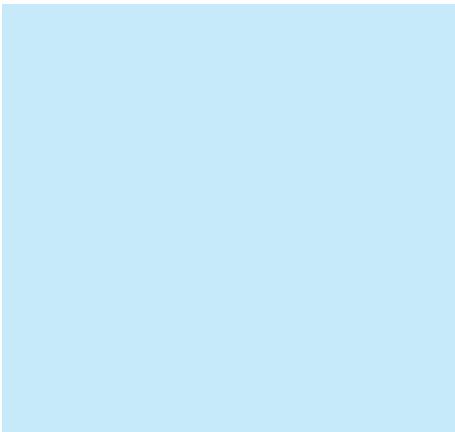


Reducir el impacto del SIDA 08



Capítulo 08



REDUCIR EL IMPACTO DEL SIDA

Las actividades de mitigación tienen como objetivo reparar o reducir los daños que la epidemia de SIDA causa a los individuos, las familias y comunidades, las instituciones y, en algunos casos, las economías y los sistemas sociales.

Al igual que la respuesta más amplia al SIDA, los esfuerzos destinados a mitigar el impacto de la epidemia deben reforzar otras iniciativas sanitarias y de desarrollo, y en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio: erradicar la pobreza extrema, reducir la incidencia de enfermedades, lograr la educación primaria universal, promover la igualdad entre los sexos, proteger el medio ambiente y fomentar una asociación mundial en materia de desarrollo. La relación entre la carencia de salud y la pobreza es harto conocida, y constituye un poderoso argumento para situar las respuestas al SIDA en el centro de los planes internacionales de desarrollo (OMS, 2001).

El hecho de que sea cada vez mayor la atención que las organizaciones de desarrollo y los gobiernos nacionales prestan al SIDA representa una oportunidad para reforzar o construir sistemas de servicios sanitarios, educativos y sociales en lugares donde dichos servicios presentan deficiencias o carecen de recursos. Las mejoras en estas áreas—por ejemplo, una mejor cobertura

de los servicios de salud reproductiva, proyectos de instalaciones sanitarias o medidas de reducción de la pobreza—contribuirán a reducir el impacto del SIDA, aunque éste no sea su objetivo primordial. En aquellos países que, además del SIDA, tienen otros muchos problemas que afrontar, tales iniciativas indirectas constituyen un complemento necesario a los programas de prevención, atención y tratamiento del SIDA (Sengwana y Quinlan, 2004). Un importante componente de la mitigación en países con epidemias generalizadas es la protección y el fortalecimiento de la capacidad humana, pues la enfermedad resta personal cualificado y priva tanto al Estado como al sector privado de sus conocimientos y experiencia (PNUD, 2005).

Al igual que las iniciativas de prevención y atención, los programas de mitigación del SIDA deberían “incorporarse” en los procesos de desarrollo a una serie de niveles (véase el capítulo ‘Respuestas nacionales’). Aquí deben incluirse instrumentos de desarrollo nacionales e

internacionales tales como el Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo y los Documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, pero también el trabajo de la sociedad civil que llevan a cabo sobre el terreno las organizaciones no gubernamentales y los grupos comunitarios o de base religiosa.

Teniendo en cuenta que el mayor impacto social y económico de la mortalidad entre adultos a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA suele recaer en los hogares más pobres y que muchos de esos hogares están dirigidos por mujeres, los programas de desarrollo deberían favorecer a las personas pobres y ser sensibles a las diferencias de trato por razón del sexo (Mather et al., 2004). En este sentido, la sociedad civil desempeña un papel fundamental, sobre todo a la hora de contribuir a asegurar, mediante la sensibilización y la presión política, que los esfuerzos sean sostenibles a largo plazo y que no se vean interrumpidos por los ciclos políticos.

Es importante destacar que la mitigación del SIDA no puede verse como una alternativa a la prevención del VIH, sino que constituye una parte esencial de una respuesta mundial integral al SIDA. Por lo

que se refiere a la productividad, todo éxito logrado hoy en materia de prevención de la infección representa un inmenso ahorro de dinero y esfuerzo en el futuro.

Es fundamental que tales esfuerzos se basen en los derechos humanos. Además de alcanzar los resultados previstos —ingresos estables y seguridad alimentaria, apoyo a los huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA, igualdad entre los sexos, etc.—, los programas de mitigación del SIDA deben basarse en procesos que respeten los derechos. Esto significa que deben ser participativos, transparentes e inclusivos con las personas afectadas por la epidemia.

El apoyo a las personas VIH-positivas y a sus familias

Las personas directamente más afectadas por el SIDA son, naturalmente, aquéllas que viven con el VIH y sus familias. Por tanto, la prioridad principal en materia de mitigación es hacer posible que las personas VIH-positivas disfruten de un buen estado de salud durante el mayor tiempo posible mediante intervenciones tales como la terapia antirretrovírica, la asistencia nutricional o el tratamiento de las infecciones oportunistas. En la mayoría



Los programas de mitigación del SIDA deben basarse en procesos que respeten los derechos. Esto significa que deben ser participativos, transparentes e inclusivos con las personas afectadas por la epidemia.

Países como Botswana, Namibia, Malawi, Rwanda y Zimbabwe han elaborado políticas nacionales integrales para los huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA, mientras que otros como Camboya, Haití y Kenya han abordado el problema de forma específica a través de sus estrategias nacionales de lucha contra el SIDA.



de los países de ingresos bajos y medianos, esto exige la ampliación de los servicios sanitarios para aumentar el acceso al asesoramiento y a las instalaciones de pruebas del VIH (dado que la mayoría de las personas VIH-positivas desconocen su estado serológico respecto al virus) y ampliar el acceso a la atención y tratamiento. Asimismo, tampoco ha de olvidarse que la salud de un gran número de personas VIH-positivas de los países de ingresos bajos y medianos se ve menoscabada por la tuberculosis, el paludismo, las infecciones de transmisión sexual y diversas afecciones parasitarias tales como la esquistosomiasis (conocida también como bilharziasis). Así pues, el impacto del SIDA puede reducirse haciendo frente a estas enfermedades por medio de intervenciones sanitarias públicas relativamente poco costosas como son los programas de control de la tuberculosis y el paludismo, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y la desparasitación (Stillwaggon, 2005).

El tratamiento con antirretrovíricos puede ejercer un impacto muy rápido no sólo en la salud de la persona que vive con SIDA, sino también en su vida social y económica. Un reciente estudio ha tratado de valorar el impacto económico del trata-

miento en África subsahariana centrándose en la participación laboral de los pacientes de SIDA (es decir, los pacientes que estaban recibiendo atención médica), y de los niños y adultos que vivían en las casas de dichos pacientes. Según este estudio, seis meses después de comenzar el tratamiento, las probabilidades de que el paciente participara en la vida laboral aumentaban en un 20% y las horas semanales trabajadas en un 35%. Los investigadores comentaron al respecto: “Dado que la salud del paciente continuaría empeorando sin tratamiento, estas respuestas en el mercado laboral constituyen estimaciones a la baja del efecto del tratamiento sobre las personas sometidas al mismo” (Thirumurthy, Graff-Zivin and Goldstein, 2005).

El acceso a la terapia con antirretrovíricos puede proporcionar también sustanciales beneficios económicos y sociales a quienes se encargan de la atención de las personas que viven con el VIH y de sus familias. Los cuidadores de mayor edad salen especialmente beneficiados, pues la salud de la persona a la que cuidan mejora. Las necesidades de cuidados físicos pueden reducirse e incluso desaparecer completamente, el estrés emocional del cuidador disminuye y el bienestar económico mejora (HelpAge International, 2005).

ASEGURAR MEDIOS DE VIDA PARA LOS HUÉRFANOS Y LOS NIÑOS VULNERABLES.

El PMA y la FAO han puesto en marcha una innovadora iniciativa para asegurar que los huérfanos y los niños vulnerables afectados por el SIDA dispongan de medios de vida en el futuro y velar así por su seguridad alimentaria a largo plazo. Empleando una combinación de técnicas agrícolas tradicionales y modernas, las escuelas agrarias (Junior Farmer Field and Life Schools) capacitan a niños (igual número de niños que de niñas) de entre 12 y 17 años durante 12 meses. La formación se centra principalmente en prácticas agrícolas tales como la preparación de los terrenos, la cosecha, el almacenaje, la nutrición y las técnicas de comercialización. La educación sobre prevención del VIH está integrada en el programa. Los niños asisten a las escuelas agrarias tres veces a la semana y cada día se les proporcionan dos comidas (FAO, 2006). Por lo que se ha demostrado hasta ahora, el modelo ofrece unas perspectivas tan buenas que el Ministerio de Agricultura de Mozambique ha incorporado la iniciativa en su plan nacional de agricultura.

La programación integral, que incluye apoyo financiero y psicosocial, además de atención médica, suele proporcionar mejores resultados a la hora de mitigar el impacto del SIDA en los individuos. En China, la política nacional denominada “Four Frees and One Care” (cuatro servicios gratis y una ayuda) ha tenido esto en cuenta y ofrece lo siguiente a las personas que viven con el VIH:

- tratamiento antirretrovírico gratuito a los pacientes con SIDA que residen en zonas rurales o que, residiendo en zonas urbanas, tengan dificultades económicas;
- asesoramiento y pruebas del VIH gratuitos;
- tratamiento gratuito para las mujeres embarazadas infectadas por el VIH con objeto de prevenir la transmisión maternoinfantil, y pruebas del VIH gratuitas para los neonatos;
- escolarización gratuita para los niños huérfanos a causa del SIDA; y
- atención y asistencia económica a los hogares de las personas que viven con el VIH y con SIDA.

Esta política resulta especialmente apropiada en las prefecturas de China que registran una elevada prevalencia, donde

aproximadamente un tercio de los pacientes de SIDA se encuentran en la etapa avanzada de la enfermedad y tienden a buscar tratamiento sólo cuando los síntomas de las infecciones oportunistas son extremadamente graves. La política de “cuatro servicios gratis y una ayuda” asegura que muchos de ellos puedan retomar una vida normal sin el lastre económico que arrastran las personas VIH-positivas en muchos lugares del mundo (ONUSIDA, 2006).

Proteger los ingresos y el nivel de vida

Muchas familias afectadas por el SIDA se enfrentan a la acuciante necesidad de mantener o recuperar su medio de vida, sobre todo en las zonas donde las “redes sociales de seguridad” son escasas y la magnitud de la pobreza impide a las familias numerosas o a los vecinos proporcionar apoyo suficiente.

LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

La ampliación de los sistemas de protección social y de los servicios de bienestar social ha recibido cada vez más atención, sobre todo en África subsahariana, entre las opciones de política para mitigar el impacto del

SIDA (Wilton Park y UNICEF, 2005). Las opciones de protección social abarcan una amplia gama de medidas, entre las que figuran los programas de asistencia social, el apoyo a los niños y a los huérfanos, las obras públicas para proporcionar empleo, los sistemas estatales de pensiones, los subsidios a los indigentes y la microfinanciación. Dado que las personas más afectadas por el SIDA son aquéllas que disponen de menos medios para pagar los servicios, quizá resulte necesario establecer estrategias específicamente concebidas para favorecer a las personas pobres—como las exenciones de pagos y los vales para las personas que no superen un determinado nivel mínimo de ingresos—en los lugares donde los servicios médicos son de pago (Onwujekwe y Uzochukwu, 2005). Aunque es probable que, en los países más afectados, los recursos de los donantes continúen siendo necesarios en años venideros, acabará siendo preciso aplicar o ampliar sistemas de financiación basados en impuestos o seguros para lograr una protección social sostenible (Russel, 2004).

Recientemente, el UNICEF encargó un estudio masivo de las intervenciones en materia de protección social dirigidas a los niños huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA en 15 países de África oriental y meridional (UNICEF, 2005a). En dicho estudio, las intervenciones aparecen clasificadas en tres categorías—educación, asistencia social y sistemas de transferencia de fondos en efectivo—, y según los datos que se desprenden de él, en la región se han puesto en marcha multitud de medidas; éstas abarcan desde los programas de subvenciones para alimentos de Mozambique hasta el programa piloto de transferencia de fondos en efectivo para el 10% de los hogares más pobres de Zambia (Kalomo District Pilot

Social Cash Transfer Scheme). Sin embargo, su escala es limitada y muchas intervenciones podrían resultar más eficaces si estuvieran planificadas o coordinadas entre sí.

Por ejemplo, en los países con una elevada prevalencia del VIH de África oriental y meridional, los planes de transferencia de fondos en efectivo (tales como las subvenciones para colocaciones en hogares de guarda, las ayudas para alimentos y las pensiones no contributivas) constituyen una respuesta, cada vez más extendida, a la pobreza crónica, la inseguridad alimentaria y el SIDA. Se han puesto en marcha y se han ensayado varios planes que—a menudo, aunque no siempre—han recibido el apoyo de los donantes internacionales y organizaciones no gubernamentales. El estudio reveló que, a pesar de que el número de programas específicamente orientados a los niños era relativamente reducido, éstos se beneficiaron del desembolso, tanto en forma directa como indirecta. Asimismo, el estudio indicó que las transferencias de fondos en efectivo reforzaban otras medidas de protección social relacionadas con los niños afectados por el SIDA, tales como el acceso a la salud y la educación, la protección jurídica y el apoyo psicosocial (Save the Children, HelpAge International e Institute of Development Studies, 2005).

Del mismo modo, las pensiones para las personas mayores resultan de gran ayuda porque en muchas ocasiones los abuelos se encargan del cuidado de los niños huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA (véase capítulo ‘El impacto del SIDA’). Según un reciente estudio elaborado por la Organización Internacional del Trabajo sobre el costo de la protección en los países de ingresos bajos de África, se estima que el pago de una



Generalmente, la microfinanciación resulta de mayor utilidad para los hogares antes de que las consecuencias del SIDA sean graves, esto es, cuando las personas todavía se encuentran bien para poder ahorrar y emplear los préstamos en actividades productivas.

pensión no contributiva universal de US\$ 15 mensuales para toda persona mayor de 65 años o con alguna discapacidad supondría menos del 1% del producto interior bruto de los siete países estudiados (Pal et al., 2005).

LA MICROFINANCIACIÓN

Los planes de microfinanciación están siendo empleados para proteger los bienes e ingresos de los hogares afectados por el SIDA. Muchos de ellos son impulsados por los donantes, aunque en algunas ocasiones surgen de iniciativas locales como las cooperativas. Los productos y servicios ofrecidos a los hogares afectados por el SIDA en diferentes países incluyen asesoramiento financiero especializado, préstamos concesionarios o de emergencia, incentivos al ahorro, seguros funerarios y fideicomisos para la educación de los niños (Mathison, 2005; CGAP, 2003).

Generalmente, la microfinanciación resulta de mayor utilidad para los hogares antes de que las consecuencias del SIDA sean graves, esto es, cuando las personas todavía se encuentran bien para poder ahorrar y emplear los préstamos en actividades productivas. También resultan de gran ayuda en fases posteriores para

apoyar las actividades productivas de los miembros de la familia sanos (Murray, 2005). En 2002, en Tailandia se puso en marcha una iniciativa llamada Positive Partner Project que ha conseguido con gran éxito unir a personas VIH-positivas y VIH-negativas en asociaciones que generan ingresos. Las asociaciones obtienen préstamos de hasta US\$ 600 que han sido utilizados para proporcionar ingresos y empleo en actividades tales como la cría de ganado, servicios de lavandería y otras iniciativas comerciales de bajo costo y rendimiento rápido (PDA, 2005).

En Mozambique, la Unión Provincial de Pequeños Agricultores y la organización no gubernamental HelpAge International han prestado ayuda a las personas que cuidan de los familiares VIH-positivos para establecer *Conselhos dos Idosos* (consejos de personas mayores), con el doble objetivo de reducir el costo de los cuidados y aumentar los ingresos. La necesidad está clara: mientras una persona mayor de las zonas rurales de Mozambique cuenta con unos ingresos promedio de US\$ 12, los cuidados que requiere un huérfano suponen unos gastos de alrededor de US\$ 21, y la cantidad asciende a US\$ 30 en el caso de los cuidados de las

personas que viven con SIDA. Con los beneficios obtenidos de pequeños negocios financiados por un plan de crédito comunitario (ya por sí sólo un método para incrementar las oportunidades de obtener ingresos), un fondo social dirigido por los consejos paga el transporte a los centros de pruebas del VIH y a los dispensarios donde se suministra el tratamiento antirretrovírico. En la actualidad existen 44 consejos de personas mayores en cuatro distritos rurales (HelpAge International, 2005).

Los huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA

Son millones los niños que han quedado huérfanos a causa del SIDA o que se han visto gravemente afectados por las múltiples repercusiones que la enfermedad ha causado en sus familias y comunidades (véase el capítulo 'El impacto del SIDA'). Dado que la epidemia continúa provocando un aumento de la mortalidad y una elevada incidencia de enfermedad entre los adultos, los gobiernos y las comunidades se enfrentan ahora al problema de proporcionar una infancia sana y segura a todos estos jóvenes, y además deberán continuar hacién-

dolo para una cifra cada vez más elevada de personas durante (al menos) la próxima década.

Uniendo la experiencia de las organizaciones internacionales, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y los expertos en protección de menores, el UNICEF y el ONUSIDA publicaron el *Marco de protección, cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables en un mundo con VIH/SIDA* (UNICEF y ONUSIDA, 2004). A finales de 2005, este marco había sido refrendado por casi 30 organizaciones de diversa índole, lo que indica una amplia aceptación de las estrategias propuestas en él para dar forma a las respuestas eficaces al creciente problema. Teniendo en cuenta que no existe un modelo único que se adapte a todas las comunidades y países, el marco establece cinco estrategias clave que pueden aplicarse a diferentes escalas, desde la local hasta la nacional:

- fortalecer la capacidad de las familias para proteger y cuidar a los huérfanos y niños vulnerables prolongando las vidas de sus padres y proporcionando apoyo económico, psicosocial y de otros tipos;
- organizar y apoyar las respuestas basadas en la comunidad;

Siempre que resulte posible, es preferible proporcionar a los niños un cuidado de base comunitaria en lugar de ingresarlos durante largos periodos en instituciones como los orfanatos (aunque esas instituciones pueden ser necesarias para resolver de forma provisional la situación de los niños que precisan cuidados inmediatos).



EL APOYO A LOS NIÑOS A ESCALA LOCAL

Si bien los gobiernos pueden proporcionar orientación y directrices relativas a las políticas, el grueso de la labor necesaria en el campo de los niños afectados por el SIDA lo están llevando a cabo las organizaciones de ámbito local. Las organizaciones de base comunitaria de toda África subsahariana, por ejemplo, están proporcionando apoyo en forma de comidas y uniformes escolares a los niños afectados por el SIDA. Sin embargo, esas organizaciones desempeñan también un importante papel en la protección de los derechos de estos niños al defender con firmeza, por ejemplo, el derecho a la educación de huérfanos y niños vulnerables a causa del SIDA, una necesidad permanente dada la limitada capacidad de los sistemas escolares para asistir a los niños más necesitados. En un reciente informe de Human Rights Watch aparecen citados varios ejemplos. En Soweto (Sudáfrica), una organización local que proporciona atención a niños huérfanos a causa del SIDA negoció con los directivos de las escuelas la exención del pago de la matrícula escolar para esos niños, un derecho que jurídicamente ya les asiste, pero que muchas escuelas se niegan a concederles. En Uganda, una serie de organizaciones no gubernamentales locales subvencionan los gastos escolares de los niños afectados por el SIDA y organizan talleres en las escuelas para combatir el estigma relacionado con el SIDA (Human Rights Watch, 2005).

- asegurar el acceso de los huérfanos y niños vulnerables a los servicios básicos como la educación, la atención sanitaria, la inscripción en el registro civil, etc.;
- asegurar que los gobiernos protegen a los niños más vulnerables con políticas y legislaciones más eficaces y haciendo llegar recursos a las familias y comunidades; y
- fomentar la sensibilización a todos los niveles mediante el apoyo y la movilización social para crear un entorno donde los niños y las familias afectados por el VIH se sientan respaldados.

En la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2001 se reconoció la importancia de que los gobiernos nacionales aplicaran un enfoque integral al problema. Los gobiernos acordaron “desarrollar políticas y estrategias nacionales en 2003 y ponerlas en marcha en 2005 con el fin de construir y fortalecer las capacidades gubernamentales, familiares y comunitarias

para proporcionar un entorno de apoyo a huérfanos y niños y niñas infectados y afectados por el VIH/SIDA.” Resulta alentador comprobar que muchos países han progresado a este respecto desde la Declaración. Por ejemplo, países como Botswana, Namibia, Malawi, Rwanda y Zimbabwe han elaborado políticas nacionales integrales para los huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA, mientras que otros como Camboya, Haití y Kenya han abordado el problema de forma específica a través de sus estrategias nacionales de lucha contra el SIDA (FHI, 2005).

EL ENTORNO DE LA ATENCIÓN

Siempre que resulte posible, es preferible proporcionar a los niños un cuidado de base comunitaria en lugar de ingresarlos durante largos periodos en instituciones como los orfanatos (aunque esas instituciones pueden ser necesarias para resolver de forma provisional la situación de los niños que precisan cuidados inmediatos). Los planes de cuidados basados en la comunidad incluyen el apoyo a la familia afectada

por el SIDA, a la adopción o integración del niño en familias numerosas o de acogida, así como la asistencia directa a los niños vulnerables a causa del SIDA. No siempre resulta sencillo suministrar o gestionar este tipo de cuidado, y hay que tener en cuenta que la calidad del mismo puede variar considerablemente. Sin embargo, los estudios indican que este tipo de cuidado resulta bastante más rentable que los servicios de atención institucionales y favorece, además, un empleo más equitativo de los escasos recursos. Por ejemplo, un estudio del Banco Mundial sobre proyectos recientes para huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA puso de manifiesto que, mientras la creación de un orfanato en Eritrea representaba un costo promedio de unos US\$ 1900, la colocación de un huérfano en una familia suponía un único gasto de unos US\$ 100 (Prywes et al., 2004).

Y lo que es más importante aún, tal como queda establecido claramente en el marco del UNICEF y el ONUSIDA de 2004: aislar a los niños que han quedado huérfanos a causa del SIDA para proporcionarles una ayuda especial favorece su estigmatización y, en muchos contextos, no resulta viable. En lo que se refiere a la seguridad social, esto significa que en lugar de proporcionar subvenciones a determinadas categorías de niños (como los huérfanos), los gobiernos deberían fijarse el objetivo de introducir, mediante sus programas, a un mayor número de niños pobres —independientemente de las circunstancias de sus padres— en la “red de seguridad” de la seguridad social (Meintjes et al., 2003).

EL ACCESO A LA EDUCACIÓN

Contribuir a la permanencia de los niños en las escuelas y asegurar que las niñas no se vean desfavorecidas en el acceso a la educa-

ción constituyen dos de las actividades más importantes en el campo del desarrollo humano. Así queda recogido en la iniciativa “Educación para todos” y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2 (lograr la enseñanza primaria universal para 2015) y 3 (eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria para 2015 como parte de la labor destinada a promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer). Se ha conseguido avanzar hacia ambos objetivos (UNESCO, 2005a): por ejemplo, mientras que en 2001 sólo un 82% de los niños en edad escolar del mundo estaban matriculados en la escuela primaria, en 2005 se estima que el porcentaje ascendió hasta el 85% (UNICEF, 2005b). No obstante, se calcula que en la actualidad hay 113 millones de niños en edad escolar sin escolarizar, de los cuales un 54% son niñas (División de Población de las Naciones Unidas, 2005). Estos niños son los más propensos a acabar involucrados en algún tipo de trabajo infantil, lo que, en algunos casos, puede aumentar su vulnerabilidad a la infección por el VIH.

“La supresión de las matrículas escolares abre una puerta a los niños marginados y excluidos. Dada la importancia de la escolarización en un mundo con VIH y SIDA, la eliminación de las matrículas resulta de máxima prioridad para todos los niños afectados por la pandemia.”

Foro Mundial de Asociados sobre Niños Afectados por el VIH y el SIDA, febrero de 2006.

Los gastos escolares constituyen uno de los principales obstáculos para los niños a la hora de asistir a la escuela. Este hecho ha quedado sobradamente demostrado con el rápido incremento del índice de matriculación tras la supresión de las matrículas escolares en Kenya, Malawi, Uganda y República Unida de Tanzania.



El buen funcionamiento del sector sanitario es un elemento básico de toda respuesta al SIDA y es fundamental, además, para alcanzar tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Por ejemplo, cuando en 2003 se eliminó la matrícula escolar de la enseñanza primaria en Kenya, la cifra de matriculación aumentó de 6 millones a 7,2 millones sólo en cuestión de meses. Sin embargo, incluso en los lugares donde se ha suprimido el pago de matrícula, los niños pueden verse privados de acceso a las escuelas a causa de otros gastos que deben asumir los padres (los derivados, entre otros, de las asociaciones de profesores, los uniformes obligatorios, los libros y el material). Así pues, la eliminación de la matrícula representa sólo una parte del compromiso global de la enseñanza primaria universal y, por tanto, debe ir acompañado de otras medidas, sobre todo en sistemas educativos castigados por el SIDA (véase más abajo el apartado “Fortalecer el sector educativo”). El Banco Mundial y el UNICEF trabajan en la actualidad en la elaboración de estrategias para que los países no sólo supriman las matrículas escolares, sino que además organicen los asuntos relativos a las políticas, la financiación y la gestión que deben acompañar a dichas iniciativas (Foro Mundial de Asociados, 2006).

EL SIDA Y EL TRABAJO INFANTIL

El Programa para la Eliminación del Trabajo Infantil de la Organización Inter-

nacional del Trabajo ha llevado a cabo rápidas evaluaciones en diversos países subsaharianos (Sudáfrica, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe) con el fin de investigar los vínculos entre el SIDA, la orfandad y el trabajo infantil. En la República Unida de Tanzania, por ejemplo, los huérfanos representaron alrededor de un 70% de los niños encuestados involucrados en el sector del trabajo por cuenta propia, de los cuales el 60% realizaba tareas domésticas, y de éstos un 55% se dedicaba a la industria del sexo (la mayoría de los padres habían fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA). El SIDA limita las oportunidades educativas y laborales de las niñas en particular, puesto que a ellas se las obliga, en mayor proporción que a los niños, a abandonar la escuela para reducir los gastos del hogar y ayudar en las tareas domésticas (OIT/IPEC, 2003).

Es necesario que los esfuerzos de mitigación aborden las causas fundamentales del trabajo infantil como la pobreza, el analfabetismo y la escasez de alimentos. Buen ejemplo de ello es el proyecto Together Ensuring Children's Security (Velar juntos por la seguridad de los niños) en Malawi. El proyecto, financiado en gran parte por la industria tabacalera, persigue el objetivo de

reducir el trabajo infantil en el sector agrícola y, en especial, en el sector del cultivo del tabaco, donde se registra un elevado porcentaje de trabajo infantil. Mediante la mejora de la seguridad alimentaria, del nivel de ingresos y de la productividad agrícola de las familias locales, el proyecto contribuye a asegurar que los niños no se vean forzados a realizar trabajos remunerados para ayudar a sus familias. El proyecto tiene un componente educativo destinado a promover la asistencia de los niños a la escuela primaria mediante la sensibilización a escala comunitaria de la importancia de la educación y la construcción de instalaciones escolares (Sibale y Kachale, 2004).

El suministro y la gestión de servicios

Los servicios públicos se han visto afectados tan gravemente en algunos países que los antiguos métodos de gestión han dejado de ser sostenibles y necesitan formularse de nuevo —es decir, es preciso adoptar nuevas formas de trabajo y gestión de los recursos humanos— para compensar los efectos del SIDA en el personal de dichos países. Así pues, será necesario realizar esfuerzos especiales si se quiere mantener la integridad organizativa, proteger y aumentar los conocimientos y el personal especializado, y satisfacer la creciente demanda de servicios (Sengwana y Quinlan, 2004).

En 2005, el PNUD y la Oficina del Alto Representante para los países menos desarrollados, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños estados insulares en desarrollo publicaron conjuntamente un informe titulado *Hoping and Coping: a Call for Action. The Capacity Challenge of HIV/AIDS in Least Developed Countries* (PNUD, 2005). Tras analizar las deficiencias de

capacidad que afrontan los países más castigados por la epidemia, el informe proporciona una serie de recomendaciones destinadas a mitigar el impacto directo que provoca el SIDA en la eficacia de las instituciones gubernamentales. Lo más urgente, sin duda, es proporcionar tratamiento y atención en el lugar de trabajo para prolongar la vida productiva del personal VIH-positivo. Sin embargo, el informe también ofrece sugerencias más innovadoras, como exigir a todas las instituciones que suministren servicios que dediquen un porcentaje de sus presupuestos generales al desarrollo de capacidad suplementaria. También se recomiendan otras medidas, como analizar la forma en que las estructuras estatales existentes impiden o facilitan el suministro de servicios para, de ese modo, lograr una mayor eficacia en el uso de los recursos humanos y mejorar la planificación y el desarrollo de los mismos.

Otro método consiste en mejorar las prácticas de la gestión pública, suponiendo que así se pueda aumentar la eficacia y mejorar los servicios incluso en ausencia de nuevos recursos. Sin embargo, sólo con estas medidas difícilmente podrán superarse los grandes desafíos a los que se enfrentan las autoridades a todos los niveles, y en especial las de sectores básicos como son los de la salud, la educación y los encargados de la ampliación de las infraestructuras básicas. Lamentablemente, a la hora de tomar decisiones sobre la asignación de recursos no siempre se tiene en cuenta todo esto, y dichas decisiones se ven a menudo limitadas por las realidades macroeconómicas y los acuerdos con las instituciones internacionales de crédito. Por ejemplo, recientemente Zambia ha pasado a ser país candidato a formar parte de la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países muy endeudados, y lo ha hecho tras acordar mantener la partida destinada a los salarios del sector público,



En los países de ingresos bajos, muchos médicos y enfermeras se sienten atraídos hacia los países industrializados no sólo porque los salarios sean más elevados, sino porque las instalaciones les permiten sacar un mayor provecho de su formación y sus conocimientos.

como máximo, en el 8% del producto interior bruto (PNUD, 2005). Si bien es verdad que con esta medida se pretende reducir el déficit y controlar la inflación, dos factores que también perjudican a poblaciones enteras, con ella se limita también de forma extraordinaria la capacidad del país para contratar a más trabajadores en el sector público.

Muchos países con economías precarias y dependientes de los donantes se enfrentan a este tipo de restricciones en sus presupuestos nacionales y opciones de política. Tales restricciones dificultan enormemente la ampliación de los servicios sanitarios y educativos en un momento en el que la capacidad de millones de personas para pagar los servicios es tan limitada que no puede esperarse que el sector público supla el vacío. Se trata, además, de un momento en el que los esfuerzos destinados a mejorar la productividad del trabajo en África —también una necesidad urgente para el desarrollo— deben abordar prioridades del sector público. Entre esas prioridades figuran la contratación de maestros y profesionales sanitarios, y la reorientación de los sistemas de prestación de salud “para que éstos se centren menos en servicios de atención para las zonas relativamente acomodadas y más en servicios preventivos

para las zonas rurales dotados con enfermeras y otros profesionales sanitarios auxiliares de la comunidad” (Centre for Development Policy Research, 2005).

Preservar la capacidad del sector de la salud

El buen funcionamiento del sector de la salud es un elemento básico de toda respuesta al SIDA y es fundamental, además, para alcanzar tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. En muchos países, sin embargo, el sector de la salud no sólo se ve amenazado por el SIDA, sino también por otros múltiples factores importantes, lo cual acelera considerablemente la migración laboral (la llamada fuga de cerebros, es decir, médicos y enfermeras, a los países industrializados) y las deficiencias crónicas en la inversión en recursos humanos. Además de la escasez de profesionales cualificados —África subsahariana cuenta con menos de una décima parte de los profesionales por habitante con los que cuenta Europa—, éstos suelen estar mal distribuidos, lo cual genera una excesiva dependencia de los especialistas médicos establecidos en las ciudades y una escasez de personal sanitario público en las zonas rurales (Joint Learning Initiative, 2004).

LA COOPERACIÓN REGIONAL EN LA REGIÓN AFRICANA DE LOS GRANDES LAGOS

Se estima que en la región de los Grandes Lagos de África viven actualmente más de seis millones de personas con el VIH. En 1999, los ministros de salud de seis países (Burundi, República Democrática del Congo, Kenya, Rwanda, Uganda y República Unida de Tanzania) admitieron que no podían responder de forma adecuada al VIH sin tener en cuenta el papel que las migraciones y los desplazamientos desempeñan en la propagación del virus. Así pues, acordaron cooperar mediante la Iniciativa de los Grandes Lagos sobre el SIDA, financiada con fondos del Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA del Banco Mundial. La iniciativa insta a los gobiernos nacionales a aprender nuevas formas de trabajar, abordando las necesidades de grupos de población que suelen recibir escasa atención y pocos servicios.

Buena parte de la labor de esta iniciativa se centra en la prevención y atención del VIH para refugiados, comunidades vecinas, personas internamente desplazadas y repatriados. Con arreglo a un acuerdo reciente, las responsabilidades de los distintos grupos de población se han asignado de la siguiente manera: los programas destinados a los individuos en zonas afectadas por refugiados son responsabilidad de los países participantes y deberían proporcionarse de acuerdo con lo estipulado en sus marcos nacionales sobre el VIH y el SIDA; el ACNUR mantiene su función como responsable de todos los refugiados, mientras que la responsabilidad de los desplazados internos se decidirá caso por caso; por último, el ACNUR y la comisión nacional sobre el SIDA de cada país comparten la responsabilidad de los programas para repatriados.

En marzo de 2005, el Banco Mundial aprobó una subvención de US\$ 20 millones para financiar la iniciativa durante los siguientes cuatro años. En los seis países mencionados se ha puesto en marcha la planificación del programa conjunto sobre el VIH y se han completado los planes de acción para el primer año de ejecución. Con el fin de proporcionar una base sólida para evaluar la iniciativa, en los seis países se ha planificado llevar a cabo una vigilancia centinela comportamental y prenatal entre los refugiados y las comunidades de acogida vecinas durante el primer y el cuarto año del proyecto (ONUSIDA y ACNUR, 2005).

Los países de ingresos bajos y medianos en general, y aquéllos con tasas de prevalencia de la epidemia medias y elevadas en particular, necesitan capacitar a muchos más médicos, enfermeras y gestores para suplir la escasez de profesionales y poner fin al desequilibrio que genera la distribución actual de los servicios. Esto, sin embargo, supone una tarea titánica. Según las estimaciones de la OMS, para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 (reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna) sería necesario el equivalente a 100 000 profesionales sanitarios más trabajando a tiempo completo en los 75 países donde se concentra la mayor

proporción de mortalidad infantil (OMS, 2005a). No obstante, gran parte del tremendo esfuerzo de capacitación que es preciso realizar caerá en saco roto si dichos países no consiguen conservar a estos valiosos profesionales. Una de las maneras más eficaces de lograrlo es asegurando que el nivel salarial sea justo y razonable, y que cumpla las expectativas de los profesionales sanitarios.

En los países de ingresos bajos, muchos médicos y enfermeras se sienten atraídos hacia los países industrializados no sólo porque los salarios sean más elevados, sino también porque los centros de salud les

permiten sacar un mayor provecho de su formación y sus conocimientos. Además de estos factores de “atracción,” existen factores de “expulsión” tales como la creciente presión en el trabajo a medida que la epidemia adquiere mayores proporciones, el miedo a la infección, y el hecho de que la estigmatización de las personas que viven con el VIH se extiende con frecuencia a aquéllos que las cuidan. Los efectos son claros y adquieren cada vez mayores dimensiones. En 1999, en Ghana se licenciaron 320 personas en enfermería y el país perdió a 320 profesionales por la emigración. Al año siguiente, la cifra de los profesionales perdidos se duplicó. Actualmente, más de la mitad de los puestos de enfermera están vacantes, un patrón que se repite en gran parte de África subsahariana. Los factores de atracción son igualmente claros. En 2001, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido prometió dejar de contratar enfermeras directamente de los países que estaban padeciendo la escasez de profesionales en ese mismo campo, pero desde entonces, grandes instituciones del sector privado del Reino Unido han atraído a más de 7000 enfermeras de África. En los Estados Unidos, el Congreso aprobó en 2005 una ley de asignaciones suplementarias de emergencia mediante la cual se

tramitaron 50 000 nuevos visados para enfermeras y sus respectivas familias. Esta medida fue concebida para hacer frente a la carencia de 126 000 enfermeras, una carencia que se agrava con el paso de los días. Las escuelas de enfermería del país no satisfacen la demanda y, a medida que la población crece y envejece, se precisa un número cada vez mayor de enfermeras (Chagaturu y Vallabhaneni, 2005).

Para resolver este problema, se han sugerido varias soluciones, tales como aumentar los programas de intercambio y crear un fondo mundial de reinversión educativa para ayudar a mejorar y ampliar las oportunidades de capacitación en los países de ingresos bajos y medianos (Joint Learning Initiative, 2004). Además de las acciones a escala nacional e internacional, también pueden resultar de utilidad medidas innovadoras dirigidas a los muchos proveedores de servicios sanitarios del sector privado de los países de ingresos bajos y medianos. Un ejemplo de ello puede verse en Uganda, donde se ensayó un programa de microfinanciación para proporcionar a las comadronas del sector privado capacitación en materia de técnicas comerciales, mejorar la calidad del servicio prestado (la interacción entre



Los empleadores tienen un considerable interés en contribuir a la eficacia de las medidas de mitigación del SIDA, al igual que los trabajadores y sus representantes, y los ministerios de trabajo.

La cooperación entre los sistemas educativos y las iniciativas de protección social brinda la oportunidad de mejorar la eficacia en ambos campos.



cliente y proveedor, la higiene y la salud, la confidencialidad, etc.) y suministrar préstamos abiertos que pudieran emplearse para propósitos como mejorar el entorno laboral o comprar material médico. La Fundación Summa proporcionó los fondos y la asociación de instituciones de microfinanciación de Uganda se hizo cargo de su gestión. Tras los ensayos realizados durante 13 meses en 15 distritos y dispensarios urbanos (con otros cinco adicionales como testigos), los resultados indican que el programa tiene un gran potencial: las propias comadronas se mostraron entusiasmadas con el proyecto y la tasa de devolución de los préstamos fue elevada y los pacientes confirmaron que la calidad de la atención había mejorado en los dispensarios que participaron en el proyecto piloto. Estos datos sugieren que intervenciones de esta índole a pequeña escala podrían fortalecer el papel decisivo que desempeña el sector privado en la salud atención de (Agha, Balal y Ogojo-Okello, 2004).

Fortalecer el sector educativo

El SIDA está causando un fuerte impacto en los sistemas educativos de muchos de los

países azotados por la epidemia (véase el capítulo “Reducir el impacto”), lo cual supone una limitación a la hora de alcanzar los objetivos de Educación para Todos acordados en 2000 (UNESCO, 2005a). Los datos recogidos en Uganda revelan que un niño que abandona la escuela es tres veces más propenso a contraer la infección por el VIH entre los 20 y los 30 años de edad que un niño que ha completado la educación básica. Los análisis realizados en las comunidades indican que la prevalencia del VIH es considerablemente más elevada entre los niños que no asisten a la escuela que entre los que terminan sus estudios. Según un reciente análisis del Banco Mundial basado en los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud procedentes de cinco países de África, la educación constituye un fuerte indicador de algunos comportamientos preventivos importantes, y existe un consenso bastante amplio respecto a la relación entre una educación eficaz de las niñas y las conductas preventivas de éstas (Banco Mundial, 2006).

Mitigar el impacto del SIDA en el sector de la educación supone llevar a cabo una serie de acciones prioritarias. Éstas incluyen asegurar que se haga frente al VIH en todo el sector educativo y que se desarrolle

capacidad para alcanzar los objetivos de la Educación para Todos (IATT, 2003). La comunidad internacional ha elaborado una serie de respuestas tales como la Iniciativa Acelerada de Educación para Todos, lanzada en 2002, que consiste en una asociación mundial creada para acelerar el proceso mediante el cual se pretende alcanzar una enseñanza primaria de calidad para todos los niños en 2015. Esta iniciativa puede facilitar apoyo financiero a todo país de ingresos bajos que carezca de fondos suficientes para alcanzar el objetivo de la enseñanza primaria universal. En 2004, la ayuda externa destinada a los 12 países que forman parte de la iniciativa pasó de US\$ 300 millones a US\$ 350 millones; con ello se consiguió suplir la diferencia entre los fondos necesarios y los fondos disponibles en cinco de los países. En 2005 y 2006, se eliminará el déficit de otros dos países con fondos adicionales procedentes de donantes bilaterales. Hasta la fecha, la iniciativa ha desembolsado US\$ 45 millones a través de su propio Fondo Catalizador, uno de los dos fondos fiduciarios que pueden proporcionar financiación de corto plazo para contribuir a eliminar el déficit de fondos y ayudar a desarrollar estrategias educativas acertadas.

El Equipo de Trabajo Interinstitucional del ONUSIDA sobre Educación, cuya secretaría está en la UNESCO, se estableció para mejorar la coordinación y armonización entre las organizaciones de las Naciones Unidas, los donantes multilaterales y bilaterales y las organizaciones de la sociedad civil. En 2002, se creó un grupo de trabajo para apoyar el sector de la educación en países de toda África mediante una iniciativa llamada “Acelerar la respuesta del sector educativo al VIH/SIDA en África.” Entre otras actividades, esta iniciativa ha impartido talleres subregionales y nacionales que reúnen a equipos de educación,

salud y SIDA con el fin de compartir buenas prácticas y desarrollar estrategias para asegurar que éstas se apliquen en las escuelas. Desde 2002, 33 países de África subsahariana han participado en la iniciativa y 19 de ellos están actualmente implicados en programas nacionales acelerados. El liderazgo está basado cada vez más en las entidades subregionales: la red de 15 países de la Comunidad Económica de Estados de África Occidental, una red de nueve países de África oriental, una red de cinco países de habla portuguesa, y las redes de la Unión Aduanera de África Central y África Meridional, aún en proceso de creación. Los copatrocinadores del ONUSIDA están actualmente apoyando el desarrollo de este mismo enfoque fuera de África, donde la Comunidad Caribeña y el Mercado Común lideran una iniciativa regional que engloba a 15 países. Asimismo, están prestando apoyo al desarrollo de un programa subregional del Gran Mekong con seis países de Asia oriental, una iniciativa en Asia central con cinco países y un programa aún en ciernes con cinco países de Asia meridional.

Otra iniciativa multinacional llamada EDUCAIDS (Iniciativa mundial sobre educación y VIH/SIDA) fue lanzada en 2004 bajo el liderazgo de la UNESCO. Hasta ahora la iniciativa ha comenzado a funcionar en una serie de países, entre los que figuran Camboya, Jamaica, Lesotho, Namibia, Swazilandia y Zimbabwe, con el objetivo de fortalecer los sistemas educativos. EDUCAIDS constituye una de las tres iniciativas básicas de Educación para Todos y complementa a las que se centran en la alfabetización y la educación de maestros (UNESCO, 2005a). Por su parte, la Internacional de la Educación, un sindicato mundial con más de 29 millones de maestros y profesionales de la educación afiliados, cuenta con un programa de

formación relativa al VIH en colaboración con la OMS y otros asociados. Hasta la fecha, dicho programa ha llegado a 133 000 profesores en casi 25 000 escuelas de 17 países (OIT et al, 2006).

La tarea de fortalecer los sistemas escolares para contrarrestar la presión que ejercen el SIDA y otros problemas debe basarse en datos precisos sobre las condiciones reales en que se halla el sector educativo para, de este modo, saber cuál es la mejor manera de invertir los escasos recursos. Recientemente se ha llevado a cabo un estudio acerca del grado de preparación para responder al impacto del SIDA en los sectores educativos de varias zonas del mundo (Boler y Jellema, 2005). El estudio aplicó dos enfoques: el primero de ellos consistió en un cuestionario de autoevaluación enviado por correo a los ministros de educación de 117 países, de los cuales respondieron 71; con el segundo enfoque se pretendía conocer la percepción de las organizaciones de la sociedad civil (véase el capítulo ‘El papel fundamental de la sociedad civil’) mediante talleres a los que fueron convocados representantes de las redes de educación no gubernamentales, sindicatos de maestros y ministros de educación de 18 países fuertemente

castigados por el SIDA. El informe resumido en el que se unieron los dos enfoques reveló unos resultados discordantes (IATT, 2006). Así pues, por ejemplo, tres cuartas partes de los países que respondieron —y todos los países con tasas elevadas de prevalencia— declararon haber establecido estructuras de gestión específicas para coordinar la respuesta de los ministros de educación a la epidemia. Sin embargo, datos menos alentadores indicaron que sólo el 59% de estas estructuras en todos los países, y el 70% en el caso de los países con una tasa de prevalencia elevada, contaban con un presupuesto específico destinado a dichas estructuras, lo cual pone en tela de juicio el poder real y la eficacia de las mismas.

La cooperación entre los sistemas educativos y las iniciativas de protección social brinda la oportunidad de mejorar la eficacia en ambos campos. Un ejemplo de ello puede verse en la relación entre dos proyectos llevados a cabo en Namibia: uno para fomentar la participación de los miembros de las juntas directivas escolares en la mejora de las escuelas y otro destinado a crear “círculos de apoyo” para huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA. Según el estudio sobre medidas de protección antes mencionado, la colaboración

Aunque por sí sola no basta para cambiar las actitudes sociales, la legislación progresiva constituye una vía importante para hacer frente a los actos discriminatorios contra las personas que viven con el VIH o están afectadas por el SIDA.



MANTENER EL SISTEMA EDUCATIVO EN CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS

En Sudáfrica, la mortalidad a causa del SIDA está contribuyendo a la reducción general del número de maestros, lo que se suma a otros factores tales como la emigración y la provisión insuficiente de nuevos profesionales cualificados con formación en el campo de la enseñanza. Sólo en 2004, se estima que falleció un 8% de los maestros VIH-positivos. Para mitigar esta situación será preciso poner en marcha diferentes acciones. De acuerdo con un análisis pormenorizado de la situación, el Consejo de Investigación de Ciencias Humanas de Sudáfrica realizó una serie de recomendaciones al Ministerio de Educación, las universidades y los sindicatos de educación del país. Aparte de programas de prevención del VIH, el Consejo recomendó la ejecución urgente de un programa de terapia con antirretrovíricos y tratamiento de infecciones oportunistas dirigido específicamente a maestros, pues se calcula que actualmente en torno al 3% de ellos (alrededor de 10 000 personas) precisa tratamiento con antirretrovíricos.

Al mismo tiempo, y teniendo en cuenta que las medidas médicas para mantener la capacidad no bastan para satisfacer la creciente demanda de educación entre la población joven de Sudáfrica, el Consejo recomienda otras medidas, como aumentar los salarios y las oportunidades profesionales de los maestros para atraer (o mantener) a un mayor número de trabajadores. A fin de hacer frente a la fuga de maestros a países del Commonwealth y otros países, el Consejo propone la creación de algún tipo de servicio comunitario para maestros recién formados, tal como se hace en otros campos profesionales del país en los que escasea el personal. Asimismo, se recomienda la puesta en marcha de otras medidas para incentivar a los maestros a trabajar en zonas rurales, tales como préstamos para los que están en proceso de formación y apoyo a la experiencia sobre el terreno para los maestros de zonas urbanas (Peltzer et al., 2005).

favoreció que las iniciativas unieran sus objetivos y de ese modo se logró que las escuelas que participaron ayudaran a los niños vulnerables a causa del SIDA a permanecer en la escuela (UNICEF, 2005a). El estudio hacía hincapié en las áreas de interés comunes de las políticas del sector educativo, las respuestas al SIDA y los programas para huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA, y concluía con un mensaje dirigido a los gobiernos:

“Por último, dada la proporción de niños marginados por la educación y de huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA, la crisis de África no ha hecho más que empezar [. . .] los gobiernos y asociados sólo tienen dos opciones radicalmente opuestas: incorporar e incluir la protección social como una función integral de la misión de la educación, o bien

abandonar cualquier perspectiva real de alcanzar los objetivos nacionales e internacionales a los que se ha comprometido el sector.”

El mundo del trabajo

Los empleadores tienen un considerable interés en contribuir a la eficacia de las medidas de mitigación del SIDA, al igual que los trabajadores y sus representantes, y los ministerios de trabajo. La razón esencial y más importante reside en que la prestación de atención y el suministro de tratamiento en el lugar de trabajo salva vidas, mantiene la producción empresarial y complementa los servicios de salud pública. El documento que contiene las directrices para orientar las respuestas en el lugar de trabajo es el *Repertorio de*

recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo, publicado en 2001 (OIT, 2001). Las directrices pueden emplearse para formular políticas e intervenciones, tanto en el ámbito de las empresas como a escala comunitaria o nacional, basadas en el consenso entre los empleadores, los empleados y el gobierno.

El interés de los empleadores en los buenos resultados de las medidas de mitigación es evidente cuando el SIDA amenaza a sus trabajadores. Según un reciente estudio sobre el impacto del SIDA en el rendimiento económico de las empresas, el banco internacional UBS y la compañía de gestión de activos F&C Asset Management concluyeron que existían firmes argumentos empresariales para que las compañías emprendieran sus propias acciones de lucha contra el SIDA (UBS y F&C Asset Management, 2005). El estudio presentaba los cálculos que podía realizar una firma grande al plantearse la posibilidad de emprender una iniciativa empresarial en un contexto con una tasa de prevalencia elevada. Considerando los gastos que la epidemia generaría a la empresa y los gastos y beneficios de un programa de tratamiento para los empleados (el costo del tratamiento correspondería a un 17% de los salarios), el valor neto actualizado de la empresa pasados cinco años era un 5% más elevado con tratamiento que sin él. En el estudio también se tenían en cuenta consideraciones prácticas para las empresas que pusieran en marcha programas de tratamiento, entre las cuales figuraban cuestiones como si debe ampliarse el tratamiento a las personas dependientes del empleado, o si el tratamiento debe suministrarse en las instalaciones de la empresa o en colaboración con servicios médicos locales.



En el área de la inversión pública, algunos donantes internacionales están apoyando los esfuerzos de los gobiernos locales y nacionales para integrar las iniciativas destinadas a mitigar el impacto del SIDA dentro de proyectos de infraestructura como, por ejemplo, los proyectos de mejoras de los sistemas de transporte urbanos o de las canalizaciones de aguas. En este contexto, incorporar las iniciativas relativas al VIH no significa convertir los proyectos en proyectos específicos de respuesta al VIH. El objetivo, más bien, consiste en integrar actividades concretas que puedan mitigar los impactos a corto y largo plazo del SIDA sobre los trabajadores y gestores del proyecto, así como sobre las comunidades vecinas.

Por ejemplo, la Unidad de Urbanismo del Banco Mundial analizó experiencias de incorporación de iniciativas a proyectos en 13 países de África subsahariana, entre ellos Burundi y el Congo. En el caso de ese último, un proyecto de gran envergadura para la reconstrucción de emergencia, la rehabilitación y la mejora de las condiciones de vida se benefició desde un principio de la estrecha colaboración entre el Ministerio de Salud y el



Una de las situaciones en las que las personas que viven con el VIH sienten el estigma y la discriminación con mayor intensidad es en su relación con los profesionales sanitarios.

equipo de gestión del proyecto. Además de las iniciativas de sensibilización y la distribución de preservativos en las obras, se han concedido fondos a las organizaciones no gubernamentales para que presten servicios como asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual para los profesionales de la construcción y los profesionales del sexo de la zona, así como atención y apoyo. El proyecto está estudiando la posibilidad de ampliar algunas actividades para que puedan beneficiarse también de los servicios las autoridades gubernamentales locales de las ciudades donde se está llevando a cabo. En el Senegal, una importante iniciativa destinada a mejorar el sistema de transporte público en Dakar y otras ciudades ha incorporado programas relativos al VIH desde la fase de diseño del proyecto (Schuler et al., 2005).

AGRICULTURA

La agricultura constituye uno de los principales pilares de la economía de muchos países de ingresos bajos y medianos, tanto por su importancia para la subsistencia como por su gran aportación a la economía formal. Muchos programas de mitigación del SIDA tienen como objetivo apoyar directa o indirectamente

a los hogares rurales afectados por el SIDA cuyo principal medio de vida es la agricultura o la cría de ganado. La experiencia indica que los programas directos—es decir, los programas de formación agrícola, crédito y acceso a semillas o maquinaria—abiertos a todas las familias rurales en una determinada zona deben ser minuciosamente planificados si con ellos se pretende ayudar a las familias afectadas por el SIDA, dado que dichas familias suelen tener menor capacidad para aprovechar los servicios que se les ofrecen (Jayne et al., 2004).

En Zambia, donde el sector agrícola representa el 67% de la mano de obra del país y genera entre un 18% y un 20% del producto interior bruto, el Ministerio de Agricultura y las cooperativas han estado examinando diversas actividades de mitigación del SIDA con varios asociados internacionales. Uno de los principales objetivos consiste en mejorar el acceso de las familias afectadas por el VIH y el SIDA a los programas de capacitación y crédito ya existentes, dado que la participación de dichas familias en planes de este tipo suele ser baja, sobre todo en el caso de las familias dirigidas por mujeres. Entre los esfuerzos destinados a aumentar los

ingresos de esas familias figura la promoción de actividades que generan ingresos pero que requieren bajos insumos, exigen realizar labores de menor intensidad, se desarrollan cerca del hogar y producen un rendimiento económico rápido: algunos ejemplos de estas actividades son la apicultura, el cultivo de champiñones, la siembra en jardines (cultivar semillas durante la temporada seca para plantarlas en la época de lluvias), la horticultura y la cría de aves de corral (FAO y Gobierno de Zambia, 2004).

Buena parte de la atención se ha centrado en reducir el grado de esfuerzo que los hogares agrícolas afectados por el SIDA tienen que dedicar a la agricultura; para ello, se ha ayudado a esos hogares a cambiar los cultivos que requieren un intenso esfuerzo, como el cultivo de caña de azúcar o de té, por otros que exigen menor fortaleza o menos trabajadores para el cultivo y la cosecha, como el de la batata. Sin embargo, algunas de las soluciones de ahorro de trabajo más eficaces para estos hogares son las que pueden desarrollarse

más cerca de la vivienda, y concretamente aquéllas que reducen el tiempo que emplean las mujeres en tres tareas: ir a buscar agua, recoger leña y preparar la comida. Las investigaciones sobre el empleo del tiempo en Zambia indican que las tecnologías concebidas para ahorrar tiempo en tales actividades domésticas (por ejemplo, las tecnologías para el procesamiento de alimentos para los alimentos básicos en el hogar, como el maíz o la mandioca) probablemente ahorrarán más horas a la familia que las tecnologías de ahorro de trabajo empleadas en las labores agrícolas (Mather et al., 2004).

Los sectores agrícolas de muchos países y regiones están experimentando cambios muy rápidos en la actualidad debido a otros factores, además del SIDA, tales como el cambio climático y la migración de los jóvenes de las zonas rurales a las ciudades. Como consecuencia, la agricultura es cada vez menos sostenible y constituye una red de seguridad alimentaria menos sólida para muchas poblaciones rurales. Hay quienes opinan

LA EMPRESA COLABORA

En colaboración con el Ministerio de Salud de Kenya, la Federación de Empleadores de Kenya presentó sus primeras directrices sobre el VIH en el lugar de trabajo en 1988, y actualmente promueve la aplicación del *Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo*. En 2000, el Consejo Nacional sobre el SIDA designó a la Federación como punto focal de la respuesta al SIDA. Desde entonces, la Federación ha establecido un Comité Asesor sobre el VIH/SIDA con una amplia representación a fin de supervisar la integración de la prevención del VIH y los componentes de gestión en sus programas más amplios de capacitación; asimismo, se dedica a formar animadores especializados y a educadores de educadores con el fin de fomentar y apoyar los programas en el lugar de trabajo. La Federación promueve, además, la responsabilidad social corporativa, por la que los negocios tienden la mano a sus comunidades donando recursos para la respuesta al SIDA, creando estrategias de comercialización social de preservativos y colaborando con el Gobierno y otras instituciones para prestar servicios de salud, educación y protección social en general a los niños huérfanos a causa del SIDA (GBC, 2006).



que el debate sobre las políticas debe centrarse en cuestiones tales como “si resulta factible revitalizar la agricultura africana o si hay que permitir que el sector se transforme mediante las leyes del mercado, con el inevitable riesgo de que ello beneficie a una minoría de empresarios comerciales y se extienda la inseguridad alimentaria en ausencia de oportunidades en el sector formal del trabajo” (Sengwana y Quinlan, 2004). Este debate resulta de una trascendencia vital para las actividades de mitigación del SIDA en el sector agrícola.

La acción contra el estigma y la discriminación

Hacer frente al estigma y la discriminación y mitigar sus repercusiones constituyen importantes elementos de toda respuesta al SIDA, y son numerosos los proyectos de atención y prevención del VIH que incorporan esfuerzos para reducir el estigma (ONUSIDA, 2005). Sin embargo, hasta la fecha apenas se conoce la eficacia de las intervenciones específicamente ideadas para combatir el estigma. Según un informe elaborado recientemente por el

Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer, son escasas las intervenciones específicamente concebidas para combatir el estigma que han sido sometidas a una evaluación sistemática; además, tal como habían revelado ya anteriores informes (Brown, Macintyre and Trujillo, 2001), la mayoría de dichas intervenciones se ha puesto en marcha en países industrializados y no en países de ingresos bajos y medianos.

LA PROTECCIÓN JURÍDICA Y DE LOS DERECHOS HUMANOS

Aunque por sí sola no baste para cambiar las actitudes sociales, la legislación progresiva constituye una vía importante para hacer frente a los actos discriminatorios contra las personas que viven con el VIH o que están afectadas por el SIDA. Sin embargo, por lo general, la legislación sólo cambia ejerciendo presión.

América central y el Caribe están aplicando esta enseñanza y allí los sindicatos han puesto en marcha un proyecto de gran envergadura para abordar la discriminación en el trabajo contra las personas que viven con el VIH. Los asociados del proyecto son la ORIT (Organización Regional de la Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres) y el Consejo de América Latina y el Caribe de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA, una organización no gubernamental que representa a las organizaciones de servicios sobre el SIDA. El proyecto ha comenzado con una revisión exhaustiva de la legislación y las prácticas en ocho países, lo que constituye un primer paso para la reforma legislativa (OIT et al., 2006).

La acción judicial puede ser un camino importante para combatir las prácticas discriminatorias. Esto ha sido puesto de

FINANCIAR LOS SERVICIOS JURÍDICOS PARA LAS PERSONAS POBRES

En Zimbabwe, donde la protección de los bienes y la tutela de los niños se han convertido en cuestiones centrales a raíz de las elevadas tasas de mortalidad a causa del SIDA, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ha puesto en marcha un innovador programa piloto mediante el cual se proporciona a los hogares pobres afectados por el SIDA unos vales con los que pueden acceder gratuitamente a servicios jurídicos. Los vales los reparten las organizaciones no gubernamentales locales y organizaciones de servicios que ya están involucradas en actividades relacionadas con el SIDA, y pueden emplearse para comprar los servicios de los gabinetes jurídicos que participan en el proyecto. Desde 2004, más del 80% de los vales han sido distribuidos entre mujeres, muchas de las cuales, además de cuidar a sus propios hijos, cuidan a niños huérfanos a causa del SIDA. El personal ha observado que los abogados de las zonas donde se ha puesto en marcha el proyecto ven ahora a los hogares afectados por el SIDA como clientes atractivos y compiten para ofrecerles sus servicios. Una importante enseñanza adquirida durante el proceso es que la asociación con organizaciones implicadas en la comunidad facilita una cobertura más eficaz que los centros fijos convencionales (Foan y Irwin, 2004).

manifiesto especialmente en la protección de las propiedades de las familias afectadas por el SIDA, y en particular de las encabezadas por mujeres. Esas familias son más propensas que las familias no afectadas a perder tierras (en las zonas rurales) y otros bienes. Los grupos de mujeres suelen prestar un apoyo básico a la hora de cambiar este tipo de situaciones, tal como lo demuestra la excelente labor que varios de estos grupos han llevado a cabo en diferentes partes del mundo. Sin embargo, otras partes de la sociedad, y en especial las fuerzas policiales y los sistemas judiciales, deben desempeñar también el papel que les corresponde.

Un ejemplo de colaboración entre grupos de mujeres y la policía es el del caso de Zambia, donde el proyecto “Justicia para las viudas y los huérfanos” está luchando con el problema de los dos códigos jurídicos que coexisten en el país. Tanto el derecho consuetudinario como el derecho positivo están en el marco de una Constitución que reconoce las “leyes

personales” y el derecho de las personas a discriminar en asuntos de sucesión o herencia. Al mismo tiempo, el Gobierno ha ratificado convenciones internacionales que prohíben tales discriminaciones. El proyecto ha convocado a instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, nacionales e internacionales, para ayudar a las viudas y los huérfanos a salir de esta maraña legal. (El fallecimiento del varón por enfermedad relacionada con el SIDA es la causa más común de viudedad en Zambia.)

CAMBIAR LAS ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Una de las situaciones en las que las personas que viven con el VIH sienten el estigma y la discriminación con mayor intensidad es en su relación con los profesionales sanitarios (que, por ejemplo, les faltan al respecto en público, quebrantan la confidencialidad de los resultados de las pruebas del VIH y del estado serológico de los pacientes, y se niegan a prestarles ciertos servicios). La discriminación puede

tener su origen en diversas causas, pero las encuestas llevadas a cabo por la Internacional de Servicios Públicos (el sindicato mundial que representa a los profesionales sanitarios) indican que en el caso concreto de la discriminación por parte de los trabajadores sanitarios hacia los pacientes, la causa reside en la falta de información y capacitación y en la precariedad de las condiciones de trabajo, lo que incluye también las preocupaciones respecto a la salud y la seguridad (OIT/OMS, 2005).

Se ha demostrado, sin embargo, que los esfuerzos destinados a cambiar las actitudes y las prácticas de los profesionales sanitarios resultan eficaces y tienen, además, un elevado grado de influencia en la vida de las personas VIH-positivas. En la India, la Organización Nacional para el Control del SIDA, tres hospitales de Nueva Delhi, la organización no gubernamental SHARAN y el proyecto Horizons del Consejo de Población elaboraron un programa de capacitación y sensibilización para reducir el estigma y la discriminación en los hospitales (Mahendra y Gilborn, 2006). Si bien en un principio hubo que superar algunos escollos—como las reservas de los directivos de los hospitales a la hora de admitir el estigma y la discriminación, el miedo a que los hospitales se vieran desbordados por elevados números de pacientes VIH-positivos y a perder pacientes VIH-negativos, la desconfianza entre el personal sanitario y la organización no gubernamental, y la tremenda y burocrática complejidad de los hospitales— a la postre, se logró avanzar y los profesionales sanitarios comenzaron a mostrar mayor respeto por los derechos de las personas que viven con el VIH y a aplicar procedimientos más adecuados. Por ejemplo, una mayor proporción de médicos infor-

maba de que debía obtenerse el consentimiento expreso del paciente antes de someterlo a las pruebas del VIH (un 37% al comienzo frente a un 67% tras el seguimiento); también pasó a ser mayor la proporción de médicos que organizaba sesiones de asesoramiento antes de realizar las pruebas (un 56% frente a un 80%); y, por último, se redujo la tendencia a informar al personal de la planta del estado de los pacientes VIH-positivos a los que atendía el hospital (del 51% al 29%).

En ocasiones, los beneficios de la formación pueden repercutir también en otras personas y no sólo en el grupo de población que la recibe, tal como demostró un estudio realizado en China. En la prefectura de Fuyang, en la provincia de Anhui, el programa de formación puesto en marcha para mejorar las actitudes de los proveedores de atención sanitaria no sólo redujo las actitudes discriminatorias de éstos, sino que además contribuyó a mejorar las de otros miembros de la comunidad que recibieron información sobre el SIDA a través de los profesionales sanitarios formados (Wu et al., 2002).

CAMBIAR LAS ACTITUDES DEL PÚBLICO GENERAL

Hasta la fecha, el número de intervenciones destinadas a los profesionales sanitarios no se corresponde con el de las intervenciones dirigidas al público general. Además, según un análisis llevado a cabo por el Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer, apenas existen datos cuantificables del éxito que están obteniendo las escasas intervenciones realizadas en esa dirección. Si bien es cierto que la conciencia sobre el estigma asociado al VIH ha aumentado considerablemente en los últimos años (véase el capítulo ‘En riesgo y desatendidos’),

todavía existen grandes vacíos respecto a cuál es la mejor forma de reducir el estigma, qué instrumentos pueden resultar de mayor utilidad y cómo éstos pueden ampliarse y aplicarse a escala nacional. Los esfuerzos por crear indicadores apropiados del estigma realizados por proyectos como el Grupo de Tanzania de Ensayo sobre el Terreno de Indicadores del Estigma deberían suplir parcialmente la carencia de programas evaluados pero, en todo caso, no cabe duda de que es preciso poner en marcha más intervenciones (USAID et al., 2005).

No obstante, también hay ejemplos esperanzadores, como los de algunas regiones con tasas de prevalencia bajas. En 2005, el Ministerio de Asuntos Religiosos de Argelia anunció la creación de un programa destinado a formar a los imanes de 150 000 mezquitas del país. El programa aprovechará la autoridad moral de los imanes para promover y—no sólo, aunque también—apoyar la solidaridad con las personas VIH-positivas. El anuncio se hizo público en una conferencia regional sobre la atención y el apoyo relativos al VIH en la que participaron 15 países de Oriente Medio y África del Norte; esos países reconocieron la grave-

dad del problema que suponen el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH en estas regiones (Kourta, 2005).

Tal vez, al final, resulte que los esfuerzos destinados a mejorar el acceso a la terapia antirretrovírica y a otros tratamientos relacionados con el SIDA constituyan unas de las intervenciones más eficaces para combatir el estigma. Un estudio sobre el estigma y las experiencias de un grupo de niños VIH-positivos en Sao Paulo concluyó que el acceso universal al tratamiento antirretrovírico en el Brasil puede, en efecto, influir en el estigma y la discriminación en la comunidad más amplia. El estudio reveló que el tratamiento provoca este efecto porque “logra que el SIDA pase de ser una enfermedad debilitadora y mortal a ser una enfermedad crónica y tratable, [porque] pertenece a un esfuerzo más amplio destinado a velar por los derechos de los ciudadanos, y [porque] reduce las desigualdades sociales en el acceso a la atención sanitaria” (Abadía-Barrero y Castro, 2005). Estos datos constituyen otro motivo más para considerar una prioridad de primer orden la ampliación del acceso universal al tratamiento.