoyo, por lo menos moral. Esta entrevista fue realizada en el mes de junio del año 2009 en el mercado de Xipamanine. Matilde tiene cerca de 35 años, pero por su aspecto parece mucho mayor, está sentada en el ayuntamiento a ver si le consiguen algo de trabajo para esos días.

10. RIGOBERTA, LA ABUELA QUE NO ENTIENDE NADA

Yo no comprendo cómo entró en mi cuerpo el *xipongwana* y no quiero saber qué es el CD4, no entiendo nada, sólo quiero tomar el tratamiento porque me sienta bien.

Mujer de 57 años que solo habla en xixangana, no sabe leer ni escribir y no tiene profesión, no dice nada sobre su estrategia de ganar dinero. Su casa tiene techo de cinc y suelo de cemento, que es un indicador de riqueza, de acuerdo con los conceptos tradicionales de riqueza y pobreza. La entrevista fue realizada en su casa con su familia en el mes de julio del año 2009, su grupo de amigas son señoras de la OMM (organización de la mujer mozambiqueña). Su marido, cuya profesión no sé, murió hacia poco tiempo de SIDA y fue cuando ella descubrió que tenía la enfermedad. Tiene 5 hijos todos del mismo marido, no sabe las edades, ni las profesiones. Sólo ha tenido 2 maridos, se casó con lobolo y por matrimonio tradicional. Desde el año 2003 tomaba tratamiento antirretroviral, dice que no sabe para qué servía el tratamiento pero que lo toma regularmente. Pertenece a la iglesia de Rongel Vello Apóstol, que sólo le ayudan con oraciones. No hay más personas en su casa infectadas. La tratan bien en Chamanculo, ella entendió las explicaciones y las aceptó pero no sabe repetirlas. Tenemos aquí un tipo de paciente, una persona de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

edad que fue a enterarse de la enfermedad cuando el marido cayó enfermo. Se realizo el test, tenía un CD4 muy bajo y entro rápidamente en TARV.

Cuando conozco a Rigoberta en el barrio descubro que hay un grupo de mujeres mayores, de más de 60 años, con SIDA y en tratamiento antirretroviral que son amigas. Yo intento aproximarme para hablar con ellas pero no quieren entrevistas, ni hablar conmigo. Esta situación me da pena porque habría sido muy interesante escuchar sus historias de vida y de cómo cogieron la infección ya que muchas de ellas habían participado activamente en la guerra. La única cosa que me dicen es: que están tomando tratamiento antirretroviral, pero no tienen comida para tomar el tratamiento y que así es muy difícil vivir. Me sorprenda mucho encontrar un grupo de mujeres ya bastante mayores, que estén todas en tratamiento en el barrio de Chamanculo y pertenezcan a la OMM (Organización de la Mujer Mozambiqueña).

11. MOHAMED, SOLDADO Y PACIENTE INFORMADO

Pienso que cogí la enfermedad o por una transfusión de sangre o por una malaria en Pemba o porque estando en el ejercito iba con muchas mujeres en el tiempo de patrulla, no usábamos preservativo y muchas veces forzábamos a las mujeres. Mi mujer me abandonó cuando le dije que tenía VIH / SIDA.

Mohamed es residente de barrio de Chamanculo, con mal aspecto físico y parece estar bastante enfermo. Es musulmán y perdió el empleo cuando cerró la fábrica de vidrio de Chamanculo. Mohamed en ese momento vive con sus hermanas, sobrinas y no se siente discriminado a no ser porque su mujer, lo abandonó cuando le dijo que tenía SIDA. La experiencia que este hombre transmite es que tiene mucha información sobre la historia del VIH / SIDA en Mozambique. Mohamed fue soldado en la provincia de Cabo Delgado durante los años 80, *antes de morir el médico haitiano en Pemba de SIDA en el año 1986, ya había personas en aquel tiempo que hablaban del SIDA. En los años 80; él dice que ya había entrado el virus en Cabo Delgado aunque no había todavía enfermos de SIDA. Él no sabe si atrapó la enfermedad a través de una transfusión que le realizaron en el hospital de Pemba a causa de una malaria, o si cogió la enfermedad porque mantuvo relaciones sexuales con muchas mujeres durante la guerra y cuenta que las relaciones sexuales eran forzadas. Los tratamientos biomédicos que le están administrando funcionan, y está tomando Duovir porque el Triomune le sentó muy mal.* Su estado físico está bastante deteriorado y parece mucho más viejo que la edad que me indica. Mohamed también me explica que está

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

interesado en tener otra compañera porque se siente mal sólo. Esta historia es el ejemplo que muestra también otro tipo de persona infectada, soldado que durante *la guerra violaba agricultoras*, en su opinión sexo forzado. Esta historia también rompe el estereotipo de que sólo son abandonadas las mujeres por los hombres, también se ve que existen casos de hombres abandonados por las mujeres. Esta entrevista fue realizada en su casa en el barrio de Chamanculo durante el mes de julio del año 2009.

12. CONCLUSIONES

Los enfermos entrevistados muestran que son un grupo muy heterogéneo en términos de origen social, clase social, etnia, lenguas que hablan, historias de sus trabajos, nivel de educación formal, género, como contrajeron la enfermedad, relación con los servicios de salud. La mezcla que realizan de la medicina tradicional, del discurso de los espíritus con el discurso con la teoría de los gérmenes. Hay también una diferenciación entre los enfermos en referencia a la edad, el número de años que llevan en tratamiento, adherencia y el cumplimiento de las formas de tomar el tratamiento y protegerse. La mayor parte de los pacientes que están en tratamiento antirretroviral tienen muy poco conocimiento del *virus del SIDA*, mezclándolo con el concepto de *xipongwana.* Todavía todos ellos cuando están hablando con alguien que trabaja en el sistema biomédico dicen que ya no van al hechicero porque no tienen resultados positivos y van solamente al hospital pues allí reciben tratamiento.

Me gustó mucho el comentario de Farida sobre que las mujeres comentan en la mezquita la necesidad de luchar contra la mentira, el miedo, reconocer que están enfermas y de examinar la responsabilidad de las prácticas que llevan a la infección. Las entrevistas que realicé exponen claramente que los entrevistados o informantes no quieren referirse a muchos de los aspectos de su vida, sobre todo a *las prácticas sexuales* y a la forma en que ellos creen que cogieron la infección. Predomina en todos los pacientes explicaciones como el azar, no sé donde la encontré, ignorancia, otras ITS que degeneraron en SIDA. Otra de las conclusiones después de trabajar en el PTV, en la Descentralización y en las visitas a los enfermos en sus casas es que todos están tomando muchas medicaciones: para las enfermedades oportunistas, pastillas antirretrovirales, más las que ellos ya toman por sí mismos como automedicación y los tratamientos que toman de los PMTS de sus zonas. En las casas veo que los enfermos me enseñan muchas veces muchos comprimidos con diferentes formas y colores y sólo saben las horas a las que se los tienen que tomar. En varias casas las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

pacientes tienen problemas de adherencia y guardan las pastillas en el colchón, no conseguían distinguir cuales son los antirretrovirales y cuáles son los tratamientos de las enfermedades oportunistas, o los comprimidos para ayudarla en los efectos secundarios de los antirretrovirales que están tomando. Una de las consecuencias importantes del VIH / SIDA es *la medicalización de las personas en Mozambique.*

Figura X: Las consecuencias del SIDA en Mozambique.

Fuente: www. antimperialista.blogia.com/2009/junio.php

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

CONCLUSIONES FINALES DE LA TESÍS

"… Las instituciones nacionales e internacionales de Salud Pública están encargadas de elaborar políticas y recomendaciones que deberían de contribuir para frenar la progresión de las enfermedades infecciosas, incluyendo el VIH / SIDA. Sin embargo, al seguir una ideología que no tiene en cuenta los efectos que tienen sobre las personas las fuerzas sociales que escapan de su control, como es la pobreza, estas instituciones proponen a veces medidas que excluyen las huellas de la historia de explotación y desigualdades sociales y terminan por acusar a las personas de sus propios males y de su propio destino…" (Farmer, 2002).

1. INTRODUCCIÓN

Vigilar y castigar siguiendo la teoría de Foucault, ha sido el modelo utilizado en algunos programas de Salud Pública cuando se trata de combatir epidemias o pandemias consideradas peligrosas. La violencia es usada sobre los enfermos cuando se trata de modificar rápidamente su comportamiento desde el comienzo de las epidemias, especialmente en las enfermedades de transmisión sexual y de otros fluidos del cuerpo. En el caso de la infección del VIH / SIDA, mientras no se encuentre un tratamiento que cure la enfermedad o una vacuna efectiva, todavía continuara existiendo una intensa presión sobre los enfermos para que modifiquen su comportamiento sexual. La vigilancia epidemiológica asumió un papel relevante en los programas de SIDA porque permite identificar a los enfermos, estudiar la dolencia, controlar su comportamiento, aplicar los tratamientos que las autoridades juzguen oportunos y para elaborar estrategias que puedan llevar a cabo todos los procesos terapéuticos y medidas de control para intentar frenar las diferentes epidemias de esta enfermedad. En el caso del SIDA, el control ha sido realizado sobre grupos específicos de la población tales como: las mujeres embarazadas, drogadictos, prostitutas, homosexuales, cuando la pandemia ya estaba extendida por todo el mundo, y este control ha creado una brecha de desigualdades en el mundo. Las políticas de salud pública no pueden ser sólo para vigilar y castigar, han de ser aplicadas a todos los ciudadanos por igual, no sólo a minorías y deben de ser utilizadas para que las personas mejoren y sanen de sus padecimientos, para la salud de las comunidades.

ONUSIDA, en los informes que ha elaborado cada año sobre el estado de la pandemia en el mundo, sigue haciendo hincapié en el gran aumento del número de personas que se continúan infectando en todo el mundo y a pesar de que cada vez existe un número mayor de personas que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

reciben el tratamiento antirretroviral, es necesario conseguir que esta terapia y el acceso al programa, asesoría y apoyo psico-social a los pacientes tenga un *acceso universal*, porque todavía existen en el año 2009 muchas personas enfermas sin un tratamiento adecuado y esperando a que lleguen los cuidados médicos que mejoren su estado de salud. Las medidas usadas en la prevención de la enfermedad no están funcionando como la salud pública esperaba, especialmente en los países de África Austral y en Mozambique en particular. Con el avance de la pandemia, las medidas tomadas para participar en la asesoría y las pruebas de test de VIH voluntarias ante el aumento del número de casos de personas de todas las edades con la infección, cada vez se van a aplicar de una manera más rígida a los ciudadanos.

En el mes de julio del año 2009, en la ciudad de Maputo, donde la pandemia está desbordada, ya ha sido admitido por el gobierno, que va a endurecer las medidas de salud pública, y ahora se aconseja a los usuarios para qué voluntariamente vayan a pasar por la asesoría y pruebas de VIH, las recomendaciones dejaran de ser flexibles y voluntarias sino funcionan y se volverán normas. Esta progresiva rigidez va a crear por parte de los ciudadanos infectados de VIH, formas cotidianas de resistencia y la utilización de cualquier método que les permita un milagro, aunque ponga en peligro su vida, o vaya contra sus propias creencias y valores. La percepción del contexto de la pandemia del SIDA es vago, por un lado el gobierno dice que va a tomar medidas para frenar la expansión de la pandemia, por otro lado, los actores principales: los enfermos, las ONG´s, los organismos internacionales y todos los demás actores critican las medidas o porque no son tomadas o porque tardan mucho tiempo en ser adoptadas y siempre se señalan otras estrategias que parecen más adecuadas. Con esta situación de desconcierto y de imprecisión la epidemia va avanzando de una forma alarmante, como se ve cada día en las consultas médicas que cada vez están más sobrecargadas de enfermos en Maputo.

En un país donde las prevalencia e incidencias de casos son elevadas, se pueden elaborar varios escenarios para evaluar la evolución de la situación. Un primer escenario puede ser aplicar medidas drásticas de salud pública para saber cuántos ciudadanos están infectados, cuantos enfermos necesitan el tratamiento antirretroviral y cuando tienen que comenzar la terapia con antirretrovirales como medida de tratamiento y de prevención de males mayores. Un segundo escenario puede ser dejar que la pandemia sigua su curso natural, ahí las autoridades pueden ser acusadas de un genocidio de su población por no haber tomado las medidas oportunas. Un tercer escenario es el del año 2009, se van organizando las infraestructuras, formando al personal sanitario

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

e intentando que el SIDA sea una enfermedad crónica más. Ir probando estrategias, en especial las ONG´S internacionales y en los grupos de trabajo, para intentar formas de trabajo con los enfermos que mejoren la participación de ellos en los programas de SIDA, ha sido la situación escogida en el país. En contraposición a esta situación de alarma ante el aumento de la pandemia y de la falta de control de la situación, cada vez se habla más de los derechos humanos, los derechos sexuales, los derechos de los niños, de las mujeres, a la salud, de ayudar a los pacientes, derecho a la salud sexual y reproductiva, parar la violencia de género, derecho a la información y educación con campañas masivas de información. Sería interesante que todo el mundo importante e influyente pasara por las pruebas de asesoría y de test de VIH voluntariamente para dar ejemplo a los ciudadanos.

Desde el año 2006 se ha intentado realizar un esfuerzo por parte del gobierno para que todas estas medidas sanitarias tales como: las pruebas de diagnóstico, la profilaxis y el tratamiento antirretroviral alcancen a la mayoría de la población, especialmente en Maputo. Los resultados que he observado y seguido de cerca, han sido que los casos de prevalencia en las embarazadas positivas diagnosticadas se han duplicado en el hospital de Chamanculo, la calidad del trato a los enfermos en muchos centros de salud de esta área ha empeorado en los últimos tres años. En las visitas que he realizado al barrio de Chamanculo a las casas de los pacientes, la situación de pobreza, de falta de alimentos, las malas condiciones básicas en las viviendas tales como agua, luz y saneamiento faltan. Algo importante está fallando cuando los enfermos coleccionan las pastillas y no se las toman porque no saben qué es peor, si la enfermedad o el efecto de estos comprimidos con el estómago vacío y cuando las embarazadas desaparecen del programa de PTV en un número elevado evitando las posibles consecuencias negativas que pueden tener si su situación de VIH positiva es conocida.

2. LAS CONCLUSIONES DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN MOZAMBIQUE

Los estudios realizados sobre el VIH / SIDA en Mozambique hasta el año 2004 - 2005, no eran un número elevado y no eran fáciles de localizar (Green 1991, 1992, Cossa, 1994; Fleming, 1995; Bagnol, 1998, 2002, 2004, 2006; Dedge et al., 2001; Peffer & Nafisa, 2002; Kindlimuka, 2000; Machel, 2001; Agha et al., 2001; Arthur & Osorio, 2002; Epstein, 2002; Loforte, 2002, 2004; Bukali; 2002; Matsine; 2005; Ramírez, 2001, Agadganian, 2005; Pfieffer 2002; Granja, 2002, Agha, 2002, Karlyn, 2001, Kotanyi, 2005, Mariano 2002). A partir de estos años, ha sido un boom y mucha gente está realizando estudios sobre diferentes aspectos relacionados con la enfermedad del VIH / SIDA en particular en las universidades locales donde temas como la desigualdad de género,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

violencia domestica, violencia en la sociedad y el VIH / SIDA se han puesto de moda. También las universidades americanas han tomado parte activa dentro del grupo de las ONG´S en realizar estudios y definir los factores culturales, sociales, políticos, sexuales, los grupos de riesgo, el uso del condón, que influencian la epidemia y los cambios que van surgiendo en la pandemia. Los objetos de estudio de las primeras investigaciones llevadas a cabo han sido definidos o influenciados por los profesionales de la biomedicina. Estos profesionales piensan que los científicos sociales, antropólogos, sociólogos, se deben de preocupar de estudiar el comportamiento de las personas infectadas o de aquellas que se pueden infectar, de manera que éstos estudios ayuden a que el tratamiento biomédico sea eficaz y los programas de prevención tenga mayor eficiencia y eficacia. Afortunadamente, el número de tratamientos antirretrovirales disponibles en el país, lentamente, va aumentando en cantidad y calidad y más enfermos están tomando el tratamiento. Las consecuencias son que más pacientes están entrando en los programas, se van beneficiando de los terapias antirretrovirales y la vida de los pacientes va mejorando en calidad. Para los responsables que elaboran y aplican las medidas de salud pública, resulta complicado entender las contradicciones de las políticas sanitarias, porque tienen efectos no deseados y no esperados, que han influenciado el comportamiento de las personas infectadas.

En la situación que se encuentra la pandemia en la mitad del año 2009, los servicios ofrecidos, los medios, los materiales y medicamentos, el personal cualificado está desigualmente distribuido en el país. En las grandes ciudades se concentra la mayoría de los servicios, a las poblaciones pequeñas y distantes llegan pocos recursos. Los comportamientos de las personas infectadas son considerados por los *expertos* como el resultado de la *ignorancia* y de la poca educación formal de gran parte de la población y no como *estrategias racionales* que los individuos o los grupos de personas emplean para enfrentar sus problemas en la vida cotidiana, en este caso concreto la infección del VIH / SIDA. Para muchas personas occidentales, la mejor opción es entrar en el sistema sanitario y seguir el programa organizado, pero para muchas personas de Chamanculo, quizás es mejor esconder la situación creada por la enfermedad, vivir la vida como pueden, mientras surge un tratamiento mejor que cambie su situación personal y social. Estos cambios les van a permitir entonces hacer pública su condición de VIH positivo. Las estrategias de prevención, los tratamientos antirretrovirales, las investigaciones que se están realizando en el país, son tiritas para curar un problema y una patología que no sólo alcanza al individuo y a su familia, si no a la comunidad entera (Cokram, 1995).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Este estudio muestra la necesidad de trabajar con los pacientes en los contextos donde viven, en los servicios del hospital, en sus casas, en el barrio y en las comunidades. Propone la práctica de un tipo de antropología, normalmente designada antropología de intervención - acción, usando metodologías que consigan que el antropólogo sea un miembro más del equipo de salud con varias tareas que no sea estudiar únicamente a los otros. Este abordaje puede ayudar en la aproximación a las personas, a los pacientes para adaptar los problemas y evitar los conflictos que surgen en los proyectos de VIH / SIDA, donde los pacientes tienen muy poco protagonismo. Cada paciente debe ser tratado no como un enfermo o un conjunto de patologías viajando sobre dos piernas, sino como un ser humano total que posee sus miedos, su cultura, sus opiniones, y en realidad debemos pensar que los pacientes son la pieza fundamental en su propia cura. Además de escuchar a los pacientes, los servicios de salud y las demás instituciones del estado deben tener la capacidad de dar respuesta a los problemas planteados por los ciudadanos que son usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Uno de los problemas principales de los enfermos de VIH / SIDA ha sido que no son *escuchados* cuando van a la consulta médica porque los profesionales están muy ocupados con sus tareas médicas y administrativas, se intenta que los pacientes *cambien de comportamiento sexual* y se les repite siempre las mismas explicaciones, bombardeándolos con información, machacando las mismas cosas una y otra vez, los pacientes muchas veces no entienden nada o comprenden muy pocas de las cosas que les están explicando de la enfermedad, los virus, los tratamientos y la prevención. Este problema desde luego en el centro de salud es difícil de resolver, pero en la consulta psicosocial uno de los objetivos tiene que ser éste, *escuchar a los pacientes*, ayudar a resolver las dudas, los problemas, las necesidades y ver cómo pueden ser ayudados los enfermos. Existe la necesidad de que coexistan servicios sociales organizados y coordinados con los centros de atención primaria, que permitan ayudar y dar soporte los enfermos que necesitan ayuda, sobre todo, si están en fases agudas de la enfermedad, hasta que estos pacientes mejoren, puedan volver a tener un trabajo y solucionar su vida.

Los datos que recogí en los programas de SIDA para valorar la progresión de la enfermedad tales como: las incidencias, prevalencias, mortalidad materna, mortalidad infantil, adherencia al tratamiento, número de personas en terapia, número de muertos en tratamiento antirretroviral no son suficientes para valorar de forma más completa la evolución de la epidemia y la eficacia de los programas de tratamiento de esta pandemia. Esta enfermedad posee características biológicas, sociales, culturales, económicas, sexuales y políticas que influyen en que sea una pandemia. Sería

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

importante incluir otras variables que nos dieran una idea más completa de cómo va evolucionando el programa de SIDA tales como: valorar el estigma, la discriminación, el auto discriminación que tanto afecta a los pacientes para buscar estrategias y soluciones más adaptadas al contexto en el que se trabaja. Sería bueno tener nuevos indicadores que completen a los que ya hay, como son: el numero de las embarazadas que participan con sus maridos y sus bebés en los programas de PTV con calidad en el tratamiento, el número de centros donde se ofrece la prevención de la transmisión materno- infantil, preparar formaciones de educación sexual, reproductiva y para la salud adecuada en los programas de salud, en los centros sanitarios, los hospitales, las escuelas, la universidad, los mercados, los barrios, en las iglesias y donde sea necesario. Conocer la cantidad de trabajadores de salud comunitaria que supervisan los tratamientos y actividades en las comunidades para reforzar las infraestructuras de salud pública. Armonizar los servicios de prevención y atención al paciente, con medidas que eviten que se agoten las medicaciones necesarias y el material médico necesario. Conocer si hay suficientes profesionales trabajando en los centros, los servicios que se ofrecen a los pacientes, incorporación de otros profesionales a los equipos y ver la evolución del trabajo sanitario en la calidad de un trato humano a los enfermos. Supervisar la formación de los profesionales que trabajan en los centros sanitarios, poniendo al día su formación y dotándoles de las herramientas necesarias para su formación (Farmer & Castro, 2005).

Franz Fanón explicó en sus trabajos como médico en Francia y después en Argelia que los enfermos con la misma patología pero con un color diferente del médico del país o de la mayor parte de los ciudadanos eran tratados de una manera diferente. Cuando un trabajador de Argelia o Túnez iba a quejarse de dolores y decía que no podía trabajar, los médicos después de hacerle un análisis de sangre completo, de examinarlo, no encontraban ninguna patología biomédica consideraban al paciente un perezoso. Otro médico disponiendo de estos mismos análisis y realizando una historia clínica completa de la persona comprobaba que esté enfermo, trabajaba horarios prolongados de más de 12 horas, recibía salarios bajos, vivía lejos de su grupo familiar, estaba extremadamente ansioso y tenía problemas psicosomáticos o estaba deprimido. Muchos años después estas patologías de los trabajadores emigrantes o de una cultura de las diferentes del país en el que vivían comenzaron a manifestarse entre los propios ciudadanos europeos, hoy en día estas patologías son llamadas fibromialgia, cansancio crónico, burn-out, stress o ese cajón de sastre donde se meten todo este tipo de nuevas patologías (Fanón, 1968).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

El SIDA actúa como un factor que vuelve más claras este tipo de prácticas, en especial cuando son aplicadas a las mujeres embarazadas. Éstas además de ser discriminantes y obligadas de una forma clara o disimulada en los programas de SMI a pasar por el test de VIH con asesoría o sin ella, a tomar una posición de defensa de su situación en la familia, ante su propia salud y la de su hijo en camino, con el marido, la familia en el barrio, la comunidad, los centros de salud y en la sociedad en general. Las mujeres han desarrollado mecanismos de resistencia contra estas estrategias llamadas de cura. ¿Vale la pena hacer un tratamiento antirretroviral o tomar AZT y NVP cuando la persona infectada con VIH /SIDA es tratada como una apestada?, ¿O van a revelar su condición de VIH / SIDA positiva al marido y a la familia? cuando conocen los resultados negativos de esta situación en otras mujeres que han tenido el mismo problema.

Las mujeres están desconfiadas e intentan ver como mejor resuelven su situación sin que los efectos negativos las alcancen, sean perjudiciales para ellas y sus hijos. El comportamiento de las mujeres embarazadas a pesar del tipo de diferencias sociales, culturales, políticas, religiosas, económicas existentes nos muestra que los programas de PTV, sean en Estados Unidos, en Tailandia o Mozambique, tienen las mismas contradicciones bajo el punto de vista de las embarazadas con condición VIH positiva, pues se trata de actos de vigilar y castigar hacia ellas. Estos programas no consideran las opiniones y las opciones de las mujeres como lógicas, racionales y justas, las consideran un grupo homogéneo. Cuando se considere en realidad a las mujeres embarazadas como un conjunto de personas diferentes, con necesidades propias, con opciones y comportamientos adaptados a su realidad social, que les permitan sufrir lo menos posible y considerar estas circunstancias, buscando estrategias y servicios de apoyo psicológico, social, legal, como sucedió en otros países, las mujeres tendrán adherencia al tratamiento con resultados positivos, tanto para mantener su salud como para prevenir la transmisión vertical a sus hijos y a sus compañeros, o evitar ser contagiadas por ellos.

Otra conclusión de estos estudios es que los hombres no quieren pasar por las pruebas de asesoría y test voluntario y no quieren que sus mujeres pasen por ellos, si las embarazadas pasan por las pruebas sin su consentimiento, muchos las castigan porque desobedecieron sus órdenes. El resultado ha sido la aparición de muchos niños con VIH / SIDA, huérfanos, muchas embarazadas, mujeres y hombres contagiados. Algo importante está fallando cuando se practica la política del avestruz, como ha sido visto en Sudáfrica. Los hombres son los que tienen el poder en esta sociedad, es necesario que se abra un debate en la sociedad para evaluar todas las situaciones que están

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

creando estos graves problemas, darlas a conocer y buscar medidas para mejorar la salud de todos los ciudadanos del país. Los estudios que realicé en Mozambique en los últimos 3 años y la revisión de la información existente de otros países en programas como el PTV de Chamanculo, con un abordaje multidisciplinar y dirigida hacia las necesidades de los enfermos, permite tratar de la patología, la infección por VIH / SIDA y de todas las enfermedades oportunistas, con buenos resultados.

3. EL CÍRCULO VICIOSO QUE ATRAPA A HOMBRES Y MUJERES

Las políticas de combate al SIDA discriminan a las mujeres porque los compañeros, los hombres infectados, no son tratados de la misma manera. No se les realiza el test obligatorio de VIH, no se les da las charlas de educación para la salud porque no van al centro de salud, no se les exige que cambien de vida porque no se consigue alcanzarlos, pocos hombres vienen a saber su situación y la de su familia en relación al VIH / SIDA. Especialmente a los hombres no se les pide responsabilidad de ningún tipo, ya que ellos se han colocado en una situación en que están por encima de estos problemas para no tener que enfrentarse con ellos, continúan viviendo la vida de forma que siguen manteniendo relaciones sexuales con muchas mujeres. Muchos hombres no quieren usar las medidas de prevención como el preservativo y son acusados por las mujeres de ir propagando la infección del VIH / SIDA.

La situación de las mujeres de Chamanculo es diferente como ya ha sido analizada, muchas más mujeres están infectadas que hombres, las mujeres cuando están embarazadas, deben de realizarse obligatoriamente la asesoría y pruebas de VIH, esta situación coloca a las embarazadas en una situación muy delicada en Mozambique. Las políticas actuales, si bien incluyen elementos de género, se preocupan un poco con la violencia doméstica y la situación de los familiares, no actúan sobre la población masculina, sea joven o adulta. Esta ideología basada en el machismo y en la normas de la sociedad patriarcal considera el SIDA como una patología de mujeres, promiscuas, infieles y responsables de traer la enfermedad a casa, con un estatuto muy semejante al de las trabajadoras de sexo si se descubre en ellas primero la dolencia porque rápidamente son acusadas de prostitutas y también de hechiceras que trasmiten a los hombres las enfermedades de transmisión sexual que llevan dentro de su aparato sexual pegados *los bichos* a la vagina (como escribió Fray João de los Santos en el siglo XVIII y a inicios del siglo XX Junod, 1910).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Los mitos son importantes para la cultura del país, pero esto no puede evitar que ha llegado la hora de que se expliquen las cosas con bases científicas, que son ya muy conocidas y demostradas mundialmente, para que una situación excepcional creada por la pandemia del VIH / SIDA pueda ser tratada como es necesario desde el punto de vista médico, social, psicológico y legal. Debe de explicarse la realidad de las cosas, realizar campañas masivas de información, y de situar a las mujeres en el papel que les corresponde. En contraposición a la situación de las mujeres, los hombres que tienen muchas mujeres, son hombres poderosos sexualmente, pero si enferman del VIH / SIDA o de enfermedades de transmisión sexual son entonces víctimas de las mujeres y ya no tienen responsabilidades porque son las mujer que los contagiaron. Creo que es necesario que los hombres enfrenten sus responsabilidades, se eduquen, vayan a tratamientos para las enfermedades que sufren, a los programas de VIH / SIDA y que asuman sus responsabilidades como miembros importantes de la comunidad, con mucho poder de la sociedad en la que viven y ante el hecho de que cada vez esta sociedad está más enferma.

Es preocupante la cantidad de mujeres jóvenes contagiadas y con la enfermedad, de bebés que nacen con la patología, de niños enfermos, de abuelos y abuelas. Muchos hombres también están enfermos y gran parte de esta población está escondiendo su situación por miedo a los demás cuando todos están en riesgo y los datos así lo confirman. ¿Cómo va a ser el futuro de las próximas generaciones que ya nacen enfermas o se contagian de adolescentes? Con el aumento de la prevalencia en el país son muy preocupantes tantas personas enfermas, con tratamiento, sin tratamiento traten de ignorar que están enfermas. El gobierno, las organizaciones internacionales y mundiales deben de tomar en serio estos problemas, dejar de acusarse unos a otros y de ponerse a trabajar en serio ante este drama humano.

La enfermedad sexual en la mujer ha sido analizada como traición al marido, como adulterio, por la larga historia de discriminación a las mujeres y de las relaciones de género poco equilibradas. Las mujeres han sido consideradas víctimas, personas sin voluntad propia ni opciones cuando ellas mismas mantienen relaciones con varios hombres, no se protegen, culpan a los hombres que les exigen prácticas sexuales sin *camisa de Venus*. El sexo se vuelve una relación de poder entre el hombre y la mujer, un instrumento de manipulación entre los dos para que el hombre garantice la protección, dinero, bienes materiales a las mujeres y sus hijos. Las mujeres entran en este juego también para obtener beneficios económicos, sociales y políticos por el significado que tiene en esta sociedad ser mujeres con compañeros, porque si las mujeres están solas sin un hombre que las

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

proteja, son considerada mujeres de mala vida. Los hombres las consideraban vulnerables y van detrás de ellas para ver si pueden mantener relaciones sexuales con ellas y de nuevo comenzar con el circulo vicioso, así todos se re-infectan unos a otros, todos se culpabilizan, cada vez hay más personas enfermas y lo peor más niños con la infección del VIH / SIDA y muchos de ellos huérfanos o abandonados.

Cualquier política sanitaria de lucha contra el SIDA o de cualquier enfermedad tiene que exigir un comportamiento responsable de la ciudadanía. Granja llamó la atención de la necesidad de realizar un screening para la violencia doméstica cuando en la realidad también deben de ser realizados test psicológicos para determinar el estado de salud mental de las mujeres sometidas a situaciones de gran stress, pobreza y que han sido objeto de malos tratos físicos, verbales, psicológicos, sexuales (Granja, 2002). En mi opinión además se deben de poner en marcha políticas sociales urgentes que ayuden a las personas a tener vidas más dignas, en especial las personas más vulnerables. Estos cambios pasan porque se le exija a los políticos cambios en las políticas sociales, sanitarias, educativas, económicas que mejoren la vida de los ciudadanos, de una legislación actualizada que contemple claramente la situación social, clarifique qué casos son normales, qué casos son delitos o situaciones irresponsables y puedan ser exigidas responsabilidades a quien los cometa.

Con tanto como se habla de los derechos de las mujeres, de las personas mayores, de las minorías desfavorecidas, es urgente controlar la situación de los niños en situación de vulnerabilidad y que están llevando mala parte dentro de la pandemia. Existen pocos tratamientos apropiados para ellos, pocos hospitales de día, con sus padres y ellos enfermos, huérfanos, o abandonados con sus abuelos sin medios de subsistencia. No existe nada mejor que un niño /a bien cuidado, saludable, feliz, teniendo comida, buena salud y educación. Es un deber corregir esta situación tan penosa. Los niños son el futuro de la sociedad, en esta fotografía muestra a una niña feliz que fue abandonada, adoptada y comenzó una vida llena de amor y cuidados, en que ella mejoro, comenzó a ser feliz e hizo a su nueva familia muy feliz.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fotografía XLIX: Miriam posando como una artista

Fuente: fotografía realizada por la autora en el año 2006 en Maputo.

4. LA SITUACIÓN DE LOS HOMBRES DE CHAMANCULO

Los hombres poco a poco van apareciendo en los programas de VIH / SIDA pero todavía son pocos cuando la situación ya no se puede evadir más. También existe una realidad que en sus últimos informes ONUSIDA y otras agencias internacionales informan, se está discutiendo y es la siguiente: Las mujeres son el grupo de la sociedad más afectado por la enfermedad, las que más atenciones médicas reciben, las que en mayor número están en tratamiento antirretroviral y mejor informadas que los hombres, porque se piensa que los programas de SIDA van dirigidos a ellas. También son las que van a los centros de salud y a los hospitales. Además siempre se dice que hay que estudiar a los hombres, captarlos para que vengan a participar en los programas de salud sexual y de VIH / SIDA. ¿Pero será que estamos desarrollando estrategias adecuadas cuando siguen participando muy pocos hombres? Los esfuerzos realizados para captar a los hombres no han tenido los resultados esperados. Llevamos 10 años hablando del tema sin que los hombres participen, sólo los hombres que están enfermos y necesitan tratamiento vienen voluntariamente al hospital de día (Panos Instituto, 1995; Arthur & Osorio, 2002; .Matsine; 2005).

En todos los estudios se habla de los hombres, se describen sus estereotipos, como se aferran a su identidad de hombres, que tienen muchas mujeres, disfrutan de una vida sexual intensa,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

siguen con la tradición de la *poligamia (legal o escondida)* basados en las normas y valores tradicionales de las sociedades patriarcales que están todavía profundamente arraigados en la sociedad africana y mozambiqueña. ¿No estaremos también hablando siempre de los mismos estereotipos? y ¿no habrá llegado la hora en que se deba de realizar un análisis profundo en la sociedad en general para mirar, analizar y evaluar esta situación? Quizás tendríamos todos que enfrentar la realidad, empezar a echar una ojeada a todas estas problemáticas con otra mirada más fresca y más ajustada a la realidad los elementos constitutivos de la vida de las familias. Sería importante realizar estudios que nos den datos sobre como es la vida de las personas, de las familias en la realidad y no como dicen que son.

En Mozambique no ha sido realizado ningún estudio serio sobre la sexualidad y las prácticas sexuales en profundidad como en otros países occidentales. Si las medidas de salud pública son aplicadas igualmente para hombres y mujeres, ambos tienen que participar en los programas de PTV, la situación cambiaria y esto evitaría a la mujer embarazada llevar la discusión para casa, por lo menos en el programa de PTV pueden pasar por las diferentes asesorías para que los ayuden a llegar a entender la situación, a tener acceso al soporte psicológico, social y educación en la salud para todas las familias sean del tipo que sean.

5. LAS CONSULTAS MÉDICAS SE ESTÁN VOLVIENDO *EXPRÉS*

Los estudios que han sido realizados en relación a la atención de los enfermos por el personal sanitario muestran que un enfermo está muchas veces esperando ser atendido varias horas. El contacto con el médico o enfermera no dura más de 10 o 5 minutos. Las recetas de los medicamentos son pasadas de una forma rápida sin que se explique al enfermo de manera que entienda apropiadamente la forma de tomar los medicamentos o sin asegurarse que el paciente entendió las explicaciones, los efectos secundarios de la medicación que van a tomar y otras indicaciones necesarias. Además es importante preguntarle al enfermo las razones por qué no tomó el tratamiento como se le indicó para intentar comprender su problema con la medicación indicada. No castigarlo a que vuelva a pasar por todo el proceso, repita de nuevo las mismas explicaciones o venga a tomar los comprimidos al centro, como en el año 2006 se hacía en Chamanculo en las pacientes con mala adherencia, continuamos en el mismo sistema de *vigilar y castigar*, mucha pérdida de tiempo, de energía, de recursos médicos y humanos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

El departamento médico debe estar sincronizado con el departamento psicológico-social en el tratamiento del paciente, permitir a los pacientes que hablen, cuenten sus problemas, quejas, síntomas, dudas. Llamé a estas prácticas médicas de consulta exprés, es decir quitarse de encima a los enfermos rápidamente, después los sanitarios quieren que los pacientes sigan con las indicaciones médicas al pie de la letra. Los registros escritos en las historias clínicas dejan mucho que desear pues muchas veces hay qué estar descifrando que quiere decir el médico o el enfermero y casi no se entiende nada. Es necesaria una práctica humanitaria, buen trato a los enfermos, una reorganización del sistema de trabajo, contratar más profesionales para repartir la carga de trabajo, pues el sistema está reventando por las costuras. Cada vez la calidad de trabajo es peor, el trato a los enfermos empeora, los profesionales sanitarios más sobrecargados de trabajo y quemados ante la avalancha de enfermos, las malas condiciones de trabajo y bajos salarios. Para tener un buen sistema de salud es necesario tener dinero y medios, estar desarrollado adecuadamente, con profesionales preparados y con políticas sanitarias bien elaboradas.

En una situación de coexistencia de sistemas de salud plurales las personas van a la búsqueda de la salud y el bienestar, buscando las soluciones que no les proporciona en un sólo sistema. Van al hechicero a tratar de sus problemas con los espíritus y pagar la quiebra del tabú, van al cura católico, al Sheik musulmán, o a la autoridad masione para pedir la ayuda divina, las diferentes sanaciones por la fe y al médico para pedir los medicamentos. Aparece el sincretismo médico, en una situación en que estas personas viven realmente confusas. Al ofrecer y diseñar los programas educativos para la salud a las personas locales aunque se intente seguir las recomendaciones de la OMS (que sean adecuados para toda la familia), volvemos al concepto de *vigilar y castigar* de Foucault. Da la sensación de que las recomendaciones no tengan en cuenta el contexto socio-cultural donde las personas viven, que sólo sean las medidas de salud pública las que dictan como se deben hacer las cosas, aunque llevamos muchos años viendo su fracaso y que la pandemia cada vez va aumentando. Es comprensible que la OMS dicte las políticas de salud pública para todo el mundo igual, pero también debe asegurarse que ante las particularidades de cada país, el sistema social funcione y todas las personas de la sociedad tengan acceso a las mismas prestaciones sociales, como en los países en que los programas de VIH / SIDA funcionan bien como en el caso de Europa.

En caso contrario, en estos programas el componente de *vigilancia y castigo* tiene un efecto importante dentro de los programas, esto tiene como consecuencia que muchas personas no participen en los programas y nos encontremos con el *efecto boomerang* en el que las situaciones

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que queremos solucionar, se descontrolan más, los pacientes que más necesitan cuidados médicos no vengan a buscarlos, el problema aumenta, con estas circunstancias se añade más miedo, desconfianza y confusión (Comunicación personal Cristina Álvarez y la autora, 2009). Es preciso garantizar que las personas tengan aseguradas las condiciones adecuadas en los programas, que sean respetados los derechos humanos de los pacientes, un tratamiento médico apropiado y adecuado a los problemas de salud de los pacientes, un gabinete de psico-social con los protocolos adecuados, el personal que trabaja en la asesoría psicológica bien formado y que se dé buen trato a los pacientes, un servicio de apoyo social a los pacientes necesitados y un servicio legal identificado donde se puedan enviar aquellos casos con problemas legales, de abusos, de violencia, de pérdida de la casa, o de la familia, o de violaciones de mujeres o niños. No es sólo un problema de salud pública sino también de la comunidad, la sociedad, del gobierno, economía, de educación de la ciudadanía, de democracia.

6. LOS PROBLEMAS QUE SON RETOS

Estas conclusiones muestran que estamos delante de una patología que todavía no está bien comprendida, que implica gran número de análisis y pruebas que llevan poco tiempo realizándose en Mozambique, un trabajo burocrático, de organización y formación del personal sanitario importante para que el programa funcione bien. Desde que el enfermo llega al centro de salud, se le realizan los análisis y las pruebas clínicas necesarias, se encuentran los resultados, es atendido en la consulta médica y psicosocial hasta que recibe las normas, explicaciones, se lleva la medicación en la farmacia se pierden muchas horas. Muchos enfermos acaban por abandonar los tratamientos o mueren porque el resultado de los CD4 no llegó a tiempo, no se cambió el tratamiento del enfermo cuando lo necesitaba o no recibió un tratamiento adecuado en conjunto. Estas faltas en los programas de salud, de desorganización, de mal trato al enfermo, de mala calidad en el servicio, en la atención médica, psico-social son poco seguidas, no son realizados informes y solucionados los problemas. La indolencia, la pasividad, dejar que las cosas se estropeen, no hacer pedidos de los materiales necesarios, no tener medicaciones adecuadas y necesarias o simplemente no querer trabajar y poner cualquier excusa para no hacer las cosas o tratar mal al enfermo, son prácticas que deben de ser solucionadas urgentemente.

Por otro lado las enfermeras y los profesionales de salud necesitan también tener buenas condiciones de trabajo, servicios organizados, limpios, ventilados, con infraestructuras adecuadas,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

protocolos de trabajo adecuados, material médico y medicación necesaria para trabajar. También es necesario que sean tratados con respeto y no como máquinas, o ser maltratados por los enfermos o con miedo de los superiores. Para los profesionales de la medicina es básico que tengan unos salarios adecuados al trabajo que realizan, conforme al costo de la vida del país para que no busquen estrategias de trabajar en muchos sitios y ver como consiguen dinero para salir del problema en jornadas maratonianas sin el descanso adecuado. Es necesario un servicio de atención al paciente, donde las personas puedan preguntar por la información que necesitan, donde puedan exponer sus quejas, problemas y se les indique a los pacientes el camino o el proceso a seguir con una información clara y adecuada. El programa de SIDA en Mozambique y en todo el mundo exige una intervención más amplia del SNS, en la preparación de los profesionales médicos, de otras especialidades que trabajen en el programa, responsabilidad del personal sanitario, en el aumento de eficacia en los tratamientos y en la gestión de los diversos servicios del hospital de día. Hay una gama de actividades que son llevadas a cabo en proyectos de prestación de cuidados de salud de enfermos del SIDA, que van desde el identificar correctamente al paciente hasta que reciba la medicación adecuada, las explicaciones pertinentes para poder cuidarse convenientemente y pueda mejorar la salud.

El PTV de Médicos Sin Frontera Suiza en Chamanculo, sin ser un servicio perfecto, es un ejemplo de cómo un programa sanitario tiene la capacidad de autoevaluarse continuamente, de realizar cambios internamente, entrenar al personal, y sobre todo voluntad de hacer las cosas para buscar soluciones que puedan ayudar a la lucha contra el SIDA. Permite también crear un espíritu de cuerpo dentro del equipo entre los profesionales con diferentes niveles de formación y especialidades tales como: médicos, pediatras, infectiólogos, antropólogos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, sirvientes, personal administrativo, consejeros, de diferentes culturas técnicas y sociales – europeos, africanos, americanos, biomédicos, científicos sociales. Ayuda también a resolver los constantes problemas que surgen entre trabajadores nacionales y extranjeros. Practica la discriminación positiva con sus empleados y trata de formar al personal en mejorar sus conocimientos médicos y en otros temas importantes relacionados con el trabajo. Con esto quiero decir que aunque son proyectos con muchos problemas y desafíos, existe una voluntad de solucionar los problemas, de buscar enfoques novedosos, de simplificar recursos, tratamientos, de tratar bien a los pacientes, que los profesionales se formen y que las cosas funcionen, de realizar proyectos de investigación como por ejemplo para tratar mejor a los enfermos con SIDA y tuberculosis. El

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

programa de MSF-S consigue realizar muchas actividades con un equipo integrado desde la coordinación hasta los profesionales en el terreno, donde se discuten los problemas y se buscan soluciones.

También es necesario decir que se les puede hacer muchas críticas a los proyectos de MSF, que de hecho son muy criticados por otras organizaciones y por el SNS. Estoy hablando del espíritu, del planteamiento del trabajo y de la búsqueda de estrategias que funcionen, no de la organización MSF, de sus contradicciones y aciertos, ese es otro trabajo a realizar. Lo pongo como ejemplo porque ha sido en un proyecto de MSF donde realicé el trabajo de campo y el estudio de esta Tesis, donde aprendí con la experiencia que ellos me brindaron con su apoyo, formación y confianza.

7. LA *TEORIA DE LA CONSPIRACIÓN* SIRVE PARA TODO

El SIDA, según la opinión de muchas personas afectadas por la infección, estas piensan que esta patología llegó a Mozambique desde fuera, fue traído al país por extranjeros. Los *virus* han sido puestos en los *preservativos* para que la gente que los use, se contaminen. Estos *bichos* están en todos lados, en la comida, en el agua, como si existiese en el aire una nube de ***bichos*** invisibles que crea esta situación de desconcierto y de personas enfermas que no saben cómo fueron a encontrar la enfermedad. Es la *teoría de la conspiración* que justifica la llegada de la enfermedad a Mozambique y a África, traída por los blancos, por la CIA, por todos aquellos que quieren eliminar a los negros del planeta. Los extranjeros no consiguen alcanzar sus designios sin tener colaboradores internos, personas que no respetan su religión tradicional, no veneran los espíritus de los muertos y no respetan las reglas tradicionales, la cultura y las costumbres.

Un proverbio *xixangana* ilustra claramente esta manera de explicar la situación: *para que un hechicero pueda entrar en una casa, alguna persona de dentro de esa casa tiene que abrir la puerta*. Varias interpretaciones de este proverbio se pueden hacer a este refrán. La primera interpretación es que cualquier tipo de problema, especialmente de salud, que cada uno de nosotros tenga es también nuestra responsabilidad. Una segunda interpretación puede llevarnos a la conclusión de que ninguno de nosotros es responsable por cualquier problema de salud que tenga, esta interpretación absuelve al sujeto, le retira la responsabilidad de la culpa y se la atribuye a los malos, a los vecinos, familiares, los espíritus de los muertos, los envidiosos, *a los otros*. El tratamiento, las pastillas antirretrovirales y en especial las *camisas de Venus* son muchas veces acusados de causar la enfermedad. Muchos pacientes dicen que sólo están enfermos de SIDA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

después de pasar por el PTV, el hospital de día o de hacer los análisis de VIH, confunden el diagnóstico con la causa de la enfermedad. El tratamiento que los extranjeros traen, también son los que traen los recursos, son los acusados de no hacer nada y de mantener el complot del SIDA contra la población local. La *teoría de la conspiración* es buena para justificar todo, para evitar responsabilidades, sobre todo cuando ya entran en juego las instancias superiores como el *destino,* los *espíritus,* no se quiere escuchar, ni entender o solucionar un problema que cada vez es más grande y grave.

8. ACEPTAR EL SIDA COMO UNA ENFERMEDAD CRÓNICA MÁS

El intento del estado mozambiqueño de integrar en el Sistema Nacional de Salud el programa de combate al SIDA contribuye para debilitar todavía más el SNS, que tiene muchos problemas, que van desde la falta de recursos materiales a recursos humanos. Durante muchos años el programa de VIH / SIDA está organizado como un programa especial fuera del sistema sanitario en hospitales de día. El Ministerio de la Salud de Mozambique está intentando integrarlo como cualquier otro programa vertical en los centros de salud como son los programas de malaria, tuberculosis y otras patologías. La idea es considerar el VIH / SIDA como una enfermedad crónica más integrada en los centros de atención primaria. La transformación del SIDA en una enfermedad crónica, con el mismo estatuto que cualquier otra enfermedad, conlleva a que los recursos materiales, humanos existentes y que están dirigidos para tratar el SIDA se desvanezcan dentro del SNS. Hay que luchar para que los centros de salud mejoren a todos los niveles, en vez de empeorar la situación por la sobrecarga de enfermos y trabajo sin crear mejores condiciones en los centros de salud. En cada una de las zonas del país existen patologías tan graves, como el SIDA desde el punto de vista de la epidemiología, por sus tasas de mortalidad. Esta decisión ayuda a quitar el dramatismo causado al inicio de la pandemia, no sólo por tratarse de una enfermedad sobre la que no existe mucha información pública, tampoco existe capacidad técnica biomédica en Mozambique para enfrentar la situación. Esta nueva actitud de considerar el SIDA como una enfermedad crónica ayudara a modificar la situación creada por las estrategias de información anteriores, cuyos mensajes igualaban el SIDA a la muerte. Estos mensajes como *el SIDA mata malume* que significa el *SIDA mata mi amigo*, que aparecían en las campañas publicitarias, han creado una mentalidad de miedo, no han alcanzado los objetivos previstos pero han conseguido que la población tenga miedo, no quiera ir a los centros a hacerse el test de VIH y recibir información sobre la infección.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Se debe informar a todo el mundo de manera clara sobre la enfermedad del VIH / SIDA, de que con un tratamiento que funciona bien el paciente, con seguimiento médico y buena adherencia al tratamiento los enfermos mejoran, las personas pueden tener buena calidad de vida. Es necesario tener suficientes líneas de tratamiento para que las resistencias no causen problemas indeseados o efectos secundarios a los pacientes y tener opciones a tratamientos paliativos por si tuvieran efectos secundarios adversos las medicaciones mientras se descubre el tratamiento definitivo o vacuna. Sobre todo dar mensajes positivos que tranquilicen a la población, que las personas tengan una esperanza, que no se trata de una enfermedad maldita, ni un castigo, es un virus, tiene un tratamiento que funciona y mejora la vida de las personas, que pueden seguir con sus vidas. Es muy importante que se haga mucho hincapié dentro de los cursos de formación a todo tipo de profesionales de salud, aquellos que se están reciclando y a los que se están formando ahora en las universidades en el valor de las prácticas de una medicina más humana y de una mejor calidad de trato a los enfermos además de completar sus formaciones con nuevas materias como antropología médica, educación para la salud, educación en igualdad de género, salud reproductiva y sexual, educación sexual para la salud de hombres y mujeres, en violencia de género, en diferentes tipos de violencia.

En África Austral, Mozambique tiene una de las tasas de infección de VIH / SIDA durante los años 80 más bajas junto con Angola. Las políticas seguidas no han sido capaces de aprovechar esta situación para intervenir directamente a través del SNS en la prevención y en el tratamiento del SIDA. Los primeros abordajes eran moralizantes y victimizaban a los propios enfermos como si fuera su única responsabilidad el estar infectados. Cuando un policía o un funcionario de aduanas cobra una multa o un favor en especies con un acto sexual, existe algo en esta situación que está equivocado en lo que respecta a las políticas y el funcionamiento del estado. Se trata de una violación o de un estupro de los 2500 policías que en el año 2008, estaban infectados con SIDA y que muchos de ellos consideraban que el contagio de VIH era un accidente profesional, ninguno de ellos fue procesado judicialmente y castigado disciplinalmente. Sus víctimas, muchas veces mujeres pobres que hacían comercio transfronterizo conocido por *Mhukero* en el sur de Mozambique, no fueron localizadas, tratadas o indemnizadas (Arthur & Osorio, 2002; Macave, 2005).

Colocar en lugares públicos cajas con condones es una medida válida pero la responsabilidad de los violadores en este caso funcionarios del estado no ha sido seguida y castigada. La multitud de personas, hombres y mujeres que saben que están infectadas de VIH / SIDA, no protegen a sus familia, amigos, y resto de las personas tienen también una *responsabilidad criminal* pues están

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

poniendo en peligro la vida de muchas personas. El estudio de caso de Chamanculo muestra que muchas de las mujeres enfermas que ya están con la enfermedad estabilizada y tienen un nivel de *CD4* aceptable son re-infectadas por sus maridos o compañeros sexuales que se niegan a usar el preservativo en las relaciones sexuales. Un país con los niveles de prevalencia que tiene Mozambique, con la velocidad que lleva la propagación de la pandemia pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, tiene que tomar medidas que den resultados y frenen la infección.

Estas medidas deben ser aplicadas a todos los ciudadanos, hombres y mujeres por igual. Deben ser realizadas campañas masivas de educación a nivel nacional para educar a la población para que entienda la enfermedad, los beneficios y problemas del tratamiento antirretroviral, cuál es el agente causal, como se transmite, vías de entrada, como se desarrolla en el cuerpo humano, que síntomas tiene, que enfermedades puede causar, métodos de prevención, profilaxis de enfermedades oportunistas, tratamientos posibles y efectividad de estos tratamientos, existencia de tratamiento en caso de accidente post-exposición (PEP), educación para la salud y la existencia de servicios de apoyo psicológicos, sociales y legales. Con explicaciones dadas con claridad y con calidad en la información, no tratando a los pacientes como tontos o analfabetos, es un programa de educación para la salud, no una película de miedo o ciencia ficción.

9. EDUCACION SEXUAL BASADA EN EL PLACER Y LA SALUD SEXUAL

Las trayectorias de vida de algunas de la pacientes entrevistadas muestra que existen diferentes tipos de pacientes y que la historia personal de cada una de ellas revela que el SIDA es una patología que les ha sido transmitida paralelamente a un proceso de violación, de esclavitud sexual, de vivir en situaciones socio-económicas que no les permiten ni siquiera sobrevivir, de políticas generales del estado que no defienden los derechos civiles, políticos de los ciudadanos y donde los comportamientos criminales no son condenados. El sexo es casi considerado como un deporte o también como una forma de ejercer el poder, de dominar a otras personas, en especial a las mujeres poseyendo su sexo y su cuerpo. Los conceptos antiguos de que la mujer es propiedad del padre o del tío hasta que el *lobolo* sea pagado continúan todavía manifestándose y se ve en la vida cotidiana. La mujer que se pone enferma es culpabilizada *dos veces*, primero porque no respetó las reglas sociales del *lobolo, del matrimonio tradicional* y segundo porque practicó sexo cuando las mujeres que se niegan a mantener relaciones sexuales son consideradas violadoras de las reglas sociales, que no cumplen el papel que les está asignado por las normas conocidas como

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

tradicionales, que no están escritas pero que todo el mundo conoce, que son efectivamente abusos de poder. De no respeto por los derechos de ciudadanía y de los derechos humanos de estas mujeres, principalmente en el seno de su familia y de su comunidad.

Las prácticas sexuales coercitivas a mujeres, adolescentes, niños, hombres, bebés. La práctica de la riqueza de la sangre, buscar chicas o chicos o niños o bebés para mantener relaciones con alguien sexualmente virgen para curar la enfermedad del VIH / SIDA, son prácticas aberrantes, la venta de niños, mujeres, hombres como esclavos. La justicia tiene leyes para poder castigar estas prácticas que son delitos y que raramente sanciona. Mi estudio sobre PTV deja de lado los casos de transmisión del SIDA por otro tipo de prácticas sexuales: sodomización de los presos en las cárceles, uso de jóvenes (como mujeres en locales donde sólo había hombres, cuarteles, minas, campos de trabajo), o las barbaridades que algunas veces veíamos como niños o niñas violadas. El abuso de los hombres que recurren a los servicios de las trabajadoras de sexo es evidente, existiendo un menú de tipos de prácticas sexuales con precios para cada acto sexual. Una relación sexual sin *camisa de Venus* es más cara que una con camisa de Venus, parece que la vida para sobrevivir tiene un precio muy barato y que la mujer sólo es el recipiente, no es considerada ni una persona.

10. LOS SISTEMAS MÉDICOS PLURALES

En Mozambique existen varios tipos de sistemas médicos, Kleinman los denominó sistemas médicos plurales. Las personas tienen varias estrategias de uso de los tres sistemas que Kleinman identificó: El sistema biomédico, el sistema tradicional, y el sistema de medicina popular (folk medicine). Las personas que buscan cuidados de salud siguen normalmente de acuerdo con Kleinman los tres sistemas. Esta situación de pluralismo medico y de los sistemas de salud es un terreno fértil para la intervención de los diferentes tipos de prestadores de salud, para la existencia de explicaciones antagónicas del proceso salud / enfermedad / atención (Hardon et al., 2001). Por la naturaleza cambiante del virus del VIH / SIDA, el tratamiento antirretroviral no es considerado como el tratamiento que es el que cura la enfermedad, estas razones crean un comportamiento en los enfermos que intentan a toda costa buscar cura en cualquier lugar y aceptan cualquier tipo de tratamiento. Las resistencias a algunas líneas de tratamiento antirretroviral, el problema de tener buena adherencia para que funcione el tratamiento, esto unido a que es un tratamiento para toda la vida y que en el país el hecho de no tener síntomas significa que los pacientes están bien de salud, ayuda a esta situación de la utilización de los sistemas médicos plurales. Hay que buscar acciones y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

estrategias que incidan y eduquen en todos estos puntos para que las personas comprendan la situación, bien informadas puedan tomar decisiones más adecuadas a la situación real, es necesario educación para la salud, en la sexualidad y el conocimiento del cuerpo humano, que se inicie en la escuela y alcance al máximo de personas posibles en la sociedad.

El hechicero, el curandero, los practicantes de la Medicina Tradicional en la designación de la OMS, los curas católicos, los sheiks musulmanes, los padres masione, dan diferentes explicaciones para las causas de la enfermedad y proponen diferentes tratamientos. Puedo decir que todos los prestadores de cuidados de salud no biomédicos enfatizan la violación de tabúes ancestrales, la ruptura de los mandamientos divinos, prácticas sexuales ilícitas. Los médicos tienen la posibilidad de manejar el VIH / SIDA como una enfermedad crónica. El resto de prestadores de cuidados de salud deben ser abarcados para que puedan cooperar entre sí a pesar de sus diferencias, contribuyendo a prestar un mejor cuidado de salud a las personas que viven con el VIH / SIDA tanto desde el punto de vista médico, psicológico o religioso. Esta situación de cooperación deseable no corresponde muchas veces a la realidad existente en Mozambique y es una pena no poder aprovechar lo mejor de cada sistema para que los pacientes se beneficien. Mientras que las personas mueren, los urubúes están discutiendo encima del árbol. La solución es conseguir que las personas sepan que tienen que decidir si luchan por la vida o mueren, que el futuro está en sus manos, hay que luchar para conseguirlo, porque ya existe acceso al tratamiento con antirretrovirales que prolongan y mejoran la calidad de vida de los enfermos.

Estos conflictos entre las diferentes medicinas, los diferentes prestadores de cuidados de salud deben ser analizados, tratados en una perspectiva de creación de paz, de colaboración y de resolución de conflictos. Los PTVS y todas las demás instituciones no pueden ayudar a los pacientes si las personas creen que no existe una panacea para el SIDA. Una solución aceptable para todos, sería que tener o no tener SIDA, recibir tratamiento o morir, es una responsabilidad del individuo que deben ser también responsabilizados por haberse contagiado. Es preciso luchar contra *la culpabilizacion de la víctima* al mismo tiempo que se lucha por el aumento de su consciencia sobre su estado de salud, que es también su propia responsabilidad en la mayor parte de los casos.

Las diferentes experiencias de la literatura internacional que he revisado, muestran que la cuestión de la estigmatización de las mujeres y los hombres contagiados puede ser modificada, creándose una situación de aceptación de la infección, del fin de la culpabilidad de las personas,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

igual sea del hombre ó de la mujer, y la aceptación de que es una enfermedad que no significa necesariamente la muerte. Los factores que ayudan a combatir la discriminación son varios e incluyen decir a la población de que se trata de una enfermedad cuyos mecanismos de transmisión son conocidos, concretos y no sobrenaturales o causados por la magia. Los mensajes y explicaciones se deben transmitir de los siguientes modos:

1. Mensaje claro, conciso y comprobar que son entendidos los conceptos correctamente por los pacientes y la población.

2. Explicar la eficacia del tratamiento a las personas, los efectos, como deben tomar el tratamiento, las consecuencias de no tomarlo correctamente, explicar los problemas de adherencia, de los medicamentos y de las resistencias que se crean al tratamiento cuando no se toma correctamente.

3. Dar una esperanza a las personas explicando bien claro que el tratamiento aumenta la calidad de vida de las personas, evita la aparición de las enfermedades oportunistas y que los tratamientos van mejorando según avanza la investigación sobre la enfermedad.

4. Explicar donde las personas pueden encontrar servicios adecuados de apoyo médico, psicológico, psiquiátrico, social, legal.

5. Buena educación para la salud explicando a las personas de manera que entiendan según su cultura como es la enfermedad, cómo funciona el tratamiento, usando ejemplos bien adaptados y culturalmente correctos.

6. Métodos adecuados de prevención que funcionen de forma que las personas los entiendan y aceptan usarlos. El gran problema de esta enfermedad es la prevención, es necesaria la investigación de nuevos métodos de prevención.

7. Los enfermos deben ser transformados en los actores reales por las exigencias del tratamiento y responsabilizar a los sistemas de salud para que reciban tratamiento adecuado.

11. POLITICAS SANITARIAS APROPIADAS

Mozambique tiene una posición diferente en cuanto a las respuestas del SIDA a nivel de las políticas de gobierno, que son diferentes de las de Sudáfrica. Mientras en este país, la sociedad civil y las organizaciones de personas infectadas como los gay tienen un papel activista importante, en Mozambique la posición del gobierno hacia los gais es bastante conservadora y no existe legislación

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

que reconozca a los enfermos los mismos derechos que cualquier otro ciudadano. Las políticas del Ministerio de Salud han sido de integrar la lucha contra SIDA, la actuación de las organizaciones extranjeras en las políticas y en la dirección del MISAU, usando como razón que cualquier apoyo debe ser dirigido para reforzar las instituciones, las capacidades, las estrategias y las políticas nacionales evitando que haya una erosión del sistema. A pesar de los esfuerzos realizados hasta la mitad del año 2009, son necesarios más esfuerzos, para que no existan: las rupturas de stocks de medicamentos antirretrovirales, de otros tipos de medicaciones necesarias, mejorar la calidad en el asesoría y pruebas de test de VIH (comprobar bien que no existan falsos positivos en los test de VIH), seguir mejorando las infraestructuras de los centros de salud, de los laboratorios, de las farmacias. Es necesario que más profesionales se fueran integrando a los equipos de salud como en otros países.

En la mitad de año 2009 se está realizando una investigación para saber por qué los enfermeros jóvenes que acaban sus estudios no se incorporan muchos de ellos a trabajar en el Sistema Nacional de Salud, y saber a dónde se están marchando a trabajar además de a las ONG extranjeras. Existe una sobrecarga de trabajo en los centros de salud, los profesionales de salud trabajan en varios lugares en jornadas maratonianas para poder sobrevivir, y muchos cuadros de los trabajadores de la salud han sido afectados por la enfermedad, situación que es necesario que sea considerada, y se busquen soluciones acertadas para que el personal afectado vaya a tratamiento médico, no tenga miedo del estigma y la discriminación y puedan recibir el tratamiento adecuado para que mejorara su calidad de vida. También los cuidadores de salud necesitan de tener apoyo psicológico, social, de formación y de refresco en su trabajo para que se alivien de la sobrecarga de tantos problemas. El gobierno mozambiqueño ha intentado hacer esfuerzos para crear capacidad nacional propia para la reproducción de antirretrovirales, pero aún no se ha conseguido, en las noticias se escucha desde hace 2 años que se va a instalar una fábrica de antirretrovirales en colaboración con Brasil en el país.

Las capacidades del Sistema Nacional de Salud han sido puestas a prueba por la existencia de gran número de personas infectadas, esta situación ha traído como consecuencia que muchas camas de los hospitales son ocupadas por personas infectadas y exista un colapso en el sistema de salud. A pesar de todos los problemas, es común encontrar mujeres que voluntariamente se presentan en el PTV para pedir la medicación que impida que el VIH / SIDA pase de la madre para el hijo. El enfermo de SIDA es un ser humano con diferentes necesidades e historias personales y

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

familiares. Sólo una actuación integrada en la atención y el cuidado del individuo, no únicamente en términos de medicina sino también en términos psicológicos y a todos los niveles, contribuirá para que la efectividad del tratamiento antirretroviral y otros tratamientos paliativos tengan éxito.

12. MUCHOS CAMBIOS EN POCO ESPACIO DE TIEMPO

Estamos hablando de personas que han vivido varias transiciones socio-económicas, cambios de régimen político, situaciones de guerra, post-guerra y catástrofes naturales. Personas que muchas de ellas también tienen rentas económicas bajas y viven en condiciones socio – sanitarias por debajo de los mínimos aceptables. En una situación en que la economía es regida por modelos neoliberales y donde se ha implantado un capitalismo salvaje, donde la vida cotidiana está cada vez más difícil para la población por el aumento de precios de la comida básica, del transporte, la escuela, los servicios básicos, aumento de la violencia y de la delincuencia. Los enfermos acaban por sufrir no sólo la enfermedad y la discriminación, sino también varios tipos de presiones, incluyendo las de las estrategias de adaptación negativas de los funcionarios de la salud, que discriminan a los propios enfermos del sistema nacional de salud a pesar de los esfuerzos oficiales para educar a los cuadros de los trabajadores de la salud.

Todos los estudios realizados y que se realicen en el futuro, con diferentes metodologías y abordajes teóricos, contribuirán para crear un sistema de tratamiento para las madres infectadas de VIH, para evitar la transmisión vertical del VIH a los hijos y de toda la familia. Los estudios que mejores resultados han dado para la recogida de datos, para el cambio de las mentalidades de los cuadros sanitarios y de las personas infectadas, son los estudios participativos que incluyen varias disciplinas, en el contexto de las instituciones donde se prestan los servicios de salud. Los estudios realizados en base de protocolos biomédicos y con muestras estadísticamente definidas, con un carácter positivista, han acabado por confirmar que si no existe un trabajo de divulgación de los resultados, de la educación de los profesionales de la salud y del público en general, pocos o casi ningún resultado será alcanzado. Una estrategia de investigación basada en la observación participante como miembro de un equipo que presta cuidados de salud, recogiendo los testimonios directos de los pacientes, da a una antropóloga medica la base para comprender la complejidad de los problemas, posibilita una intervención casi inmediata en la mejoría de los mismos y en el desarrollo de una concepción crítica sobre los problemas. Así fue mi experiencia con la literatura, la práctica en el PTV, en el hospital y barrio de Chamanculo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Las respuestas individuales y comunitarias al SIDA son necesarias, igual que un seguimiento continuo de las respuestas y una capacidad de las instituciones para responder positivamente a las actuaciones de los individuos y grupos. Criticar a los individuos por la razón de que no cambian de comportamiento a pesar de saber como el SIDA se transmite puede ser una forma de victimizar, de responsabilizar a la víctima, cuando es responsabilidad de la mala política de información, de educación y de información del gobierno, de las instituciones internacionales en los mensajes dirigidos a la población y que no han tenido en cuenta la cultura de los diferentes grupos de poblaciones que componen el país. Involucrar todas las capacidades nacionales, internacionales y colectivas debe ser una estrategia más desarrollada a un nivel de acción, que permita nuevas propuestas e incluya nuevos abordajes a varios niveles: en la transmisión de mensajes, educación de los profesionales de la salud, educación para la salud a los enfermos, tratamientos paliativos para el dolor y tratamiento de las enfermedades como la depresión, que se pongan en marcha otros medios de prevención como los microbicidas y geles vaginales que permitan a las mujeres tener más poder de intervención, decisión sobre su cuerpo y la sexualidad. Más que crear documentos, propuestas políticas que después no se ponen en marcha y sólo quedan bonitas en un documento muy bien escrito.

El PTV y actualmente Hospital de Día Pediátrico de Médicos Sin Frontera Suiza en el Hospital de Chamanculo, como una unidad de intervención y como puesto base para la descentralización del programa de transmisión de madre a hijo, representa un modelo de trabajo, de simplificación de lo que se debe hacer en un servicio sanitario: organizar, entrenar, evaluar, volver a entrenar al personal, corregir los problemas, al mismo tiempo reforzar la intervención en los lugares de trabajo y de residencia de los enfermos, movilizando todas las personas, utilizando especialmente todos los individuos que tienen influencia en la sociedad tanto por su posición social, cultural, política, religiosa o que son considerados por la sociedad local como personas cuya opinión debe de ser considerada y respetada. Además de intentar que las personas VIP, políticos, religiosos, dirigentes participen y apoyen las buenas prácticas, es fundamental que las personas que tienen SIDA u otras enfermedades puedan hablar sobre estas enfermedades y sobre todo sobre sus estrategias de adaptación positivas a la situación que están viviendo.

Intervenciones mejor ajustadas a la realidad que vivimos en Mozambique, y que estudié en el PTV de Chamanculo, muestran que es necesario estudiar y analizar no sólo cuantitativamente los datos y las estadísticas sino también los datos cualitativos que surgen de las historias medicas,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

psicológicas y sociales, que pocas veces son evaluados, estudiados debido a la sobrecarga de trabajo de todos, a la organización del equipo de salud, sobre todo a la creencia de todos los profesionales de que su metodología es la mejor de todas. Estos datos cualitativos son una fuente muy valiosa de información que acabamos por no utilizar y que bien analizada nos pueden indicar nuevas estrategias o abordajes diferentes a los problemas que enfrentamos cada día.

Una participación de los vecinos, de las diferentes estructuras existentes en los barrios, bloques, mercados y comunidades podrán ayudar a ampliar la difusión de mensajes de salud, la toma de conciencia de los problemas del SIDA para que rompan el silencio, hablen abiertamente, contribuyan a que las personas del barrio participen en los programas de PTV, de SIDA y de esta forma se mejore el combate contra el estigma y la discriminación. Que exista mayor participación de las mujeres, los hombres, embarazadas y la familia en general en los programas de salud. Un esfuerzo de este tipo ayuda a ampliar el trabajo del PTV, a difundir los problemas de las mujeres embarazadas que son VIH positivas, que se enfrentan a estas situaciones en soledad y escondidas por miedo a ser culpadas y discriminadas. Los resultados, de educar a la población, abrir mentalidades, para ayudar a las personas a romper el silencio, evitar el estigma, la discriminación y la propia auto-estigma.

Los programas de SIDA y la prevención de la transmisión de madre a hijo han sido organizados siguiendo el modelo de programas iniciados en Estados Unidos, en otros países europeos y que después fueron transferidos a África Estos programas más tarde han sido puestos en marcha en los países del Sur de África, pero no han tenido el mismo éxito porque no están adaptados culturalmente, socialmente, también desde un punto de vista médico adecuado. La sexualidad y sus prácticas culturales, las religiones, la economía, la política y la historia del país no han sido tomadas en cuenta para la adaptación a la población sobre la que se va a actuar. Se necesitan servicios sociales, psicológicos, psiquiátricos y legales bien adaptados, y sobre todo no se disponen de los mismos medios económicos, técnicos, sociales, legales que tienen estos países y las experiencias que funcionan en Estados Unidos o Europa no funcionan en Mozambique. A pesar de las diferencias hay muchos problemas que surgen en los programas implementados en Estados Unidos que también surgen en África Austral. Ejemplos positivos como la creación de un sistema de ayuda social a las mujeres cuando están embarazadas como el esfuerzo de auto -movilización, de apoyo mutuo, de información entre las comunidades gais de San Francisco, son buenos ejemplos para minimizar la situación.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

En Europa los enfermos que están tomando tratamiento antirretroviral no se les castiga, se les intentaba entender, educar y cambiar a otra línea de tratamiento antirretroviral que funcione mejor en su cuerpo, a la agresividad del virus o los diferentes tipos de virus que tienen y sobre todo no se les *juzga, vigila y castiga,* sino que se les intenta ayudar, apoyar y educar. No se les pide que modifiquen sus prácticas sexuales, se les explica que se protejan y no transmitan la enfermedad, no se interviene en su vida intima y personal a todas las esferas de su vida a no ser que los enfermos lo permitan y quieran participar en este tipo de trabajos. Tampoco se les exige que deban de decir su condición de VIH / SIDA a los compañeros, es una cuestión libre de cada uno. También los enfermos en Europa recurren a todo tipo de sistemas médicos plurales que los puedan ayudar a sobrellevar mejor su situación, y esto no está en contradicción, ni en guerra con el sistema biomédico oficial. Cada enfermo debe de tener la libertad de tratarse, de participar en los tratamientos que él quiera, necesite, siempre bien asesorado para que estos tratamientos no sean antagónicos, empeoren la situación médica y de salud del enfermo.

Muchos estudios han sido realizados en África Subsahariana sobre problemas tales como: la falta de seguimiento médico, la baja utilización de las mujeres embarazadas para hacerse el test de VIH voluntariamente, baja utilización de los programas de PTV, del uso del condón, el miedo, el estigma y la discriminación, los problemas de revelar la condición de VIH a sus compañeros o su familia, las consecuencias de hablar de su situación, de ser acusadas de traer la enfermedad a la familia, el problema de contagiar al futuro hijo, la soledad ante la responsabilidad de la maternidad, la salud de la madre y del hijo, el problema de contagio a través de la lactancia materna y los problemas culturales que generan, el problema de la adherencia y seguimiento del tratamiento antirretroviral, el problema del abandono del tratamiento y otros muchos problemas que son una lista a la que se van añadiendo cada vez más aspectos tal como va evolucionando la pandemia. Existe la necesidad de estudiar los problemas más a fondo, mirando con realidad a los problemas, y buscar soluciones con enfoques innovadores, donde se tenga en cuenta las diferentes realidades de como las personas viven con tanta diversidad cultural, social, económica que coexisten en este momento en el país.

Pienso que sería interesante realizar estudios donde se pregunte por las quejas de las usuarias, como les gustaría que fuera el programa para solucionar los problemas, como diseñarían el programa de PTV. También es necesaria la colaboración de las personas que viven estos problemas en el día a día que tienen conocimientos profundos de la enfermedad, la sociedad, cultura en la que

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

viven, a la que pertenecen, se movilicen, cojan la responsabilidad, el protagonismo que es necesario y participen en estos proyectos.

Los estudios KAP (Knowledge, Attitudes, Practises) son realizados para comprender los comportamientos, el saber y las prácticas culturales de los enfermos. Estas investigaciones, normalmente llevadas a cabo por científicos sociales o por equipos mixtos son realizadas porque el personal sanitario considera que había un nivel muy bajo de internalización de sus mensajes por los pacientes. Algunos de estos estudios consideran que los conocimientos de la población no son correctos y pueden causar problemas porque la información médica no se transmite adecuadamente. Los comportamientos que tiene gran parte de la población no son los que los médicos desean que tengan los pacientes, se siguen aplicando las estrategias de cambio de comportamiento que son difíciles de que puedan funcionar en culturas de este tipo, con tantos años de evolución histórica y social, donde las personas han vivido un régimen colonial duro, varias guerras y tuvieron que hacer un salto importante de evolución en el tiempo, para poder adecuarse a todo el torrente de situaciones, problemas y enfermedades que se les ha venido encima en corto espacio de tiempo.

Otros factores que condicionan el comportamiento de un individuo como: el rendimiento económico, los niveles de escolarización, el tipo de residencia en que viven, las creencias y las religión en las que las personas viven, no son considerados en estos estudios (Parker, 2000). Los estudios que intentan pasar las limitaciones de los estudios KAP incluyen otras variables tales como: medios o el dinero como pagar el transporte, la logística para obtener los medicamentos y el tratamiento en centros de salud con colas interminables en espera de ser atendidos, los pacientes que tienen que viajar de un lado para otro para conseguir organizar las recetas, la comida y el tratamiento médico para los enfermos en sus casas o cuando van para una unidad sanitaria porque estaban viajando de su local de residencia al local de tratamiento o de trabajo, la calidad de trato recibido por los profesionales sanitarios son cada vez más frecuentes pero después parece que no llegan a donde tienen que llegar para ser aplicados los cambios necesarios.

A Las mujeres embarazadas que tienen necesidades económicas, que están en tratamiento antirretroviral en fases agudas de la infección, con problemas familiares o sociales se debe complementar la situación con una cesta de comida básica para que puedan comer mientras hacen el tratamiento antirretroviral o la profilaxis, tratarlas para la depresión si es necesario, ayuda social durante embarazo, parto y lactancia del bebé para asegurar que la generación futura nazca sana.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

13. NUEVOS MODELOS PARA EXPLICAR LA ENFERMEDAD BIEN ADAPTADOS

Todavía existe un problema que no está muy discutido y si bien identificado, que es la concepción de la enfermedad y de la cura del SIDA en Mozambique. Estos dos modelos de explicación de la enfermedad, *el médico y el hechicero,* coexisten entre los pacientes y los prestadores de cuidados de salud. Hay un intento de balance de las personas entre estos dos modelos de la explicación y del tratamiento de la enfermedad. Los problemas que causa esta situación, están aumentados a causa de los problemas de comunicación intercultural, cuando una enfermera del PTV le dice a una paciente que es preciso protegerse del SIDA, el mensaje que ella puede estar transmitiendo es que es preciso usar condón en las relaciones sexuales con su marido para evitar la re-infección y los pacientes pueden entender otro concepto diferente, creando una re- significación del proceso salud / enfermedad / atención.

Los usuarios del PTV entienden la necesidad de protección no como *usar condón* pero si evitar el *mal de ojo, el hechizo, la enfermedad de los espíritus de los antepasados, los espíritus malignos,* entonces para protegerse van al *PMT, hechicero, curandero* para que los proteja. La protección que es dada por los practicantes de este tipo de medicina después de lanzados *los huesos y las conchas adivinatorios,* son usadas otras técnicas como realizar ceremonias *mágicas y religiosas* para calmar a los *espíritus enfadados, dar baños de limpieza y vacunar* a las personas. Estas *vacunas* son *tratamientos tradicionales* que implican cortes con láminas en ciertas partes del cuerpo y para la introducción de la medicación preparada por el PMT, de negación de la enfermedad, derivan en situaciones de este tipo donde las personas consideran su existencia amenazada de muerte y se van a curar con tratamientos de *sustancias mágicas, polvos, plantas molidas y quemadas, minerales, partes de animales* etc., de acuerdo con el diagnostico que el PMT o el hechicero realizó. El SNS comenzó y continua realizando una campaña intensa para que los PMTS no usen la misma lámina para cortar y vacunar a varios enfermos con la misma pieza.

Los profesionales de la salud de Chamanculo continúan usando en sus traducciones el concepto *xipongwana* cuando se refieren al *virus* del VIH / SIDA, pensando que están ayudando al enfermo, a entender la situación ante la enfermedad. Este cambio de nombres crea un desconcierto y alimentaba aún más el desconcierto en los enfermos que están sufriendo, están deprimidos y tienen miedo de morir. La literatura muestra también que la mayor parte de los estudios son realizados como estudios científicos rápidos fuera de un trabajo de investigación permanente, de aprendizaje

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

institucional que involucre a los enfermos, a los profesionales de salud y otros profesionales. Sólo así tendremos datos reales para una gestión de los resultados prácticos y la búsqueda de estrategias adecuadas.

14. DESARROLLAR POLITICAS SOCIALES

Como Castro y Farmer sugirieron: *para prevenir la transmisión del VIH / SIDA en África, será indispensable desarrollar políticas sociales que van más allá de los cambios de comportamiento en las prácticas social sexual. La perspectiva comparativa y transcultural son esenciales en la antropología social, y constituye una de las contribuciones más importantes de las ciencias sociales para la salud pública* (Castro y Farmer, 2005).

Mi estudio sobre el PTV de Chamanculo muestra que las propuestas de Farmer y Castro son necesarias. En Chamanculo, como en todas las unidades donde existieron PTVS, a las embarazadas se intenta que se hagan el test de VIH a todas las mujeres, sólo aquellas que expresamente se niegan no se les hace, en la práctica diaria no es así, muchas veces se les realizan las pruebas antes de que las mujeres digan si quieren o no. Las consecuencias cuando las mujeres descubren la realidad y que tenían una condición de VIH positiva son que no vuelven más al hospital y abandonan la posibilidad de recibir un tratamiento. Este comportamiento que ha sido documentado en los Estados Unidos de América, Ghana y en otros países específicamente por parte de mujeres que ya viven en situaciones de pobreza y de discriminación, también de mujeres de clases medias y altas que no quieren que su condición de VIH / SIDA sea conocida. Ellas quieren tratarse a su propia manera evitando los efectos discriminatorios, castigos, abusos de su entorno social y familiar. Estos actos que podemos llamar más que fugas, actos de resistencia de la vida cotidiana y de las estrategias de adaptación tienen que ser considerados como opciones validas y racionales de esas mismas mujeres.

El cambio de su comportamiento probablemente será provocado por: las alteraciones en las políticas de lucha contra el machismo, la creación de servicios sociales, la creación de empleo, la existencia de vivienda digna, las instituciones de protección de personas en peligro, las oportunidades de educación, la mejoría en las políticas de desigualdad de género, de los derechos humanos, de ciudadanos, de educación sexual y formal, de una mejoría en la salud sexual y reproductiva, una maternidad segura, y sobre todo una mejora en la vida de las familias, que no vivan con esa pobreza, donde se eviten las situaciones de abuso de hombres a mujeres y viceversa, donde no se abuse de los niños, niñas, adolescentes y personas en la vejez, donde mejore la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

violencia de género, de todo tipo de violencias y abusos. Y las autoridades creen las condiciones legales y sociales para corregir y castigar los abusos que se dan en estas condiciones donde la pandemia está creando tanta desigualdad, pobreza e injusticia.

15. LAS MALAS PRÁCTICAS

El test de VIH / SIDA es realizado muchas veces de una forma mecánica sin atender a las necesidades de privacidad y secreto de las pacientes. Los test realizados a pacientes en paralelo por el exceso de carga de trabajo de las enfermeras, la revelación de la condición de VIH casi en público además de otros errores, la existencia de falsos positivos, falsos negativos porque los reactivos están caducados o no se comprueba bien o no se realiza bien la técnica, la pérdida de historias clínicas, la demora en la llegada de los resultados del laboratorio. El SNS en Mozambique anima a las mujeres embarazadas en los primeros meses de embarazo para ser seguidas clínicamente durante el embarazo, parto y post-parto. Con este tipo de malas prácticas es normal que las mujeres desaparezcan y evitan las consecuencias negativas que puedan tener. Los hombres van hacerse el test libremente, cuando están muy enfermos o se lo prescribe el médico o es necesario para obtener un trabajo o una visa de viaje al extranjero. Las mujeres obligatoriamente cuando están embarazadas, siendo una desigualdad de género aunque el programa de Salud Materno Infantil defienda que en la primera consulta de las mujeres embarazadas deben venir acompañadas por sus parejas, pero en la realidad pocos hombres vienen.

El embarazo es solo una responsabilidad de la mujer aunque el padre en la cultura tradicional es el propietario del hijo, que va a nacer en caso de que haya pagado el *lobolo* a la familia de la mujer, o del padre de la mujer embarazada, en caso que el progenitor no haya legalizado su situación delante de la familia de la novia. Las mujeres dicen que tienen miedo del marido en Chamanculo, sobre un 60% de las que participan en el programa, son las *segundas mujeres* o popularmente llamadas en Maputo la *casa 2, terceras mujeres, amigas o amantes.* Un problema muy importante en el programa de VIH / SIDA es revelar la condición de VIH positivo entre mujeres y hombres, cuando las personas descubren que los dos miembros de la pareja son positivos, y cada uno fue a buscar el tratamiento por su lado en unidades sanitarias distantes de sus lugares de residencia, a donde nadie los pueda reconocer, es un problema muy importante con graves consecuencias.

Una oportunidad única de diálogo, de desarrollar estrategias y una relación entre la pareja para enfrentar una enfermedad o de discutir sus divergencias, ha sido transformada en una ocasión

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

de conflicto, de agresiones físicas, de agresiones verbales y de culpabilidad. Los servicios de asesoría y los PTV tienen una estrategia para invitar al compañero, que es realizar el test de nuevo a los dos miembros de la pareja juntos, aunque el resultado la prueba de la mujer ya se sabe, para evitar complicaciones para ella, se realiza toda la asesoría de nuevo y parezca que es en ese momento cuando se descubre la situación. Es necesario buscar estrategias novedosas, efectivas y protocolos de trabajo para crear un ambiente de paz y de dialogo entre las parejas. El trabajo que se realiza en el PTV de remontar a estas mujeres, de intentar que su sistema inmunitario mejore, que sus enfermedades oportunistas desaparezcan, acaba por ser destruido en una discusión o en escenas de autoacusación. Después las consecuencias las paga toda la familia.

El MISAU está haciendo un esfuerzo en mejorar la formación de las enfermeras de SMI y otras especialidades, que aprendan a trabajar con protocolos médicos adaptados, que el servicio médico este más organizadas. Han existido problemas como la falta de antirretrovirales para utilizar esquemas más completos como el cóctel que son los esquemas de tratamiento indicados por ONUSIDA en países que tienen alta prevalencia de VIH /SIDA. Al integrarse muy rápidamente los servicios de PTV en los centros de salud primarios, debidos a la poca o mala formación de las enfermeras y la sobrecarga de trabajo, ha disminuido mucho la calidad de la atención a las mujeres embarazadas.

16. ABRIR LA CONDICION DEL VIH / SIDA. UN BICHO DE 7 CABEZAS

En la revelación de la condición de VIH / SIDA positiva existen varias situaciones:

- Las mujeres se hacen el test de VIH, tienen resultado positivo y ellas notifican al marido, no existen graves problemas.

- Las mujeres tienen miedo de decir al marido y aceptan llevar una invitación para que los maridos vengan al GATV para hacer el test y la asesoría juntos, pero pocos maridos vienen, la situación va cambiando poco a poco. Muchas mujeres no abren su condición de VIH positiva por miedo a las consecuencias negativas de hablar con el marido ellas solas.

- Las mujeres esconden la situación al marido, y el marido a la mujer, cada uno sigue con sus estrategias, hasta que la situación es imposible de esconder y los dos están contagiados.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

- Muchas mujeres regresan a la consulta después del choque inicial de hablar con el marido, informando que son maltratadas por sus maridos. Otras mujeres en tratamiento, dicen haber sido forzadas a mantener relaciones sexuales por el marido que exige su derecho, muchas veces borracho, y que se niega a usar condón. No tengo información de los familiares de las mujeres, los maridos, la comunidad sobre los malos tratos a las mujeres embarazadas VIH positivas. Muchas de las enfermas nos informan que son víctimas de estigma en sus locales de residencia, los vecinos hablan de ellas, que sienten auto-estigma y discriminación.

- También he visto algún caso de hombre que ha sido maltratado y abandonado, pero no son casos fáciles de encontrar por que los hombres difícilmente hablan de estos temas.

Las mujeres embarazadas con condición de VIH / SIDA positiva cuando guardan silencio, buscan estrategias para enfrentar los problemas solas, en secreto y abrir su situación de VIH es un problema muy frecuente en muchos países además de Mozambique, y lo que en realidad estas mujeres están haciendo era protegerse de las posibles consecuencias negativas de que se sepa su condición de VIH, evitar el castigo social, el aislamiento, el estigma y la discriminación tan fuerte que existe en estas sociedades contra ellas. Históricamente, las mujeres han sido acusadas de transmitir las enfermedades de transmisión sexual, esto ha sido trasladado al VIH / SIDA y los hombres se han sentido las víctimas del veneno o de las enfermedades transmitidas por las mujeres. Aunque parezca difícil de creer, algunos hombres incluso jóvenes cuando son preguntados te responden directamente con estas respuestas culpando a las mujeres por las enfermedades de transmisión sexual y el VIH / SIDA. Además de verse esta situación en Chamanculo, esta situación ha sido también estudiada por otros autores en el país (Junod, 1996; Loforte, 2002; Matsinhe, 2005).

Es necesario que para que mejoren estas situaciones para ayudar a las mujeres, se deben desarrollar varias estrategias, sino el problema va a continuar agravándose cada vez más. Si las mujeres están muy enfermas de SIDA y es evidente que tienen la enfermedad, la única solución si quieren vivir es buscar tratamiento médico rápidamente y abrir la situación, pero en el resto de las situaciones es un tema muy complicado que necesita ser más estudiado. Es necesario buscar nuevas estrategias más adaptadas a la realidad cultural, social, sexual, económica, política, religiosa en las sociedades que las personas viven, buscar tácticas más ajustadas a las personas que van a revelar su condición de VIH / SIDA, que tengan un soporte psicológico, social y si es necesario legal. Es necesario que esta herramienta de la salud pública sea más desarrollada y se preparen protocolos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

para abrir el estatus de VIH / SIDA de manera adecuada, preparar guías de formación y actuación adaptadas a la cultura local, formación adecuada de las personas que van a trabajar en el gabinete psicosocial para que puedan ayudar a las personas y que estos servicios estén coordinados con servicios sociales, legales. Es necesaria una legislación que regule, clarifique estos problemas y situaciones, de cuando es obligatorio informar y a quien acerca de la condición de VIH, cuando es recomendable, cuando es necesario esperar y buscar otras soluciones (Maman et al., 2003).

17. COMPRENDER LA PLURALÍDAD DE CULTURAS

De acuerdo con los datos que he recogido y con el estudio que he llevado a cabo, la revelación del estatus de VIH es una estrategia recomendada internacionalmente por las grandes agencias, no ha funcionado como se esperaba. Igual que las medidas de prevención, el ABC (Abstención, fidelidad y el uso del condón) es una estrategia basada en una moral cristiana, en los valores ligados a la sexualidad y prácticas sexuales que son diferentes de los valores de la población con la cual he trabajado. En el pasado las normas tradicionales de estas poblaciones tenían puntos comunes con la intervención ABC como fue estudiada y formulada por Green desde el año 1990 y que fue el padre de esta estrategia. En Mozambique, mantener relaciones sexuales no es considerado un pecado, con quien quiera que sea, un acto sexual sin eyaculación y en que la carne no toque en la carne, no es considerado una relación sexual, la relación sexual debe permitir la reproducción. La relación sexual que no lleva al embarazo es señal de un gran mal y de una incapacidad física del hombre o de la mujer. Un hombre o una mujer completos son aquellos que tienen hijos. Los criterios de diferenciación de pobreza o riqueza en todo Mozambique se considera que una persona aunque tenga dinero o casas de cemento o empleo, características de una persona rica, esta persona no es rica sino tiene hijos. Muchas mujeres aunque están enfermas con VIH / SIDA y en tratamiento antirretroviral, muchas preguntaban cuándo pueden quedarse embarazadas. Las mujeres quieren seguir teniendo hijos y los hombres también.

El uso del condón es considerado como una práctica de sexo ilícito y de sexo practicado con las prostitutas. Las mujeres y los hombres le dan un valor muy importante al semen, que es considerado como un elemento que garantiza no sólo el inicio del embarazo, la formación del feto y también su crecimiento en el vientre de las mujeres. Cuanto más semen un hombre coloca en la vagina de la mujer, más fuerte y desarrollado será el hijo que va a nacer. También existe la creencia de que una relación sexual no es completa si el hombre no eyacula dentro de la mujer, y sólo así la

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

mujer obtendrá el placer, el orgasmo. En las relaciones sexuales en que el hombre no alcanza el orgasmo pero la mujer si lo alcanza, se considera que la mujer lo hechizó y que esto creara problemas de salud serios al hombre.

Un PTV será más eficiente cuando mayor sea la comprensión de la pluralidad del sistema de valores, de sistemas de salud y de los sistemas médicos existentes. Un PTV no puede ser un sistema de enseñar ideologías morales de valores biomédicos o de valores de la existencia de espíritus o de contaminación sexual. No será en una sesión de asesoría donde se cambiaran las creencias de las personas y los comportamientos de las personas. Mientras tanto las embarazadas saben que los medicamentos en ciertas circunstancias evitan que el hijo se contagie y nazca sano, ellas también saben que el tratamiento mejora su estado de salud y eso es lo que buscan, mejorar su situación, la de sus posibles hijos y evitar tener más problemas de los que ya tienen.

18. IMPLICAR A TODOS LOS ELEMENTOS DE LA SOCIEDAD

Tratándose de una enfermedad que es transmitida a tres entre padre, madre y después a los hijos, es necesario que los padres vayan juntos a pasar por la asesoría y pruebas de VIH, para prevenir el contagio a los hijos. Este es el primer paso para controlar la prevención, después si es necesario seguir con los cuidados, seguimiento médico que sea propuesto, bien realizado, tiene buenos resultados. También es necesario que los padres se impliquen en la evaluación de una situación psico –social para la paternidad, la maternidad, y sus habilidades. Normalmente estos cursos son hechos en Europa y también en Mozambique para las personas que quieren adoptar otros niños. Estas exigencias deben también ser recomendadas a los que quieren ser padres para que puedan enfrentarse al nacimiento del futuro hijo bien informado y preparado.

Un sistema de atención medica, de tratamiento y seguimiento casa a casa o puerta a puerta fue aplicada en Mozambique en varios momentos de su historia epidemiológica. Las campañas de vacunación de después de la independencia consiguieron grandes ventajas y resultados asombrosos, tal vez haya lecciones para aprender. Los Agentes Polivalentes Elementares (APE) fueron personas de la comunidad que habían sido preparadas para prestar cuidados de salud básicos. Cualquiera que sea la evaluación de las limitaciones de su trabajo, este tipo de trabajadores tuvo un papel importante en el desempeño, en el apoyo y en la prestación de cuidados de salud. El tipo de agente comunitario no puede ser reducido a un APE pero puede ser aplicado a todos los prestadores de cuidados de salud con una preparación adecuada. Un contacto personalizado entre el prestador de cuidados de

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

salud, sea un APE, acompañado con la mayor frecuencia posible por un prestador de cuidados de salud de preferencia un médico especialista en enfermedades infecto-contagiosas ayudara a transformar el paradigma de *vigilar y castigar* en un paradigma de *tratamiento y cura.*

Una cuestión importante es que los habitantes de Mozambique luchen por sus derechos de ciudadanos, exijan al gobierno que se les garanticen sus derechos a la salud y a las organizaciones internacionales cumplan con los derechos humanos, de derecho al tratamiento antirretroviral, a una salud sexual y reproductiva adecuada, a la igualdad de género, al control de las relaciones violentas y otros tipos de abusos de los que ya hemos hablado anteriormente como los abusos a los niños y violaciones. Si tomamos la historia del *xipongwana,* un *bicho pequeño invisible* que entra en el cuerpo de la mujer y después se queda dentro, o de la bolsa de plástico donde se encierran y se echan a la basura los hijos (condón), estas historias las vemos como leyendas, mitos, tradiciones y no nos preocupamos si reflejan o no la verdadera historia natural de la enfermedad o de la prevención, pero así es como los habitantes de Mozambique entienden lo que les está sucediendo. Las mujeres se sienten violentadas, en su interior ellas sienten que algo que ellas no ven es lo que las está matando y los hombres se sienten castrados e impotentes, porque no se pueden reproducir. Es interesante que aquí la culpa sea siempre del otro, del blanco, del extranjero, el exterior. Mientras tanto estas leyendas, mitos o historias imaginadas también mencionan a los *soldados del cuerpo que perderán su fuerza, a la nyoca o serpiente interna o sistema de defensa inmunitario del cuerpo*, ¿Cuál es la solución adecuada?, ¿Tomar la medicación para dormir al enemigo que se infiltró en el cuerpo o combatirlo?, ¿o buscar una explicación adecuada a este grave problema de salud?

En realidad estas historias muestran un estado del sistema de salud que no protege, que no tiene capacidad para explicar y tratar a sus ciudadanos, que tiene un sistema internacional que les distribuye los medicamentos que en su tierra en Europa ni siquiera ya usan. Estas explicaciones que dan sobre el SIDA y para qué sirve muestra la existencia de sistemas económicos, políticos, sociales y de salud que les comprenden, pero que no están tomando las medidas adecuadas al problema de salud de los ciudadanos tienen planteados, que si no reaccionan, se organizan las necesidades y sistemas de infraestructuras básicas como higiene, sanidad, agua potable, comida, salud, trabajo, educación. Cuando vayan a reaccionar o tendrán muy poca población o una población de personas enfermas en el que la vida de la población va a ser muy dura, difícil y complicada.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Su cosmogonía les lleva a buscar protección en los espíritus de los antepasados, estas creencias son tan validas como cualquier otras creencias religiosas pero no evitan el contagio ni transforman la enfermedad en una enfermedad crónica, la situación de las personas, la economía del sexo, la historia de Nyeleti, los niños como mercancía, las creencias en el poder sexual y económico vienen de prácticas sexuales, tabúes, incesto. Muestran una sociedad donde el tejido social está destruido donde las personas sobreviven y no viven en un mundo que los toma en consideración como personas, como ciudadanos con derechos y con deberes. En Mozambique, en el estado de desarrollo y de evolución en que se está desarrollando la epidemia de VIH / SIDA e intentando que la enfermedad sea tratada y considerada como un padecimiento crónico como otra dolencia más. Se deben crear las condiciones adecuadas para que esto suceda mientras aparecen los tratamientos definitivos que ayuden a controlar la enfermedad, la pandemia, las personas recuperen la salud, la vitalidad.

Como he argumentado en los capítulos anteriores, la afirmación de las mujeres que tienen miedo de decir al marido que tienen SIDA, refleja el miedo, la desconfianza que las mujeres tienen de divulgar públicamente y privadamente su condición de VIH / SIDA, a causa de todos los problemas y situaciones negativas que han vivido muchas mujeres cuando han abierto su situación de estar infectadas o enfermas. Existen 3 situaciones que han sido las valoradas en la investigación y son:

1. Las mujeres que reciben apoyo y soporte de su familia, marido y red social.

2. Las mujeres que son maltratadas, humilladas, violadas, arrojadas de casa, estigmatizadas públicamente, discriminadas, pierden a sus hijos, la economía, al marido porque son abandonadas, acusadas de prostitutas y hechiceras.

3. Las mujeres que esconden la situación, se enfrentan como pueden en silencio a los problemas que el embarazo, la infección de VIH / SIDA, su situación social les viene encima, buscan las estrategias que ellas consideran apropiadas para enfrentarse a los problemas y no ser castigadas socialmente por ello.

Las mujeres usaban todos los tratamientos posibles en los diversos sistemas plurales que existen en el país, pues estamos ante una pandemia en que no existe una cura definitiva, pero el tratamiento antirretroviral bien tomado y llevando la terapia adecuada que no produce efectos secundarios molestos, no tolerables, permite tener buena calidad de vida a los pacientes. La

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

medicina moderna no consigue curar todavía definitivamente a los pacientes, pero cada vez los tratamientos son mejores y se va avanzando en varias direcciones para mejorar, el desafío es que estas nuevas terapias lleguen a los enfermos en los países en vías de desarrollo y en especial a las mujeres embarazadas y sus hijos. La medicina moderna tampoco ha conseguido explicar en términos claros y fáciles, la historia natural del virus y de la enfermedad. Existe una traducción en ambientes multi-culturales donde los dos sistemas de salud están en conflicto porque ambos quieren mantener el poder y el control de las personas. Y este conflicto acaba volviendo a la mujer culpable de la transmisión de la infección del VIH / SIDA, igual que sucedió con otras enfermedades de transmisión sexual como por ejemplo la sífilis en el pasado.

Existen tratamientos que funcionan bien si son bien seguidos y uno de ellos es el tratamiento integral de la transmisión del VIH / SIDA de madre a hijo, y consiste en que las madres lleven un seguimiento clínico desde el inicio del embarazo, pasasen por la asesoría y test de VIH, el marido o compañero también para que no continúen contagiándose el uno al otro, tomar la profilaxis con la línea de tratamiento antirretroviral indicada, o si tienen problemas y criterios clínicos para entrar en tratamiento antirretroviral empezaran la terapia, tener el parto de la manera menos traumática posible en la maternidad, que el bebé reciba la profilaxis adecuada, la alimentación si es posible que sea de leche artificial y si no es posible que sea de leche de pecho exclusivamente teniendo cuidado de que el niño no tome nada más y no esté en riesgo.

No funciona este programa en este contexto, no es digno, ni ético, ni humano, ni aceptable bajo ningún concepto, que las mujeres pasen por todas estas situaciones solas, tomando mal la profilaxis, el tratamiento y no llevando los controles médicos adecuados durante el embarazo, no revelar su condición de VIH a nadie, no buscar ayuda y soporte en una persona o lugar seguro, tener el parto en casa sin tener las condiciones adecuadas para la madre y el hijo, dar de mamar al bebé de manera tradicional y dar el tratamiento de la Medicina Tradicional por esconder su condición de VIH positiva con el riesgo que corren de infectar al hijo. Aceptar mantener relaciones sexuales sin métodos de protección, la parte más difícil buscar una solución para ver cómo le puede explicar al compañero, la familia toda la situación para que se pueda prevenir y tratar, sin que la mujer tenga consecuencias negativas. Entre todos hay que buscar soluciones y la forma de mejorar todos estos problemas, que muchos pueden ser solucionados, como ha sucedido en los países en desarrollo y ese es el estándar de cuidados médicos que debemos de buscar para las personas enfermas, para las madres, los hijos y las familias y en realidad a toda la sociedad.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

BIBLIOGRAFIA

Abdullah, M., Adam, Y., Backstrom, B., Ferrinho, P., Laberghe, W., Mack, J. and Mazive, J. (1998). Medicina Tradicional em Mozambique: Legalizacao e procura. Maputo.

Abdulláh, Ma., Adam, Y., Khan, Z. (1999). "Avaliação do desempenho do pessoal da saúde em Moçambique: perspectivas dos sectores públicos e privado," Maputo: Faculdade de Medicina, 13 p

Adam, Y. (1998). "Serviços de saúde clandestinos nos bairros de Xipamanine, Chamanculo e de Mavalane". Maputo: Faculdade de Medicina. Nº 154, pag. 10 – 12.

Adam, Y. (2003). "Medicina Tradicional – Medicina dos Hospitais: escolha dos pacientes.Versão (dois). Maputo.

Adam, Y. (2006). Escapar aos dentes do crocodilo e cair na boca do leopardo. Promedia. Maputo.

Adam, Y. (2009). A Giboia de Junod. Universidad de Bahia

Adam, Y. (2009). A Syfhilis e outras doenças venereas: Uma Historia ainda por fazer. Universidad de Bahia.

Adam, Y. (2009). Novos Olhos para ver Junod. Universidad de Bahia.

Adam, Y. (2009). O Penis dos Hotentos. Univeridad de Bahia.

Adam, Y. et al., (1998). "As estratégia para enfrentar os problemas do cotidiano dos provedores dos cuidados primários de saúde em Moçambique". Maputo: Faculdade de Medicina, [sd]. 12p.

Adam, Y., Khan, Z., et al. (1998). "Estratégia de sobrevivência do pessoal de saúde no Hospital Geral de Mavalane," Maputo: CEP.

Adrian Ayala, E., Bazán, E. et al. (2006). Factores de riesgo de transmisión vertical (materno – fetal) de pacientes positivas. "Revista de postgrado de la VI Cátedra de Medicina" s/d.

Agadagnian, V. (2005). Gender, religious involvement, and HIV/AIDS prevention in Mozambique. Social Science and Medicine 61,1529 -1539.

Aggleton, P., Parker, R., & Maluwa, M. (2003) "Estigma y Discriminación por VIH / SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción". UNAIDS, 2002-2003, Ginebra.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Agha, S., et al., (2001). "The promotion of condom use in non-regular sexual partnership in urban Mozambique". Health Policy and Planning 16 (2): 144-51.

Agostinho, A., et al., (2004). Medicina Tradicional em Mozambique. Que perspectivas para o futuro? Gabinete de Estudos da Medicina Tradicional. MISAU. Mozambique.

Airhihenbuwa et al., (2004). Culture and African Context of HIV / AIDS Prevention, Care and Support. Journal of Social Aspects of HIV / AIDS Research Alliance Vol. 1, Nº 1 May. Genève.

Aka-Dago, Desgrees Du Lôu, Msellati, (1999). Issues surrounding choice form women living with VIH in Abidjan, Cote de Ivory. Reproductive Health Matters; 7(13): 20 – 29.

Allen, S. et al., (2007). Promotion of couple's voluntary counselling and testing for HIV through influential networks in two African cities. BCM Public Health, 7: 349.

Anderson et al., (2007). Risk factors for domestic physical violence: national cross-sectional household surveys in eight southern African countries. BMC Women Health.

Ankrah, M. (1991). "AIDS and the social side of health". Social Science & Medicine, Volume 32, Issue 9, Pages 967 – 980.

Antelman, G., Smith, M. Et al. (2001).Predictors of HIV-1 sero-estatus disclosure: a prospective study among HIV - infected women in Dar as Salaam, Tanzania". AIDS, 15: 1865 – 1874.

Arnfred, Signe. (2004). Re -Thinking Sexualities in Africa. Edited by Signed Arnfred. The Nordic África n Institute.

Arthur, M., Osorio, C. (2002). Revisión de la Literatura: Saude Sexual e Reproductiva, DTS, HIV / SIDA. Mozambique. FNUAP, Maputo.

Ayikukwei, R., Ngare, D., Sidle, J., Ayuku, D., Baliddawa, J., Green, J. (2008). HIV/AIDS and cultural practices in western Kenya: the impact of sexual cleansing rituals on sexual behaviours. Cult Health Sex. Aug; 10(6):587-99

Baeck, Carolyn. Kaai, S., and Geibel, S., (2003). High Rates of Disclosure to Male Partner between HIV-positive and HIV-negative PMTCT Clients. Horizon Programs / Population Council.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Baggaley, R. & Van Pragg, E. (2000). Antiretroviral interventions to reduce mother to child transmission of human immunodeficiency virus: Challenges for health systems, communities and society. Bulletin of the World Health Organization, 78 (8).

Baggaley, R.; Sixaxhe, T.; Gallimard. (2000). Involvement of men in MTCT interventions. AIDS Care; 17(10): 413 – 20.

Bagnol, B & Chamo, E. (2003). Como Entender o Fenómeno dos "Titios" e "Pisa-Paga" em Pebane e Quelimane. Paper presented in the Workshop organized in September 2003 by PGM/ DFID in Quelimane (Zambézia. Mozambique).

Bagnol, B. & Cabral, Z. (1998). Assédio e Abuso Sexual nas Escolas. Maputo: Ministério da Educação, ONP/SNPM, Embaixada do Reino dos Países Baixos, Embaixada do Reino da Dinamarca.

Bagnol, B. & Mariano, E. (2007). Closing the vagina through elongation of the labia minora and use of vaginal products to enhance eroticism: Can these practices be considered FGM? Presented at the Foko Conference in Helsinki, September. Cultura, Saude e Sexualidade, Agosto de 2008; 10(6): 573-585.

Bagnol, B. (1996). Assessment of Sexual Orientation in Maputo and Nampula. Maputo: Royal Netherlands Embassy. (Consultancy report)

Bagnol, B. (1997). Appraisal of Sexual Abuse and Commercial Sexual Exploitation of Children in Maputo and Nampula. Consultancy report. Maputo: Royal Netherlands Embassy.

Bagnol, B. (1998). Pesquisa Qualitativa sobre DTS/SIDA em Quelimane, Maganja da Costa e Pebane. Maputo: Action Aid. (Consultancy report)

Bagnol, B. (2002). Lovolo, identities and violence: embodiment of histories and memories. Paper presented at the eighth International Interdisciplinary Congress on Women. Kampala, Uganda, July 21st – 26th.

Bagnol, B. (2003). Identities and Sexual Attraction: Female Adolescent Rituals in Northern Mozambique and Healers in Southern Mozambique. Paper presented at the fourth International IASSCS Conference. University of the Witwatersrand. Sex and Secrecy Conference. Johannesburg 22-25.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Bagnol, B. (2004). Sexuality and the Need to Integrate Men's Perspectives. Paper presented at the Global Forum for Health. Helping Correct the 10/90 Gap. Forum 8. Mexico City 16-20 November 2004. (To be published in the proceedings).

Bagnol, B. and Chamo, E. (2003). "Titios" e "catorzinhas". Pesquisa exploratória sobre "sugar daddies" na Zambézia (Quelimane e Pebane). Maputo: PGM / DFID. First author with Ernesto Chamo.

Bagnol, B., Mariano, E. (2006). Practicas vaginais: erotismo e implicaçoes para a saude das mulheres e uso do preservative em Moçambique. Maputo

Baiden, F., Baiden, R., Williams, J. et al. (2005). "Review of Antenatal-Linked Voluntary Counselling and HIV Testing in Sub –Saharan Africa: lessons and Options for Ghana. Ghana Med J. 2005 March; 39(1): 8 – 13.

Baiden, F., Remes, P., Baiden, R. (2005). "Voluntary counselling and HIV testing for pregnant women in the Kassena - Nankana district of northern Ghana: Is couple counselling the way forward? AIDS Care, July; 17(5):648-657.

Bajunirwe, F. & Muzoora, M. (2005). Barriers to the implementation of program the prevention of mother to child transmission HIV: A cross-sectional survey in rural and urban Uganda. AIDS Research and Therapy, 2:10.

Banda et al, (2006). "Use of Traditional Medicine among Pregnant Women in Lusaka, Zambia. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 13(1): 123-128. Doi: 10.1089/acm. 2006. 6225.

Bariran, A. Taylor, G. et al. 2007. A model of VIH disclosure: disclosure and types of social relationships. J Am Accad Nurse Pact. May; 19(29:242-50.

Barrett, Kuzawa, Mcdale and Armelagos. (1998). "Emerging and re-emerging infectious disease: The triad epidemiological transition". Annul. Rev. Anthropology, 27:247-71.

Baylies, C., and Bujra J. (2003). "AIDS, Sexuality and Gender in Africa; collective strategies and struggles in Tanzania and Zambia". Social Science & Medicine, Volume 56, Issue 2. January 2003, Pages 425-436.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Berer, M. (1999). Reducing prenatal HIV transmission in developing countries through antenatal and delivery care and breastfeeding. Bulletin World Health Organ

Berer, M. (2003). Integración de los servicios de salud sexual y reproductiva: Una prioridad del sector salud. Reproductive Health Matters Nº 2.

Best, K. (2004). Averting HIV infecting births: Integrating family planning services can achieve the goal. Fam. Health International: 23.

Blake Scott J. (2003). "Risky Rhetoric, AIDS and the Cultural Practices of HIV Testing". Southern Illinois University Press, United Estates.

Bond, V., Chase, E., and Aggleton, Peter. (2004). Stigma, HIV/AIDS and Prevention of Mother-to-Child Transmission in Zambia. Evaluation and Program Planning, Volume 25, Issue 4, November, Pages 347-356.

Bonfill, C. Entrevista a Richard Parker. (2008). No hay balas mágicas ni saltos de fe para combatir al SIDA. Noticias de Sexualidad Salud y Sida. 17 de Agosto de 2008.

Brody, S.; Potterat, J. (2003). "Assessing the role of anal intercourse in the epidemiology of AIDS in Africa". International Journal of STD & AIDS; 14: 431 – 36.

Brou, H. et al. (2007). When do HIV infected woman disclose their HIV status to their male partners and Why? A study in a PMTCT program in Abidjan

Brummelhuis, H. & Herdt, G. (1999). Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS. Gordon and Breach Publishers. Chicago.

Bukali, G. (2002). HIV / AIDS Prevention and care in Mozambique. Sociocultural approach: 'Literature and Institutional Assessment and Case Studies on Manga (Beira), Sofala Province and Zambezia. UNESCO, Maputo.

Bunnell, R., Nassozi, J. et al. (2005). Living with discordance: knowledge, challenges and prevention strategies of HIV discordant couples in Uganda. AIDS Care Nov; 17(8): 999 – 1012.

Burgess, Robert. (2004). "Field Research: a Sourcebook and Field Manual". Rutledge. London

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Caldwell, John. (1999). "Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries". Westport, CT: Greenwood Press.

Campbell, C. (2004) "Migrancy, Masculine Identities, and AIDS: The Psychosocial Context of HIV Transmission on the South African Gold Mines." In Kalipeni, E, Craddock S, Oppong J, and Jayati Ghosh, eds. HIV and AIDS in Africa: Beyond Epidemiology. Malden, MA: Blackwell Publishing.

Campbell, O., Cleland, J., Columbine, M., Southwick, K. (1999). Social Science Methods for Research on Reproductive Health. World Health Organization. Geneva.

Carter, M. (2004). Involvement of partner in VCT increases uptake of interventions to prevent vertical and sexual HIV transmission. Aids Map News December.

Cartoux, M., Meda, N., Van de Pierre, P. et al. (1998). Acceptability of voluntary testing by pregnant women in developing countries: an international survey. AIDS; 12:2489 – 93.

Casimiro, I., Andrade, X. (1992) Construindo uma Teoria de Género em Moçambique. En Estudos Moçambicanos 11/12.

Castro, A. & Farmer, P. (2002). "El estigma del SIDA y su evolución social: una visión desde Haití". Revista Antropológica Social: 1131 – 558.

Castro, A. & Farmer, P. (2005). Understanding and Addressing AIDS - Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti. Public Health Matters, Vol. 95, Nº 1.

Castro, A. (2003). "Determinantes socio-políticos de la infección por VIH: Violencia estructural y culpabilizarían de la víctima". Conferencia presentada en el 2º Foro Latinoamericano del SIDA.

Castro, A. (2006). Sexualidad en las relaciones de Género en la Transmisión del VIH: propuestas de investigación en el área de prevención. En Mulher, SIDA e o Acceso a Saude na África Subsahariana sobre as Perspectivas das Ciencias Sociais. Projecto Vita.

Centers of Disease Control and Prevention. (1994). Zidovudina for the Prevention of HIV / SIDA Transmission from Mother to Infant. MMWR April; 43: 285 - 8

Centers of Disease Control and Prevention. (2004). Introduction of HIV testing in pre-natal care in Botswana. MMWR 2004; 53: 1083 – 6

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Chase, E., Aggleton, P., Coram, T. (2001). HIV/AIDS and the Prevention of Mother-to-Child Transmission. A pilot study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso. UNICEF, Panos Institute.

Chipepo, Kankas, Swale, Kazoo, Nishiyama, Hirosbi, Terunuma, and Wakasugi. (2005). Socio-economic and Reproductive Factors Associated with Condom Use Within and Outside of Marriage among Urban Pregnant Women in Zambia. African Journal of Reproductive Health, Vol. 9 Nº 3.

Chongo, Edith. (2007). Accidentes causados por praticantes da Medicina Tradicional que chegam ao Hospital central de Mapùto, 1991-2007. Departamento de Historia de la Medicina. Universidad Eduardo Mondlane.

Ciaffi, L. (2005). Curso de VIH / SIDA de Médicos Sin Frontera Suiza en Berlín en el año 2005.

Civic, D. and Wilson, D. (1996). Dry sex in Zimbabwe and implications for condom use. Social Science & Medicine. Volume 42, Issue 1, January 1996, Pages 91-98

Cockerham, William. (1995). "Medical Sociology" Prentice Hall, New Jersey

Comelles. Josep M., Martínez, A. (1993). Enfermedad, Sociedad y Cultura. Madrid: Edema.

Connor, E. et al. (1994). Reduction in Maternal – Infant of HIV Type 1 with Zidovudine Treatment. New England Journal of Medicine 331(18): 1173-1180.

Consejo de Luta contra el VIH / SIDS. Relatorio (2007). MISAU

Cooper, D., Harries, J., Landon, M., Orner, P and Bracken, H. (2007) "Life is still going on": Reproductive intentions among HIV- 1 positive woman in South Africa. Social Science and Medicine Volume 65, Issue 2, July, Pages 274 – 28

Cossa, H., Gloyd, S., Vaz, R., Folgosa, E., Simbine, E., Diniz, M., Kreiss, J. (1994). Syphilis and HIV infection among displaced women in rural Mozambique. International Journal of STD & AIDS, Vole 5, nº 2, pp. 117 – 123.

Creek, T., Ntumy, R., Seipone, K., Smith. M. et al. (2007). Successful Introduction of routine opt-out HIV testing in antenatal care in Botswana. Medline.

Creese, A., Floyd, K., and Alban, A. (2002). Cost-effectiveness of HIV / AIDS interventions in Africa: a Systematic review of the evidence. The Lancet. Volume 359. May 2002; 359: 1635-42

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

De Allegri, M., Malabika, S., Hofmann, J. and Bohler, T. (2007). A qualitative investigation into knowledge, beliefs, and surrounding mastitis in sub-Saharan Africa: what is vertical transmission of HIV? BMC Public Health 2007; 7:22

De Bruyn, M., Jackson, H., et al. (1995). « Facing the challenges of HIV/AIDS / STD a gender based response". Amsterdam. Royal Tropical Institute. SAFAIDS / WHO.

De Paoli, M., Manongi, R., Kleep, K. (2004). The Factors influencing acceptability of voluntary counselling and HIV testing among pregnant woman in Northern Tanzania. AIDS care; 16(4): 411 – 25.

De Wagt, A., Clark, D. (2004). A review of UNICEF experiences with the distribution of formula feeding of HIV infected mothers in Africa. UNICEF.

Decreto n° 19/92, de 31 de Dezembro. In: Boletim da República, 1ª Série, n° 53, de 31 de Dezembro de 1992.

Delva, W., Mutunga, L. Quaghebeur, A. & Temmerman, M. (2006). Quality and quantity of antenatal HIV counselling in a PMTCT programme in Mombasa, Kenya. AIDS Care; 18 (3): 189 – 193.

Delvaux, T., Ake, O., Diarra, J., Ronsmans, C. (2005). Quality of maternity care services before the implementation of prevention of HIV mother-to-child transmission in Cote d'Ivoire. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK.

Departamento de Saude da Comunidade. Prevencao da Transmisao vertical (PTV) do VIH / SIDA. Guiao de Operacionalizacao da PTV. MISAU. Maputo, Noviembre 2003.

Desclaux, A. & Desgrees du Loû, A. (2006). African Woman faced with the AIDs epidemic. Population and Societies, Nº 428

Desclaux, A., Grimberg, M., Vidal, L. (2000). Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH / SIDA. Estigma y discriminación por el VIH / SIDA: un enfoque antropológico. Proyecto de investigación de UNESCO / ONUSIDA.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Dgedge, M., Novoa, A., Macassa, G., Sacarla, J., Black, J., Michaud, C., Cliff. J. (2001). "The burden of disease in Maputo City, Mozambique: Registered and autopsied deaths in 1994". Bulletin of the World Health Organization (2001), 79 (6), 546 - 52.

Dias, J. & Dias, M. (1970). Os Macondes de Mozambique. III Vida Social e Ritual. Junta de Investigacoes do Ultramar. Centro de Estudos de Antropología Cultural. Lisboa

DNS-MISAU, 2001. Estrategia para a prevencao da transmisao do VIH da mae para o filho. DNS, Maputo.

Doherty, T., Besser, M., Donohue, S. et al. (2003). An evaluation of the prevention of Mother to Child Transmission of HIV Initiative in South Africa: Lessons and Key Recommendations. Health Systems Trust, September, Durban 2003.

Doherty, T., McCoy, D., Donohue, S. (2005). Health system constraints to optimal coverage of prevention of mother to child HIV transmission programme in South Africa: lessons from the implementation of the national pilot programme. African Health Sciences Vol. 5, Nº 3.

Douglas, M. (1973). Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Editorial Siglo XXI

Dowsett, G. (2003). "Some Considerations on Sexuality and Gender in the Context of AIDS". Reproductive Health Matters; 11(22):21-29

Dunkle, K., Jekwes, R., et al. (2004). "Prevalence and Patterns of Gender-based Violence and re-victimización among women attending antenatal clinics in Soweto, South Africa. American Journal of Epidemiology 160(3):230 – 239.

Earthy, D. (1968). Valenge Women. General Studies Nº 59 Cass Libraries of African Studies. University of Birmingham. England.

Eide, M., Myhre, M., Lindbaek, M., Sundby, J. (2006). Social consequences of HIV-positive women's participation in prevention of mother to child transmission programmes. Patient Education and Counselling 60; 146 – 151.

Ekanem & Gbadegesin. (2004). Voluntary Counselling and Testing (VCT) for Human Immunodeficiency Virus: A Study on Acceptability by Nigerian Woman Attending Antenatal Clinics. African Journal of Reproductive Health, Vol. 8, Nº 2, Aug, 2004 pp. 91-100.

Epstein, H. (2002). The Hidden Cause of AIDS. Volume 49, Number 8. New York Review of Books

Eshleman, S. et al. (2001). Selection and fading of resistant mutations in woman and infants receiving NVP to prevent vertical transmission. (HIVNET 012). AIDS 2001; 15:1951 – 7.

Esteban, ML. (2007). Introducción a la Antropología de la Salud. Editor OSALDE. Bilbao.

Estrada, John. (2006). Modelos de Prevención en la lucha contra el VIH / SIDA. Modelos de Bioethica; 12 (1), 23. 91.

Evans- Pritchard, E. (1940). The Nuer. Oxford, Clarington Press.

Fanón, F. (1968). Piel Negra, Mascaras Blancas. Instituto del libro de la Habana.

Farmer & Castro, 2005. El estigma del SIDA y su evolución social. Revista de Antropologia Social Nº 14, pág. 125-144.

Farmer, P. & Castro, A. (2004). Pearls of Antilles? Public Health Policy: A critical Anthropological Examination. Castro, A., Singer, M. Altamira Pres.

Farmer, P. (1990). Sending sickness. Medical Anthropology Quarterly.

Farmer, P. (1993). AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame. University of California Press. Los Angeles.

Farmer, P. (2001). Infections and Inequalities. The modern plagues. Berkeley. California University Press. EE.UU.

Farmer, P., Connors, M. and Simmons, E. (1996). Women, Poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence. Monroe, Maine.

Fassin, D. & Schneider, H. (2003). “The politics of AIDS in South Africa: beyond the controversies. BMJ March 1; 326(7387): 495 – 49

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Fialho, F. (1998). "Antropologia Economica dos Thonga do Sul de Mozambique". Archivo Historico de Mozambique

Fitzgerald, D., Ascencio, MS., Abdias, M., B.S., Warren, D., Johnson, Jr. and William, P. (2004). Notification of Positive HIV Test Results in Haiti: Can We Better Intervene at this Critical Crossroads in the Life of HIV-Infected Patients in a Resource-Poor Country? AIDS Patient Care and STDs Volume 18, Number 11.

Fleming, J. (1995). "Mozambican healers join government in fight against AIDS". Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care, 1(2), 32.

Foster, G. (1978). "Medical Anthropology". Knopf A. New York.

Foucault, M. (1979). Vigilar y Castigar: nacimiento de la Prisión. Editorial Siglo XX.

Foucault, M. (1991). El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada medica. Editorial siglo XXI. Madrid

Fray Joao de los Santos. 1896. Etiopia oriental (Lisbon1891). The Portuguese in South Africa (Cape Town, 1896). Editorial Luis de Alburquerque.

Gallimard, P., Melis, R., Mwanyumba, F. et al. (2000). Consequences of announcing HIV sero-positivity to women in Africa settings: Lessons for the implementation of HIV testing interventions to reduce mother to child transmission. The 12 International Conferences on HIV / AIDS July, Durban South Africa, pp 334.

Gausset, Quentin. (2001). "AIDS and cultural practices in Africa: The case of Tonga (Zambia)". Social Science & Medicine, Volume 52, Issue 4, pages 509 - 518.

Gielen, A.; McDonnell, K.; O'Campo, C. (2000). Women's lives after an HIV positive diagnosis: disclosure and violence. Maternal Child Health J. Jun.; 4(2): 111- 120

Gielen, A., O' Campo, K. et al. (1997). Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an urban setting. Women Health 1997; 23(3): 19-31.

Glenn, M., Lampe, M. et al. (2007). "Reducing the risk of mother to child human immunodeficiency virus transmission: past successes, current progress and challenges, and future directions. Science Direct, volume 197, Issue 3, Supplement 1, page S3 – S9.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Global Prevention Working Group. (2004). HIV Prevention in the era of expanded treatment access. Internet

Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Inglewood Cliff, NJ: Presentice Hall.

Good, J. B. (2003). Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Ediciones Bellaterra.

Government of Mozambique (1996-97). "Understanding Poverty and Well-Being in Mozambique: The First National Assessment, Maputo.

Granja, A. (2002). Maternal Deaths in Mozambique. An audit. Approach with special reference to adolescence, abortion and violence. Karolinska Institute. Stockholm, Sweden.

Green, E. C. (1996). "Purity, pollution and the invisible snake in Southern Africa". Medical Anthropology, 17(1), 83-100.

Green, E. C., Jurg, A., Dgedge, A. (1993). "Sexually Transmitted Diseases, AIDS and Traditional Healers in Mozambique". Department of Traditional Medicine. Ministry of Health, Maputo, Mozambique Medical Anthropology, 15(3), 261-81

Green, E.; Halperin, D.; Nantulya, V.; Hogle (2006). Uganda´s HIV prevention success: the role of sexual behaviour change and the National Response. AIDS Behave; 10(4):335 – 346.

Green, Edward. (1999). Indigenous Theories of Contagious Diseases. Published / Created: Walnut Creek, Caliph: Alta Mira Press.

Green, Edward. (2003). Rethinking AIDS prevention: learning from successes in developing countries. Published / Created: Westport, Conn.: Praeger.

Griffin, K. (1994). "Violencia de Genero, Sexualidade e Saude". Cadernos de Saude Publica. Rio de Janeiro, 10 (supplement 1):146 – 155.

Grinstead, O., Gregorich, S., Kyung-Hee, Ch., Coates, T. (2001). The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Group. Positive and negative life events after counselling and testing: The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study. AIDS 2001, 15.1045-1052.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Hammersley, M. & Atkinson, P. (1995). Etnografía: Métodos de Investigación. Editorial Paidos.

Handcart-Petiet. (2006). Anthropological perspectives on HIV / AIDS Transmission during delivery. Leha, University of Aix- Marseilles, France.

Hankins, C. (2000). "Preventing Mother to Child Transmission of HIV in Developing Countries: Recent Developments and Ethical Considerations". Reproductive Health Matters, Vol. 8, N. º 15.

Hardon, A., Desclaux, A., Egrot, M., Simon, E., Micollier, E., and Kyakuwa, M., (2008). Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: Insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa. J Ethnobiol. Ethnomed. 4: 16.

Hardon, A., Pimpawun, B., Streefland, P., Michael Lim, T., Sjaak Van Der Geest, Van Dongen, E. Gerrits, E. (2001). Applied Health Research Manual. Anthropology of Health and Research and Health Care. Het Spinhuis Publisher, Amsterdam.

Haussman-Muela, S., Muela Ribera, J. et al. (2002). Medical syncretism with reference to malaria in a Tanzanian community. Social Science and Medicine, 55:403 – 413.

Helman, CG. (2000). Culture, Health, and Illness. London: Wright.

Herrera, C. & Campero, L. (2002). "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH / SIDA: constantes y cambios en el tema". Salud Publica de México, Vol. 44, Nº 6, noviembre – diciembre de 2002, pp. 554 – 564.

Hog, H. (2005). Acceso ao Tratamento do SIDA en Mozambique: Um desafío Interdisciplinario. Comunicação para seminario Universidade Eduardo Mondlane. Maputo.

Homsy, J., King, R., Balaba, D., Kabatesi, D. (2004). Traditional health practitioners are a key to scaling up comprehensive care for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. AIDS Aug 20; 18(12):1723-5

Homsy, J., King, R., Tenywa, J., Kyeyune, P., Opio, A., Balaba, D. (2004). Defining Minimum Standards of Practice for Incorporating African Traditional Medicine into HIV/AIDS Prevention, Care, and Support: A Regional Initiative in Eastern and Southern Africa The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10(5): 905-910.

Honwana, A. (2002). "Espíritos Vivos, Tradições Modernas: Possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique" Maputo: Promédia

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Horizons Programs. (2003). HIV and Partner Violence, Implications for HIV Voluntary Counselling and Testing Programs in Dar as Salaam, Tanzania.

Horizons Programs. (2003). HIV Voluntary Counselling and Testing: and essential component in preventing mother to child transmission of HIV.

Ibou Thior, E., Lockman S. et al. (2006). Breastfeeding Plus Infant Zidovudine Prophylaxis for 6 Months vs. Formula Feeding Plus Infant Zidovudine for 1 Month to Reduce Mother to Child HIV Transmission in Botswana. A Randomised Trial: The Mashi Study. JAMA, August 16, 2006 - Vol 296. Nº 7

Impacto Demográfico do VIH/SIDA em Moçambique. Ronda de Vigilância Epidemiológica 2002. Maputo: INE, 2004.

Ingstad, B. 1990. The Cultural Construction of AIDS and Its Consequences for Prevention in Botswana. Medical Anthropology Quarterly 4:28-40.

Inhorn, M.C., Brown, P. J. (1997). The Anthropology of Infectious Disease. International Health Perspectives. Amsterdam, Gordon and Breach Publishers

Instituto Nacional de Estadística (INIE). (2005). Relatorio final del inquerito demográfico y de salud 2002/ 2003, Maputo

Israel, E., Kroeger, M. (2003). Integrating prevention of mother to child HIV transmission into existing maternal, child and reproductive health programs. Pathfinder International Technical Guidance's Series.

Jenkin, K. (1997). The Postmodern History Reader. Routledge, London

Jewkes, R. & Naeema, A. (2000). Violence against Women in South Africa: Rape and Sexual Coercion (Review Study). Johannesburg: Medical Research Council.

Jewkes, R. & Wood, K. (1999). Problematizing Pollution: Dirty Wombs, Ritual Pollution, and Pathological Processes. Medical Anthropology, Vol. 18, pp. 163 –186.

Jones, S., Sherman, G., Vargas, C. (2005). Exploring socio-economic conditions and poor follow-up rates of HIV exposed infants in Johannesburg, South Africa. AIDS Care; 17 (4): 466 – 470.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Junod, H. A. (1996). Usos e costumes dos Bantu. Archivo Historico de Mozambique. Coleccao Documentos 3, Maputo. Primera version 1910. Junod H A. Les conceptions physiologiques des Bantu Sud-Africaines et Leurs Tabous". In Revue d`Ètnografie et de Sociologie 1910

Kakimoto, K., Mukoyama, Y., Chheng, T., Chou, T., Sedta, C. (2007). Influence of the involvement of partners in the mother class with voluntary confidential counselling and testing acceptance for prevention of mother to child transmission of HIV programme in Cambodia. AIDS Care, 19 (3), 381-4.

Kaleeba, N., Kalibala, S. (1997). Participatory evaluation of counselling medical and social services of the AIDS Support Organisation (TASO) in Uganda. AIDS car; 9 (1): 13 – 26.

Kalichman, S. & Simbayi, L. (2004). Traditional beliefs about the cause of AIDS and AIDS-related stigma in South Africa. AIDS Care, vol.16, NO 5, pp 572-580

Kalipeni, E. (2000). Health and disease in Southern Africa: a comparative and vulnerability perspective. Social Sciences & Medicine 50; 965-983.

Kalipeni, E. (2007). As Multiplas Dimensoes da Vulnerabilidade ao VIH / SIDA em Africa. 2007. En Mulher, SIDA E O Acceso a Saude na Africa Subsahariana, sob a perspectiva das Ciencias Sociais. Proyecto VITA

Karamagi, Ch., Tumwine, J., Thorkild Tylleskar and Heggenhougen, CH. (2006). Intimate partner violence against women in eastern Uganda: Implications for HIV prevention. BMC Public Health 2006, 6: 284.

Karamagi, Ch., Tumwine, J., Thorkild, T., Heggenhougen, CH. (2006). Antenatal HIV testing in rural eastern Uganda in 2003: incomplete rollout of the prevention of mother to child transmission programme? BMC International Health and Human Rights 2006; 6:6.

Karlyn, A. (2001). "The impact of a targeted radio campaign to prevent STD and HIV/AIDS in Mozambique". Medline. AIDS Educ. Prev.; 13 (15): 438 – 51.

Kayode, C., Adeyemo, A., Omotade, O. (2002). Beliefs and perceptions about infection and AIDS among mother of infants in Ibadan, Nigeria; West Africa. Afr. J Med. 21 (1): 43 - 7

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Kebaabetswe, P. (2007). Barriers to participation in the prevention of mother to child HIV transmission program in Gaborone, Botswana a qualitative approach. AIDS Care; 19(3): 355-360.

Kebede, D., Wassie, L., Yismaw, D. (2005). Determinants and outcomes of disclosing HIV – sero positive status to sexual partners among women in Mettu and Gore towns, Illubabor Zone southwest Ethiopia. Ethip. J. health Dev.; 19 (2)

Kendall, Carl. (2008). Indigenous Theories of Contagious Disease. Medical Anthropology Quarterly. Volume 14, Issue 4, pages 628 – 630. Maternal and Child Epidemiology Unit London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Keogh, P., Allen, S. et al. (1994). The social impact of HIV infection on women in Kigali Rwanda: a prospective study. Social Science and Medicine; 38(8): 1047 – 53.

Kiarie, J., Carey, F., Richardson, B., Kabura, M., Francis, J. (2006). Domestic violence and prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. AIDS, 20:1763-1770.

Kindlimuka, (2000). Algumas informações relativas à qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: Kindlimuka. 37p

Kleinman, A. (1980). Patients and healer in the context of culture. Berkeley University of California Press.

Kleinman, A. (1988). The illness narratives. Suffering, Healing & the Human Condition. Ed. Basic Books.

Kominami, M., Kimiko, K., Moazzam, A., Henry, M. and Hiroshi, U. (2007). Factors determining prenatal HIV testing for prevention of mother to child transmission in Dar Es Salaam, Tanzania. Paediatrics International; 49, 286-292.

Kotanyi, S., Bukali, G. (2005). Integracao socio-cultural da prevencao HIV / SIDA. Sana Consultores, Mozambique.

Kresge, K. (2003). Female barriers contraceptive finds new role in HIV. American Foundation for AIDS Research.

Lallemant, M., Jourdan, G., Le Cœur, S. et al. (2004). Single dose of NVP plus standard AZT to PMTCT in Thailand. N Eng J Med.

Latre-Gato, A. (1999). "Women and AIDS in Africa: socio-cultural dimensions of the HIV/AIDS epidemic. UNESCO, Blackwell Publishers, Oxford and MA, 1999, 393

Leclerc – Madlala, S. (2001). Virginity testing: managing sexuality in maturing AIDS epidemic. Medical Anthropology Quarterly 15(4):533-552.

Leclerc-Madlala, S. (2002). On the virgin cleansing myth: gendered bodies, AIDS and ethnomedicine. African Journal of Aids Research 2002, 1(2):87-95.

Lindegren, M., Byers, R., Thomas, P. et al. (1999). Trends in Perinatal transmission of HIV / AIDS in USA. JAMA; 282:531-8.

Loforte, A. (2000). Género y poder entre os Tsonga de Moçambique. Cooperación Suiza.

Loforte, A. (2004). Políticas e estrategias para a igualdade de género: constrangimentos e ambigüedades. Texto publicado na Revista "Outras Vozes", Boletim da WLSA Moçambique.

Loforte, A. (2004). Praticas culturais em relacao a sexualidade e representacoes sobre saude e doenca. Maputo.

Loforte, A. (2007). Inequidade e valores em saude reproductiva: vulnerabilidade das mulheres num contexto de feminizaçao da SIDA. 2007. En Mulher, SIDA E O Acceso a Saude na Africa Subsahariana, sob a perspectiva das Ciencias Sociais. Proyecto VITA.

Loforte, A., E Medeiros, E. (1987). A Situação da Mulher em Moçambique. Normas, Praticas e Tabus Respeitantes a Fecundidade, Gravidez y Parto. UEM / UNESCO / MISAU.

Loforte, Ana (2003). Women Power and Tradition in Mozambique. Outras Vozes, Nº3, Suplemento. Julho de 2003. P23-25.

Lugalla, J., Emmelin, M., Mutembei, A. (2004). "Social, cultural and sexual behavioural determinants of observed decline in HIV infection trends: lessons from the Kagera Region, Tanzania". Social Science & Medicine, Volume 59, Issue 1.

Lupton, D. (1995). The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body, London, Sage Publications

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Lupton, D. (2004). Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies. Sage Publications.

Macave, P. (2006). Pré-Sensibilização com a PRM: Relatório final. Maputo: PSI-Moçambique.

Machel, J. (2001). "Unsafe sexual behaviour among schoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class". Reproductive Health Matters, Vol 9, Nº 27.

Macuamule, C. & Foreman, M. (2002). Os Homens e o HIV em Moçambique: Papel, Riscos e Responsabilidades. Maputo: SWAA-Moz e Panos.

Maher, J., Peterson, J., Hasting. Et al. (2000). Partner violence, partner notification, and women's decision to have and HIV test. J acquire Immune Deific. Syndr. 25(3): 276 –82.

Makhlouf, C. et al. (2007). The Utilization of Testing and Counselling for HIV: A review of the social and behavioural evidence. Framing Health Matters, Vol 97, No 10.

Malungo, J.R.S. (2001). Sexual Cleansing and levirate marriage in the era of HIV / AIDS: Changes and perceptions in Zambia. Social Science & Medicine. Volume 53, issue 3, Pages 371 – 382.

Maman, et al., 2003.Women´s Experiences with HIV Serodisclosure in Africa: Implications for VCT and PMTCT. Report of USAID

Maman, S., Mbwanbo, J., Hogan, N. et al. (2002). HIV positive life partner violence: findings from a voluntary counselling and testing clinic in Dar as Salaam, Tanzania; 92(8): 331-7.

Manzi, M., Zachariah, R. et al. (2005). High acceptability of voluntary counselling and HIV testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother to child transmission program in rural Malawi. Tropical Medicine and International Health. Volume 10, n 12, pp. 1242 – 1250.

Mariano, E. (2007). Formación en antropología de la salud. Manual de HAI. Universidad Eduardo Mondlane. Maputo

Mathews, C., Coetzee, et al. (2009). Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.

Mathieu, A., Laberge, S., et al. (2003). Biomedical scientist's perception of the social sciences in health research. DS. 2003 Mar 28; 17(5): 733-40

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Matshine, C. (2005). Tabula Rasa. Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV / SIDA. Texto Editores, Maputo.

Mazhani, L., Sekgoma, B., Mokopakgosi, O. et al. (2000). Report of midterm review of the prevention of MTCT program of Botswana. UNICEF

Mbawambo, J., Hogan, M. (2003). HIV and Partner Violence: Implications for HIV Voluntary Counselling and Testing (VCT) Programs. Horizons Project.

McCloskey, L. et al. (2005). Gender inequality and intimate partner among Moshi women in Tanzania. International Family Planning Perspectives 5, Vol. 31, pp 124-130.

McQueen, K. (1994). "The epidemiology of HIV transmission: Trends, structure and dynamics". Annu. Rev. Anthropology. 23:509-26.

Médicos Mundi Catalunya. (2007). Mulher, SIDA e o acceso a saude na África Subsahariana, sob a perspectiva das Ciencias Sociais. Project Vita

Medley, A., Garcia-Moreno, C., McGill, S. & Maman, S. (2008). Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. Bulletin of the World Health Organization; 82:299-307.

Meñaca, A. (2006). Abandono e Infra-utilizacao dos programas TARV em Lichinga. Uma aproximacao antropológica. MSF Suiza en Lichinga.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es la Medicina Tradicional? Alteridades, 1994, 4 (7): Pages.71 -83.

Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estudio Sociológicos. Nº46, Pág. 37 - 67.

Menéndez, E. (2002). La parte negada de la cultura. Barcelona Bellaterra.

Meneses, P. (2004). "Quando não há problemas estamos de boa saúde, sem azar nem nada": para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas" In Santos, Boaventura de Sousa & Cruz e Silva, Teresa, Moçambique e a reivenção da emancipação social. Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judicial, 2004. Pp.77-110

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Meneses, P. "Medicina tradicional, biodiversidade e conhecimentos rivais em Moçambique" In Sousa Santos, Boa ventura de (Coord.) Biodiversidade e Conhecimentos rivais

Mercier, E. (1999). Status of implementation of the pilot projects for PMTCT. Second Global Strategies for the Prevention of HIV transmission from mother to infants. Montreal.

Metha, S. (2006). The AIDS pandemic: A catalyst for women's rights. International Journal of Gynaecology & Obstetrics, Volume 94, Issue 3, Pages 317-324.

Michelle, E. (2003). Women's Knowledge and attitudes regarding HIV /STSs and contraception in Dominica: A qualitative study of women and their sexual decision-making. Journal of Heath and Population in Developing Countries.

Miller, N., Rubin, D. (2007). Factors leading to self-disclosure of a positive HIV diagnosis in Nairobi, Kenya: people living with HIV / AIDS in the Sub-Sahara. Quell Health Res., 17(5): 586-98.

Ministério da Saúde. (2004). Programa Nacional de Combate ao SIDA: Relatório do Seminário para Definir a Evolução da Epidemia de VIH/SIDA. Maputo: MISAU.

Ministerio da Saude. (2008). Direccao Nacional de Promocao da Saude e Controlo das Doencas. Estrategia de Comunicacao para a promocao da saude materna, Neonatal e Infantil. Com enfoque para a prevencao da transmissao vertical do VIH. Maputo.

MISAU / PNC / DTS / SIDA. (2003). Relatório sobre a revisão de dados de vigilância epidemiológica do VIH. Ronda 2002. Grupo Técnico Multisectorial. Maputo.

MISAU. (1999). Plano Estratégico Nacional: Seminário para Análise da Situação da Epidemia de VIH/SIDA em Moçambique. Maputo: MISAU.

MISAU. (2004). Programa Nacional de Combate ao SIDA: Relatório do Seminário para Definir a Evolução da Epidemia de VIH/SIDA. Maputo: MISAU.

Misihairabwi, P. et al. (1997). HIV and breastfeeding: individual and policy dilemmas SAFAIDS news; 5(3): 4

MMWR, (1995). US Public health service recommendation for VCT for pregnant women. MMWR; 44:1-14

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

MMWR, (1998). Revised guidelines for VCT.

MMWR, (2004). Introduction of Routine HIV testing in Prenatal Care-Botswana.

Mofenson, L. M. (2004). Overview of clinical trials on Prevention of Mother to Child Transmission.

Molyneus, C., Muria, G., Masha, J. et al. (2002). Intra-household relations and treatment decision making for childhood illness. A Kenyan study. Journal of Biological Science; 34:109-31.

Mondarini, G. (2002). Antropología Della salute in Mozambico". Ede. Sassari 2002.

Mondarini, G. (2005). Drami del corpo e narrazioni su di essi. Editorial CUEC (Cooperativa Universitaria Editrice Cagliartina). Cerdeña

Msellati, P., Higst, G., Kaba, F. et al. (2001). Operational issues in preventing mother to child transmission of HIV in Abidjan. Cote d´Ivore. Bulletin of World Health Organisation; 79(7): 641 – 47.

MSF International AIDS Working Group. (2007). Prevention of HIV Mother to Child Transmission. Recommendations for MSF Programmes. Second Edition.

Msuya, S., Mbizvo, E., et al. (2006). HIV among pregnant women in Moshi Tanzania the role of sexual behaviour, male partner characteristics and sexually transmitted infections. AIDS Research and Therapy , 3:27.

Muela, J. (2007). Pluralismo Medico. En Mulher, SIDA E O Acceso a Saude na Africa Subsahariana, sob a perspectvia das Ciencias Sociais. Proyecto VITA. Medicus Mundi Cataluña.

Myer et al., (2004). Dual Method use in South Africa. Family Planning.

Naciones Unidas Mozambique Report 2006. A pobreza na infancia em Mozambique. Uma analise da situacao e das tendencies.

Ndola, P., Morris, L., Mazive, L. et al. (2007). "Relations between HIV risk perception and Condon use: evidence from a Population –based survey in Mozambique.

Nduati, R. et al. (2000). Effect on breast-feeding and formula feeding. JAMA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Nduati, R., Mhori-Ngacha, D. et al. (2001). Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV 1. A randomised trial. Journal of American Association: 283:1167-74.

Nhatave, I., Cliff, J., Walt, G. (2003). Abordagem Sindromica das infeccoes de transmissao sexual: Transferencia da política em Mozambique. Revista Médica de Mozambique.

No author listed. (2009). Uganda: Proposed bill would criminalize HIV transmission, force partners to reveal HIV- positive status. HIV AIDS Policy Law Rev. 2009 May; 14(1):27-8

Nokuthula, Skhosana. (2008). Women and HIV/AIDS in South Africa: A literature review

Obbo, Ch. (1995). Gender, Age and Class: Discourses on HIV Transmission and Control in Uganda. In Culture and Sexual Risk: Anthropological Perspectives on AIDS. Han Ten Brummelhuis and Gilbert Herdt.

OMS Mozambique 2006. Un análisis de la situación y de las tendencias

OMS Mozambique. 1995. Estudio participativo de la pobreza.

ONUSIDA (1999). HIV in pregnancy. A review. Geneva.

ONUSIDA (2000). Men and AIDS – A gender approach. 2000 World AIDS campaign. Ginebra: UNAIDS 25p. [Localização: UNAIDS-Bibliotheca]

ONUSIDA (2004). Enfrentar o futuro juntos. Relatório da Força de Choque do Secretário das Nações Unidas sobre mulheres, raparigas e VIH/SIDA na África Austral. Maputo: UNAIDS 72p. [Localização: UNAIDS-Biblioteca]

ONUSIDA / OMS (2008). Resumen Mundial de la epidemia de SIDA.

ONUSIDA / OMS 2007. Resumen mundial de la epidemia de SIDA.

ONUSIDA 2000. “Men make a difference. Men and AIDS: a gender approach”.

ONUSIDA 2003. “Facing the challenges of HIV/AIDS /STD: a gender – based response”. Annual Integrated Work plan for the UN System’s Response to HIV/ AIDS in Mozambique. UNAIDS.

ONUSIDA 2004. Report On “Women and AIDS.” Genève

ONUSIDA 2005. Mother to Child Transmission. Genève

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ONUSIDA 2005a. Fast Facts about AIDS, documento electrónico, disponible en http: // www.unaids.org, recuperado en septiembre 4 de 2005.

ONUSIDA 2006. Epidemic update. December 2006

ONUSIDA. 2001. Género e HIV-SIDA. Genebra: Colecção Boas Práticas.

ONUSIDA; USAID; CNCS. (1999). Mudança de Comportamento Sexual em Relação ao VIH/SIDA: Até onde nos Levam as Teorias. Ginebra: Colecção boas práticas.

Orne Gliemann, J., Mukotkwa, et al. (2008). Improved knowledge and practices among and users of mother-to-child transmission in rural Zimbabwe. Tropical Medicine & International Health 11, 2008 (3), 341-349.

Orubuloye, I., Caldwell, J. (1993). "Africa women's control over their sexuality in an era of AIDS: A study of Yoruba of Nigeria". Social Science & Medicine, Volume 37, Issue 7, Pages 859 – 872.

Osorio, C. (2004). Algumas reflexoes sobre a abordagem de genero nas políticas publicam sobre o VIH / SIDA. Publicado en "outras Vozes", Nº 6.

Overgaard, Mogensen. (1997). "The narrative of Aids among the Tonga of Zambia". Social Science & Medicine Vol. 44, Issue 4, Pages 431 – 439.

Painter, T. (2001). "Voluntary counselling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in Sub-Sahara Africa". Social Science & Medicine Volume 53, Issue 11, Pages 1397 – 1411.

Painter, T., Diaby, K., Matia, D., et al. (2004). Women's reasons for not participating in follow up visits before starting course antiretroviral prophylaxis for prevention of mother to child transmission of HIV: qualitative interview study BMJ. 4; 329 (465): 543.

Paiva, V., Ventura, E., Santos, N. (2003). "The right to Love: The Desire for parenthood among Men living with AIDS". Reproductive Health Matters, Volume 11, issue 22, Pages 91- 100.

Pakker, N. et al. 2004. Stopping infection from mother to child via breastfeeding in Africa. Academy for Educational Development. Simba Study

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Palombi, L., Marazzi, C. Emberti, G. (2002). "DREAM Project early results Drug Resources Enhancement against AIDS in Mozambique". Igiene e Sanita Pubblica, 58(6), 431-40.

Panos Institute / SWAA. Os homens e o VIH em Mozambique. Sin fecha

Panos Institute. (1995). "Triple riesgo, mujeres y SIDA". Barcelona, Icaria.

Parker, R. & Aggleton, P. (2003). "HIV and AIDS related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action". Social Science & Medicine, Volume 57, Issue 1, Pages 13 – 24.

Parker, R. (2001). "Sexuality, culture and power in HIV/AIDS research". Annul. Rev. Anthropology. 30:163-79.

Parker, R. 2000. Na contramão da AIDS: Sexualidade, Intervenção e política. Abia & Editora 34, Rio de Janeiro, São Paulo.

Parker, R., Barbosa, R., Aggleton, P. (2000). Framing the Sexual Subject: The Politics of Gender Sexuality and Power. Berkeley: University of California Press.

Passador, L. (2009). " Tradiçao, pessoa, genero e DST / HIV / AIDS no sul de Moçambique. Cadernos de Saude Publica Vol. 25. Nº 3. Scielo Brasil.

Peffer, D. & Nafissa, B. (2002). "Cost – benefit analysis of a PMTCT program in Mozambique". Evaluation and Program Planning, Volume 25, Issue 4, Pages 433 – 445.

Peltzer, K. et al. (2007). Male circumcision, gender and HIV prevention in Sub-Saharan Africa a social science research agenda. Journal des Aspects Sociaux du VIH / SIDA. Vol. 4, No. 3.

PEN 2002-2004. Implementación de acciones de combate al HIV/SIDA en Mozambique. Consejo Nacional de Combate al SIDA (CNCS). Enero 2004.

PEN 2004 – 2008. Implementación de acciones de combate al HIV/SIDA en Moçambique. Consejo Nacional de Combate Al Sida.

Pérez, F. et al. (2004). Prevention of mother to child transmission of HIV: evaluation programme in a district hospital in rural Zimbabwe. BMJ, 13; 329 (7475: 1147 – 1150).

ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Pfeiffer, J. (2002). "African independent churches in Mozambique: Healing the afflictions of inequality". Medical Anthropology Quarterly

Pfeiffer, J. (2004). "Condom Social Marketing, Pentecostalism, and Structural Adjustment in Mozambique: A Clash of AIDS prevention Messages". Medical Anthropology Quarterly.

Phorano, O. Ntseane, D. (2005). Alcohol abuse, gender –based violence and HIV/SIDA in Botswana: establishing the link based on empirical evidence. Sahara

Pignatelli, S., Simpore, J., et al. (2006). Factors predicting uptake of voluntary counselling and testing in a real life in a mother and child in Ouagadougou, Burkina Faso. Tropical Medicine and International Health, Volume 11 Nº3 pp 350 – 357.

Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV /SIDA. 2000-2002. Integraçao, qualidade e abrangência. República de Moçambique. Conselho de Ministros. Maputo 2000.

PNUD. Mozambique Common Country Assessment. 2002.

Polanah L. Possessão Sagrada em Moçambique. In: Medicina Tradicional em Moçambique: textos compilados, vol. 3, Maputo: MISAU (s/d).

PROMETRA / Moçambique. "Pela valorização da Medicina Tradicional e do Pluralismo Médico"

Pronyk, P., Hargreaves, J., Kim, et al. (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate- partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. Lancet 2006; 368:1973-83.

PSI Mozambique, 2001. Comunicacao e Marketing para a prevencao da Sida II: Inquerito Nacional sobre Prevencao da SIDA: Aconselhamento e Teste Voluntario. Inquerito sobre Conhecimiento, Atitudes e Prácticas, PSI, Maputo.

Pulley, Bastida, & Mayon, Ruiz, (2009). MedBook. Portales medicos.com

Raimundo, I. (2004). Migração e VIH/ SIDA em Moçambique: Explorando a Questão Migração e VIH/SIDA na Região Centro de Moçambique. In: INE, MPF, CEP, Facultade de Medicina (UEM).

Raisler, J.& Cohn, J. (2005). Mothers, Midwifes and HIV / AIDS in Sub-Saharan Africa. Journal of Midwifery & Women's Health. Vol 50, No. 4.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Ramirez, L., Newman, R., Amos, J. et al. (2003). Conhecimentos, Atitudes, Comportamentos e Praticas das trabalhadoras de sexo na cidade de Beira sobre as DTS e SIDA. Revista Médica de Mozambique.

República de Moçambique. (2000). Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/VIH/SIDA (2000-2002): Integração, Qualidade e Abrangência. Maputo.

Republica de Mocambique. (2004). "Política da Medicina Tradicional e Estratégia da sua Implementação" Maputo: Imprensa Nacional.

Rubin, Gayle. (1975). The Trafficking in Woman. In Reiter, R (Ed). "Toward an Anthropology of Women". New York. Monthly Review Press.

Rutemberg, N., Biddlecom, A., Kaona. (2002) Reproductive decision making in the context of HIV / AIDS: a qualitative study in Ndola. Zambia. In International Family Planning Perspectives 6 (3): 124-130.

Sandra M. (2000). "Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique. Culture, Health & Sexuality, 7:3; 293 – 302.

Santos, B. (1989). Um Discurso sobre as Ciencias 6ª. Editorial Porto: Afrontamiento.

Sara Project. (2004). HIV / AIDS and the work force crisis in health in Africa. USAID.

Schapiro, M. (1983). Medicine in the Service of Colonialism: Medical Care in Portuguese Africa 1885 -1974. University of California

Schoepf, B. (1992). Women at Risk: Case Studies from Zaire. In the Time of AIDS—Social Analysis Theory and Method. Gilbert Herdt and Shirley Lindenbaum, eds. Pp. 60-81. London.

Schoepf, B. (1992). "Aids sex and condoms: African healers and the reinvention of tradition in Zaire". Medical Anthropology; 14 (2 – 4): 225 – 42.

Schoepf, B. (2001). "International AIDS research in anthropology: Taking a critical perspective on the crisis". Annul. Rev. Anthropology. 2001. 30:335-61.

ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Schoepf, B. (2004). "AIDS in Africa: Structure, Agency, and Risk." In: Kalipeni, Ezekiel, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, and Jayati Ghosh, eds. HIV and AIDS in Africa: Beyond Epidemiology. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2004, 127.

Schoepf, B. (2004). AIDS, History and Struggles over Meaning. In: Kalipeni, Ezekiel, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, and Jayati Ghosh, eds. HIV and AIDS in Africa: Beyond Epidemiology. Malden MA: Blackwell Publishing, 127.

Schwalbach J; Schwalbach M. "Aspectos gerais da medicina negra em Moçambique" in: Medicina Tradicional em Moçambique: textos compilados, vol. 4, Maputo: MISAU (s/d).

Scorgie, F. & Preston-Whyte, E. (2009). In search of sexual pleasure and fidelity vaginal practices in Kwazulu-Natal, South Africa. Culture, Health & Sexuality, Volume 11, Issue 3, pages 267 – 283.

Scott, C. (1996). "Gender and Development". Rethinking Modernization and Dependency Theory". Board, USA.

Scott, J. (1986). Everyday forms of resistance. Journal of Peasant Studies. Vol, 13, Nº 2.

Semrau, K., Kuhn, L., et al. (2005). The Women in couples antenatal HIV counselling and testing are not more likely report adverse social events. AIDS 2005, 19:603-609.

Silberschmidt, M. 2001. "Adolescent girls, illegal abortions and Sugar Daddies in Dar as Salaam: vulnerable victims and active social agents". Social Science & Medicine 52, 1815 – 1826.

Silberschmidt, M. 2004. "Masculinities, Sexualities and Socio – Economic Change in Rural and Urban East Africa". The Nordic Africa Institute.

Silva, J. (1998). "Integrar a Medicina Tradicional para Melhorar os Cuidados de Saúde em Moçambique" (Trabalho de licenciatura) Maputo: UEM / Departamento de História.

Singh, S., Darroch, J., Bankole, A. (2004). "A, B and C in Uganda: The Roles of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline. Reproductive Health Matters 2004; 12 (23): 129 – 131.

Smith, Ch. (2003). The virgin rape myth- a media creation or a clash between myth and a lack of HIV treatment. Sex and secrecy conference. Johannesburg.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Sohail, A., Karlyn, A., Meekers, D. (2001). "The promotion of condom use in non regular partnership in urban Mozambique". Health Policy and Planning 16 (2): 144 – 151.

Sontang, S. (1981). El SIDA y sus Metáforas. Barcelona, Muchnik.

Stringer, J., Sinkala, M., Maclean, Jens. Chipepo, K. (2005). Effectiveness of a city-wide program to prevent mother-to-child HIV transmission in Lusaka, Zambia. AIDS, 19: 1309-1315.

Sullivan, K. (2005). Male self-disclosure of HIV-positive sero status to sex partners: a review of the literature. J Assoc Nurses AIDS Care. 2005 Nov-Dec; 16(6): 33-47.

Tamele, Viriato. Et Al. (2006). Para a Moçambicanização das Mensagens sobre o HIV-SIDA. Maputo: ARPAC.

Taylor, P. (1989). The impact of Aids on women's lives and implications for nurse-midwifery. Journal of Nurse; 35 (5): 273 –77

Tchenjou, P., Gake, B. et al. (2004). Impacts of Intrapartum counselling for HIV among pregnant women with no previous ANC. Abstract 7643 Bangkok, Thailand. International Conference in AIDS

Temmerman, M., Ndinya- Achola, J., Ambani, et al. (1995). The right not to know HIV test results. Lancet 345, 969 – 70

Todo SIDA, (2007). Historia del VIH / SIDA. Internet

Tolan, J. (2005). Married woman and AIDS vulnerability. Voices from rural S Africa. Surj. Contemporary African Studies.

Toorjo, Ghose. Et Al, (2008). Mobilizing collective identity to reduce HIV risk among sex workers in Sonagachi, India: The boundaries, consciousness, negotiation framework. Social Science and Medicine 67, 311 - 320.

UNAIDS / WHO. "Policy statement on HIV testing". June 2004.

UNAIDS / WHO. Opening up the HIV / AIDS epidemic guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling and appropriate use of HIV case reporting. Geneva 2000.

UNAIDS, 2000. "Voluntary Counselling and Testing (VCT)". UNAIDS Technical Update. May.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

UNAIDS, 2001. Best Practices Collection. Counselling and voluntary testing for pregnant woman in high prevalence countries.

UNAIDS-UNFPA-UNIFEM, (2004) Women and HIV/AIDS: Confronting the crisis. 63 p. [Localização: UNAIDS-Biblioteca]

UNDP, 2001. "Mozambique: Gender, Woman and Human Development and Agenda for the Future".

UNICEF, 2000. La perspectiva de Género en educación sobre VIH / SIDA. Genève

Van Der Geest, S. (1997). Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspective. Tropical Medicine and International Health. Volume 2Nº 9 pag 903-911.

Van der Straten et al. (1995). Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Ruanda. AIDS 1995 Aug; 9(8): 935-44.

Vaughan, M. (1995). ``Syphilis in colonial East and Central Africa: the social construction of an epidemic". Pp 269-302. Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence. Edited Terence Ranger and Paul Slack. Cambridge University Press.

Vuylsteke, B.; Bastos, R., et al. (1993). "High prevalence of sexually transmitted diseases in a rural area in Mozambique". Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium. Genitourinary Medicine, 69(6), 427-30.

Waliggo, J. (2000). A woman confronts social stigma in Uganda.

Wanyu, B., Diom, E., Mitchell, P. (2007). Birth Attendants in "Prevention of Mother to Child HIV Transmission" Provide Care in Rural Cameroon. Journal of Midwifery & Women's Health. Volume 52, Nº 4.

Waterston, A. (1997). "Anthropological research and the politics of HIV prevention: Towards a critique of policy and priorities in age Of AIDS". Social Science & Medicine, Volumen 44, Issue 9, May, pages 1381-1391

Weeks, J. (1998). La Sexualidad. Editorial Paidos. Universidad Autónoma de Méjico.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Weiser, S. et al., (2006). Routine HIV Testing in Botswana. A population based study on attitudes, practices and human rights concerns. PLoS Med October 31; 3 (10) e 395

Weiser, S., et al. (2007). "Food Inssufiency is associates with high-risk sexual behaviour among women in Botswana and Swaziland. PLos Med. October; 4 (10): e 260.

Worthington, C., Myers, T. (2002). Desired elements of HIV testing services: Test recipient. Perspective AIDS Patients Care and STD: 16 (11); 537 – 48.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ABREVIATURAS

ABC	Abstinencia, Fidelidad, uso del Condón
AMETRAMO	Asociación de la Medicina Tradicional de Mozambique
ANC	Congreso Nacional Africano (partido de Nelson Mandela)
AZT	Nombre científico de la Zivoduvina
CDC	Centro de Control de Enfermedades (USA)
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para la Población
FRELIMO	Frente de Liberación de Mozambique
GATV	Gabinete de asesoría y pruebas de VIH voluntarias
HCM	Hospital Central de Maputo
HdD	Hospital de día
GEMT	Gabinete de Estudios de Medicina Tradicional en Mozambique
ITS	Enfermedades de Transmisión Sexual
KINDLIMUKA	Asociación de personas que viven con SIDA en Maputo
MISAU	Ministerio de Salud de Mozambique
MONASO	Red nacional de organizaciones contra el SIDA en Mozambique
MSF - S	Médicos Sin Frontera Suiza
NVP	Nombre científico de la Nevirapina
OMS / WHO	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Agencia de Naciones Unidas para el SIDA
ONUMOZ	Operación de Naciones Unidas para pacificar Mozambique
PCR-DNA	Prueba de diagnostico de VIH en recién nacidos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

PEN	Plano Estratégico Nacional de Combate al VIH / SIDA
PEPFAR	Los fondos económicos de la Cooperación Norteamericana para el programa de SIDA
PHVS	Personas viviendo con VIH / SIDA
PMT	Practicante de Medicina Tradicional
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRM	Policía de la República de Mozambique
PSI	Population Services International
PTV	Prevención de la Transmisión Vertical
TIKOS	Unidades tradicionales de organización social de los Tsonga
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SMI	Servicio de Salud Materno Infantil
SNS	Sistema Nacional de Salud
TARV	Terapia antirretroviral altamente activa, cóctel de 3 ARV
UA	Unión de países africanos
UNCHR	Organización de las Naciones Unidas para apoyo a refugiados
UNICEF	Organización de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de cooperación internacional de Estados Unidos
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

GLOSARIO

Agencia	Capacidad de actuar
Barraca	Bar local popular en Mozambique
Biscato	Trabajo de un día y pequeño negocio inmediato
Bolinhas	Una especie de bolitas parecidos a los cóndilomas
Camisa de Venus	Nombre popular del preservativo en Mozambique
Casa 1	La casa de la mujer principal de un hombre en Maputo
Casa 2	La casa de la segunda mujer de este mismo hombre
Células CD4	Las células de defensa del sistema inmunitario
Dumba Nenge	El Mercado informal o mercado negro
Faith Healers	Sanadores a través de la fe
Hechicero	Practicante de magia negra
Fofoca	Cotilleo
Gender Blind Policies	Políticas aplicadas solo a las mujeres
Kutsamiwa	Impureza / contaminación que afecta solo a las mujeres
Levirato	Herencia de la viuda por el hermano del marido
Lobolo	El pago de la dote de la novia en el sur de Mozambique
Lume da noite	Nombre local del Herpes Zoster
Mamana	Señora ya de edad madura
Masione	Persona que práctica los ritos de la iglesia de Sión
Massotsa	Hombres armados en lengua xirhonga
Meticais	La moneda oficial de Mozambique

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Mukhero	Comercio entre fronteras con los países vecinos a Mozambique
Nyanga	Nombre tradicional en xixangana para designar a curandero
Nyoka	La serpiente invisible protectora del cuerpo
Panelinha	Nombre popular del tratamiento de Medicina Tradicional que se da a Todos los recién nacidos en Mozambique.
Pitakufa	Ritual de limpieza sexual
Poliandria	Cuando una mujer tiene varios maridos
Poligamia	Tipo de matrimonio que permite a una persona estar casada con Con una o más esposas
Poliginia	Forma más común de poligamia, es cuando un hombre mantiene Relaciones amorosas / o matrimonio con varias personas comprende La poliandria y la poliginia
Sharia	Leyes de la canóniga islámica
Soldados del cuerpo	Células de defensa del sistema inmune o CD4
Soroato	Matrimonio de un hombre con la hermana de su esposa
Sugar daddies	Hombres viejos que son pedófilos de niñas adolescentes
Vida de desenrasca	Solucionarse la vida, buscarse la vida
Vuva	Enfermedades de transmisión sexual en xirhonga
Xipongwana	Bicho o larva muy pequeña que va comiendo las plantas hasta Secarlas, traducido como virus en las lenguas locales del Sur de Mozambique.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ANEXO I

ESTADISTICAS DEL PTV DE CHAMANCULO

Fuente: Estadísticas del PTV de Chamanculo de MSF Suiza

INDICADORES	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Abandonos	**3**	**99**	**72**	**Sd**	**51**	**Sd**	**235**
Nº mujeres post-parto	**1**	**4**	**69**	**11**	**5**	**6**	**91**
Nº de Hombres entran PTV	**0**	**0**	**53**	**26**	**12**	**2**	**93**
Número de niños	**0**	**1**	**21**	**22**	**13**	**3**	**60**
Número de niños	**0**	**1**	**21**	**22**	**13**	**3**	**60**
Número de	**0**	**1**	**21**	**22**	**13**	**3**	**60**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

niños							
Nº embarazadas en TARV	**0**	**4**	**107**	**201**	**156**	**123**	**591**
Nº mujeres en TARV post-parto			**45**	**40**	**10**	**6**	**61**
Nº de hombres en TARV	**0**	**0**	**19**	**25**	**12**	**1**	**57**
Abandonos de TARV	**0**	**Sd**	**166**	**80**	**178**	**44**	**468**
Mujeres muertas en TARV	**Sd**	**13**	**7**	**4**	**3**	**18**	**46**
Nº hombres muertos	**Sd**	**Sd**	**1**	**1**	**2**	**Sd**	**4**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

TARV							
Nº Transferencias	**Sd**	**Sd**	**5**	**105**	**255**	**102**	**467**
Número de partos	**1**	**144**	**324**	**242**	**161**		**972**
Nº embarazadas toman NVP	**1**	**126**	**231**	**59**	**24**		**441**
Nº embarazadas en NVP + AZT	**0**	**0**	**0**	**5**	**50**	**60**	**115**
Nº de madres en TARV	**0**	**2**	**60**	**182**	**122**	**123**	**487**
Nº Bebés que toman NVP + AZT	**0**	**0**	**0**	**0**	**71**	**48**	**119**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Nº Bebés toman NVP	**1**	**118**	**268**	**182**	**69**	**7**	**645**
Nº Bebés toman leche artificial	**1**	**115**	**288**	**97**	**53**	**8**	**552**
Nº Bebés con lactancia materna	**Sd**	**26**	**22**	**140**	**101**	**35**	**134**
Nº de bebés muertos	**1**	**12**	**37**	**9**	**10**	**Sd**	**69**
Nº bebés VIH negativos al año	**0**	**103**	**197**	**61**	**176**		**537**
Nº test de VIH bebés positivos al año	**Sd**	**13**	**15**	**3**	**8**	**Sd**	**39**
Nº de Test VIH negativos bebés de18	**0**	**1**	**0**	**2**	**6**	**Sd**	**8**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

meses							
Nº de Test VIH positivos en bebés de 18 meses	**0**	**10**	**4**	**2**	**3**	**Sd**	**19**
Nº de bebés transferidos	**Sd**	**Sd**	**Sd**	**4**	**Sd**	**Sd**	**4**
Nº bebés que abandonan Tto PTV	**26**	**18**	**32**	**2**	**14**	**5**	**95**

En el año 2002 se abrió el PTV durante los 3 últimos meses de año, abriendo solo 48 historias clínicas, se aceptaban a todas las mujeres VIH positivas y solo una madre que tomo NVP y su hijo que también tomo NVP, el bebé tomo alimentación artificial. 3 embarazadas abandonaron el programa. Hubo un bebé que nació muerto de una de las mujeres del programa. Se inicio el programa de PTV y el primer protocolo de PTV en cuyos comienzos las embarazadas y sus hijos solo podían tomar la profilaxis con NVP y acceder a leche de formula pues aun no estaba autorizado en el país el uso de tratamiento antirretroviral para nadie. Eran considerados aun proyectos pilotos.

En el año 2003: hubo un gran aumento de mujeres embarazadas, de 48 pasaron para 240 que entraron al programa de PTV de Chamanculo. 4 mujeres entraron después de dar parto. Entro 1 niño ya con VIH /SIDA al programa. 99 mujeres abandonaron el tratamiento y el programa. Se inicio por primera vez el tratamiento con antirretrovirales y los nuevos protocolos de uso en las embarazadas y se pusieron a 4 mujeres en TARV. Hubo 144 partos, 126 mujeres tomaron NVP. 118 bebés tomaron el jarabe de NVP.115 recién nacidos tomaron leche artificial y 26 recien nacidos tomaron

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

lactancia materna por decisión de sus madres. 12 bebés murieron durante ese año. Al primer año fueron negativos VIH 103 niños y 13 fueron VIH positivos a los 18 meses de estos 13 bebés, uno fue definitivamente negativo y 10 positivos. 18 niños abandonaron el programa desapareciendo. Durante este año la norma de MSF siguiendo las recomendaciones de la OMS era de dar leche artificial a todos los bebés durante los primeros 12 meses y se daban todos los utensilios y se les enseñaba a las madres como prepararla y darla, se les daba también un filtro de agua. Las madres se les daba educación para la salud suya y del hijo y como alimentar correctamente a los bebés. En MSF todos los años se revisaban los protocolos de PTV siguiendo las recomendaciones de la OMS principalmente y las del país. (Protocolos de PTV de Médicos Sin Frontera Suiza 2005, 2006, 2007). La inmensa mayoría de los niños fueron negativos, un hecho que indica la alta efectividad del programa de prevención de madre a hijo sobre todo cuando los bebés toman NVP y leche artificial. Las estadísticas también reflejan el número alto de hijos de madres VIH positivas que mueren en los primeros meses. También vemos que hay un número elevado de madres que dejan de traer a sus bebés a la consulta del PTV. El PTV de Chamanculo comienza a estar mucho más organizado y a trabajar mejor, y a recoger mejor las estadísticas.

En el año 2004 se duplica el número de mujeres embarazadas que entran en el programa. También se inicia una nueva estrategia en el programa de PTV y es que los compañeros e hijos de las mujeres del programa pueden entrar al programa como unidad familiar se amplía el PLUS. En este año entran 417 embarazadas, 69 mujeres después de haber dado parto con sus bebés, 53 hombres muchos de los cuales ya habían entrado en tratamiento en el Hospital de día Alto-Mãe y fueron transferidos con sus mujeres para Chamanculo y 21 niños VIH positivos. 142 mujeres, 19 hombres y niño se pusieron en TARV. Murieron 5 adultos y 7 fueron transferidos para otras unidades sanitarias del país y abandonaron el programa 72 personas. Hubo 324 partos de bebés de los cuales 233 madres tomaron NVP y 60 estaban en TARV, 268 recién nacidos tomaron NVP y 288 hijos tomaron leche artificial, 22 lactancia materna y durante ese año murieron de estos niños 37 ósea una media de 3 niños por mes. Fueron VIH negativos 197 bebés en el primer año y 15 positivos. A los 18 meses solo fueron definitivamente positivos cuatro de estos niños. Abandonaron el programa 32 bebés y sus madres que dejaron de venir a seguimiento clínico.

En el año 2005 entraron 244 mujeres embarazadas, 11 mujeres después del parto, 26 hombres y 22 niños que ya tenían VIH positivo. 201 embarazadas, 40 mujeres después del parto y 24 hombres fueron iniciados en TARV. Hubo 339 personas que fueron transferidas, murieron o

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

dejaron el proyecto. Murieron 4 adultos, y se tranfierieron105 personas a otras unidades sanitarias. Hubo 242 partos, 5 mujeres tomaron NVP más AZT, 59 madres solo NVP, 182 madres están en tratamiento ARV. 213 bebés tomaron NVP y 16 NVP más AZT. 97 niños tomaron leche artificial y 140 lactancia materna murieron 9 hijos este año. 61 bebés fueron VIH negativos en el primer año, 3 fueron positivos, y 2 de estos fueron positivos a los 18 meses. En el mes de octubre se empieza muy despacio la descentralización en el centro de salud del hospital de Chamanculo.

Año 2006 entraron al proyecto 245 mujeres embarazadas, 5 mujeres post-parto, 12 hombres, 13 niños. Hubo 51 abandonos de estas entradas. Fueron hechas 6982 consultas y fueron puesta en TARV 156 mujeres embarazadas y de las que entraron post-parto 10 mujeres y 12 hombres. Hubo 18 abandonos de mujeres en TARV, murieron 2 mujeres en ARV y hubo 255 transferencias. Tuvimos 161 partos, 24 mujeres tomaron NVP, 2 AZT y NVP y 122 mujeres en TAV. 71 bebés tomaron NVP, 69 NVP mas AZT, 53 tomaron leche artificial y 101 lactancia materna murieron 10 de estos bebés después de nacer y 4 nacieron muertos. 176 hijos fueron VIH negativos en el primer año y 8 positivos a los 18 mese 6 negativos y 3 positivos. 4 niños fueron transferidos para el Hospital Central de Maputo muy enfermos. Abandonaron 14 bebés el programa de PTV.

A inicios del año 2007 ya comenzamos a transferir madres para la descentralización y bebés desde el inicio del año con lo cual las estadísticas fueron bastante liadas y los datos de este año empezaron a ser un lío por las transferencias y vueltas de las madres a la descentralización y al proyecto porque al inicio muchas no aceptaban ir a otras consultas de prenatal de los centros de salud de la descentralización y con el tiempo fueron aceptando la situación. También nos dimos cuenta que estábamos llevando en seguimiento clínico un número cada vez mayor de niños que ya venían con la enfermedad y que eran devueltos de otros centros.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. TITULO

TENHO MEDO DE DIZER AO MEU MARIDO QUE TENHO XIPONGWANA

2. INVESTIGADOR PRINCIPAL

Maria Jose Gonzalez Martinez (Pepa)

Projeto de Investigacao para a obtencao do Grau de Doutor em Antropologia Medica na Universidad Rovira i Virgili, no Departamento de Antropologia de la Medicina e Trabajo Social em Tarragona, Espana.

Email: pepagonzalez© yahoo.com

Movil: 825366372

Quando necesario o investigador principal sera acompahado pelo seu supervisor local.

3. INTRODUCAO

3.1. Justificacao

Tentar comprender a dinamica familiar que e desencadeada pela revelacao do sero estatus de HIV / SIDA positivo da mulher ou do homen.

3.2. Objetivo do estudo

O objetivo do estudo para alem de obter o meu grau academico e ajudar atraves do meu trabalho a empoderar as mulheres gravidas para que comprendan melhor as vantagens para ela e o seu bebe e marido / parceiro a participacao nos programas de prevencao da mae para filho e aumentar a eficiencia dos programas de combate contra o SIDA em Mozambique o em qualquier outro local.

3.3. Populacao do estudo

A populacao de estudo sera seleccionada aleatoriamente quer no PTB de Chamanculo quer no bairro do mesmo nome. As mulheres gravidas serao informadas que foram escolhidas como informantes

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

pois sao elas que sofrem os resultados negativos ou positivos do comportamento dos seus maridos ou parceiros. O PTB de Chamanculo foi escolhido porque eu trabalhe la como enfermeira.

4. PROCEDIMIENTOS / EM QUE CONSISTE A PARTICIPACAO NO ESTUDO

4.1. NUMERO DE ENTERVISTAS E DURACAO

Serao entrevistadas cerca de 25 mulheres. A duracao de cada entrevista nao se pode calcular, mas en media 40 o 45 minutos.

4.2. NUMEROS DE VISITAS E DURACAO

Nao esta prevista nenhuma visita a qualquer dos entrevistados ou entrevistadas. Cada entrevistado / a sera escolhido aleatoriamente quer no PTB de Chamanculo ou no Bairro. A interaccao com o informante e que ditara a necessidade ou a oportunidade de visitar a pessoa. As visitas serao ao Hospital de Chamanculo e bairro de Chamanculo. Se o informante estiver disponivel e se tiver conhecimientos sobre o assunto poderei obter dados sobre a historia de vida ou sobre passagens de historias de vida. As visitas ao Hospital de Chamanculo serao realizadas ate obter a informacao que se precisa.

4.3. TIPO DE INTERVENCAO

Nao ha nenhum tipo de intervencao medica ou de outro tipo. Caso o entrevistado solicite poderei ajuda-lo a recorrer aos servicos do PTB ou do Hospital como facilitadora. Mas nao se trata de qualquer intervencao ligada ao estudo.

4.4. QUANTIDADES DE AMOSTRAS

Nao vai a ser recolhida qualquer amostra.

5. RISCOS E BENEFICIOS

Nao prevejo qualquer risco para ninguem. O beneficio e tambem dificil de prever mas certamente que o individuo podera compreender melhor a sua situacao depois da entrevista. O SNS em Mozambique podera beneficiar do conhecimiento adquirido. Os debates em antropologia e ciencias sociais sobre o comportamento dos doentes serao investigados

1. PARTICIPACAO VOLUNTARIA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

A sua participacao neste projecto e completamente voluntaria e voce pode recusar-se a responder qualquer pergunta.

2. CONFIDENCIALIDADE

A informacao dada a este projecto sera estritamente confidencial, seu nome e sua informacao nao serao revelados a qualquer individuo sem a sua permissao. A informacao sera combinada com informacao de outros informantes e a sua identidade nao sera identificavel a traves da informacao providenciada.

3. METODOLOGIA

Pesquisa documental, entrevistas qualitativas, grupos focos, historia de vida, participacao e observacao do PTV e das pessoas chaves como enfermeras e as propias mulheres que sao utentes.

A pesquisa de campo va a focalizarse nos problemas que tienen as mulheres cuando se enfrentan a que tienen a doenza do HIV / SIDA e como elas estam a enfrentar os problemas para lidar com a sua situacao na sua familia e com a doenza e tratamento do HIV / SIDA. Metodos incluem entrevistas qualitativas e etnograficas, pasages de vida, grupos focais e analise de documentos.

4. ENTREVISTAS

Entrevistas va a ser uma combinacao entre entrevistas informais, abertas e semi-estructuradas baseadas nas questoes preliminares (ver Questionario incluido com este consentimiento informado). Adicionalmente novas questoes podem ser incluidas no processo da pesquisa.

5. INTERPRETACAO

O investigador reserva o direito de interpretar livremente os dados produzidos no campo, de acordo com a liberdade intelectual e academica nas ciencias sociais. Tenho lido, comprendo e concordo com a informacao dada neste formulario de consentimiento informado.Concordo em participar en este estudo.

6. DATA

7. LUGAR

8. ASSINATURA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Dr João Manuel de Carvalho Fumane

Instituto Nacional de Saude

Presidente Comité Nacional de Bioetica para a Saude

Maria Jose Gonzalez Martinez

Licenciada em Enfermagem e em Antropologia Social e Cultural, Diploma em Estudos Avancados em Antropologia MédicaDiploma em Saude Internacional

Exmo Senhor Dr.

Venho pela presente solicitar a V excia a revisão ética do meu projecto de investigação em Antropologia "Tenho Medo de Dizer ao meu marido que tenho Xipongwana"

Normalmente as pessoas dão me entrevistas quando querem mas no Hospital Geral de Chamanculo e no PTB pedem-me muitas vezes uma carta ou autorização do director de saúde da cidade. Nunca até agora me pediram a autorização do Comité Nacional de Bioetica.

Ao tentar preencher a documentação que recolhi no INSS verifiquei que muitos dos dados pedidos não se aplicam ao meu trabalho pois não é um estudo biomédico com recolha de sangue, amostras, etc.

Agradecia também o apoio pessoal do senhor e da Instituição que dirige para que possa realizar a minha investigação. Junto em anexo um resumo da minha tese que da uma ideia do meu estudo. Mi contacto em Maputo es, movil: 825366372, email pepagonzalez@yahoo.com. Direcao: 5ª Avenida Barrio do Triomfo Nº 205, Maputo.

Grata pela atencao dispensada

Maria Jose Gonzalez Martinez

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

LISTA DE DOCUMENTOS EM ANEXO - (PREGUNTAS DE LAS ENTREVISTAS)

1. Resumo da Tese de Doutoramento em Antropologia da Medicina

"Tenho medo de dizer ao meu marido que tenho Xipongwana". Junto em anexo três copias do resumo do projecto de tesis.

2. Folha de informação do participante

Maria Jose Gonzalez Martinez. O CV esta em anexo.

3. Folha de consentimento informado traduzido para a língua relevante da área do estudo.

4. Guiao para as entrevistas semi-estruturadas

Não se trata de um estudo quantitativo. Nao vou usar nenhum questionário para a recolha de dados. As entrevistas são baseadas no método de historias de vida ou de passagens de vida. As entrevistas são compostas basicamente por perguntas abertas. Os únicos dados numéricos que recolho é a idade da entrevistada, o número de filhos, se tem empego ou nao.

O meu guião de entrevista é o seguinte:

1. Medos: Têm ou teve medo de informar ao seu marido companheiro do seu sero status?

2. Qual foi a reacção do parceiro, familia, amigos?

3.Como se sentiu face a reacção das pessoas?

Estigmatizada

Discriminada

Apoiada

Ajudada

4. Quem é que lhe deu o maior e melhor apoio na sua opinião pessoal?

5. História de vida: Local de nascimento, locais de trabalho, actividades agricolas ou económicas?

6. Se percebeu o que lhe explicaram no PTB?

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

7. Se percebeu ou como intrepertou os tratamentos que lhe mandaram fazer no PTB?

8. O que é que percebeu sobre a doença chamada HIV / SIDA?

9. Vai ou nao vai fazer o tratamento. Porque?

10. Como foi tratada pelas enfermeitras e outros prestadores de cuidados de saude?

11. Percebeu como se pode prevenir?

12. Se sabe que no PTB pode receber ajuda mesmo que esteja infectada para que a sua crianca nao nasca com HIV / SIDA?

5. Descrição de proposta por rubricas

Não tenho orçamento. Vivo em casa de amigos. As depesas são pagas por mim própria.

6. Curriculum Vitae

Junto em anexo

7. Lista de publicações e Sénior envolvido no projecto

Nao se aplica.

8. Aceitação por parte do investigador das normas e procedimentos de bioetica

Junto a declaração sobre este assunto.

8. Declaração dos possíveis conflitos de interesse

Não ha conflitos de interesse. Declaração em anexo

9. Recibos de pagamento de taxas de tramitação

Não tenho recibos de qualquer pagamento efectuado.

No inicio de cada entrevista a investigadora Maria Jose Gonzalez Martinez comunica a pessoa que está a entrevistar de que está a realizar um estudo de Antropologia para obter a sua tese de doutoramento.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

Cada entrevistado é informado que a entrevista é voluntária e que o seu nome, identificação pessoal ou outra nao serão utilizados. Caso o entrevistado permita uma ou outra entrevista, de acordo com a importância do tema, poderá ser gravada.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ANEXO III

LISTA DE FOTOGRAFIAS

1. Vista del paseo marítimo hasta la Costa del Sol en Maputo……...…23

2. Una imagen cotidiana de una aldea…….52

3. El miedo en las miradas de la población…….74

4. El virus del VIH – 1……....79

5. Campaña de prevención del VIH / SIDA……....92

6 y 7. Las campañas usadas para la prevención del SIDA en el PTV……...121

8. Campaña de SIDA. El efecto del TARV o efecto Lázaro……....124

9. Campaña internacional de prevención del VIH / SIDA……125

10. El test de la virginidad realizado a las chicas adolescentes en Suráfrica……....157

11. Niños jugando en la puerta de una casa en Mozambique……159

12. La feminización de la pandemia en Mozambique……...185

13. La prensa recogió la necesidad del uso de la cultura local en los mensajes……....186

14. El periódico Savana recoge las declaraciones xenófobas del arzobispo de Maputo……...190

15. Adolescente camino de los ritos de iniciación en Mozimbõa de la Playa……...…212

16. Una imagen tradicional del norte de Mozambique……..…219

17. La prevención del VIH / SIDA en Chamanculo…….229

18. Masione preparando el ritual en la playa de Maputo……...…237

19. Un Arzobispo peculiar…….239

20. Tratamientos de la Medicina Tradicional para el VIH / SIDA……...….248

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

21. Doña Luisa PMT de Inhamabane y la nyoca en la pared……..256

22. PMT Makonde……...264

23. Mercado de Xipamanine en Maputo.....268

24. La historia reciente de la FRELIMO en Chamanculo……269

25. Una de las calles del barrio de Chamanculo……271

26. Parte central del hospital de Chamanculo……...273

27. Centro de salud del hospital de Chamanculo……..275

28. La Maternidad……296

29. Hospital de día de niños de Chamanculo……305

30. El equipo médico del PTV de Chamanculo en el año 2006……....308

31. Kevin paciente del PTV por los suelos……...323

32. Imagen del virus del VIH en sangre……342

33. Larva como ejemplo de xipongwana……...342

34. La nyoca o serpiente invisible o sistema de defensa del cuerpo…….....343

35. CD4 o soldado del cuerpo……...343

36. El ataque de los virus / xipongwanas a un CD4……..344

37.Ceremonia de mujeres en trance de la Medicina Tradicional……..349

38. La tía Zulaida adivinando mi futuro……353

39. Niña esperando a control médico en el PTV……...367

40. La primera reunión de mujeres en el PTV……..370

41. Madres y sus hijos en el PTV de Chamanculo……...377

42. Imagen habitual, mujeres solas con sus hijos……..385

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

43. Chica joven con la máscara de Muziro……...409

44. Mujeres y niños en un pozo de agua tradicional…….432

45. El gabinete de consulta en el PTV de Chamanculo……440

46. El primer equipo médico expatriado de la Descentralización…….466

47. Una madre consolando a su hijo enfermo en el PTV……..475

48. Las entrevistas en Xiapamanine……..488

49. Miriam posando como una artista……...509

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ANEXO IV

LISTA DE FIGURAS

1. Porcentaje de mujeres con VIH / SIDA de 1990 – 2007 en el mundo……34

2. la terapia antirretroviral en los países más afectados por la pandemia del mundo en el año 2007…….37

3. La cadena de transmisión de VIH / SIDA en la transmisión vertical……..75

4. El virus del VIH atacando a un CD4……...78

5. Historia natural del VIH / SIDA en los países desarrollados……..80

7. Historia natural de la epidemia en África……....81

8. Clasificación de la OMS para el VIH / SIDA…….82

9. Historia del VIH y SIDA desde su descubrimiento……....84

9. Estrategia de prevención del VIH / SIDA, campaña ABC…….….88

10. Las consecuencias del SIDA en Mozambique……....498

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011

ANEXO V

LISTA DE MAPAS

1. Mapa general de África……...24

2. Mapa de Maputo……..25

3. Mapa del área de salud de Chamanculo……..26

4. Mapa del mundo de los casos estimados de VIH / SIDA en el año 2007……...32

5. Mapa de la prevalencia estimada de VIH-1 y los subtipos por continentes en el mundo en el año 1998…….83

6. Mapa del porcentaje de mujeres embarazadas que toman tratamiento antirretroviral en el mundo en el año 2007……118

7. Historia del VIH en África……139

8. Países con mayor prevalencia de VIH / SIDA en África……..145

9. Mapa de las prevalencia de las mujeres embarazadas por regiones del país desde el año 2002 al año 2007 en Mozambique…….197

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TENGO MIEDO DE DECIRLE A MI MARIDO QUE TENGO XIPONGWANA
Maria José González Martínez
ISBN:978-84-694-2179-6/DL:T.1073-2011